

Utposten

2 2020
ÅRGANG 49

BLAD FOR ALLMENN- OG HJEMMEFUNKSMEDISIN

ABC for bedre psykisk helse

Fastleger
Profesjonell
autonomi
Tannhelse



**RMR/UTPOSTEN
v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**REDAKTØRENE
AV UTPOSTEN****Laila Didriksen**

MOBIL: 951 15 815

E-POST: dr.lailadidriksen@gmail.com**Kjell-Arne Helgebostad**

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com**Magnus Hjortdahl**

MOBIL: 975 62 697

E-POST: Magnus.Hjortdahl@gmail.com**Kristina Riis Iden**

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com**Jan Håkon Juul**

MOBIL: 905 91 341

E-POST: janhakonjuul@gmail.com**Dag-Helge Rønnevik**

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com**Marit Tuv**

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com**FAGLIG MEDARBEIDERE:****Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

Tom Sundar

MOBIL: 454 84 047

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDE: Colourbox**DESIGN/LAYOUT:****Morten Hernæs**

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER:**Nå er tiden inne til å framsnakke fastlegene***Laila Didriksen***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Fastlegeleder som treffer blink***Marte Kvittum Tangen intervjuet av Marit Tuv***6 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Nytt verktøy for allmennpraksis:****ABC for bedre psykisk helse***Steinar Krokstad***12 Vi trenger nye modeller og begreper for
å beskrive allmennmedisinens kjerneaktiviteter***Lisbeth Nilsen i samtale med Kirsti Malterud***14 Varselordningen – om uønskede
hendelser med svært alvorlig utfall***Hege Raastad***16 – Kanskje har fastlegene et blikk
på seg selv som en altomfattende instans***Lisbeth Nilsen***20 Tannbehandlingsangst og tilrettelagt tannhelsetilbud***Lena Myran, Gry Stafseth, Trine Gjone og Therese Varvin Fredriksen***24 Nasjonale faglige råd for
lindrende behandling i livets slutfase***Bente Ervik***27 Fra Alma Ata til Astana: Palliasjon
tilgjengelig for alle, i alle land, for alle sykdommer***Aart Huurnink***28 Profesjonell autonomi – ein ressurs for
leiarskapet eller grus i fastlegeordninga?***Jan Hana***32 MEDISINSK HISTORIE:****Skolen i Salerno og middelhavsdietten***Arild Kjell Aambø***33 MEDISINSK HISTORIE: Demografisk overgang***Harald Siem***34 MEDISINSK HISTORIE:****Trotula major, en lærebok om kvinners helse***Arild Kjell Aambø***38 BOKANMELDELSE: Annerledes om epilepsi***«Epilepsi. Et vindu inn i hjernen» anmeldt av Eli Berg***39 BOKANMELDELSE: Stor og klok bok***«Asylsøkere og flyktninger. Psykisk helse
og livsmestring» anmeldt av Eli Berg***41 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 41****RELIS 42****LYRIKKSTAFETTEN 44**

Nå er tiden inne til å framsnakke fastlegene

Fastlegene sliter. Hvor mye skyldes stadig mer kravstore pasienter? Dette var tittelen på en mye omtalt artikkel i *A-magasinet* 7. februar i år. Artikkelen har frembrakt fortvilelse og harme hos mange av landets fastleger og flere tok til pennen og skrev svar med presisering av at det ikke er pasientenes små og store plager som gjør oss fastleger overarbeidet, men heller de som er ansvarlig for systemene vi jobber i.

Med frasen «sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste» fremst i pannen, vil vi fastleger at pasientene skal komme til oss med alt hva de føler at de sliter med. Stort, smått, ubetydelig. Vi er der, vi lytter og vi loser dem videre i livet. Vi behandler, og vi sender dem videre når de trenger spesialisthelsetjenesten. Vi hører på dem når de er syke selv, når barna er syke og når de trenger hjelp med foreldrene. Vi kjenner dem, vi vet hva de tåler og hva som skjer når totalbyrden av det de opplever blir for stor. Det er jo det som er gullet i fastlegeordningen. Samspillet og kontinuiteten i forholdet mellom fastlege og pasient.

Det er derfor spennende å lese intervjuet med fastlegeforsker Torunn Bjerve Eide i dette nummeret av *Utposten*. Bjerve Eide har forsket på forskjellen mellom leger og pasienter hva angår troen på hva folk går til legen med. Legene fikk spørsmål om de trodde pasientene ville oppsøke dem først for et utvalg lidelser. Pasientene fikk spørsmål om de samme lidelsene og om de trodde at folk ville oppsøke fastlegen for hjelp for disse. Kort oppsummert så har legene jevnt over større tro på at pasientene oppsøker dem, enn hva pasientene trodde at folk ville gjøre.

Så kanskje var ikke artikkelen i *A-magasinet* så langt fra det folk flest tenker? Kanskje har folk mindre tro på hva fastlegen kan hjelpe til med enn det vi leger tror om oss selv? Og kanskje tenker folk at de ikke vil bry fastlegen med det

de tror at fastlegen vil tenke er ubetydeligheter. Det vil jo i så fall være veldig trist, og tankevekkende.

Det har de siste år vært mye fokus på krisen i fastlegeordningen. Det har vært helt nødvendig, både for å få korrigert virkelighetsforståelsen hos dem som styrer og skal ta avgjørelser, men også for å fokusere på dette innad i egen fagforening. Nå er kanskje tiden inne for å begynne å snakke opp faget, snakke oss selv opp, og å snakke om det vi er gode på?

Ei som er god til å framsnakke allmennpraksis er leder i Norsk forening for Allmennmedisin, Marte Kvittum Tangen. I denne utgaven kan du bli bedre kjent med Marte og få et innblikk i hennes tanker rundt norsk allmennmedisin. Med et glødende engasjement for faget, både inne på kontoret og på legevakt, snakker hun faget opp, samtidig som hun fokuserer på hva som er problemene med dagens fastlegeordning.

Problemet er ikke pasientene, det er ikke de små møtene mellom forventning og leveranse. Det er ikke alle historiene som hver dag fortelles rundt omkring på legekantor, det er ikke pasienten som trenger oss fordi livet slo dem midt i panna. Det er heller ikke kravet om å skrive ut Sobril eller bønner om en sykmelding. Det er jo nettopp dette vi fastleger kan og vil jobbe med. Det er det vi er gode på. Og nå er tiden for å fortelle om det vi er gode på.

LAILA DIDRIKSEN

Fastlegeleder som

Marte Kvittum Tangen ■ INTERVJUET AV MARIT TUV

Hun jakter på fornuftige retningslinjer og store fugler. Det første byr iblant på hardt arbeid, det siste på viktig avkobling. Hun er den nye lederen i Norsk forening for allmennmedisin.

Utposten møter Marte Kvittum Tangen i vinterhagen på Granavolden Gjæstgiveri. I disse lokalene er det fattet mang en viktig beslutning. Anledningen denne gang er et felles styremøte mellom Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og Allmennlegeforeningen. Møtet var kanskje viktigere enn noen gang, men alvoret rundt krisen i fastlegeordningen legger ingen demper på Martes pågangsmot og humør. Egentlig ser hun uforskammet fresh ut etter nattens bygdeswing ut i de små timer og møteledelse i hele dag.

Gjesteinnbygger i hovedstaden

Vår nye NFA-leder hører til på bygda, nærmere bestemt Tynset. Urban blir hun etter eget utsagn aldri, selv om hun har prøvd bylivet noen måneder nå. – Jeg kunne bodd hvor som helst, bare stedet er lite nok. Det å vite hvem folk er og å få være del av et levende lokalsamfunn er avgjørende for min følelse av tilhørighet, understreker hun.

Samtalen dreier straks over på den nokså store avstanden mellom hjemstedet i Nord-Østerdal og hennes nye kontoradresse på Legenes hus. Ukependlingen går overraskende bra, bedyrer trebarnsmoren: – Togturen til Oslo gir meg drøye fire effektive arbeidstimer. Slik sett taper jeg ikke så mye tid på pendlingen. Høsten har imidlertid vært travel på grunn av arbeidet opp mot regjeringens kommende handlingsplan for fastlegeordningen, så det er blitt færre helger med familien enn jeg hadde tenkt.

De to yngste barna på 12 og 18 år synes det går fint å dele hverdagen med pappa. Han er tømmer av den selvstendige og fleksible typen, og har tilpasset seg mye for at



treffer blink



kabalen hjemme skal gå opp. I Tigerstaden deler Marte leilighet med eldste sønn på 21 år som studerer juss og har en deltidsstilling på Stortinget for Senterpartiet. – Vi er nøye med hva vi deler med hverandre, understreker 47-åringen. – Jeg lærer likevel stadig noe nytt om prosess som kommer til nytte i ledervervet!

Gjør kloke valg

En rekke tilfeldigheter ledet henne inn mot dette krevende vervet i Legeforeningen. Bak seg har hun fire år som leder i Hedmark legeforening, seks år som medlem av Statens helsepersonellnemnd og et styreverv i Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Helt fra hun var medlem i det aller første NFA-styret i 2006, har hun syntet

at det er artig og spennende med denne typen arbeid.

– Jeg følte meg klar for et lederverv nå. I løpet av de månedene som er gått fra jeg overtok som leder i NFA 1. september, har vi prioritert den allmennmedisinske delen av kampanjen om kloke valg. Kampanjen startet i USA i 2012, og Legeforeningen tok i 2018 initiativ til å etablere den norske versjonen. Hensikten er å redusere undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan skade. Jeg tror jeg har lyktes med å nå ut med et budskap til folk flest om effektene av overdiagnostikk og helsekontroller. Blant annet gjestet jeg radioprogrammet Norgesglasset på NRK P1. Etter dette kom det en rekke positive tilbakemeldinger fra hele landet, forteller hun begeistret.

– De nye måtene å møte pasienter på har også vært et viktig tema i høst. Nye arbeidsformer kan øke belastningen på fastlegene, men vi vil helst unngå å la andre overta noen av oppgavene våre. Det er en faglig utfordring å analysere dette godt nok. NFA-styret ønsker å sette agenda, og forsøker å peke på noen punkter vi synes det er viktig å jobbe særskilt med, blant alle de problemstillingene som flyter til oss.

Marte opplever den grunnleggende faglige uenigheten innad i Legeforeningen omkring testing for svangerskapsdiabetes som den vanskeligste utfordringen NFA står i for øyeblikket:

– Gynekologene mener det er klokt å gjøre det vi kan for å finne alle de gravide med svangerskapsdiabetes for å redusere risikoen for fødselskomplikasjoner. Gynekologe

Marte Kvittum Tange ved inngangspartiet til Granavolden Gjæstgiveri.



ne vil ikke kalle det screening, selv om 80 prosent av førstegangsgravide etter nåværende kriterier skal testes. Internasjonale data viser ikke nytte av slik testing, men gynekologene mener at norske data gir grunnlag for å hevde at denne testpraksisen har noe for seg. Allmennlegene på sin side mener at det er usikkert hvor god testmetoden er, og at veldig mange må gjennomgå testing for å finne de få med forhøyet risiko.

Martes store lidenskap er å jakte rype og storfugl.



Gevær og grønne klær

Den lett kamuflerte trønderdialekten kommer bedre til overflaten når NFA-lederen blir engasjert. Hun trådte sine barnesko i Snillfjord på Trøndelagskysten, og ikledde seg først kamuflasje etter at hun som tenåring flyttet med familien til Eidskog ved svenskegrensa og bestod jegerprøva. Siden da har den 10. september nærmest vært en hellig dato. Martes store lidenskap er å jakte rype og storfugl. Ryktene vil ha det til at

den største tiuren hun har felt veide over fem kilo.

– Det stemmer nok det, sier hun med utilsørt stolthet i stemmen. – For meg er jakt både spenning og egenterapi. Jeg har aldri prøvd yoga, men jeg kan forestille meg at det er noe av det samme: Man må være til stede der og da, tenke på akkurat den oppgaven og koble av fra alt annet, ellers fungerer ikke samspillet med hundene, og da blir det ingen fugl.

Utpostens medarbeider undres hva man egentlig bruker en tiur til. Svaret fra den erfarne storfugljegeren lyder: «til mat og pynt!» Den har visst bryst som en svær kalkun og tilberedes på samme måte som rype. Smaken avhenger av når på året den blir skutt og hvor mange vintre den har tråknet rundt i gammel skog – de eldste kan bli over ti år gamle og har grovt og trevlete kjøtt. Orrfugl er mindre enn storfugl og tiuren er maken til røya, men alle er hønsefugler. Røy og orrhane kan krysses, avkommet er infertilt og kalles rakkelfugl.

Kunnskapsgapet mellom intervjuobjekt og redaksjonsmedarbeider vitner om såpass dårlig research at det beste er å pense seg inn igjen på et spor hvor vi begge har erfaringsgrunnlag, nemlig legevakt.

Givende yrke

Legevakt er det mest spennende med fastlegejobben, mener Marte. – Det er da vi leger virkelig utfordres. For pasientene i distriktene er det viktig å ha en solid legevaktstjeneste. Folk bør kunne forvente gode akuttmedisinske tjenester uansett hvor de bor.

Hun startet som turnuslege på Tynset legekantor og fortsatte etter dette som fastlege på samme sted. – Gjennom mange år gikk vi femdelt vakt. Etter hvert ble det mer krevende å holde på legene. Nå er det etablert interkommunal legevaktordning tilknyttet sykehuset på Tynset, og den dekker 13 000 innbyggere spredt over et areal på størrelse med Oslo, Akershus og Østfold. Det fungerer etter min mening bra, sier den engasjerte legen.

I lys av krisen i fastlegeordningen er det ingen stor overraskelse at det har vært vanskelig å skaffe vikar til Kvittum Tangens fastlegehjemmel. Til yngre kolleger som snuser på fastlegeyrket vil hun gjerne framheve friheten allmennpraksis kan by på: – Det er klart det er noen utfordringer med å være fastlege slik situasjonen er nå, men da barna mine var små, kunne jeg ofte bestemme selv når det passet å ta etterarbeidet. Slik fikk jeg en travel hverdag til å fungere.



Marte sittende på en benk utenfor en av de sju bygningene som utgjør Granavolden Gjestgiveri, som har en lang og tradisjonsrik historie helt tilbake til 1716.

I 1716, under den store nordiske krig, var Gregers' sønnesønn Gregers Granavollen gjestgiver og midlertidig utnevnt lensmann. Det var som lensmann han fikk beskjed om at seks hundre svenske dragoner var på vei nordover gjennom Nittedal. Han fikk samlet et bondeoppbud på 60 mann som møtte svenskene ved Harestua, og oppholdt dem i flere timer. Dette skulle vise seg å gi de norske styrkene den tiden de trengte, og var avgjørende for seieren ved Norderhov. Som takk for innsatsen fikk Gregers kongelig patent som gjestgiver på Granavollen. Etter dette var gjestgiveriet eid og drevet av etterkommere av Gregers Granavollen, til det ble overtatt av Opplysningsvesenets fond i 2010.

Travelheten er den samme i jobben som fastlege som i vervet hun nå innehar, men hun opplever større kontroll i lederrollen. Fastlegehverdagen krever aksept for litt kaos og noen emosjonelle påkjenninger:

– Å være fastlege er en gave på den måten at man blir godt kjent med pasientene og får følge dem gjennom livet. Det er mye egenlæring i å se hvordan folk takler belastninger, og sterkt motiverende å se at de opplever gode ting i livet etter det vonde de ble utsatt for. De pasientene jeg har vært tettest på i en dyp krise er de jeg har det sterkeste båndet til, og som jeg savner aller mest nå som jeg har permisjon fra jobben på legekantoret på Tynset, sier NFA-lederen ettertenksomt.

Det er tydelig at denne damen brenner for både faget og pasientene sine. Nå som det er vinter og hun ikke lenger kan jakte, avreagerer hun med å gå på ski – helst alene og langt. Hun samler krefter ute i naturen, og dem vil hun komme til å trenge i arbeidet med handlingsplanen denne våren. Heldigvis for oss fastleger er Martes mann en kløpper til å smøre ski, så hun har alltid godt feste i motbakkene.



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.

NYTT VERKTØY FOR ALLMENNPRAKSIS

ABC for bedre psykisk

■ **STEINAR KROKSTAD** • Professor i sosialmedisin, HUNT forskingssenter, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU.
Spesialist i psykiatri, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF. Leder av Folkehelsealliansen i Trøndelag

Mens levealderen fortsatt øker, er livene i ungdomsårene og i arbeidsfør alder i økende grad preget av psykiske helseplager for mange nordmenn. Vi ser en sterk økning av psykiske plager blant ungdom, og en uførestatistikk som preges av psykiske problemer og assosierte smertetilstander. For fysisk helse er det mange gode anbefalinger for leger og spille på, som fem om dagen for frukt og grønt og 30 minutter om dagen for fysisk aktivitet. For psykisk helse har vi imidlertid manglet enkle, intuitive anbefalinger. Konseptet *ABC for psykisk helse* som ble utviklet i Australia, har vært tatt i bruk med suksess flere steder i Norge. ABC-anbefalingene om å gjøre noe aktivt (A), å gjøre noe sammen (B) og å gjøre noe meningsfylt (C), kan være et enkelt og effektivt verktøy for fastleger og i folkehelsearbeidet.

I allmennpraksis er det mange pasienter som kommer med psykiske plager og utslitthet. Faglig sett er problemstillingen utfordrende. Mange pasienter lever i stressende livssituasjoner. Blir det alvorlig nok, måler allmennleger gjerne symptomer med Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) eller liknende skalaer, stiller diagnoser og behandler deretter. Tidsmessig er det vanskelig å prioritere nok tid til kognitiv atferdsterapi. Medisinene har ofte ikke effekt, og man må i snitt behandle sju for å få effekt på én med depresjon eller angst (1). Henvisning til andrelinjetjenesten er ofte aktuelt, men kapasiteten er liten, og mange kommer tilbake til fastlegene for oppfølging. Det er behov for flere og bedre verktøy i allmennpraksis.

Psykiske plager er komplekse, sammensatte problemer. Årsakene ligger gjerne i barndom og oppvekst, i livssituasjonen eller i genene. Flere datakilder tyder på økende forekomst av psykiske helseproblemer blant ungdom og voksne (2, 3). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) har ut-

gitt en rapport som bekrefter den negative utviklingen (4). Det er også et faktum at psykiske plager preger uførestatistikken (5). Det er med andre ord et akutt behov for nye verktøy og metoder i folkehelsearbeidet og i helsetjenestene for å bote på problemene.

ABC for bedre psykisk helse

ABC (Act, Belong, Commit) (FIGUR 1), er en enkel oppsummering av omfattende kunnskap om at det å gjøre noe aktivt (A), gjøre noe sammen (B) og å gjøre noe meningsfylt (C), har stor betydning for mental helse. ABC har blitt utviklet til et verk-

tøy som har vist seg å være meget nyttig i både folkehelsearbeidet og i håndtering av mentale helseproblemer hos pasienter (6–12). ABC ble tatt til Norge av helsefremmende sykehus, og en nettside med nyttig informasjon er etablert (13). ABC er en god anbefaling for den enkelte og for dem som vil hjelpe andre.

En mengde pågående aktiviteter i samfunnet følger ABC-anbefalingene. Det å drive med aktiviteter som følger ABC-anbefalingene, er altså ikke noe nytt, men ABC tydeliggjør hvorfor aktivitetene oppleves positive, og hva de bidrar til for folks livskvalitet og mentale sunnhet. Vi ser at

FIGUR 1. Norsk ABC med slagord som dekker de engelske ordene *Act*, *Belong* og *Commit*.

A

GJØR NOE AKTIVT

B

GJØR NOE SAMMEN

C

GJØR NOE MENINGSFYLT



helse

- A** Gjør noe aktivt
- B** Gjør noe sammen
- C** Gjør noe meningsfylt

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

prinsippene i ABC bygger tett opp under WHO's definisjon av god psykiske helse:

«En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet».

Det er mange grunner til å ta ABC i bruk. Disse er kort listet opp i tekstboks 1 t.h. (Robert Donovan, personlig meddelelse).

ABC i Australia

Act-Belong-Commit ble utviklet i 2002 på Curtin University i Perth, hvor forskere startet å se på befolkningens oppfatninger om mental helse, og handlinger de mente fremmet god mental helse. De fant at folk mente det var å være aktiv, være sammen med venner og å gjøre ting som gjør en glad. Konklusjonen var at de ikke trengte å endre folks oppfatninger og holdninger, men heller bruke ressurser på å få folk i aktivitet (10). Denne oppfatningen er støttet

TEKSTBOKS 1

22 grunner til å ta i bruk ABC (act, belong, commit); gjør noe aktivt, gjør noe sammen, gjør noe meningsfylt, i folkehelsearbeidet og i håndtering av psykiske plager i helsetjenesten. ABC er

- 1 Kunnskapsbasert, forskningsbaserte effekter
- 2 Universelt, ikke i konkurranse med andre rammeverk
- 3 Enkelt, lett å huske og forstå
- 4 Intuitivt fornuftig
- 5 Fleksibelt med stor valgfrihet
- 6 Samarbeidsorientert og mobiliserende
- 7 Tverrpolitisk ukontroversielt
- 8 Aktivitet som spiller på ressurser som finnes, trenger ikke ny finansiering
- 9 Virksomt i alle aldre; barn, ungdom, voksne, eldre
- 10 Virksomt for alle grupper; friske, syke, minoriteter, stigmatiserte
- 11 Nyttig i alle settinger; offentlig, frivillig, arbeidslivet
- 12 Noe alle kan bidra til; lekfolk, fagfolk, proffe, frivillige
- 13 Selvmordsforebyggende
- 14 Psykisk sykdomsforebyggende
- 15 Ikke psykisk sykdomsfokusert
- 16 Ikke medikalisierende
- 17 Ikke stigmatiserende eller diagnosebasert
- 18 Autonomi-ivaretagende, handler ikke om noe «du skal», men «du kan»
- 19 Tiltaksrettet
- 20 Kapital-byggende; for sosial, human, spirituell og intellektuell kapital
- 21 Fysisk aktivitetsfremmende
- 22 Er trolig effektivt og kan redusere helsekostnader

TEKSTBOKS 2 / DEL 1

Vitenskapelig dokumentasjon for sammenhengen mellom ABC og mental sunnhet A (Act – gjør noe aktivt): Høyere nivå av fysisk, mental, åndelig og sosial aktivitet er assosiert med høyere nivåer av velvære og mental helse.

NR.	ACT. GJØRE NOE AKTIVT
1	Buchman, AS, Boyle, PA, Wilson, RS. Association between late-life social activity and motor decline in older adults. Arch Intern Med. 2009; 169: 1139–1146.
2	Christoforetti, G, Oliani, MM, Gobbi, S, Stella, F. Effects of motor intervention in elderly patients with dementia: an analysis of randomized controlled trials. Top Geriatr Rehabil. 2007; 23: 149–154.
3	Colcombe, S, Kramer, AR. Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. Psychol Sci. 2003; 14: 125–130.
4	Conn, VS. Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: meta-analysis findings. Ann Behav Med. 2010;39:128–138.
5	Daley, AJ. Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention? Adv Psychiatr Treat. 2002; 8: 262–270.
6	Deslandes, A, Moraes, H, Ferreira, C. Exercise and mental health: many reasons to move. Neuropsychobiology. 2009; 59: 191–198.
7	Dingwall, KM, Cairney, S. Psychological and cognitive assessment of Indigenous Australians. Aust N Z J Psychiatry. 2010; 44: 20–30.
8	Drag, LL, Bieliauskas, LA. Contemporary review 2009: cognitive aging. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2010; 23: 75–93.
9	Fowler, JW. Stages of Faith: The Psychology of Human Development and the Quest for Meaning. San Francisco, CA: Harper & Row; 1981.
10	Graham, A. Strengthening Young People's Social and Emotional Wellbeing. Lismore, Australia: Centre for Children and Young People, Southern Cross University; 2011. Background Briefing Series, No. 7.
11	Hamer, M, Chida, Y. Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. Psychol Med. 2009; 39: 3–11.
12	Hamer, M, Stamatakis, E, Steptoe, A. Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey. Br J Sports Med. 2009; 43: 1111–1114.
13	Jonsdottir, IH, Rödger, L, Hadzibajramovic, E, Börjesson, M, Ahlberg, G. A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. Prev Med. 2010; 51: 373–377.
14	Koenig, HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. Can J Psychiatry. 2009; 54: 283–291.
15	Kowal, E, Gunthorpe, W, Bailie, RS. Measuring emotional and social wellbeing in Aboriginal and Torres Strait Islander populations: an analysis of a Negative Life Events Scale. Int J Equity Health. 2007; 6: 18.
16	Kwag, KH, Martin, P, Russell, D, Franke, W, Kohut, M. The impact of perceived stress, social support, and home-based physical activity on mental health among older adults. Int J Aging Hum Dev. 2011; 72: 137–
17	Langa, KM, Larson, EB, Karlawish, JH. Trends in the prevalence and mortality of cognitive impairment in the United States: is there evidence of a compression of cognitive morbidity? Alzheimers Dement. 2008; 4: 134–144.
18	Penedo, FJ, Dahn, JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. Curr Opin Psychiatry. 2005; 18: 189–193.
19	Quaney, BM, Boyd, LA, McDowd, JM. Aerobic exercise improves cognition and motor function poststroke. Neurorehabil Neural Repair. 2009; 23: 879–885.
20	Saxena, S, Ommeren, MV, Tang, KC, Armstrong, TP. Mental health benefits of physical activity. J Ment Health. 2005; 14: 445–451.
21	Stathopoulou, G, Powers, MB, Berry, AC, Smith, JAJ, Otto, MW. Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. Clin Psychol Sci Pract. 2006;13:179–193.
22	Valenzuela, MJ. Brain reserve and the prevention of dementia. Curr Opin Psychiatry. 2008; 21: 296–302.
23	Verghese, J, Lipton, RB, Katz, M. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. N Engl J Med. 2003; 348: 2508–2516.
24	Walsh, R. Lifestyle and mental health. Am Psychol. 2011; 66: 579–592.

av forskning, for det finnes en bred litteratur på at aktivitet, sosial tilhørighet og det å delta i meningsfulle aktiviteter er bra for mental helse (TEKSTBOKS 2, s. 8–10). Robert Donovan er grunnleggeren av ABC-konseptet. Han har blant annet skrevet boken *Principle & Practice of Social Marketing: An International Perspective* (14).

Partnerskap

I Australia er arbeidet organisert i en partnerskapsmodell med over 200 partnere. Partnere fra helsetjenester, kommuner, skoler, arbeidsplasser, idrettslag, kunstklubber og andre frivillige organisasjoner deltar. Partnerne promoterer sine aktiviteter under ABC-profilen ved at de får tilgang til diverse kampanje-materiell. Mentally Healthy WA (MHWa) er nasjonal koordinator for partnerskapet (15). I tillegg til aktiviteter blant partnerne, er det utarbeidet fem ABC-programmer i Australia (16).

- **Youth connectors** (16–25 år) tar ansvar overfor nye i lokalsamfunnet slik at de får kontakt med andre og blir med på aktiviteter.
- **Skoleprogrammet** er et rammeverk for klasserom, skolemiljø og hele skolekretser for å bedre den mentale helsa til elever og ansatte og forebygge mentale helseproblemer. Hele 42 skoler har gjennomført dette programmet.
- **Ambassadørprogrammet** utdanner ambassadører til å bistå frivillige, holde innlegg om ABC og andre aktiviteter som bidrar til økt kjennskap til ABC.
- **Aboriginprogrammet** er tilpasset urfolk i Australia, og har fokus på å bygge sosiale og «emotional well-being» i aboriginske samfunn.
- **ABC in recovery** tilbyr workshops for profesjonelle helsearbeidere som jobber med mennesker i en rehabiliteringsfase.

ABC i Danmark

I Danmark tok forskere ved Statens Institut for Folkesundhed tak i *ABC for mental sundhed* ledet av Vibeke Koushede. Modellen de jobber etter i Danmark er litt forskjellig fra Australia. I Danmark har de en modell med partnere og grupper innenfor helse, utdanning, arbeidsliv og frivillighet. Partnerne jobber ulikt og mot ulike målgrupper, men innenfor en felles ramme. Rammen er regulert i en samarbeidsavtale (hensiktsforklaring). Denne avtalen definerer roller og forventninger, og inneholder en beskrivelse av hva partnerne får tilbake fra *ABC for mental sundhed* (17, 18).

TEKSTBOKS 2 / DEL 2

B (Belong – gjør noe sammen): Tilhørighet handler om å være medlem av en gruppe eller organisasjon som styrker den enkeltes tilknytning til fellesskap og identitetsfølelse og er assosiert med høyere nivåer av velvære og mental helse.

NR.	BELONG: GJØRE NOE SAMMEN
1	Anae, M, Moeqaka Barnes, H, McCreanor, T, Watson, P. Towards promoting youth mental health in Aotearoa/New Zealand: holistic "houses" of health. Int J Ment Health Promot. 2002; 4: 5–14.
2	Baumeister, RF, Leary, MR. The need to belong: desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation. Psychol Bull. 1995; 117: 497–529.
3	Berkman, LF. Social networks and health: the bonds that heal. In: Tarlov, AR, St Peter, RF, eds. The Society and Population Health Reader. New York, NY: The New Press; 2000: 137–173.
4	Carstarphen, MG. Australia's "Together We Do Better" campaign: diversifying mental health benefits for local communities. In: VanSlyke Turk, J, Scanlan, LH, eds. The Evolution of Public Relations: Case Studies From Countries in Transition. 3rd ed. Gainesville, FL: The Institute for Public Relations, University of Florida; 2008: 79–92.
5	Cattaneo, L, Rizzolatti, G. The mirror neuron system. Arch Neurol. 2009; 66: 557–560.
6	Cohen, S, Janicki-Deverts, D. Can we improve our physical health by altering our social networks? Perspect Psychol Sci. 2009; 4: 375–378.
7	Esler, DM, Johnston, F, Thomas, D. The acceptability of a depression screening tool in an urban, Aboriginal community-controlled health service. Aust N Z J Public Health. 2007; 31: 259–263.
8	Fullilove, MT. Promoting social cohesion to improve health. J Am Med Womens Assoc. 1998; 53: 72–76.
9	Greenberg, J. Understanding the vital human quest for self-esteem. Perspect Psychol Sci. 2008; 3: 48–55.
10	Hawkey, LC, Cacioppo, JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. Ann Behav Med. 2010; 40: 218–227.
11	Hunter, L, Lloyd-Kolkin, D. Friends can be good medicine: educating the community about social support and health. Paper presented at: American Educational Research Association Annual Conference; April 11–15, 1983; Montréal, Canada.
12	Iyer, A, Jetten, J, Tsivrikos, D, Postmes, T, Haslam, SA. The more (and the more compatible) the merrier: multiple group memberships and identity compatibility as predictors of adjustment after life transitions. Br J Soc Psychol. 2009; 48: 707–733.
13	Kawachi, I, Berkman, LF. Social ties and mental health. J Urban Health. 2001; 78: 458–467.
14	Paradies, YC, Cunningham, J. The DRUID study: racism and self-assessed health status in an Indigenous population. BMC Public Health. 2012; 12: 131–142.
15	Taylor, RL, Lam, DJ, Roppel, CE, Barter, JT. Friends can be good medicine: an excursion into mental health promotion. Community Ment Health J. 1984; 20: 294–303.
16	Tsey, K, Whiteside, M, Deemal, A, Gibson, T. Social determinants of health, the "control factor" and the Family Wellbeing Empowerment Program. Australas Psychiatry. 2003; 11(suppl): S34–S39.
17	Wann, DL, Waddill, PJ, Polk, J, Weaver, S. The team identification social psychological health model: sport fans gaining connections to others via sport team identification. Group Dynamics. 2011; 15: 75–89.
18	Ziersch, AM. Health implications of access to social capital: findings from an Australian study. Soc Sci Med. 2005 6: 2119–2131.

ABC i Norge

I Norge var det WHO's nettverk av helsefremmende sykehus (Health Promotion Hospitals) (19) som etablerte et samarbeid med Australia, oversatte materiale og spørreskjema og etablerte de norske nettsidene (13). ABC er omtalt som et lovende konsept i «Mestre hele livet», regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) (20). Det finnes flere rammeverk for bedre psykisk helse, som for eksempel «Ten keys to happier living» og «Fem råd for økt livskvalitet og sterkere psykisk helse», som Helsedirektoratet har benyttet. Utfordringen er at det blir mye å huske på og fort for komplisert til at de lykkes som verktøy i det daglige. ABC dekker dessuten godt de fem elementene i «Fem råd for økt livskvalitet og sterkere psykisk helse».

Basert på ABC har det spontant blitt etablert mange aktiviteter basert på anbefalingene flere steder i Norge (13). Heidi Bjøntegaard fra NMBU arbeider på en doktorgrad om hvordan anvende ABC i kommunene i samarbeid med Ullensaker kommune (21). Det er levert to hovedoppgaver i medisin ved NTNU med data fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT), som har sett på assosiasjonen mellom ABC og mental helse hos ungdom og voksne. Dataene tyder på sterke assosiasjoner spesielt for dimensjonen B-belong blant ungdom, og for en samlet ABC-indeks for voksne (upubliserte data). Dette er starten på dokumentasjonen for anbefalingene i norsk sammenheng.

Folkehelsealliansen i Trøndelag

I Trøndelag er det etablert en folkehelseallianse med over 30 medlemmer fra offentlig og frivillig sektor (22). Denne alliansen satser nå på ABC-rammeverket, og har nylig startet en tre års kampanje med finansiering av Trøndelag fylkeskommune og Gjensidigestiftelsen. Her tas erfaringene fra Danmark i bruk, og Folkehelsealliansen har samarbeid med Robert Donovan og det danske fagmiljøet. Alliansen har utviklet et sterkt partnerskap og samarbeid for å løse felles utfordringer og forløse felles muligheter. Alliansen forplikter de enkelte aktører til å arbeide gjennom egne nettverk og mot egne målgrupper for å nå felles mål. Regionale planer for folkehelse i Trøndelag skal bidra til flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller. Planene inneholder overordnet mål for folkehelsearbeidet i fylket. I tillegg fremheves at arbeidet skal være kunnskapsbasert, skal bidra til gode levevaner, og skal kunne engasjere bredt og føre til samhandling i folkehelsearbeidet.



TEKSTBOKS 2 / DEL 3

C (Belong – gjør noe sammen): Meningsfull deltakelse refererer til i hvilken grad et individ blir involvert i, (eller forplikter seg til) aktivitet, sak eller organisasjon. Engasjement gir en følelse av formål og mening i ens liv, noe forskere tror er den viktigste faktoren som bidrar til høyere nivå av velvære og mental helse.

NR.	COMMIT: GJØRE NOE MENINGSFYLT
1	Borgonovi, F. Doing well by doing good: the relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. Soc Sci Med. 2008; 66: 2321–2334.
2	Csikszentmihalyi, M. Flow: The Psychology of Optimal Experience. New York, NY: Harper Perennial; 1990.
3	Garfield, CF, Isacco, A, Sahker, E. Religion and spirituality as important components of men's health and wellness: an analytic review. Am J Lifestyle Med. 2013 ;7: 27–37.
4	Grimm, R, Spring, K, Dietz, N. The Health Benefits of Volunteering: A Review of Recent Research. Washington, DC: Corporation for National and Community Service, Office of Research and Policy Development; 2007.
5	Heady, B, Wearing, A. Understanding Happiness: A Theory of Subjective Well-being. Melbourne, Australia: Longman Cheshire; 1992.
6	Kirmayer, LJ, Boothroyd, LJ, Laliberté, A, Simpson, BL. Suicide Prevention and Mental Health Promotion in First Nations and Inuit Communities. Montréal, Canada: Culture and Mental Health Research Unit, Institute of Community and Family Psychiatry; 1999. Report No. 9.
7	Locke, EA. Setting goals for life and happiness. In: Snyder, CR, Lopez, SJ eds. Handbook of Positive Psychology. Oxford, UK: Oxford University Press; 2002: 299–312.
8	Lyubomirsky, S, Sheldon, KM, Schkade, D. Pursuing happiness: the architecture of sustainable change. Rev Gen Psychol. 2005; 9: 111–131.
9	Meier, S, Stutzer, A. Is volunteering rewarding in itself? Economica. 2008; 75: 39–59.
10	Noels, KA, Pelletier, LG, Clément, R, Vallerand, RJ. Why are you learning a second language? Motivational orientations and self-determination theory. Language Learning. 2000; 50: 57–85.
11	Piliavin, J, Siegl, E. Health benefits of volunteering in the Wisconsin longitudinal study. J Health Soc Behav. 2007; 48: 450–464.
12	Taylor, A. Older amateur keyboard players learning for self-fulfilment. Psychol Music. 2011; 39: 345–363.
13	Vaananen, A, Buunk, BP, Kivimäki, M, Pentti, J, Vahtera, J. When it is better to give than to receive: long-term health effects of perceived reciprocity in support exchange. J Pers Soc Psychol. 2005; 89: 176–193.
14	Waddell, EL. Predicting positive well-being in older men and women. Int J Aging Hum Dev. 2010; 70: 181–197.

ABC i allmennpraksis

Folk som har psykisk sykdom eller er slitne mentalt eller fysisk, har typisk blitt inaktive, isolerte og har ikke greid å holde på sine hobbyer eller aktiviteter som skaper mening. Veien tilbake til et bedre liv handler for de aller fleste om å ta opp igjen slike aktiviteter, få hjelp til å organisere livet

slik at det bli mulig og motiveres til sosiale aktiviteter som gir mening i livet. I psykiatrien har man lenge brukt aktiviteter som turgrupper, musikk eller kunstneriske uttrykk i behandlingen. Dette er typiske ABC-aktiviteter, selv om de ikke har blitt knyttet til ABC-rammeverket før.

Det unike med ABC er at det fungerer på

alle nivåer, i folkehelsearbeidet, for ulike grupper i samfunnet og i helsetjenestene, samt for enkeltindivider og pasienter. For fastlegene vil ABC kunne fungere på linje med anbefalinger om fem porsjoner frukt og grønt om dagen og 30 minutter daglig fysisk aktivitet. Det vil kunne fungere som konkret behandling for folk med psykiske plager og som anbefalinger for å forebygge psykisk sykdom og arbeidsuførhet (FIGUR 2).

Kartleggingsskjema for klinisk bruk

Gjennom anamnesen anbefales det å spørre om pasienten har eller har anledning til å være med på noen sosiale aktiviteter som gir mening og glede. Deretter forklares sammenhengen mellom ABC og psykisk helse. Ved behov kan et spørreskjema for å kartlegge pasientens ABC-status benyttes. På nettsidene (13) ligger spørreskjemaet direkte tilgjengelig, som pasientens kan fylle ut selv til neste time eller i samarbeid med fastlegen. Resultatene gir råd om hva som kan være hensiktsmessig for pasienten.

Samarbeid med kommunen og frivilligheten

Fastlegene kan med fordel spille på frivilligheten eller allerede etablerte aktivitets-tilbud i nærmiljøet, gjerne i samarbeid med kommunen, og følge opp pasientene for å motivere dem til å komme i gang. En mulighet er å få grupper av pasienter til å sette i gang egne nye initiativ, for eksempel gågrupper. Tjukkasgjengen er et godt eksempel på en ABC-aktivitet som har oppstått spontant flere steder i Norge for folk med behov for mosjon (23). I Bergen har de etablert Arna Aktiv, som er et omfattende rehabiliteringstiltak for personer med rusmiddelavhengighet. Arna bruker ABC som et rammeverk i oppbyggingen av sitt tilbud (24). Fastlegene kan i samarbeid med kommunene forsøke å skaffe oversikt over lag og foreninger som kan ønske flere medlemmer, og formidle dette til pasienter. Å bruke etablerte nettsider til dette formål kan være nyttig, for eksempel Friskus og frivillig.no (25, 26).

FIGUR 2. ABC fungerer for alle, i helsefremming, forebygging og behandling. Mental helse er et kontinuum som vi beveger oss i gjennom livet.



Psykiske plager øker i samfunnet. ABC-anbefalingene; å gjøre noe aktivt (A), å gjøre noe sammen (B) og å gjøre noe meningsfylt (C), er et enkelt og effektivt verktøy for å bedre mental sunnhet.

REFERANSER

1. Arroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G, Kerse N, Macgillivray S. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3): CD007954. doi:10.1002/14651858.CD007954.
2. Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Report No. 5.
3. Knapstad M, Sivertsen B, Knudsen AK, Smith ORF, Aarø LE, Lønning KJ, Skogen JC. Trends in self-reported psychological distress among college and university students from 2010 to 2018. *Psychol Med*. 2019 Nov 29; 1–9. doi: 10.1017/S0033291719003350.
4. Sund ER, Rangul V, Krokstad S. Folkehelseutfordringer i Trøndelag. Folkehelsepolitisk rapport med helsestatistikk fra HUNT inkludert tall fra HUNT4 (2017–19). Levanger: HUNT forsknings-senter, 2019.
5. Nav. Diagnose uføretrygd. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-ned-satt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd>. Sist lest 26.1.2020.
6. Santini ZI, Nielsen L, Hinrichsen C, Meilstrup C, Koyanagi A, Haro JM, Donovan RJ, Koushede V. Act-Belong-Commit Indicators Promote Mental Health and Wellbeing among Irish Older Adults. *Am J Health Behav*. 2018 Nov 1; 42(6): 31–45. doi: 10.5993/AJHB.42.6.4.
7. Donovan RJ, Murray L, Hicks J, Nicholas A, Anwar-McHenry J. Developing a culturally appropriate branding for a social and emotional well-being intervention in an Aboriginal community. *Health Promot J Austr*. 2018 Dec; 29(3): 314–320. doi: 10.1002/hpja.46.
8. Santini ZI, Nielsen L, Hinrichsen C, Tolstrup JS, Vinther JL, Koyanagi A, Donovan RJ, Koushede V. The association between Act-Belong-Commit indicators and problem drinking among older Irish adults: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Drug Alcohol Depend*. 2017 Nov 1; 180: 323–331. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.08.033.
9. Donovan R, Jalleh G, Robinson K, Lin C. Impact of a population-wide mental health promotion campaign on people with a diagnosed mental illness or recent mental health problem. *Aust N Z J Public Health*. 2016 Jun; 40(3): 274–5. doi: 10.1111/1753-6405.12514.
10. Donovan RJ, Anwar-McHenry J. Act-Belong-Commit: Lifestyle Medicine for Keeping Mentally Healthy. *Am J Lifestyle Med*. 2014 Jun 2; 10(3): 193–199. doi: 10.1177/1559827614536846.
11. Jalleh G, Anwar-McHenry J, Donovan RJ, Laws A. Impact on community organisations that partnered with the Act-Belong-Commit mental health promotion campaign. *Health Promot J Austr*. 2013 Apr; 24(1): 44–8. doi: 10.1071/HE12909.
12. Jalleh G, Donovan RJ, James R, Ambridge J. Process evaluation of the Act-Belong-Commit Mentally Healthy WA campaign: first 12 months data. *Health Promot J Austr*. 2007 Dec; 18(3): 217–20.
13. <https://www.abcmementalsunnhet.no/>
14. Donovan R. Principles and Practice of Social Marketing: An International Perspective. Cambridge: Cambridge university press 2010.
15. <https://www.actbelongcommit.org.au/>
16. <https://www.actbelongcommit.org.au/our-programs>
17. www.abcmementalsundhed.dk/
18. Koushede V, Nielsen L, Meilstrup C, Donovan, RJ. From rhetoric to action: Adapting the Act-Belong-Commit mental health promotion programme to a Danish context. *International Journal of Mental Health Promotion*. 105; 17, 22–33.
19. <http://norskph.no/om-norsk-ph/>
20. Regjeringen. Leve hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022), side 14.
21. <https://abcmementalsunnhet.no/inspirasjonsdag-10-april-alle-har-en-psykisk-helse/>
22. <https://www.trondelagfylke.no/vare-tjenester/folkehelse-idrett-frivillighet/folkehelse/folkehelsealliansen-i-trondelag/>
23. <https://www.tjukkasgjengen.no/>
24. <https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/rusavhengighet/dag-tilbud/arna-aktiv>
25. <http://www.friskus.no/for-kommunen/>
26. <https://frivillig.no/>

■ STEINAK@NTNU.NO

Vi trenger nye modeller beskrive allmennmedisi

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

– Vet vi ikke hva vi gjør, kan vi ikke diskutere hvordan det best kan gjøres, sier Kirsti Malterud. I en nylig publisert artikkel, har hun og danske kolleger satt allmennmedisinsk diagnostikk inn i en teoretisk kunnskapsmodell.

– I desember i fjor kom artikkelen «Diagnostic knowing in general practice: interpretative action and reflexivity» på trykk i *Scandinavian Journal of Primary Care*, med professor emerita Kirsti Malterud som førsteforfatter.

– Mye av det fastlegen ser er usortert og må fortolkes på kort tid i en konsultasjon. Hvorfor vet vi ikke mer om hva som foregår – om hvordan legen gjør sine vurderinger og beslutninger? Medisinsk beslutningsteori bygger i all hovedsak på den enkle, lineære sykdomsmodellen, hvor vi tenker «kan dette være kreft i bukspyttkjertelen», og så undersøker vi om dette stemmer – det som kalles hypotetisk deduktiv metode. Det er et annet diagnostisk oppdrag enn det vi ofte møter i allmennpraksis, der pasienten typisk presenterer mange forskjellige plager på en gang, ofte uferdige symptombilder i grenselandet mellom sykdom og normalvariasjoner, sier Malterud.

Hun har vært allmennlege i 35 år, har forsket minst like lenge og er nå professor emerita ved Universitetet i Bergen. Malterud har også en bistilling som seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis ved Københavns universitet, der medforfattere er tilknyttet.

Opplevelse, forståelse, vurdering

I artikkelen presenteres en fiktiv kasuistikk der pasienten kommer på grunn av forstoppelse, men går ut etter 13 minutter med en atrieflimmerdiagnose. Artikkelen tar utgangspunkt i en teoretisk kunnskapsmodell utviklet av den kanadiske teologen Bernard Lonergan.



– Artikkelen vår er ment som et utgangspunkt for mer forskning om diagnostikk i allmennmedisin, sier førsteforfatter Kirsti Malterud. FOTO: LISBETH NILSEN

– Svært kortfattet er teorien basert på at kunnskap utvikles gjennom subjektive dimensjoner som opplevelse, forståelse og vurdering. Lonergans modell handler ikke spesielt om medisinsk diagnostikk, men tankegangen og begrepene hans gjør det enklere å beskrive og analysere fastlegens tolkning og kliniske resonnement.

Kunnskapsmodellen favner bredere enn hypotetisk-deduktiv metode, der en antakelse – en hypotese – skal bekreftes eller avkreftes med objektive fakta som støtte.

Usikkerhet

I artikkelen deler Malterud og medforfatterne sine erfaringer om hvordan modellen kan være et verktøy for systematisk analyse av kompleksiteten fastlegen kan møte i en konsultasjon, og hvordan prosessen kan gjøres mer transparent.

– Vet vi ikke hva vi gjør, kan vi ikke diskutere hvordan det best skal gjøres. Vi trenger modeller og redskaper for å beskrive de allmennmedisinske kjerneaktivitetene, som diagnostikk, behandling, forebygging og oppfølging av vanlige sykdommer og helseplager. Artikkelen vår er ment som et utgangspunkt for mer forskning om diagnostikk i allmennmedisin, sier Malterud og legger til:

– Det kan være annerledes enn diagnostikk i spesialisthelsetjenesten, der det allerede foreligger en sortering og en hypotese, eller diagnostikk av sykdom som i utgangspunktet er oversiktlig, slik som halsinfeksjon eller skuldertendinit. Det vi fastleger ser mye av, er uferdige sykdomsbilder, sammensatte og komplekse lidelser, multimorbiditet og sykdom uten et godt navn.

Hun skulle ønske at flere vil forske på det sammensatte, det utydelige, blandingen av stort og smått.

og begreper for å nens kjerneaktiviteter

– Artikkelen er teoritung og ment som et bidrag til et felt vi har altfor lite kunnskap om. Den ligger kanskje et stykke unna det allmennlegene kan ha direkte nytte av, men den handler om det fastlegene bruker hver eneste dag: fortolkning av mange ulike kunnskapskilder under betydelig grad av usikkerhet.

På den europeiske allmennpraktikerkonferansen WONCA i Berlin i sommer, skal Malterud sammen med en tysk allmennlege-kollega holde workshop om allmennmedisinsk diagnostikk, basert på nettopp kasuistikken i artikkelen.

Hovtramp og sebra

– Kloke valgkampanjen i allmennpraksis legger vekt på å redusere unødige undersøkelser. Er det en fare for at fastlegene i iveren etter å redusere overdiagnostikk blir litt blinde for de viktige unntakstilfellene?

– «Kloke valg» tar fatt i et helt sentralt problem i det moderne samfunnet, der man tenker seg at mest er best. Et gammelt ordtak sier at hvis du hører hovtramp, er det vanligvis ikke en sebra. Men vi må heller ikke glemme sebraen. Jeg tror allmennleger er godt trent til ikke å miste det farlige, selv om vi aldri kommer unna den uunngåelige usikkerheten allmennlegen må tåle å ha under huden hver dag – at vi kan overse noe, at vi kan gjøre feil. Klinisk arbeid bygger på skjønn, og vi kan saktens være skråsikre i ettertankes klare lys. Men der og da må vi enten sikre oss at vi har tid til å tenke oss om, eller ta en beslutning likevel.

Og tilfellene der allmennlegen selv er klar over at det handler om overdiagnostikk eller overbehandling, kan også bidra til læring, mener Malterud og tilføyer:

– Ofte vet vi at vi ikke følger boka, at vi gjør noe dumt. Ønsker vi å gjøre noe med dette, må vi vite hvorfor det også tas ukloke valg. Det kan være gode eller dårlige grunner til det, og dette er noe som bør og kan utforskes. Forskningen må bidra til at vi også kan snakke om de dårlige grunnene, uten at vi bruker det til å legitimere dårlige valg.

Ukloke valg

Malterud ønsker seg en større verktøykasse med flere behandlingsstrategier knyttet til det sammensatte og utdelte.

– Vi trenger også mer kunnskap om hvordan vi kan stille en diagnose når pasienten har fem plager som glir inn i hverandre og har ulik betydning. Så må vi bruke den kunnskapen vi allerede har – vi trenger ikke finne opp hjulet på nytt.

Hun synes mange kvalitative studier blir kjedelige fordi de presenterer velkjente selvfølgeligheter.

– Vi vet allerede at øyekontakt mellom pasienten og legen er viktig. Og at pasienten skal tas på alvor, er ingen nyhet som krever dokumentasjon. Men vi vet fortsatt ikke nok om hvordan legen kan sikre at pasienten opplever å bli tatt alvorlig, og hvordan dette kan individualiseres slik at det blir treffsikkert – og at legen kan være den beste versjonen av seg selv.

Relevans

Malterud mener samfunnet vet for lite om allmennmedisinens oppdrag, innhold og kjerneverdier.

– De akademiske miljøene må ta sin del av ansvaret for å vise hva slags kunnskap og kompetanse fastlegene har og hva som trenger å utvikles videre. Allmennmedisinsk forskning må ta utgangspunkt i hva som kjennetegner faget vårt og bidra til å gjøre dette enda tydeligere, ellers kan vi ikke vente at andre forstår dette.

– Hva kjennetegner allmennmedisinen?

– Allmennmedisinens oppdrag ligger i det individrettede med diagnostikk, behandling, oppfølging og forebygging i rammen av et langvarig lege-pasientforhold. Vi møter ofte usorterte symptomer, komplekse tilstander og multimorbiditet. Vi kjenner pasientene våre i lys av familien, nærmiljøet og kulturen. Men den grupperettede forebyggingen – folkehelseperspektivet – er det samfunnsmedisinen som har hovedansvar for.

Ved prioritering av de begrensede ressur-

sene til allmennmedisinsk forskning, er Malterud opptatt av relevans.

– Forskningsmiljøene bør oftere spørre seg hvordan resultatet av forskningen kan gi innsikt og endret praksis blant allmennleger i Norge og i andre land. Det er jo ikke noe i veien for at fastleger søker stipend for å forske på nanoteknologi hvis det er noe som vekker interesse. Men jo lenger unna vi kommer møtet mellom fastlegen og pasienten, dess lengre er veien tilbake til at kunnskapen kan tas i bruk av allmennlegen.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

FAKTA OM KIRSTI MALTERUD (F. 1949)

- Pionér innen kvalitativ forskning i allmennmedisin i Norge og internasjonalt
- Professor emerita ved Universitetet i Bergen
- Første kvinnelige professor i allmennmedisin i Norge (1992)
- Professor II i medisinsk kvinneforskning ved Universitetet i Oslo (1994–2001)
- Seniorforsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet/NORCE (2007–2019)
- Bistilling som professor ved Københavns Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis
- Spesialist i allmennmedisin (1985) og fastlege i 35 år
- Dr. med. med avhandlingen: «Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter» (1990)
- Forfatter/medforfatter av cirka 400 vitenskapelige publikasjoner
- Har engasjert seg spesielt i forskning på kvinners helseplager, på medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) og på homofiles helse
- Har navnet sitt på 14 bøker, blant andre lærebok i kvalitative metoder i medisin og helsefag (4. utgave i 2017) og 51 bokkapitler
- Prisbelønnet med blant andre Nidarosprisen (2011) og Norske kvinners sanitetsforening sin kvinnehelseforskningspris (2017)

Varselordningen

– om uønskede hendelser med

■ HEGE RAASTAD • Spes. i samfunnsmedisin og seniorrådgiver, Statens helsetilsyn

I 2019 ble det innført varslingsplikt til Statens helsetilsyn for alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester. Hva betyr dette for kommunehelsetjenesten og fastlegene?

Varslingsplikten er fastsatt i helsetilsynsloven § 6 *Plikt til å varsle tilsynsmyndigheten om alvorlig hendelse*:

En virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal straks varsle Statens helsetilsyn om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

Hvorfor en varslingsplikt?

Formålet med varselordningen er å bidra til bedre pasientsikkerhet og unngå at tilsvarende hendelser gjentar seg.

Varslingsplikten ble først innført for spesialisthelsetjenesten i 2012. Det var en klar «marsjordre» fra Stortinget til både helse- og tilsynsmyndigheten: Uønskede hendelser med svært alvorlig utfall skal analyseres raskt, inkludere samtaler med pasienter og/eller pårørende, og funnene skal brukes i virksomhetens forbedringsarbeid.

Fra 1. juli 2019 ble varslingsplikten utvidet til å gjelde alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester. § 12-3 a i helse- og omsorgstjenesteloven presiserer denneplikten for kommunale virksomheter og alle som har avtale med kommunen. Samtidig som plikten til å varsle ble lovfestet for alle som yter helse- og omsorgstjenester, fikk pasienter, brukere og nærmeste pårørende en rett til å varsle Helsetilsynet om saker som helsetjenestene har plikt til å varsle om.



ILLUSTRASJONSPHOTO: COLLOMBIX

Hvilke hendelser skal varsles?

Kriteriene for at varslingsplikten utløses er:

- dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker – som følge av ytelse av helse- og omsorgstjeneste eller ved at pasient eller bruker skader en annen
- og der utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko

Når det har oppstått en uønsket hendelse som har ført til et dødsfall eller en svært alvorlig skade, skal virksomheten gjøre en konkret vurdering av hvorvidt hendelsen er varslingspliktig. Det skal vurderes om hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på virksomhets- og/eller individnivå, om det er uklart hva som har skjedd og om saken fremstår som uoversiktlig. Helse- og omsorgstjenesten preges av kompleksitet, og det er stadig flere aktører som samhandler på ulike og kompliserte måter. Samhandlingsperspektivet er derfor en sentral del av vurderingen.

Begrepet 'påregnelig risiko' handler om hvilke forventninger som stilles til helsehjelpen i den konkrete situasjonen som hendelsen skjedde i. For å vurdere spørsmål om påregnelig risiko, kan det være nyttig å spørre seg: Hva er god praksis i den aktuelle type tjeneste og situasjon? Kunne andre tiltak eller handlinger ha gitt et annet utfall?

Det er ikke varslingsplikt for hendelser

som kunne ha medført dødsfall eller svært alvorlig skade. Får du kjennskap til hendelser du mener burde vært varslet fra andre tjenester, ta primært kontakt med tjenesten du mener har varslingsplikt. Kontakt Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen dersom du er usikker på om saken skal varsles.

Hvordan skal det varsles?

Varsel skal sendes fra nettsiden www.helsetilsynet.no (ev. varsel@helsetilsynet.no) der det er et enkelt skjema å fylle ut, med informasjon om virksomhetens navn og rolle, direkte telefonnummer til kontaktpersonen og hvilket fagområde eller tjeneste det dreier seg om. Det skal ikke sendes personsensitiv informasjon. Varselet sendes snarest og senest påfølgende dag, men også varsler som kommer etter fristen, vil bli håndtert.

Hva er tjenestenes ansvar?

Innføringen av varslingsplikten kan ses på som en anledning til å gjennomgå og utvikle det generelle pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeidet. Når en uønsket hendelse skjer, skal du spørre:

1. Er dette også en varslingssak? Se www.helsetilsynet.no
2. Hvordan sikre oss informasjon og kunnskap om hendelsen fra berørte?

svært alvorlig utfall

3. Hvordan ivareta berørte – pasienter, pårørende og ansatte?

Virksomheten skal selv følge opp og informere pasienter og pårørende ved uønskede hendelser. Det er virksomheten som best kan svare på spørsmål – og bare virksomheten selv som kan ta ansvar for situasjonen som har oppstått.

Det er en treningssak å undersøke hendelser på en måte som gir grunnlag for relevante og virkningsfulle tiltak. Vår oppfordring til både små og store virksomheter er klar: Øv på det!

Gjennomgang av uønskede hendelser skal være rettet inn mot spørsmålet «Hva skjedde?». Hvem vi spør, hva vi spør om, hvordan vi spør og hva slags tanker om ansvar og årsaker vi legger til grunn, styrer hvilke svar vi får. Derfor skal både virksomheten og tilsynsmyndigheten invitere berørte pasienter, brukere og pårørende til å fortelle hva de har sett og opplevd, i tillegg til å snakke med berørte ansatte og ansvarlige for tjenesten. Svarene på spørsmålet «Hva skjedde?» skal være grunnlaget for hvilke tiltak man iverksetter for å unngå at det skjer igjen.

Perspektivet må være tilstrekkelig bredt: Det er virksomhetens og tjenestestedets samlede egenskaper som er viktigst for pasientsikkerheten!

Hvordan følger tilsynsmyndighetene opp varslene?

Varslene følges opp ulikt, avhengig av alvorlighetsgrad, kompleksitet og antatt risiko for at tilsvarende hendelser skjer på nytt. Helsetilsynet innhenter nærmere opplysninger i saken fra virksomheten og eventuelt fra pasient og/eller nærmeste pårørende i den enkelte sak før det tas beslutning om hvordan varselet skal følges opp.

De vanligste fremgangsmåtene som benyttes er:

Avsluttet etter innledende undersøkelser

Hvis opplysningene vi har innhentet om hendelsen ikke gir mistanke om svikt som er så alvorlig at det kan være snakk om brudd på helselovgivningen eller fare for at tilsvarende svikt kan skje igjen, avslutter vi saken.

Videre tilsynsmessig vurdering/oppfølging hos Fylkesmannen

Når opplysningene vi har fått tyder på at det har vært en svikt i helsehjelpen eller i organiseringen av denne, overfører vi saken til Fylkesmannen for videre tilsynsmessig vurdering/oppfølging.

Stedlig tilsyn fra Statens helsetilsyn

I de mest kompliserte sakene – der det er vanskelig å få oversikt over hendelsesforløpet, når mange tjenester og personell er involverte eller det er mistanke om alvorlig svikt – gjennomfører Helsetilsynet stedlig tilsyn i virksomheten. Det vil si at vi reiser ut til tjenestestedet, snakker med ledere og helsepersonell som var involvert i tjenesteytingen og tilbyr pasienter og/eller pårørende en samtale. Grundige undersøkelser og analyser av disse sakene er nødvendig for å få et godt opplyst bilde av hendelsen og avdekke eventuell svikt i virksomhetens risikostyring. Dette gir grunnlag for å vurdere ansvaret til virksomhetens ledelse og involvert helsepersonell, og om kravene i helselovgivningen er overholdt.

Hva mer?

Nettsiden www.snakkomforbedring.no kan være til hjelp for å få øye på ulike elementer i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Vi vet at det er krevende å være helsepersonell når uønskede hendelser oppstår. Er du arbeidsgiver eller kollega: Snakk med de berørte! Det kan være vanskelig – men gjør det. Er du selv berørt: Del med noen!

■ HEG@HESETILSYNET.NO

VARSLING OM ALVORLIGE HENDELSER

- Varselordningen bygger på de generelle kravene til virksomhetens ansvar for å yte forsvarlige tjenester og å drive med systematisk pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsarbeid
- Pasient- og brukersikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser
- Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer
- Forskrift om ledelse og kvalitet med veileder fastsetter krav og systematikk

TALL OM VARSLER MOTTATT 1.7–31.12.2019

- 531 meldte varsler, totalt
- 342 fra spesialisthelsetjeneste
- 95 fra kommunale tjenester
- 58 fra pårørende
- 25 fra pasient/bruker

Kommunale helse- og omsorgstjenester:

- 32 fra sykehjem/bo- og omsorgssenter
- 18 fra psykisk helse/rustjeneste
- 14 fra hjemmetjeneste
- 9 fra fastlege/tjenesten
- 8 fra legevakt

Ca. 50 av de 95 sakene er oversendt Fylkesmannen for vurdering/oppfølging.

35 saker er avsluttet uten mistanke om svikt, og noen saker er ikke varslingspliktige.

Det ble gjennomført ett stedlig tilsyn av kommunalt varsel i 2019.

57 av sakene fra kommunale tjenester handlet om dødsfall.

Hendelsestyper

- Selvmord 19
- Bruk av legemidler 13
- Fall 13

Resten av hendelsene er ulike forhold knyttet til diagnostisering, behandling og oppfølging.

– Kanskje har fastlegene et på seg selv som en altomfa

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

Sannsynligheten for å svare bekreftende på at folk med angst vil oppsøke fastlegen sin, var tre ganger så høy blant fastlegene som blant pasientene. Det avdekket fastlegeforsker Torunn Bjerve Eide.

Hun har spurt fastleger om i hvilken grad de tror de vil være den første legen som pasientene tar kontakt med ved ulike helseplager. Samtidig spurte hun pasienter om i hvilken grad de tror folk flest oppsøker fastlegene for ulike typer helseproblemer.

Hun fant at fastlegene overvurderer i hvilken grad pasienter vil oppsøke dem for ulike, vanlige helseplager – og spesielt for psykososiale plager.

Sannsynligheten for å svare bekreftende på at folk med angst vil oppsøke fastlegen sin, var tre ganger så høy blant fastlegene som blant pasientene, og for seksuelle problemer var sannsynligheten nesten to ganger så høy.

– Mens nesten 95 prosent av fastlegene trodde pasientene ville komme til dem først hvis de var plaget av angst, svarte snaut 85 prosent av pasientene at de tror folk oppsøker legen sin hvis de har angst. Forskjellen er statistisk signifikant, forteller Torunn Bjerve Eide, stipendiat ved Universitetet i Oslo og fastlege ved Majorstuhuset legegruppe i Oslo.

Hun disputerte 29. november 2019. Studien på forventninger om helsehjelp er én av tre artikler som inngår i avhandlingen. Doktorgradsarbeidet er støttet av Allmennmedisinsk forskningsfond.

Kjønnsforskjeller

Både legene og pasientene har svart på en rekke spørsmål knyttet til ulike plager og symptomer. For sju problemstillinger sammenlignet forskerne fastlegenes og pasientenes svar.



Torunn Bjerve Eide, stipendiat ved Universitetet i Oslo og fastlege ved Majorstuhuset legegruppe i Oslo. Hun la frem sin doktorgradsavhandling 29. november i fjor. FOTO: LISBETH HANSEN

Fastlegene ble spurt om de trodde at pasientene på listen deres først ville gå til dem for følgende plager: Kraftig hoste, magesmerter, nedsatt syn, forstuet ankel, angst, samlivsproblemer og seksuelle problemer.

Pasientene ble spurt om de trodde folk flest oppsøkte fastlegen for de nevnte plager.

– Hva var mest overraskende?

– Det var nok den såpass tydelige tendensen til at legene hadde klart større forventninger enn pasientene når det gjaldt å oppsøke fastlegen sin. Kanskje betyr det at fastlegene kan mer enn det pasientene er klar over. Eller det kan også bety at fastlegene har et blick på seg selv som en altomfattende instans.

Menn var mindre tilbøyelige enn kvinner til å svare «ja» på spørsmål om de trod-

de folk flest ville oppsøke fastlegen for et utvalg helseplager.

– Det samsvarer med etablert kunnskap om at kvinner går oftere til lege enn menn, bemerker Bjerve Eide.

Pasienter eldre enn 65 år mente det var viktigere å oppsøke fastlegen ved medisinske symptomer enn de i yngre aldersgrupper. Pasienter eldre enn 65 år var i tillegg mer tilbøyelige til å anta at folk oppsøker fastlegen for ikke-somatiske plager.

Pasientene ble også spurt om hvor viktig de selv mente det var å oppsøke fastlegen sin ved gitte plager. Mindre enn 40 prosent av alle pasientene mente det var veldig viktig å gå til legen hvis de ufrivillig hadde gått ned to kilo i vekt i løpet av en måned. Over halvparten ville gått til fastlegen for plager med kortpustethet, og nær åtte av ti hvis de fikk vondt i brystet ved trening.

Cirka én av to ville oppsøkt fastlegen ved

blikk ttende instans

magesmerter som varte mer enn én dag. Nesten sju av ti ville oppsøkt lege for bekymringer som hadde vart mer enn én måned.

Nesten alle fastlegene trodde at pasientene ville kontakte dem for vanlige helseplager som kraftig hoste, magesmerter, kul i brystet, vondt i leddene eller angst. Mens legene i mindre grad forventet at pasientene kom for blant andre problemer knyttet til nære forhold, alkoholmisbruk eller overgrep.

Forventet hjelp

På spørsmålet om pasientene forventet å få hjelp hvis de gikk til legen, trodde 65 prosent at fastlegen kunne hjelpe dem med nervøse plager.

Derimot forventet ni av ti at legen kunne gi hjelp ved mageproblemer. Åtte av ti forventet å få hjelp for nakke- og skuldersmerter, og to av tre regnet med at de ville fått hjelp for hodepine.

De eldre hadde også større tiltro enn de yngre til at fastlegen kunne være til hjelp.

De eldre var mer tilbøyelige enn unge til å oppsøke fastlegen, og eldre har gjennomgående høyere tiltro til at legen kan hjelpe dem.

– Sannsynligheten for sykdom ved et nytt symptom er høyere hos de eldre enn de yngre. Så svarene er betryggende, mener Bjerve Eide.

Streng skala for signifikans

I studien har hun brukt en streng skala for statistisk signifikans.

– Med den vanlige grensen for statistisk signifikans, en p-verdi på under 0,05, var det en forskjell mellom legenes og pasientenes antakelser for alle plagene unntatt forstuet ankel. For tre av plagene, nedsett syn, angst og seksuelle problemer, var forskjellen mellom legenes og pasientens forventninger statistisk signifikant etter såkalt Bonferroni-korreksjon med p-verdi på 0,002 eller lavere.

– I hvilken grad er pasientenes svar preget av deres egen erfaring med fastlegen sin?

– Vi har korrigert for dette gjennom valg av statistisk metode, og har blant annet tatt høyde for svarene til pasienter som går til den samme legen. Forskjellene er der også etter at vi har justert for dette.

Resultatene er også korrigert for pasientenes alder og kjønn, fastlegenes alder, kjønn og listelengde, samt lokalisasjon av legepraksisen.

Unik studie

Mange studier har sett på årsakene til at folk går til lege, men denne norske studien er unik:

– Vi fant ingen studier som hadde sett på eventuelle forskjeller i fastlegers og pasienters holdning til hva som bringer folk til legen sin, sier fastlegeforskeren.

Spørreskjemaene ble besvart av personer som hadde en time på legekontoen. Skjemaene ble distribuert på venteværelsene. Hun forteller at den reelle forskjellen mellom legenes og pasientenes holdninger kan være enda større, siden folk som ikke går til legen muligens har enda mindre tro på at et legebesøk kan være til hjelp.

Ettersom dataene stammer fra en større, internasjonal studie, hadde spørsmålene som ble stilt til fastlegene og til pasientene noe ulik formulering.

– Når vi ikke stilte nøyaktig samme spørsmål, er det vanskelig å si om legene og pasientene har svart helt eksakt det samme. Hvilken vei det eventuelt vil slå ut, er vanskelig å si. Forskjellene i formulering er små, og jeg mener det ikke er sannsynlig at dette har hatt vesentlig betydning for resultatene, kommenterer Bjerve Eide.

For spørsmål knyttet til ikke-somatiske plager, som for eksempel angst, manglet mellom 16 og 31 prosent av spørsmålene pasientsvar.

– Dette kan bety at pasientene er usikre på om fastlegen kan være til hjelp, og forskjellen mellom legenes og pasientenes svar kan i virkeligheten være enda større.

Et tveegget sverd

– I disse tider med mye oppmerksomhet om overdiagnostikk og overbehandling: Hva kan vi tolke ut av at legene overvurderer pasientenes innstilling til å søke hjelp hos fastlegen?

– Jeg tenker at det stort sett er fastlegens rolle at vi skal ta imot «alt», alle pasientens bekymringer, og så se hva vi bør gå videre med. Det mener jeg er viktig for å motvirke overdiagnostisering og overbehandling. Vi fastleger har mye kompetanse på å gjenkjenne vanlige livsplager som ikke skal sykeliggjøres, og ganske ofte er det plager som det ikke trengs å gjøre noe med. En pasient med søvnproblemer etter vanlige livshendelser som for eksempel dødsfall hos et nært familiemedlem, kan ha nytte av en samtale med fastlegen, uten at dette resulterer i resept på sovemedisin, svarer Bjerve Eide. Hun legger til:

– Men dette er et tveegget sverd. Vi skal ta imot innen rimelighetens grenser. Fastlegene er veldig lett tilgjengelige og godt etablert i folks bevissthet, og vi blir for eksempel spurt om mye som ideelt sett andre burde svart på – som hvordan pasientene finner frem i hjelpeapparatet.

OM STUDIEN

- Studien på forskjell i legers og pasienters forventninger inkluderer svar fra 198 fastleger og 1529 pasienter.
- 39,1 prosent av fastlegene var kvinner, og blant pasientene utgjorde kvinneandelen 61,9 prosent.
- Spørreskjemaene er besvart i perioden 2012–2013.
- Dataene er hentet fra den norske delen av den store europeiske studien Quality and Costs of Primary Care in Europe (QUALICOPC), som har sett på helsetjenester hos allmennleger i 34 land.
- Den første artikkelen som inngår i doktoravhandlingen til Torunn Bjerve Eide har sett på utstyr i allmennpraksis og på hva fastlegene utfører av prosedyrer og behandlinger.



– Tillit er et godt utgangspunkt for å ha god dialog med folk, sier Torunn Bjerve Eide.

Midt i minefelt

I studien er pasientene også spurt om tillit. Så mange som 97 prosent var helt enig eller enig i utsagnet om at leger generelt er til å stole på. Til sammenligning var tilsvarende andel 76 prosent for utsagnet om at folk flest er til å stole på.

– Det er et godt utgangspunkt for å ha god dialog med folk – og en forutsetning for at portvaktrollen vår skal fungere, sier intervjuobjektet.

– Hvordan kan resultatene fra studien deres brukes i praksis?

– Funnene illustrerer godt at fastlegen skal være en «one-stop shop», et sted som gir hjelp med alt innen det medisinske. Det har vært intensjonen med fastlegeordningen, og det er i andre studier vist at i land der allmennlegene fungerer på denne måten, er pasientene mer fornøyd med kvaliteten på tjenestene. Det er nyttig for oss å møte pasientene i mange ulike situasjoner. Det å bli kjent med folk gir et bedre utkomme, og faglig og ressursmessig er det hensiktsmessig at pasientene først kommer til fastlegen, svarer Bjerve Eide.

På vårt spørsmål om hvordan gapet mellom legenes og pasientenes forventninger kan reduseres, synes hun det er vanskelig å svare og viser til den pressede situasjonen for fastlegene.

– Det er ikke sikkert dette er tiden til å bruke fastlegene til enda flere oppgaver, gitt dagens situasjon med fastlegemangel i mange deler av landet. Det første vi må bli enige om er hva som eventuelt skal ut av fastlegenes ikke-medisinske oppgaver. Hvis vi tenker at alle dagens oppgaver skal med videre, må vi finne ut hvordan kapasiteten kan tilpasses tilbudet vi skal gi pasientene, sier Torunn Bjerve Eide og legger til:

– Da jeg begynte med denne forskningen, var det ikke så mye oppmerksomhet på fastlegenes arbeidssituasjon. Nå sitter jeg på mange måter midt i et minefelt, med mye oppmerksomhet og mange ulike meninger rundt fastlegenes situasjon. Det har gjort forskningen mer utfordrende og morsommere – alle mener noe. Nå er det viktig å dokumentere, ikke bare synse, og å basere eventuelle tiltak på kunnskap.

– Pasientene har god sorteringskapasitet før de søker hjelp

– Forestillingen om at fastlegene skal ta seg av alle helseproblemer, er muligens basert på en illusjon, mener professor emeritus og fastlegevikar Eivind Meland.

Meland er ikke overrasket over at fastlegene overvurderte folks innstilling om å søke hjelp for gitte symptomer.

– Forestillingen om at fastlegene skal ta seg av alle helseproblemer er muligens basert på en illusjon. Jeg mener at fastlegene kan ha en litt skeiv oppfatning av at helseproblemene fastlegene møter er usorterte. Pasientene har rimelig god kapasitet for egenomsorg. Selv om fastlegene kan oppleve at folk søker hjelp for ethvert helseproblem, viser tidligere forskning et annet bilde. Annen forskning har vist at pasientene i stor grad har god sorteringskapasitet før de søker hjelp hos fastlegen sin for gitte symptomer, sier Eivind Meland, professor emeritus og fastlegevikar ved Olsvik legesenter i Bergen.

– Fastlegene har allerede en for stor arbeidsbelastning, og samtidig har fastlege-

ne større forventninger til at pasientene søker hjelp enn pasientene selv har. Hva tenker du om det?

– En vanlig politisk tenkning er at når etterspørselen blir større enn tilbudet, må det settes inn mer ressurser. Nå har også fastlegene begynt å tenke på samme måten. Det er en politikk som ikke vil ha effekt på sikt. Vi må tenke annerledes, og vi må endre legeatferden slik at folk blir bedre i stand til å håndtere egne helseplager. Vi må endre vår fagetiske horisont til først og fremst å hjelpe pasientene til å bli styrket til å møte livets utfordringer. Det kan vi klare hvis vi flytter fokus fra symptomer og symptomunngåelse til funksjon og funksjonsforbedringer, mener Eivind Meland.

– Vil det være en løsning å avlaste fastlegene med andre yrkesgrupper?

– Det hjelper ikke pasientene å tromme sammen enda flere terapeuter. Pasientenes behov for helsetjenester er umettelige. Det er som å mette krokodiller med sardiner, svarer Meland.

Rom for usikkerhet

Leder av Allmennlegeforeningen (AF), Nils Kristian Klev, mener det er vanskelig å vite hva legene og pasientene legger i spørsmålene de har svart på.

– Det er ganske åpne spørsmål, og det gir rom for usikkerhet. Kanskje har legene en annen oppfatning av gitte plager og symptomer enn pasientene har, sier Klev.

Han er enig med Torunn Bjerve Eide i at det viktigste er at fastlegen er der og tar imot små eller store problemer.

– Det krever lite ressurser at pasientene tar kontakt – vi ser det gir stor gevinst. At noen kan se alle pasientens symptomer under ett, er viktig for kvaliteten. Det er vist at kontinuitet i lege-pasient-forholdet gir effekt på dødelighet, men det krever at de møtes.

– Tror du fastlegene overvurderer rollen sin?

– Det gis mye god hjelp, men det er nok forskjellige oppfatninger blant pasienter og leger om når et problem krever legehjelp. Noen pasienter tar også direkte kontakt med lavterskeltilbud som for eksempel tilbud ved

lettere psykiske plager eller helsestasjon for ungdom. Det er jo ikke sånn at alle kommer til oss for alt, men noen kommer nok også for sent, konstaterer AF-lederen.

Tanke og handling

I undersøkelsen svarte 65 prosent av pasientene at de tror fastlegen kan hjelpe dem ved nervøse plager.

– Det var en litt overraskende lav andel. Vi må bli flinkere til å synliggjøre hva fastlegene kan hjelpe med. Men så er det igjen et spørsmål om hva folk legger i nervøse plager. Ikke all nervøsitet og angst oppfattes som nødvendig å konsultere fastlegen for, bemerker Klev og tilføyer:

– Vi har mye å lære av forskning, og fortsatt er det ting vi ikke vet nok om i allmennpraksis. Studien til Bjerve Eide sier noe om hva legene og pasientene forventer, og det ville vært spennende å se nærmere på om det stemmer med det pasientene faktisk gjør.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Her kan du lese hele studien, som ble publisert i BJGP Open i fjor: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6348319/

Tannbehandlings og tilrettelagt tannhelse

■ LENA MYRAN • Psykologspesialist i Tverrfaglig team T00, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt)

■ GRY STAFSETH • Psykologspesialist i Tverrfaglig team T00, Viken fylkeskommune

■ TRINE GJONE • Tannlege i Tverrfaglig team T00, Viken fylkeskommune

■ THERESE VARVIN FREDRIKSEN • Psykologspesialist i Tverrfaglig team T00, Vestfold Telemark fylkeskommune



Tannbehandlingsangst skaper somatiske og psykologiske belastninger for mange. Fastlegen står i en unik posisjon til å avdekke tannbehandlingsangst og sviktende tannhelse hos sine pasienter.

Flere tannleger har spesiell kompetanse på angst, og i alle landets fylker finnes det et gratis tilrettelagt tannhelsetilbud til voksne som har vært utsatt for tortur eller overgrep og til pasienter med odontofobi. Vi mener det er på tide å integrere tannhelse inn i et helhetlig folkehelseperspektiv.

dig med opplevelse av kontrolltap (2). Andre vanlige årsaker er dårlige erfaringer med medisinske prosedyrer på sykehus, hvor redselen overføres til tannbehandlingssituasjonen. Noen har andre angstlidelser som panikkangst, som gjør seg gjeldende ved tannbehandling, mens andre har fått overført tannbehandlingsangsten fra sine foreldre.

Hva er tannbehandlingsangst?

Odontofobi, ekstrem angst for tannbehandling, er en av de vanligste fobiene og rammer omtrent fem prosent av den voksne befolkningen (1). For de som strever med dette, er frykten for tannbehandling så sterk og overveldende at de enten unngår tannbehandling fullstendig eller gjennomfører denne kun ved akutt tannbehandlingsbehov. Den er ofte ledsaget av sterk forventningsangst i forkant av tannlegebesøk og kroppslige angstsymptomer både før og under behandling, som for eksempel hjertebank, svimmelhet og kvalme.

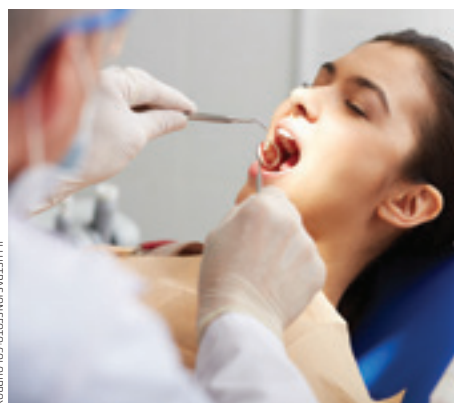
De fleste som lider av tannbehandlingsangst opplever egen redsel for tannbehandling som overdreven. Det er smertefullt, både fysisk og psykisk, å ikke greie å ta vare på tennene sine. Det er sterk skam knyttet til denne angstlidelser. Mange forteller at de føler seg både pysete og mislykkede som ikke greier å gå til tannlegen.

Hvis en har opplevd vold, overgrep, tortur eller omsorgssvikt, kan tilliten til andre mennesker bli skadet, og det kan bli vanskelig å stole på at helsepersonell vil en godt. Mange synes det er utfordrende å fortelle fastlege eller tannlege om sine erfaringer. Å ha vært utsatt for orale overgrep gir dramatisk høyere forekomst av tannbehandlingsangst (85 prosent) enn gjennomsnittsbefolkningen (3). Mange overgrepsutsatte forstår ikke selv sammenhengen mellom de tidligere overgrepene og det intense ubehaget de opplever under tannbehandling mange år senere.

Hvorfor er det viktig å gjøre noe med tannbehandlingsangsten?

Hovedårsaken til at pasienter ikke møter eller avbestiller tannlegetimene sine, er tannbehandlingsangst (4). Når en over tid unngår tannbehandling grunnet angst, vil angsten vokse seg større og sterkere. I tillegg øker det sannsynligheten for et større tannbehandlingsbehov. Man havner i en dobbel negativ spiral.

Manglende oppfølging av egen munnhelse vil kunne påvirke den generelle helsen til pasienten. Som fastlege er det viktig å være



ILLUSTRASJONSPHOTO.COM/BOX



angst tilbud

bevisst på denne sammenhengen. «De fleste er ikke klar over hvilken betydning munnhelsen har for den generelle fysiske og psykiske helsen» sier president i Den norske tannlegeforening, Camilla Hansen Steinum (5). Dårlig munnhygiene øker risikoen for en rekke alvorlige sykdommer. Bakterier fra munnhulen kan spres via blodbanen og øke risikoen for blodpropp og hjerteinfarkt. I tillegg kan det gi økt risiko for komplikasjoner i forbindelse med operasjoner. Diabetespasienter har to til fire ganger så stor risiko for å utvikle periodontitt og har også høyere risiko for å få andre infeksjoner (6). Det er også viktig å være oppmerksom på at oppkast ved bulimi kan gi syreskader på tennene. I tillegg kan en rekke medikamenter skape munntørrehet, som øker risikoen for utvikling av hull i tennene (7).

Tannbehandlingsangst kan også ha konsekvenser på en rekke andre områder i livet. Om man unngår nødvendig tannbehandling for lenge, kan det gå ut over grunnleggende funksjoner som søvn og matinntak. For en person med alvorlig tannbehandlingsangst, kan livet i perioder være preget av sterke smerter. Skam over egen tannhelse kan medføre at man unngår å vise tenner når man snakker eller smiler eller unngår sosial kontakt på grunn av skjemmende tenner og dårlig ånde. Mange klarer ikke skole eller jobb fordi tannstatusen har blitt et så stort handicap for dem, og det å være intim med andre blir også vanskelig. Dette er medvirkende faktorer til isolasjon og begrensninger i livet som forring livskvaliteten.

Hva kan fastlegen gjøre?

Fastlegen står i en unik posisjon til å oppdage sviktende tannhelse hos sine pasienter. Ved kontroller eller helsesjekker kan fastlegen godt gjøre det til en rutine å spørre om pasientens generelle tannhelse, og om pasienten går regelmessig til tannlegen eller kun ved akutt behov.

Rundt 15 prosent av befolkningen opplever tannlegebesøk som vanskelig. Fastlegen kan oppfordre disse pasientene til å ta kontakt med tannlege og fortelle om sin redsel. Mange tannleger har i dag god kompetanse på å møte redde pasienter på en sensitiv måte, og tilbyr tilrettelegginger som å sette av ekstra tid, tilby forklaringer på instrumenter og prosedyrer, samt gjøre avtale om «stoppsignal». På nettsidene til NOFOBI (Norsk Forening for Odontofobi) finnes en oversikt over tannleger som har formell kompetanse på tannbehandlingsangst. Det finnes en gratis selvhjelpsapp; «Tannskrekk» for mennesker som er redde for tannbehandling. I appen finnes forslag til hvilke tilpasninger man kan be om hos tannlegen, og er et godt utgangspunkt for samarbeid mellom pasient og tannlege.

Tilrettelagt tannbehandling – TOO

Dersom pasienten har sterk tannbehandlingsangst, kan TOO være aktuelt. Det er et tilrettelagt tannhelsetilbud for mennesker som har blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. Tilbudet er finansiert av Helsedirektoratet og er nedfelt i stats-

budsjettet. Det finnes et tilbud i alle landets fylker. TOO-behandlingen er faseinndelt; først angstbehandling, deretter tannbehandling. TOO tilbyr ikke akutt tannbehandling. For de som inkluderes, er all behandling gratis.

Angstbehandlingen utføres av et tverrfaglig team som består av tannlege, tannpleier, tannhelsesekretær og psykolog. Disse jobber sammen for å behandle pasienter som lider av sterk tannbehandlingsangst, eller som har vært utsatt for overgrep eller tortur. Angstbehandlingen er basert på kognitiv atferdsterapi. Målet med behandlingen er å bryte negative sirkler som opprettholder angsten. Hovedprinsippet er å eksponere pasienten for det han/hun er redd for, gradvis og systematisk. Gjennom disse nye erfaringene med tannbehandlingssituasjonen vil pasienten få større grad av mestring og opplevelse av kontroll i situasjonen. Dette vil etter hvert gjøre tannlegebesøk mer overkommelig.

Etter endt angstbehandling får pasienten restaurert tannsettet sitt i tråd med god klinisk praksis (8). Tannbehandlingen gjennomføres hos egne tannbehandler-team innenfor TOO. Disse teamene består av tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær, både fra privat- og offentlig sektor. Teamene har fått opplæring i hva det vil si å ha tannbehandlingsangst og hvordan møte pasientene på en tilpasset og sensitiv måte under tannbehandling.

TOO sin hjemmeside www.tooinfo.no er tilrettelagt både for pasienter og tannhelsepersonell. Her finnes informasjon om

TOO-tilbudet, relevante videofilmer, brukererfaringer og kontaktinformasjon til tannhelsetjenestens fem kompetansesentre og tilhørende fylketeam. Det finnes også lenker til andre nettsider med mer informasjon om tannbehandlingsangst.

Helse- og omsorgsdepartementet har planlagt en evaluering av TOO-tilbudet i 2020. Foreløpige og uoffisielle evalueringer tyder på at de fleste som gjennomfører angstbehandlingen klarer å gå til tannlegen regelmessig og motta tilrettelagt tannbehandling etterpå.

Økonomi

Angstbehandlingen og tannbehandlingen i TOO er gratis. Det er ingen egenandel. Reiseutgifter i forbindelse med behandling dekkes også, men her forekommer egenandel i enkelte tilfeller.

Fra 1. januar 2018 opphørte muligheten til Helfo-refusjon (innslagspunkt 14) for pasienter med tannbehandlingsangst. Denne pasientgruppen får nå tilbud innenfor TOO-prosjektet dersom de vurderes å fylle kriteriene (tortur, overgrep, odontofobi).

Noen voksne pasienter har rettigheter i tannhelsetjenesten utenfor TOO-prosjektet, for eksempel pasienter med hjemme- sykepleie over tre måneders varighet. Informasjon om dette fås ved å kontakte fylkestannlegens kontor i pasientens hjemfylke.



Rundt 15 prosent av befolkningen opplever tannlegebesøk vanskelig.



Dårlig tannhelse kan være hemmende i sosiale sammenhenger.

VARSELLAMPER SOM KAN INDIKERE PROBLEMER MED MUNNHelsen

- Pasienter som fastlegen vet har vært utsatt for tortur eller overgrep. Disse gruppene har oftere enn andre, både tannbehandlingsangst og vansker med tannsettet sitt.
- Pasienter som er langvarig psykiske syke med dårlig evne til egenomsorg, inkludert tannstell.
- Pasienter som gjentatte ganger oppsøker lege for å få utskrevet antibiotika og eller smertestillende grunnet tannrelaterte smerter.
- Pasienter som skjuler tennene når de smiler eller snakker, eller har store barter de gjemmer seg bak.
- Pasienter med synlige skader på tennene, dårlig tannstatus og manglende tenner. Tømmelfingerregelen er at hvis dårlig tannhelse synes i fronten av munnen, er det stor sannsynlighet for at det er mye verre lenger bak.



NØKKELSPØRSMÅL VED TANNBEHANDLINGSANGST

Hvis pasienten formidler at tannbehandling er forbundet med sterk redsel og unngåelse, er det nyttig å utforske hva ved tannbehandlingssituasjonen som er ekstra krevende. Følgende spørsmål kan bidra til en åpen dialog med pasienten, slik at fastlege får utfyllende kunnskap:

- «Hva er det verste med å gå til tannlegen?» (ventetiden på venteværelse, røntgen, ligge bakover, tannlegen ser inn i munnen, sprøyten, boret, blod, smerte)
- «Hva ser du for deg vil skje hvis du skulle oppsøke en tannlege?» (Jeg får kjeft for dårlig tannstell, brekninger, bedøvelsen virker ikke, borer ned til nerven så det gjør vondt)
- «Har du noen tidligere dårlige erfaringer hos tannlegen?» • «Hva er den verste opplevelsen hos tannlegen?»

REFERANSER

1. Skaret, E., Raadal, M., Kvale, G., Fredriksen, TV., Kranstad, V. og Øst, LG. (2012). Evaluering av forsøksutdanning av tannleger og psykologer i behandling av odontofobi og intraoral sprøytefobi basert på kognitiv atferdsterapi (CBT). Norsk Tannlegeforening Tidende, 122, 276–82.
2. Berggren, U. & Meynert, G. (1984). Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. Journal for American Dentist Association, 109, 247–251.
3. Willumsen, T. (2001). Dental fear in sexually abused women. European Journal of Oral Science, 109, 2291–2296.
4. Skaret, E., Raadal, M., Berg, E. & Kvale, G. (1999). Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. European Journal of Oral Science, 107, 422–428.
5. Norsk psykiatrisk forening (2016). God munnhelse er viktig for hele kroppen. Tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norskpsykiatri/aktuelle-saker/god-munnhelse-er-viktig-for-hele-kroppen/> (Hentet: 22. desember 2019).
6. Carey, IA., Critchley JA., DeWilde, S., Harris, T., Hosking, FJ & Cook, DG. (2018) Risk of Infection in Type 1 and Type 2 Diabetes Compared With the General Population: A Matched Cohort Study. Diabetes Care, 41(3), 513–521.
7. Løkken, P. og Birkeland, J. M. (2005) Medikamenter og munntørhet. Tidsskrift Norske Lægeforening, 125, 581–2
8. Avdeling allmennhelsetjenester. God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. Oslo. Helse- direktoratet; januar 2011. IS-1859.

■ LENMY@TKMIDT.NO

Praktisk informasjon om henvisning til TOO

Det er 52 Tverrfaglige behandlerteam TOO i Norge, som alle er tilknyttet et av tannhelsetjenestens kompetansesentre. Oversikten finner man på www.tooinfo.no

Hvem kan henvises?

Alt helsepersonell som er i kontakt med mennesker utsatt for tortur, overgrep eller som kan ha odontofobi, kan henvises til TOO. Personer over 20 år eller deres pårørende kan også selv ta kontakt med TOO for å bli satt på venteliste for vurdering.

Hvem kan henvises til TOO?

Torturutsatte pasienter, pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep, samt pa-

sienter en mistenker har odontofobi kan henvises TOO.

Pasienten må være fylt 20 år og ha anledning til å forplikte seg til et behandlingsløp over en seks til tolv ukers periode. Pasienten bør ha en kognitiv kapasitet til å kunne nyttiggjøre seg en angstbehandling.

Pasientens motivasjon for angstbehandling er avgjørende for et godt behandlingsresultat. Dette innebærer vilje og evne til å møte regelmessig og utfordre egne angstreaksjoner.

Hvem bør ikke henvises TOO?

Pasienter som er litt engstelige hjelpes best på hjemmeklinikk – med mestringsplan/

selvhjelp, eventuelt beroligende medikasjon.

TOO er et tilbud til voksne over 20 år. TOO-behandling er ikke egnet for pasienter med aktiv psykoselidelse, autismespekterlidelse eller psykisk utviklingshemming med lav kognitiv fungering, alvorlig depresjon eller mani. Vår erfaring tilsier også at svært undervektige pasienter (BMI<16) og personer i aktiv rus i liten grad nyttiggjør seg angstbehandlingen.

Hvilken informasjon bør henvisningen inneholde?

- Pasientens personalia, inkludert personnummer og kontaklinformasjon
- Bakgrunn for henvisning – om pasienten har vært utsatt for seksuelle overgrep, tortur eller har odontofobi hvis denne informasjonen er kjent.
- Informasjon om pasienten har rettigheter innenfor den offentlige tannhelsetjeneste.
- Kort informasjon om tannstatus hvis kjent.
- Oppdatert helseskjema/medisinliste.



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter

Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i

■ BENTE ERVIK • Kompetansesenter for lindrende behandling, Tromsø, Helse Nord RHF

Til tross for flere år med økt innsats innen lindrende behandling i Norge, ser vi fortsatt variasjon i kompetanse og tilgjengelighet av tjenester i ulike deler av helse-tjenesten.

Dette var bakgrunnen for at Helsedirektoratet utarbeidet *Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase*. Her kan behandlere finne diagnoseuavhengige råd for palliasjon ved livets slutfase.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Hva er palliasjon?

Palliasjon er definert av WHO som:

«aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige eller eksistensielle problemer. Målet med behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasient og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken framskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser døden som en del av livet» (1).

Hensikt og mål

Hensikten med de faglige rådene er å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten. Pasientene skal ikke utsettes for plagsom og nytteløs behandling, men få lindret plager og økt velvære. Fortsatt dør mange på institusjon i Norge, og rådene kan forhåpentligvis bidra til økt hjemmetid og mulighet for hjemmedød. Rådene skal bistå helsearbeidere i å:

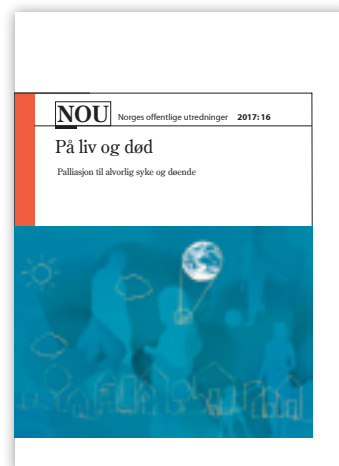
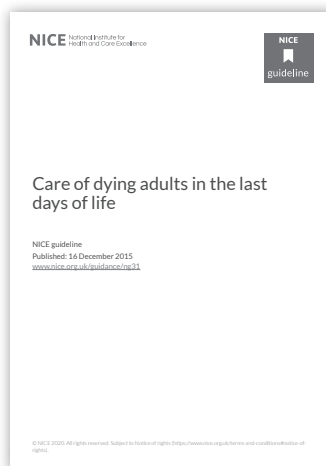
- gjenkjenne når pasienten nærmer seg livets slutfase
- ivareta kommunikasjon og pasientmedvirkning

- gjøre vurderinger innen ernæring og væskebehandling
- gi omsorg og lindrende behandling som er forsvarlig og kunnskapsbasert

Når, hvem og hvor

De faglige rådene er avgrenset til livets slutfase, men det presiseres at palliasjon også er sentralt tidligere i forløpet for mange pasienter med livstruende sykdom. Rådene må derfor ses i sammenheng med tidligere igangsatte tiltak.

Ulike publikasjoner som har hatt betydning i prosessen frem mot rådene i «Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase» (1–4).



livets slutfase



Pasienter i palliativ fase skal ikke utsettes for plagsom behandling, men få lindret plager og økt velvære. ILLUSTRASJONSFOTO: KNUH HANSEN

Pasientenes plager i livets slutfase er ofte diagnoseuavhengige, mens dødsprosessen ved ulike sykdommer kan ha forskjellig varighet. Kunnskap om det naturlige sykdomsforløpet ved ulike sykdommer er derfor sentralt. De faglige rådene gjelder:

- de siste timer, dager og uker
- uavhengig av diagnose
- pasienter over 18 år
- ivaretagelse av pårørende
- i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten

Proessen fram mot rådene

I 2015 kom *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg*

mot livets slutt – å skape liv til dagene (2). Helsedirektoratet satte deretter sammen en bredt sammensatt arbeidsgruppe bestående av 15 personer for å utvikle rådene. Utgangspunktet for arbeidet var de britiske anbefalingene *Care of the dying adults in the last days of life, NICE guidelines* (3). Disse ble grundig gjennomgått og vurdert mot norske forhold og gjeldende kunnskapsoppsummeringer, anbefalinger og nasjonale retningslinjer innen lindrende behandling. Det ble også gjennomført nye litteratursøk, og de britiske anbefalingene ble tilpasset der det var nødvendig. Parallelt med arbeidet med utarbeidingen av de nasjonale rådene, pågikk arbeidet med NOU 2017:16 *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende* (4).

SAMMENSETNING AV ARBEIDSGRUPPEN

- Tanja Alme, Norsk sykepleierforbund, Sula kommune
- Kari-Ann Baarlid, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Oslo
- Janicke Bjercke, DNL, Norsk forening for palliativ medisin, Oslo
- Guttorm Eidslott, Norsk Palliativ Forening, Hamar
- Bente Ervik, Kompetansesenter for lindrende behandling, Tromsø, Helse Nord RHF
- Pål Friis, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand, Helse Sør-Øst RHF
- Tora Garbo, Norsk psykologforening, Bergen
- Hilde Beate Gudim, Skui legesenter, Bærum
- Aart Huurnink, Boganes sykehjem, Stavanger kommune
- Stein Husebø, Verdighetsenteret, Bergen
- Grethe Skorpen Iversen, Kompetansesenter i lindrende behandling, Bergen, Helse Vest RHF
- Erik T. Løhre, Kompetansesenter for lindrende behandling, Trondheim, Helse Midt RHF
- Morten Magelssen, Senter for medisinsk etikk, UIO, Oslo
- Karen Riddervold, Fransiskushjelpen, Oslo
- Astrid Rønsen, Hospiceforum Norge, Oslo

De faglige rådene og oppbygging av Helsedirektoratets nettsider

Rådene er publisert på Helsedirektoratets nettsider. Det er til sammen 26 råd innenfor fire hovedområder. Konkret presenteres de enkelte rådene først i kortform. Deretter følger begrunnelse og kunnskapsgrunnlag for hvert råd, en praktisk del med eventuelle hjelpemidler og forslag til hvordan rådene kan følges. Ofte finnes referanser og lenker til aktuelle andre dokumen-

ter eller ressurser, og til slutt referanser for de ulike rådene.

I teksten betyr «skal» at rådene er lov- eller forskriftsfestet, eller så klart faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig å ikke gjøre som beskrevet. «Bør» brukes om et faglig råd som vil gjelde de aller fleste pasienter i den aktuelle situasjonen (5).

Rådernes fire hovedområder

- ❶ Kommunikasjon og samvalg (fire råd)
 - tar opp pasient og pårørendes behov for informasjon og samtale om livets slutfase, forhåndssamtaler, samtykkekompetanse og palliativ plan.
- ❷ Erkjennelse av at livet går mot slutten og at døden nærmer seg (et råd)
 - tar opp å gjenkjenne mulige vendepunkt i sykdomsforløpet, vurderinger

om pasienten er i livets slutfase og samtale om livets slutfase.

- ❸ Mat og drikke når døden er nært forestående (tre råd)
 - tar opp vurderinger omkring behov for væske og ernæring, samtale med pårørende og munnstell.
- ❹ Symptomlindrende behandling i livets slutfase (sju generelle råd og elleve om medikamentell behandling)
 - de generelle rådene tar opp råd om pleie og omsorgstiltak, administrasjonsform av medikamenter og legemiddelgjennomgang.
 - legemiddelbehandling knyttet til smerte, kvalme, dyspné, surkling i sentrale luftveier, angst, uro og delir, legemidler for framtidig behov, medikamenter som gis utenfor godkjent område og behov for gode rutiner.

På Helsedirektoratets nettsider er det til sammen 26 råd fordelt på fire hovedområder.

KAPITTEL 2

Kommunikasjon og samvalg

Lindrende behandling i livets slutfase

KAPITTEL 1

Innledning

KAPITTEL 2

Kommunikasjon og samvalg

KAPITTEL 3

Erkjennelse av at livet går mot slutten, og at døden nærmer seg

KAPITTEL 4

Mat og drikke når døden er nært forestående

KAPITTEL 5

Symptomlindrende legemiddelbehandling i livets slutfase – generelle råd

KAPITTEL 6

Legemiddelbehandling av smerte

KAPITTEL 7

Legemiddelbehandling av dyspné

KAPITTEL 8

Legemiddelbehandling av kvalme

➤ I hverets pasient og pårørendes behov for samtale og informasjon i livets slutfase
råd

➤ Legg til rette for gode beslutningsprosesser i livets slutfase
råd

➤ Pasientens palliative plan bør oppdateres i livets slutfase
råd

➤ Så langt det er mulig, la pasienten selv bestemme hvor han eller hun vil motta omsorg i livets slutfase
råd

Råd

Så langt det er mulig, la pasienten selv bestemme hvor han eller hun vil motta omsorg i livets slutfase

En døende pasients ønske om hvor hun eller han vil motta omsorg den siste tiden, bør så langt det er mulig innfris. Dersom det ikke er mulig å imøtekomme pasientens ønsker, forklar pasient og pårørende hvorfor og ha en dialog om mulige alternativer. Årsakene kan være kompleksiteten i pasientens behov for omsorg og medisinsk behandling og hvilke ressurser som er til rådighet, på sykehus, i sykehjem, hos fastlege og i hjemmesykepleien, samt om det fins palliative enheter/hospice eller tilgang til ambulante lindrende team. Hvilke ressurser som finnes i familien og pasientens nettverk for øvrig vil også ha betydning.

Nytt og forhåpentligvis nyttig

Rådene gjelder uavhengig av diagnose, noe som gjør de anvendbare utenfor kreftområdet, men det kreves fremdeles god kunnskap om ulike sykdommers forløp. Målgruppen er helsepersonell i alle deler av helsetjenesten, og omfatter dermed helsepersonell med svært ulik faglig bakgrunn. For noen vil innholdet være kjent, mens de som har få pasienter i livets slutfase hvert år, vil ha større nytte av rådene. Forhåpentligvis er innholdet nyttig for diskusjon blant helsepersonell i ulike sammenhenger.

Rådene inneholder ikke forslag til doseringer av medikamenter, men henviser til blant annet Norsk Legemiddelhåndbok og andre aktuelle kilder. Spesielt for medikamenter er det svak dokumentasjon på noen områder, men begrunnelsen for rådene inneholder relevant bakgrunnskunnskap. Rådene er avgrenset til de siste timer, dager og uker, men må ses i sammenheng med andre tiltak som er satt i gang tidligere.

Rådene er publisert på Helsedirektoratets nettsider og revideres ved behov.

REFERANSER

1. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen Vol Rev. 2013. Oslo Helsedirektoratet 2015.
2. Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt - å skape liv til dagene. : Helsedirektoratet 2015.
3. Care of tyhe dying adults in the last days of life, NICE guidelines. Vol <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>: National Institute for Health and Care Excellence, Storbritannia 2015.
4. NOU 2017:16 På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet 2017.
5. Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase Oslo Helsedirektoratet 2018:<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>.

■ BENTE.ERVIK@UNN.NO



Fra Alma Ata til Astana:

Palliasjon tilgjengelig for alle, i alle land, for alle sykdommer

■ AART HUURNINK • Spesialist i allmennmedisin, overlege palliasjon, kommunalt palliativt team, Stavanger

Verdens helseorganisasjon har fremhevet palliasjon som et av fem sentrale områder i den nye Astana-erklæringen om primærhelsetjeneste.

Målet er at god palliasjon skal være tilgjengelig for alle, i alle land, for alle sykdommer. Erklæringen, som har fått regjeringens støtte, bør være førende for stortingsmeldingen om palliasjon, både når det gjelder lover og forskrifter, utdanning, videre utvikling av helsetjenester og lettere tilgang til medikamenter som er relevante for bruk hos pasienter med palliative behov.

Alma Ata-erklæringen om primærhelsetjeneste (Helse for alle) har rundet 40 år. Nå har World Health Organization (WHO) sammen med verdens ledere, arbeidet fram og vedtatt en ny erklæring: Astana-erklæringen.

I *Utposten* i 2018 ble det skrevet om primærhelsetjeneste-erklæringen fra Alma Ata (1) i 1978 og om møtet i Astana¹ (2). I Alma Ata-erklæringen ble fire områder spesielt fremhevet: helsefremmende, forebyggende og kurative tjenester (undersøkelse og behandling), samt rehabilitering. Disse fire områder finnes nå i vår helselovgivning og i helsefaglige utdanningsplaner.

I Astana-erklæringen fra 2018 ble palliasjon som et nytt kjerneområde, tilføyd.

Nå beskrives primærhelsetjenesten slik (3): «Helsefremmende, forebyggende og kurative tjenester, rehabilitering og palliasjon må være tilgjengelig for alle».

Denne erklæringen er allerede tatt i bruk i WHO sin satsing på «Universal Health Coverage» (tilgjengelige og betalbare helsetjenester for alle), som er et av bærekraftsmålene for 2030 (4, 5).

Hva betyr Astana-erklæringen for oss som jobber i primærhelsetjenesten i Norge? Den norske regjeringen har bestemt seg for

å delta aktivt for at universell dekning av helsetjenester kan bli en realitet (4). Helsetjenesten bør utformes slik at gode helsetjenester for alle er mulig innenfor de vedtatte rammer. Med Astana-erklæringen er rammene endret. WHO har formulert tydelig at helsetjenestene skal dekke hele livsløpet, og behovet for palliasjon er løftet frem. Palliasjon (5) har som mål å bidra til best mulig livskvalitet gjennom gode beslutningsprosesser, god symptomlindring og omsorg ved livets slutt. God palliasjon skal være tilgjengelig for alle, i alle land, for alle sykdommer.

Innenfor den europeiske organisasjonen for palliasjon, European Association for Palliative Care (EAPC), er det etablert et nettverk for palliasjon i primærhelsetjenesten (6). Nettverket har utarbeidet verktøy (7), blant annet i samarbeid med World Organization of Family Doctors (WONCA), som kan bidra til å øke kompetansen og forbedre tilbudet i palliasjon i primærhelsetjenesten (8).

De fremhever spesielt fire satsingsområder for at alle som har behov for det, kan få tilgang til god palliasjon på alle nivåer i helsetjenesten:

- ① Lover og forskrifter, som inkluderer palliasjon som et fagområde og en arbeidsmåte i tråd med Astana-deklarasjonen. (I dag er palliasjon ikke en lovpålagt oppgave, mens de andre fire områdene i primærhelsetjenesten er det).
- ② Utdanning, som legger vekt på palliasjon både i grunnutdanning, videre- og etterutdanning, og spesialistutdanning, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I dag er palliativ medisin ikke en godkjent spesialitet i Norge, slik det er i blant annet i Storbritannia. Tendensen internasjonalt er at palliativ medisin blir en spesialitet i flere og flere land.
- ③ Helsetjenester som tilbyr god palliasjon basert på pasientens behov.
- ④ Tilgjengelighet av medikamenter.

På nasjonalt nivå har regjeringen bedt om en stortingsmelding om palliasjon. Denne er i skrivende stund ikke ferdigstilt. Astana-erklæringen, som har fått regjeringens støtte, bør være førende for stortingsmeldingen. Dette gjelder for lover og forskrifter, utdanning, videre utvikling av helsetjeneste og lettere tilgang til medikamenter som er relevante for bruk hos pasienter med palliative behov.

Hva betyr dette i praksis for oss som jobber i primærhelsetjenesten? Hva har vi fått til i vår kommune, på vårt kontor? Hvilke gode erfaringer har vi gjort som vi ønsker å bygge videre på, og på hvilke områder kan vi bli flinkere?

Drøft dette gjerne med lokale ressurspersoner i palliasjon, med palliative team på sykehuset eller med de regionale kompetansesentrene i palliasjon (9).

Dette er også tema på den kommende tverrfaglige landskonferansen i palliasjon i 2020, som organiseres av NFPM (Norsk Forening Palliativ medisin) og NPF (Norsk Palliativ forening).

Velkommen til landskonferansen i palliasjon i Oslo 9.-11.september. <http://landskonferansenipalliasjon.no>

INTERESSEKONFLIKT: Forfatteren er styremedlem NPF og medlem NFPM, medlem av EAPC nettverksgruppe for palliasjon i primærhelsetjeneste og medlem av EAPC nettverksgruppe for palliasjon for personer med psykisk utviklingshemming.

REFERANSER

1. Roksund, G. Utposten nr. 1 2018
2. Rønnevik, DH. Utposten nr. 7 2018
3. Astana declaration PHC: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>: «Promotive, preventive, curative, rehabilitative services and palliative care must be accessible to all»
4. <https://www.regjeringen.no/en/aktuelt/norges-hoved-innlegg-om-universell-helsedekning/id2669822/>
5. https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c-8f57e741b4bb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf
6. <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/primary-care>
7. <https://vimeo.com/341988263>
8. <https://www.eapcnet.eu/Portals/0/EAPC%20Toolkit%202019.pdf>
9. <https://pallreg.no/>

¹ Astana skiftet offisielt navn til Nur-Sultan i mars 2019.

Profesjonell autonomi – ein ressurs for leiarskapet eller

■ JAN HANA • Fastlege, Leknes legesenter

Det har vore aukande merksemd kring leiarskap i allmennmedisinen dei siste åra. Både rapportar, helsepolitiske dokument og forskning har understreka kor viktig dette er. Styring av fastlegeordninga har fått mykje merksemd, mens leiarskapet i ordninga ikkje har fått det i same grad.

lover og forskrifter styrer fastlegeordninga (FLO) og set tydelege krav til leiarskap. Sentralt står fastlegeforskrifta, som påverkar langt inn i den allmennmedisinske kvardagen, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som særleg skal sikre systematikk og kvalitet på legekantoret (1–4). Legane uttrykkjer manglande kompetanse innan leiarskap. Dei må stole på sunn fornuft og erfaringar frå klinisk arbeid (5). I tillegg uttrykkjer mange at det er utfordrande å ha ein leiarrelasjon til kollegaer som er sterkt forankra i sin profesjonelle autonomi.

Denne artikkelen vil omhandle fleire sider av leiarskapet i fastlegeordninga, relatert til profesjonell autonomi, organisasjonsidentifikasjon, leiarskapsstruktur og kommunal styring. Nord-Norge-studien tilfører fakta gjennom kartlegging av leiarstilen til fastlegane, og korleis stil vert assosiert med arbeidstilfredsheit og sentrale element i kontordrifta (5–7).

Leiarstilorientering – kort oversikt

Stilorientering er eit av fleire element i leiarskapet (8), og klassisk stilteori opererer med tre hovudstilar (9):

- **Oppgåveorientert stil:** definere mål, fordele oppgåver, koordinere, monitorere og belønne.

- **Relasjonsorientert stil:** motivere, definere visjon, coaching, støtte personleg og sosial utvikling.

- **Endringsorientert stil:** styre organisasjonsendring, få fram forskjellige perspektiv og oppmuntre til nye måtar å betre tenestene på.

Nyare forskning legg til ein fjerde stil:

- **Strategiorientering:** Denne ser utviklinga av organisasjonen som ein heilskap. Den skal ivareta relasjonen til eksterne samarbeidspartnarar og har merksemd i grensesnittet mellom eigen organisasjon og omgjevnader (10).

Studien ved legekantora i Nord-Norge hadde som delmål å utforske assosiasjonen mellom leiarstilorientering og arbeidstilfredsheit, samt nokre utvalde teneste- og organisasjonsindikatorar.

Metode: Spørjeskjema vart sendt til legar utan leiaransvar og hjelpepersonell ved 101 legekantora i Nord-Norge. Det vart spurt om korleis dei opplevde leiarskapet hjå legen med slikt ansvar, eigen arbeidstilfredsheit, samt subjektive erfaringar med konkrete teneste- og kontorforhold. Det vart brukt Likert-skala for skåring, frå 1 for særst usamd/i særst liten grad til 5 for særst samd/i særst stor grad. Same skjema vart brukt for både legar og hjelpepersonell. Halvparten av legane som fekk tilsendt

skjemaet svarte. Total svarprosent var nesten seksti prosent. Stilorienteringa i *Nord-Norge-studien* samsvara delvis med dei klassiske hovudkategoriene og er publisert tidlegare (4):

- **Oppgåveorientert stil:** Inneheldt klassisk oppgåveorientering, men også relasjonsatferd på individnivå. Denne «sammensmeltinga» kunne forklarast med det nære forholdet legeleiararen hadde som kliniker og dermed del av teamet på kantoret.

- **Relasjonsorientert stil:** Fokuserte mest på relasjonar utanfor kantoret, både horisontalt og vertikalt i helsesystemet, og kunne såleis svare til den nye strategi-orienterte stilen.

- **Endringsorientert stil:** Hadde den klassiske endringsorienteringa.

Resultat

Nederst i dette sideoppslaget presenterer vi resultat i to korrelasjonstabellar separat for legar og hjelpepersonell.

Diskusjon

Desse tabellane viser korleis dei sentrale gruppene i fastlegeordninga – hjelpepersonell og legar, assosierer opplevd leiarskap med subjektiv vurdering av livet på kantoret. Det er skilnad på korleis desse to gruppene opplever dette. Blant hjelpepersonell er alle 18 korrelasjonane signifikante, medan berre seks er signifikante blant legane. For hjelpepersonell kan dette tolkast som at leiarskap påverkar all verksemd på kantoret og stadfester behovet for breidde i stilbruken.

TABELL 1. *Legar.*

LEIARSTIL	MEAN	SD	1. ARBEIDSTILFREDSHET	2. OBSERVERT PASIENTTILJENGELIGHET	3. LEGGE TIL RETTE FOR FAGUTVIKLING	4. UTVIKLE KVALITETSSYSTEM	5. OBSERVERT PASIENTTILFREDSHET	6. TAL PÅ PASIENTKLAGER
Relasjonsorientert	3.19	.97	.14	-.05	.16	.40**	.14	.06
Oppgåveorientert	3.21	.87	.16	.08	.33**	.46**	.00	.04
Endringsorientert	3.53	.91	.27**	.22*	.16	.29**	.10	.08

Tabellen viser: Pearson coefficient . * = p < .05, ** = p < .01

grus i fastlegeordninga?



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Ser vi nærare på legegruppa finn vi færre signifikante korrelasjonar, men framleis må leiarskapet meistre alle stilane tilpassa situasjonen. Det er ikkje uventa at denne høgt kompetente og motiverte yrkesgrup-

pa opplever at endringsorientert leiing er sterkt assosiert med arbeidstilfredsheit, truleg fordi det vert opplevd positivt å bli møtt på forslag til endring og forbedring som begge er sentrale delar av den autono-

me profesjonsutøvinga. Legegruppa opplever også at leiarskapet bidreg til fagutvikling og bygging av kvalitetssystem, og at det påverkar kor lett tilgjengelege legane er for pasientane.

TABELL 2. *Hjelpespersonell.*

LEIARSTIL	MEAN	SD	1. ARBEIDS- TILFREDSHET	2. OBSERVERT PASIENT- TILGJENGELIGHET	3. LEGGE TIL RETTE FOR FAGUTVIKLING	4. UTVIKLE KVALITETSSYSTEM	5. OBSERVERT PASIENTTILFREDSHET	6. TAL PÅ PASIENTKLAGER
Relasjonsorientert	2.88	1.04	.34**	.21**	.49**	.28**	.25**	.22**
Oppgåveorientert	3.17	.86	.49**	.27**	.64**	.50**	.35**	.29**
Endringsorientert	3.36	.97	.51**	.24**	.54**	.38**	.31**	.24**

Tabellen viser: Pearson coefficient . * = $p < .05$, ** = $p < .01$

Derimot er det ikkje signifikant assosiasjon mellom slik legane opplever leiarskapet og pasienttilfredsheit (KOLONNE 5) eller talet på klager (KOLONNE 6) – sentrale element i det kliniske arbeidet. Dette kan forklarast på fleire måtar. Leiaren kan styre unna konsultasjonen i respekt for den profesjonelle autonomien. På den andre sida kan legane trenge mindre hjelp frå nærmaste leiar, forventar lite og får lite. Dei har eit ønskje om å være uavhengige, autonome og ha full kontroll over det kliniske arbeidet, og der har leiarskap frå andre liten plass.

Leiarskap er ikkje assosiert med klager mot legen. Når slikt skjer, kjenner ein seg ofte åleine, og mange negative tankar og kjensler skal handterast. Kanskje godt og nært leiarskap kunne ha spela ei positiv rolle både for årsaka til klagen og i tida etterpå. Autonomien har også ei sårbarheit i seg – ikkje minst i slike situasjonar.

Profesjonell autonomi

Behovet for medverknad, kontroll og styring i det pasientnære arbeidet, er karakteristisk for autonomien. Denne kontrollen går ikkje berre inn mot pasienten, men også ut mot omgjevnader både vertikalt og horisontalt. Utfordringa er å vise at leiarskapet kan bidra positivt på begge desse områda. Det kan påverke nære rammevilkår for lege-pasient-forholdet, og samtidig bidra til gode samarbeidsrelasjonar i alle retningar i systemet.

For kvar enkelt lege vil det å kunne utnytte det konstruktive som ligg i god organisering og godt leiarskap krevje eit perspektiv vidare enn konsultasjonen. Samtidig vert leiaren utfordra til å fremje og synleggjere desse fordelane slik at klinikaren ser nytta i dei. Den profesjonelle autonomien må finne sin plass i ein større kontorsamheng og i samspel med alle andre faktorar som også kan bidra til god pasientbehandling.

Autonomi er ein fagleg uavhengigheit som er heilt fundamental i den allmennmedisinske identiteten. Denne er vorte utfordra over fleire tiår og til dels vorte endra. Lover og forskrifter detaljstyrer det kliniske arbeidet på vegne av pasientane (8). Det vert også prøvd ut nye måtar for drift av legekontor som vil påverke dei organisatoriske rammene for allmennmedisinen, til dømes primærhelseteam. Det er grunn til uro for at dette kan leggje grunnlag for triagering og oppgåvefordeling, som igjen vil undergrave det heilt fundamentale i allmennmedisinen: breidda i den genuine lege-pasient-relasjonen (11–12).

Den store arbeidsmengda med gjennomsnittleg arbeidsveke på nesten 56 timar, er

også eit teikn på manglande kontroll med arbeidsbelastninga. Vidare har pasienten sin rolle som «kunde» også ført til endring i «maktfordelinga» i konsultasjonen (13, 14). På den andre sida vil alle profesjonar kunne oppleve at den generelle utviklinga i samfunnet påverkar faget.

Autonomien må finne sin plass innanfor gode organisasjonsrammer, godt leiarskap, lovkrav og god allmennmedisinsk praksis – i samarbeid med andre profesjonar. Det må til for å ta vare på det positive og konstruktive i autonomien. Leiarskapet på kontoret skal balansere mange ulike forhold, og ikkje minst ta vare på fellesskapet og samtidig gje rom for autonomi. Dette krev at alle på kontoret involverer seg og har ein felles visjon for arbeidsplassen. Her er ikkje rom for «gratispassasjerar». Utfordringane ligg i skjeringspunktet mellom fagleg sjølvstende og kontororganisasjonen sitt behov for styring og fellesskapstanke. Kan meir organisasjonskunnskap gje eit betre utgangspunkt for å handtere dette?

Legkontoret som organisasjon

Arbeidet med å skape nødvendig struktur og gode prosessar i kontorfellesskapet treng aktørar som forstår, er motiverte og har kunnskap. Slik forståing vil hjelpe med å skape struktur, som i sin tur gjev oversikt og innsikt i samanhengar ved kontoret. Dette klargjer mål, funksjonar og ansvar, og skaper gode rammer for den profesjonelle autonomien. Sjølvstendige og autonome fastlegar må nødvendigvis prege kulturen og verdiorienteringa på kontoret. Det er svært viktig å være medviten om dette, slik at ein forstår korleis det kan påverke pasientarbeidet og arbeidsmiljøet.

Det kan sjå ut som at kvinner i mindre grad enn menn legg vekt på profesjonell autonomi (15). Dei vektlegg også prosessautonomi meir enn beslutningsautonomi. Fleire og fleire kvinner kjem inn i allmennmedisinen. Dette vil tvinge oss til å diskutere temaet med ei litt anna vinkling i framtida.

Økonomisk modell påverkar kontororganisasjonen og legg premissar for korleis denne skal sjå ut. Med organisasjonsperspektiv og -kompetanse på plass hos alle, burde slike prosessar ha dei beste føresetnader for å lukkast. Gjennom krisa i FLO dei siste åra har denne modellen vorte grundig debattert, og bruk av fastlønn er vorte meir aktuelt med ny generasjon legar og endra kjønnsfordeling i fastlegegruppa.

Det er eit krav i lovverket at fastlegen skal jobbe integrert og samarbeide tett med resten av kommunal helseteneste. For å få til slikt samarbeid, krev det at legekontoret

står fram som ein velorganisert og koordinert helseorganisasjon. Dersom så er tilfelle, går det lettare å etablere gode eksterne samarbeidsrelasjonar både horisontalt i kommunen og vertikalt mot spesialisthelsetenesta. Ofte vert legekontoret omtala som eit team, men teammodellen greier ikkje fane om alt som skjer på kontoret og dei ulike oppgåvene der. Legekontoret er ein organisasjon og det trengst kunnskap som er betydeleg meir omfattande enn teamkompetansen. Såleis er teamfokuset ikkje nok til å drifte ei god FLO.

Leiarskap og leiarskapsstruktur

Leiarskapet påverkar organisasjonen og organisasjonen legg premissar for kva leiarskap som kan fungere best. På same måten som organisasjonskompetansen er avgjerande, vil strukturen på leiarskapet ha stor meining. Er det få og gode løysingar på dette, eller er det som ein kollega sa det: «... i FLO finst det like mange og ulike ordningar for leiarskap som det er kontor ...».

Sjølv om det er mange ulike ordningar, er det likevel nokre fellestrekk. For det fyrste viser fleire studiar at fastlegane kjenner seg usikre på rolla som leiar og uttrykkjer manglande formell kompetanse (3, 6, 7). For det andre opplever fastlegen det utfordrande å ha ein leiarskapsrelasjon til kollegaer (3). For det tredje vert desse oppgåvene ofte delt på fleire i kollegiet, men ein har det koordinerande ansvaret (6, 7). For det fjerde vert det ofte praktisert at legane roterer mellom dei ulike leiaroppgåvene (6, 7). Til slutt er det ei allmenn oppfatning at det ikkje er vanleg med økonomisk kompensasjon for dette arbeidet.

FLO er ein bærebjelke i primærhelsetenesta. Det burde uroe at det er legar som så klart beskriv mangelfull leiarskapskompetanse som skal ta vare på ordninga og vidareutvikle den. Sjølv om næringsdriftsmodeller har formelle krav til plassering av leiaransvaret, er det totale bildet at ordninga er prega av ad hoc-løysingar der dette ansvaret vert spreidd på «alle». Det er rimeleg å tru at det er skilnad i kollegiet på kor mykje kvar enkelt vil og kan leggje av tid og ressursar inn i sitt ansvarsområde. I tillegg er dette oftast ikkje løna arbeid.

Leiarskapslitteraturen problematiserer fordelt leiarskap, og hevdar at slik organisering kan bidra til uklarheit kring kven som eigentleg har leiaransvar i ulike situasjonar (16). Vidare vil ein slik struktur utfordre informasjonsrolla som leiarskapet skal ivareta. Naudsynt henting av informasjon, tolking og vidareformidling vert fordelt på for mange. Informasjonstilgang er heilt avgjerande for at FLO skal fungere –



◀ *Det kan sjå ut som at kvinner i mindre grad enn menn legg vekt på profesjonell autonomi.*

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

REFERANSER

1. Norwegian Medical Association. Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmennmedisin/Senter-for-allmennmedisinsk-kvalitet1/>
2. National Directorate for Health and Social Affairs. "... and it's going to get better!" – National strategy for Quality Improvement in Health and Social Services (2005–2015). Oslo: Directorate for Health and Social Affairs; 2005.
3. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene (2012). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
4. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (2016). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse%20og>
5. Hana J, Rudebeck CE. Leadership in rural medicine: The organization on thin ice? *Scand J Prim Health Care*, 2011; 00: 1–7.
6. Hana J, Kirkhaug R. Physicians' leadership styles in rural primary medical care: How are they perceived by staff? *Scand J Prim Health Care*, 2014; 32: 4–10.
7. Hana J. The clinician in Leadership. Perceptions of Style. Perspectives from Rural Medicine in Norway. PhD thesis. (2014) <http://munin.uit.no/handle/10037/504/browse?value=Hana%2C+ja&type=author>
8. Kirkhaug R. Lederskap. Person og funksjon. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
9. Yukl G. Leadership in Organizations. Seventh Edition. New Jersey: Pearson (2010).
10. Frich JC. Ledelse av legetjenestene i kommunene. I: Kristoffersen JE, Lerum SV, Kaurud H et al. (red). Pasientens primærhelsetjeneste må ledes: om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene. Oslo: Legeforeningen, 2017: 42–58.
11. Spehar I, Sjøvik H, Karevold KI, Rosvold EO & Frich JC. General practitioners' views on leadership roles and challenges in primary health care: a qualitative study, *Scand J Prim Health Care*. 2017;35:1,105–110, DOI:10.1080/02813432.2017.1288819
12. Rudebeck CE. Relationship based care—how general practice developed and why it is undermined within contemporary healthcare systems. *Scand J Prim Health Care*. 2019; 37(3): 335–344.
13. Høie B. Pasientens helsetjeneste. 2014. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>
14. Lian OS. Når helse blir en vare. Kristiansand S. Høyskoleforlaget. 2003.
15. Bjørnhaug B, Skyvulstad H. Leder kommunen fastlegeordningen? En kvalitativ studie av kommunens ledelse av fastlegeordningen. Masteroppgave. UiO. 2018.
16. Pearce CL et al. New forms of management: Shared and distributed leadership in organizations. *Journal of Personnel Psychology*. Vol 9(4), 2010, 151–153.
17. Holbæk R, Schanche P. Kommunal legetjeneste – kan den ledes? KS/Agenda Kaupang; Rapport Februar 2016. https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2018/11/Rapport_KS_Kommunal-legetjeneste-kan-den-ledes_AK.pdf

vert denne uklar, ikkje til stades, ikkje gitt, ikkje fått, da vert det vanskeleg.

Ei anna side ved denne ordninga er at legane i rotasjon ikkje opparbeider seg naudsynt erfaring og leiarshipsidentitet (6). Ordninga med fordelt leiarship er sårbar for frávær. Kvardagen i FLO framover vil være eit ungt kollegium under spesialisering, med kurs, sjukehusår, fødselspermisjonar osv. Kontinuiteten i leiarskapet vert utfordra. Det paradoksale er at når det verkeleg krevst kompetent og nærværande leiarship i ei tid med omskifting, då kan det motsette skje – at det smuldrar opp.

Eit fungerande leiarship tek vare på eksterne relasjonar og har ein overordna strategi på dette. Både allmennlegeutvalg (ALU) og samarbeidsutvalg (SU) er arenaer som legekantoret har interesse av å nytte. I eit legekantore som er velorganisert og har godt leiarship på plass, burde profesjonell autonomi ha gode vilkår. Likevel er det ei uro i kollegiet for at kommunen skal inn og påverke og styre det kliniske arbeidet.

Kommunal styring og kontroll

Det er kommunen som har det overordna ansvaret for FLO, uavhengig av økonomisk modell hos legane. Dette gir situasjonar der profesjonell autonomi må bryne seg mot kommunal styringsplikt, men også at kommunen må erkjenne fastlegane si solide fagkompetanse.

Fastlegane er uroa for at kommunen skal utøve styring og kontroll langt inn i klinikken. Kommunen skal ikkje involvere seg i det daglege kliniske arbeidet. Men som overordna og avtalepartner, er det kommunen si plikt og rett å sjå til at legekantoret har system som sikrar at krav i lovverket vert oppfylt. Gjennom lover og forskrifter skal samfunnet garantere at alle får nødvendig og forsvarleg helsehjelp. Alle legekantore er pliktige til å lage system, organisere seg og ha prosessar for at dette skjer, heilt uavhengig av kommunen.

Kvaliteten på samarbeidet og dialogen kommunen har med fastlegane er viktig (17). Dette ryddar unna uklarheiter og fø-

rebyggjer konflikter. Det skaper gjensidig forståing om kva intensjonar som ligg på begge sider. Kommuneoverlegen (KOL) er ein heilt uvurderleg tilretteleggjar for slik kontakt, og det synest som at fastlegane i større grad ser dette enn kva den kommunale administrasjonen gjer (17). Forskinga så langt viser tydeleg at KOL har ein svært sentral plass for å medverke til utvikling av FLO, men KOL må få tid og ressursar for å kunne utføre denne oppgåva (16). Kommunen sitt pålagte ansvar i FLO vil i vesentleg grad ivaretakast gjennom KOL sitt arbeid med å formidle og fortolke lov- og forskriftskrav, inspirere til utvikling og til aktivitet på formelle møtearenaer som ALU og SU. Vert det brukt klokskap og godt skjønn i dette arbeidet, vil legegruppa sjå ein viktig «alliert» i kommunen.

Avslutning

Denne artikkelen har handla om leiarship i fastlegeordninga. Nord-Norge-studien synar at leiarshipet treng kompetanse på alle stilorienteringane og på å kunne tilpasse dei til ulike situasjonar. Studien hadde også resultat som ga ei ramme til å diskutere autonomi frå fleire perspektiv: leiarshipet, organisasjonskompetansen i legekantoret, struktur på leiarshipet, samt kommunen og kommuneoverlegen sin rolle. Det er viktig at profesjonelle helsearbeidarar opplever autonomi i jobben for å kunne gje helsehjelp av god kvalitet, men autonomien skal finne sin plass i organisasjonen og i styring frå lover og forskrifter. Aukande tilfang av rapportar og forskning synar at vi framleis har ein god veg å gå før desse viktige føresetnadene er på plass.

Det burde uroe at organisasjons- og leiarshipskompetansen i grunnmuren i primærhelsetenesta ikkje eintydig står fram som kompetent, robust og med kraft til å utvikle fastlegeordninga vidare. Det står att å sjå kven som kjenner på ansvaret for å få dette inn på eit betre spor.

Forfattaren har ingen bindingar.

■ JANHANA@ONLINE.NO

Skolen i Salerno og middelhavsdietten

■ ARILD KJELL AAMBØ • Seniorrådgiver, enhet for migrasjonshelse, Folkehelseinstituttet

En engelsk konge på vei hjem fra sitt første korstog, ønsket seg en bok med råd om å fremme og bevare god helse. Boka, *Regimen sanitatis*, ble skrevet av munk ved Scola Medica Salernitana. I boka beskrives blant annet et kosthold nokså likt det som i dag går under betegnelsen middelhavsdiett.

Etter Romerrikets oppløsning (476 e.Kr.) fulgte nedgangstider, krig og plyndring, og antikkens møysommelig akkumulerte kunnskap og den stolte gresk-romerske kulturarven, deriblant Hippokrates og Galens skrifter, gikk tapt under barbarenes herjinger. Det ble uår, sult og fattigdom. Epidemier florerte. Overfor slike katastrofer stod legene maktesløse, og blant folk flest forvitret således tiltroen til så vel legestand som vitenskap. Det spirituelle ble favorisert fremfor det materielle, og det ble viktigere å frelse sjelen enn å helbrede legemet. Alt var likevel ikke tapt. Særlig benediktinermunkene ved klosteret i Montecassino (Sør-Italia) begynte å kopiere, studere og kommentere gamle medisinske skrifter og utviklet således en betydelig kunnskapsbase. Klosteret ble et senter for vitenskapelig aktivitet, og snart fikk munkene, med sin vektlegging av medlidighet, en ledende rolle i behandlingen av syke.

Det var på denne bakgrunnen at *Schola Medica Salernitana* fikk sin oppblomstring rundt 1000-årsskiftet. Skolen var et lærested for legeskunst med røtter tilbake i antikkens Hellas, nå med vekslende i de vitenskapelige aktivitetene ved klosteret i Montecassino. Det fortelles at skolen ble opprettet som et samarbeid mellom en jøde, en araber, en greker og en latiner. Om dette er riktig, er vanskelig å si sikkert. Salerno og omliggende byer var på den tiden et viktig senter for internasjonal handel, et sted hvor ulike kulturelle strømninger



Miniatyrmaleri fra omkring år 1000 av Schola Medica Salernitana gjengitt i verket *Qânûn*.

møttes, og det er ingen tvil om at legene ved skolen tok for seg av kunnskap fra både vestlige og østlige tradisjoner.

Skolen i Salerno tiltrakk seg mange betydelige personer. En av dem var Constantinus Africanus (1010–1087) som kom til Salerno i 1075 fra Kartago. Han var en svært kunnskapsrik og språkmektig filosof og vitenskapsmann som hadde måttet flykte fra Tunis, hvor han var blitt beskyldt for å bedrive magi. Den første tiden i Salerno holdt han seg skjult som tigger. Men han fikk etter hvert innpass ved *Schola Medica Salernitana*, og her oversatte han de glemte medisinske skriftene til Hippokrates og Galen fra arabisk tilbake til latin, i tillegg til mange andre viktige tekster fra arabiske leger og forfattere.

Også legene i Salerno var flittige skriben-

ter. Det mest kjente bokverket fra *Schola Medica Salernitana* er utvilsomt *Regimen sanitatis*, skrevet «for en engelsk konge, av hele skolen i Salerno». Det fortelles at Robert, sønn av William Erobreren og her-tug av Normandie, på vei hjem fra sitt første korstog, hadde søkt medisinsk bistand i Salerno. Under kampene var han blitt truffet i høyre arm av en forgiftet pil, og dette såret ville ikke gro. I Salerno ble han kurert, og før han reiste, bad han om å få med seg en «vade mecum» (gå med meg), en håndbok med skolens råd om hvordan han best kunne bevare sin helse. Legene i Salerno gikk da sammen om å skrive *Regimen*, en encyklopedi om hvordan folk kan bevare sin gode helse ved å anlegge en fornuftig livsstil – uten å ty til medisiner. Boken, som er skrevet på vers for å lette hukom-

melsen, inneholdt først 362 vers. Senere kopier ble modifisert og utvidet til over 3000 vers etter hvert som ulike forfattere oversatte boken til en rekke europeiske språk.

Regimen innledes med en bolk om hygiene og diett. Det mest interessante og fortsatt aktuelle i denne sammenhengen er konkrete kostråd. Det oppmuntres til å spise variert, en diett rik på frukt, grønnsaker, belgfrukter, oliven og olivenolje, sjømat og kornprodukter, samt et moderat inntak av rødvin – med andre ord et kosthold lik det vi i dag forstår med «middelhavsdiett». Det er ikke usannsynlig at slik mat preget det sør-italienske kostholdet allerede den gangen, men fikk altså her sin medisinske anerkjennelse. Dessverre førte ny overflod og rikdom til at denne maten forsvant fra middagsbordene, og det skulle gå mange hundre år før diettens helsebringende virkning ble gjenoppdaget.

Skolen i Salerno, med sin filosofiske og vitenskapelige orientering, hadde i en lang periode betydelig innflytelse over pensum på de ulike medisinske lærestedene rundt om i Europa. Men etter hvert ble konkurransen med andre universiteter for stor; under inkvisisjonen emigrerte de lærde araberne til Paris. Skolen i Salerno, som hadde vært modell for mange moderne universiteter, ble etter hvert ansett som både konservativ og avleggs. I 1811, etter ordre fra Napoleon, ble skolen stengt og all utdanning av leger lagt til Universitetet i Napoli.

LES MER

- Divitiis, E. de et al. (2004) The «Schola Medica Salernitana»: The Forerunner of the Modern University Medical Schools *Neurosurgery* Vol. 55, s. 722–745.
- Bifulco, M. et al. (2008) Dietary recommendations in the Medieval Medical School of Salerno *Am J Prev Med* Vol. 35, No. 6s. 602–603.
- Lafaille, R. & Hiemstra, H. (1990) The regimen of Salerno, a contemporary analysis of a medieval healthy life style program *Health Promotion International* Vol. 5, No. 1, s. 57–74.

■ ARILDKJELL.AAMBO@FHI.NO



Demografisk overgang

■ HARALD SIEM

I den medisinske historien har hendelser påvirket folkehelse både positivt og negativt. Vi har i *Utpostens* serie om medisinsk historie skrevet om dette.

Det har vært enkelttiltak, som en koppevaksine eller det å fjerne håndtaket på en vannpumpe med kontaminert vann i London, som påvirket folkehelse på en positiv måte. Men historien har også vist pandemier, som svartedauden, hvor det var lite som kunne stoppe pesten, og den fikk herje med den globale folkehelsen over flere år.

Det er også prosesser som går over lang tid, som har stor betydning for folkehelse. Klimaendringer og befolkningsvekst er slike globale fenomener. Medisinen for befolkningsvekst er fattigdomsbekjempelse, men først litt om befolkningskonferanser og demografisk modell.

FN anerkjente tidlig befolkningsseksplosjonen som en internasjonal utfordring.

Under den første store befolkningskonferansen i București i 1974 pekte framskrivningene fra fire milliarder mennesker på jorden i 1974, til fjorten milliarder rundt midten av dette århundret.

Men så ble det ikke så galt likevel. I dag er anslaget knapt ti milliarder mennesker rundt 2050, og da har vekstraten nærmest flatet ut.

Hva har skjedd, som man ikke så i 1974?

For å se hvordan befolkning i land utvikler seg, studerer og måler demografene fødselsrate, dødsrate, innvandring og utvandring. Forskere har etter 1974 laget en modell for dette, den demografiske overgang eller the demographic transition.

Den demografiske overgang er en deskriptiv modell som defineres i fire faser. I den første fasen er det både høy fødselsrate og dødsrate, men befolkningsveksten er lav.

Når dødsraten synker, mens fødselsraten fremdeles er høy, inntreffer en rask befolkningsvekst. Denne overgangen fra fase en til fase to har vi sett i land som blir «industrialisert», det vil si når velstanden og utdannelsesnivået (særlig hos kvinner) øker.

I fase tre faller fødselsraten og befolkningsveksten avtar. Deretter vil befolknin-

gen i et land eller region gå over i fase fire hvor både fødsels- og dødsraten er lav, og befolkningsveksten forblir lav.

Etter industrialiseringen i England tok overgangen hundre år. I Norge tok det et halvt århundre før de store barnekullene avtok. I mange land i Latin-Amerika og Asia har utviklingen gått mye fortere. Fertiliteten, som defineres i antall barn pr. kvinne, har for hele kloden falt fra fem i 1950 til under 2,5 i 2020; (tall fra FNs Befolkningsdivisjon).

Vedlikeholdsraten, som er antall barn pr. kvinne for at befolkningstallet skal holde seg stabilt, er 2,1 barn pr. kvinne. I Europa, Asia og Amerika er vedlikeholdsraten langt under 2,1. I Afrika er raten høyere.

Dette er en endring som har en åpenbar sammenheng med folkehelsen. Veien ut av fattigdom og uheld er økt utdanning av kvinner. Dette bidrar til at kvinner får færre barn, de kan skaffe seg inntekt. Kvinner som får færre barn har bedre helse. Eller sett på hele befolkningen, vil en fødselsrate som synker gi bedre folkehelse.

Men er det bare bra? Hva skjer hvis eller når vi ser et betydelig fall i fertiliteten?

Med en global fertilitet på 1,5 – som er litt under det vi ser i dag – vil veksten flate ut i 2050, for så å falle, og verdens befolkning vil være fire milliarder i 2150. Hva kan det bety for folkehelsen?

Det blir økt konkurranse om arbeidskraft, pleiepersonell blir erstattet med sofistikerte maskiner og noe infrastruktur vil forfalle. Det blir endringer, men det vil også bli tilpasninger.

REFERANSER

- Store norske leksikon: [snl/demografisk_overgang](https://snl.no/demografisk_overgang)
- [Population.un.org](https://population.un.org/): World Population Prospects 2019.
- Basten, S., Lutz, W. og Scherbov, S.: Very long range population scenarios. www.demographic-research.org/Volumes/Vol128/39.

■ SIEMH@ONLINE.NO

Trotula major, en lærebok om kvinners helse

■ ARILD KJELL AAMBO • Seniorrådgiver, enhet for migrasjonshelse, Folkehelseinstituttet

En kvinnelig lege ved skolen i Salerno, Trotula de'Ruggiero, skrev en lærebok om kvinnesykdommer og fødselshjelp, senere kalt *Trotula major*. Denne var et sentralt verk om gynekologi og obstetrikk i flere hundre år, hvor blant annet forebygging og prevensjon blir omtalt.

Ved *Schola Medica Salernitana* kunne kvinner få utdanning som leger, oppnå autorisasjon og praktisere sin legekunst – trolig også delta i studentundervisningen. Dette var en uhørt praksis i en tid hvor kvinner kun hadde en marginal posisjon i samfunnet, og hvor de på medisinsens domene kun hadde anledning til å praktisere som fødselshjelpere. En rekke av disse *mulieres salernitanae*, som de gjerne kaltes, oppnådde både anseelse og berømmelse. Den mest prominente var utvilsomt *Trotula de' Ruggiero* (1050–1097), «magistra mulier sapiens», det vil si en kvinnelig visdomslærer, som viet sitt liv til å hjelpe kvinner med sine spesielle sykdommer og plager. En rekke bøker og medisinske skrifter bærer hennes navn. Mest kjent er boken *De passionibus mulierum ante, in et post partum*, en lærebok i kvinnesykdommer og fødselshjelp, ofte referert til som *Trotula major*.

Trotula inntok en rekke standpunkter som i samtiden var både oppsiktsvekkende og kontroversielle. Blant annet hevdet hun at kvinners regelmessige menstruasjon var et tegn på sunnhet. Hun var interessert i seksualitet, prevensjon og, ikke minst, barnløshet, hvor hun hevdet at infertilitet ikke alene kunne tilskrives mangler ved kvinnen. Mannen måtte også undersøkes. Hun var dessuten opptatt av lege- og pasientforholdet og hvordan legen kommuniserte med sine kvinnelige pasienter: «De trenger hjelp», skriver hun, «men på grunn av blyghet og den sårbare situasjonen de befinner seg i, tør de ikke rope overfor legen hvilke lidelser som deres smerter fremkaller». Hun arbeidet for å gjøre fødslene mindre smertefulle og var opptatt av spedbarns helsetilstand. Hun skriver bl.a. at en ikke må utsette barnet for sterkt lys, men vise barnet fargede gjenstander, gi det en passende lydstimulering og gjerne synge vuggesanger med enkle ord.

Det hevdes at det var Trotula som først introduserte begrepet «forebygging». Hun tillot forebygging av sykdom stor vekt, og gjorde mye for å øke bevisstheten blant folk flest om nødvendigheten av å ta vare på helsen. I stedet for astrologiske og magiske antakelser om helse og sykdom som florerte i hennes samtid, hevdet hun at den gode helsen er betinget av god personlig hygiene, et balansert kosthold og å være fysisk aktive.

Spesielt bemerkelsesverdig er hennes bekymring for hygien ved fødsler. I *Regimen sanitatis*, Salernoskolens hovedskrift, anføres at årsak til sykdom er å finne i pasientens pust, i sengetøyet vedkommende har ligget i og ellers andre ting som pasienten måtte ha vært i kontakt med. Betydningen av hyppig håndvask påpekes. Hvilke observasjoner eller teorier som måtte ligge bak en slik praksis, vites ikke. Men det er nærliggende å tenke at den arabiske tradisjonen, som i mange år hadde tilflytt skolen i Salerno, var viktig i så henseende. I Koranen er både symbolsk (rituell) håndvask og håndvask av hygieniske grunner nøye beskrevet og tillagt stor betydning. I tråd med dette hevder Trotula – allerede 800 år før Oliver Wendell Holmes (1818–1865) i Boston og Ignaz Semmelweis (1809–1894) i Wien – at fødselshjelperen må være spesielt omhyggelig med håndvask (*Utposten* 1/2019). Hun anfører således at før barnet berøres, må fødselshjelperen først vaske hendene i et ekstrakt av linfrø og bukkehornkløver – for å forhindre sykdom hos mor og barn. På hvilket grunnlag nettopp disse urtene ble valgt, vites heller ikke, men det er verdt å merke seg at nyere forskning faktisk viser at begge disse urtene inneholder stoffer med antibakteriell effekt, og at de er spesielt effektive mot *E.coli*.

Trotula major var den sentrale kunn-



skapskilden innen gynekologi og obstetrikk i flere hundre år, men med de store tekniske og vitenskapelige fremskritt som ble gjort på 1500-tallet, ikke minst innen medisin, ble både *Regimen sanitatis* og *Trotula major* etter hvert avleggs. Men, som så ofte ellers, nye framsteg skaper nye problemer. Det var praksisen med regelmessig å obdusere lik i vitenskapelig øyemed som ble bakgrunn for Semmelweis sitt fremstøt om håndhygiene på midten av 1800-tallet.

LES MER

- Bifulco, M. et al. (2014) The basis of the modern medical hygiene in the medieval Medical School of Salerno *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* Vol. 28, No. 14, s. 1691–1693.
- Bifulco, M. et al. (2013) A focus on Trotula de'Ruggiero: a pioneer in women's and children's health in history of medicine *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* Vol. 27, No. 2, s. 204–205.
- Divitiis, E. de et al. (2004) The «Schola Medica Salernitana»: The Forerunner of the Modern University Medical Schools *Neurosurgery* Vol. 55, s. 722–745

■ ARILDKJELL.AAMBO@FHI.NO

Annerledes om epilepsi

Karl Otto Nakken, Mia Tuft

Epilepsi

Et vindu inn i hjernen

146 sider

Universitetsforlaget

Oslo 2019

ISBN 978-82-15-03214-6

Hvorfor anmelde nok en epilepsibok fra Karl Otto Nakken? *Utposten* har jo allerede en beskrivelse av en annen av bøkene hans om denne tematikken i nr. 7/2019 (utgitt av Cappelen Damm Akademisk).

Den aktuelle utgivelsen er skrevet sammen med nevropsykolog Mia Tuft. Sammen har de – etter min mening – bidratt til en ytterligere interessant bok om epilepsi, nyttig for både lek og lærd.

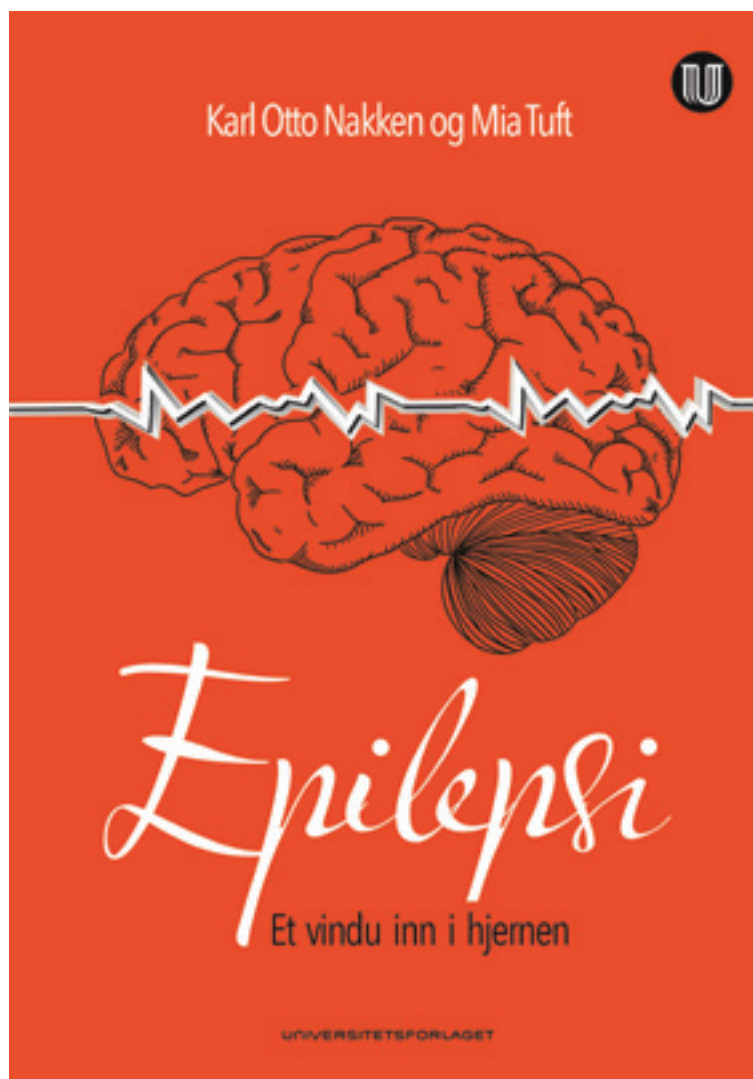
Hva er så annerledes i denne utgivelsen sammenlignet med den tidligere anmeldte boken? Det vesentligste er at den fungerer som et solid supplement til den forrige, et ytterligere fokus på hvordan det har vært å leve med epilepsi gjennom historien – inklusive i vårt land. Som forfatterne selv skriver:

«Epilepsiens historie speiler på mange måter vår generelle medisinske historie. Den gir oss innblikk i hvordan våre forfedre så på sykdom, og hvordan de strevde med å finne en kur. Historien hjelper oss å sette dagens praksis i perspektiv og til å stake ut kursen fremover.»

Innledningsvis ser forfatterne inn gjennom «vinduet» til hjernen. De vektlegger at utgangspunktet for de ulike formene for epilepsi kan antyde hvordan hjernen vår fungerer mer generelt. Dette er interessant i seg selv.

Men så går boken over til en vandring gjennom epilepsi-historien som både kan fengsle og ryste en leser. Folkemedisinske og religiøse forklaringer har nok dominert, og dermed behandlingsmetoder av epilepsi som neppe kan kalles humane i dag. Bromsalter, kirurgisk etablerte hull i hodet, bare for å nevne noe. Ille var det også med uhyrlige og diskriminerende holdninger. De beskrevne tiltakene må ha bidratt til at det å leve med epilepsi i tidligere tider sannsynligvis var nær uutholdelig for mange pasienter og familier.

Forfatterne nevner at legen Hippokrates på øya Kos i Hellas (ca. 400 år f.Kr.) kanskje



var den eneste kjente personen i historisk tid som anså epilepsi som en *organisk* lidelse. Åndelige årsaker har dominert fram til langt inn i vår nære fortid. Først på 1900-tallet kan vi se en utvikling som endrer både forståelsen og behandlingen av epilepsi, nærmere bestemt hva epilepsi handler om, og hvordan pasienter og familier kan hjelpes til et meningsfullt liv med lidelsen.

Boken kan ses som et bidrag til folkeopplysning både for epilepsipasienter og deres familier. Og ikke minst kan vi i helsevesenet få et usminket inntrykk av hvordan våre forgjengere søkte å avhjelpe mennes-

kelig lidelse. Boken avrunder presentasjonen med hvordan det er å leve med epilepsi i dag – globalt og i Norge. Her er mange praktiske tips og råd. Men forfatterne er også klare på at det fortsatt er mye vi ikke vet om epilepsi.

Generelt er min vurdering at dette er en uvanlig spennende fagbok, men også en bok til stor ettertanke.

Anbefales – og gjerne som et supplement til Karl Otto Nakkens bok anmeldt i *Utposten* nr. 7/2019.

ELI BERG

Stor og klok bok

Lars Lien, Ragnhild Dybdahl, Harald Siem, Irma Julardzija, Hege Helene Bakke (red.)

Asylsøkere og flyktninger
Psykisk helse og livsmestring

322 sider
Universitetsforlaget
Oslo 2019
ISBN 978-82-15-03151-4

Dette er en stor bok, en bok til å bli klokere av både for lek og lærd, for å si det ultra-kort.

En bok som jeg gjerne skulle ha lest den gangen de første flyktningene kom til min allmennpraksis på 1980-tallet.

Et hjertesukk, en drøm: Tenk om våre sentrale politikere i dag hadde hatt anledning til å lese denne gjennomgangen av tematikken – ville vi da hatt en mer human flyktningpolitikk, tro? Kanskje det. - Denne boken tar ikke opp politiske spørsmål.

Undertittelen «psykisk helse og livsmestring» står sentralt i presentasjonen. Men boken inneholder et mangfold av refleksjoner rundt dette å måtte flykte fra hjemlandet, bakgrunnen for flukten, hva de forlater, hva de har erfart av grufulle hendelser før flukten – og underveis i den ofte svært farlige reisen mot håpet om en tryggere tilværelse.

Flere av bokens kapitler har korte presentasjoner av flyktningers og asylsøkeres erfaringer – noe som levendegjør stoffet og bidrar til en anelse om det rystende alvoret det handler om for enkeltmennesker. Men det er også fortellinger som varmer midt i de grufulle situasjonene som våre medmennesker har overlevd.

Temaene boken tar opp er bl.a. migrasjonsprosesser, lovverk som skal beskytte mennesker som må flykte, inklusive menneskerettighetenes vesentlige bidrag til ivaretagelse av de mest sårbare blant oss. Flere kapitler tar for seg tematikk som seksuell helse, kjønnslemlestelse, kjønnsbasert vold i krig, og ikke minst viktig: Hva med barnas erfaringer? Felles for flyktninger og asylsøkere i alle aldre er som oftest at de har store traumer i «bagasjen».

Flere kapitler går igjennom hva som skjer når en person på flukt ankommer Norge, inklusive offentlige prosedyrer. Her er det også rikelig med erfaringer som de-

les med leseren, konkrete råd og beskrivelser av hvordan lykkes med at flyktninger og asylsøkere blir møtt på måter som kan være helende i vid forstand. Her er det MYE å hente både for lokalmiljø, sosial- og helsepersonell, ikke minst for fastleger og psykiatere. Fastlege Trygve Kongshavn i Drammen oppsummerer sine erfaringer med mangeårig arbeid blant mennesker som har måttet forlate «alt».

Egne kapitler gir råd rundt bruk av tolk og om tiltak både i asylmottak og i lokalmiljøet. En gjennomgang av hva som ofte

forekommer av helseproblemer er naturligvis solid beskrevet, inklusive smerteproblematikk, psykiske problemer, rus og selvmordsfare.

Boken avsluttes med en beskrivelse av Helsesenteret for papirløse og deres erfaringer med kanskje den aller mest sårbare gruppen av mennesker på flukt.

Kort sagt: Denne boken anbefales på det varmeste. Den er velskrevet – av forfattere med lang erfaring i arbeid blant asylsøkere og flyktninger. God lesning!

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...

Magnus Hjortdahl



Hva leser du nå Magnus Hjortdahl, allmennlege og forsker ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)?

Nå leser jeg *The Northern Lights: The True Story of the Man Who Unlocked the Secrets of the Aurora Borealis* av Lucy Jago. Det er en faserende fortelling om hvordan vitenskapsmannen Kristian Birkeland jaktet på nordlyset med livet som innsats. Han kjemper mot naturen, livsfarlige eksperimenter, det vitenskapelige miljøet og sleipe investorer. Birkeland mister en kollega i stormen på fjellet og setter nesten fyr på Universitetet. Han må konstant slite for å få penger til eksperimenter, han utvikler en elektromagnetisk kanon og drar på ekspedisjoner til Egypt. Og på toppen av alt dette legger han grunnlaget for fremstilling av kalsiumnitrat (kunstgjødsel) og blir nominert til nobelprisen åtte ganger! Det setter livet som forsker i 2020 i perspektiv.

Hvorfor leser du denne boken?

Jeg fikk boken som gave fra min veileder Peder Halvorsen da jeg disputerte i Alta for et drøyt år siden. Mye av den banebrytende forskningen på nordlyset ble gjennomført på Haldetoppen vest for Alta, hvor Birkeland bygget nordlysobservatoriet i 1899. Selv om jeg bodde seks år i Alta, kom jeg meg aldri opp på Haldetoppen. Men jeg skal gjøre det, en gang.

Hvor leser du?

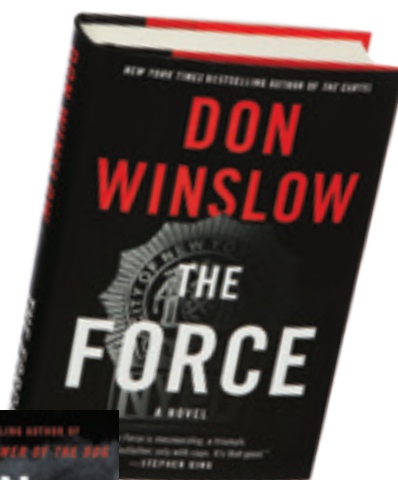
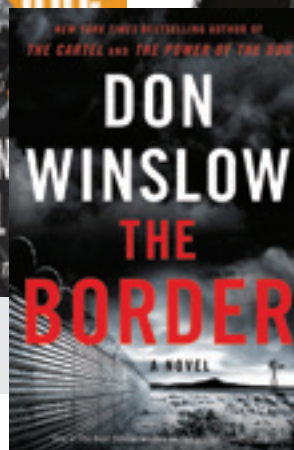
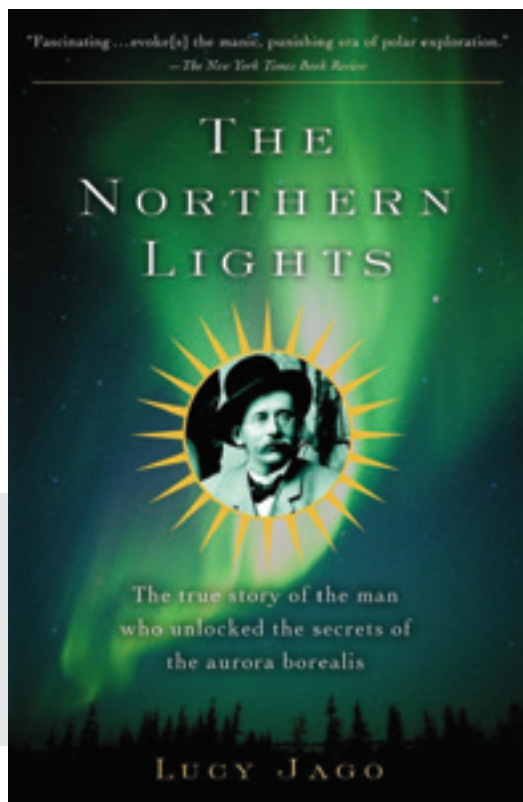
Jeg leser mest når jeg sitter på flyet eller slapper av i ferien. I det siste har jeg prøvd å få til en halvtimes hver kveld hvor Truls, sønnen min, og jeg ligger og leser hver vår bok. Motivasjonen var å få ham til å lese mer. Det fine er at jeg også får lest mer i hverdagen, og så er det skikkelig hyggelig også. Anbefales.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Når jeg leser er det ofte for å koble av. Jeg vil gjerne underholdes, men det er også fint å lære noe nytt. Det blir ofte krim eller dokumentarer.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Hvis du vil lese en spennende, men brutal skildring av utviklingen til narkotikakartellet i Mexico, vil jeg anbefale kartellserien til Don Winslow: *The Power of the Dog*, *The Cartel* og *The Border*. Det er litt som å lese TV serien *Narcos: Mexico*. Winslow har også skrevet en underholdende bok om en gjennomkorrupt politiavdeling i New York, *The Force*. Perfekt til å lese på stranden.



Bøkene Magnus Hjortdahl anbefaler leserne av *Utposten*.

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 farmasøyer 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.

Ultrakort om farmako

Farmakogenetikk er et hjelpemiddel for å dosere legemidler, men er ingen garanti for optimal legemiddelbehandling. Det er vanligere at endret legemiddelrespons skyldes etterlevelse eller interaksjoner med andre legemidler og miljøfaktorer, enn genetisk variasjon.

Her beskrives kort noen sentrale begrep som er relevante for farmakokinetikk knyttet til CYP (cytokrom P450), som er forkortelse for en gruppe enzymer som bl.a. omsetter legemidler. Vi har inkludert forslag til kilder til hjelp ved prøvetaking, analysering og fortolkning.

Vi minner om at genetiske variasjoner kan også påvirke angrepspunkter for legemiddelbehandling, både på reseptornivå,

eventuelt i nedstrøms signalveier for reseptorene, i ionekanaler og andre enzymer enn CYP. Også ulike mekanismer på proteinnivå, som f.eks. fosforylering, kan være av betydning for legemiddeleffekter. Endelig kan transportører av legemidler over cellemembraner påvirkes.

Definisjoner

- Alleler er alternative utgaver av ett og samme gen
- Farmakogenetikk betegner enkeltgens betydning for omsetning av legemiddel
- Farmakogenomikk betegner hvordan effekten av legemidler er relatert til hele genomet
- Polymorfisme er alleler med en frekvens på minst én prosent i befolkningen
- Genotype er pasientens alleler (f.eks. for et CYP-enzym)
- Fenotype er pasientens egenskaper bestemt av vedkommendes alleler (som endret enzymaktivitet)

Fenotyper

- Ultrarask (for hurtig metabolisme – lav konsentrasjon – ingen legemiddelrespons på vanlig dose)
- Ekstensiv (vanlig metabolisme – forventet konsentrasjon – forventet legemiddelrespons på vanlig dose)
- Intermediær (langsom metabolisme – høy konsentrasjon – økt legemiddelrespons på vanlig dose)
- Langsom (svært langsom metabolisme – svært høy konsentrasjon – svært kraftig legemiddelrespons på vanlig dose)

Variasjon

- Genetiske forskjeller
- Miljøpåvirkning (røyking, alkohol, kostholds faktorer)
- Legemiddelinteraksjoner (enzyminduksjon eller -hemning)
- Sykdomsbetinget variasjon (nedsatt leverfunksjon, inflammasjon)
- Aldersbetingede variasjoner



ILLUSTRASJONSFOTO: COLUORBOX/COMFERT

genetikk

Genetiske forskjeller

Et individ kan ha genetisk betinget endret (økt eller redusert) metabolismekapasitet i CYP. CYP2D6, CYP2C19 og CYP2C9 er de viktigste polymorfe CYP-enzymene. Din pasient kan da ha en fenotype som krever spesiell dosering.

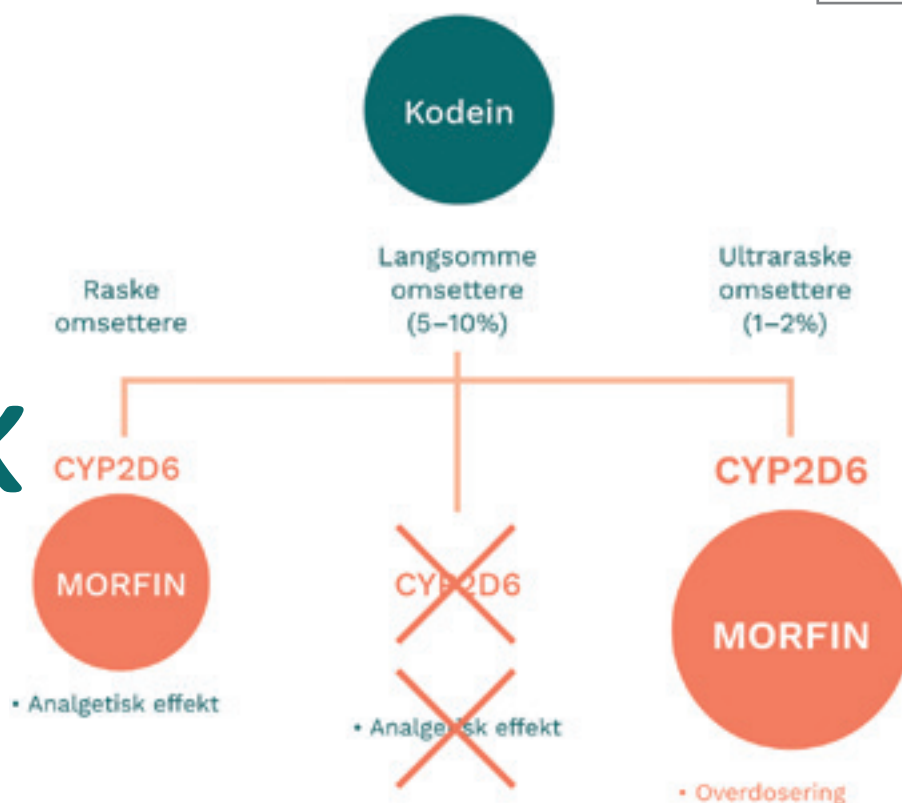
Det er etniske forskjeller med hensyn til polymorfismer. Et eksempel er at ca. én prosent av nordøst-afrikanske mennesker er langsomme omsettere av legemidler via CYP2D6-enzymet, mens 30–40 prosent av nordøst-afrikanere uttrykker multiple former av 2D6-genet og er dermed ultraske omsettere.

Interaksjoner

Fenokonversjon kan skyldes at legemidler eller miljøfaktorer induserer eller hemmer en eller flere CYP-enzymet gjennom interaksjoner. Dette kan gi en feilaktig mistanke om genetisk betinget endret metabolismekapasitet, men skyldes miljøfaktorer som andre legemidler. Før du velger å genotypet din pasient, vurder om det foreligger fenokonversjon.

Nytteverdi

- Farmakogenetiske tester er kun en del av all klinisk informasjon som kan vurderes før farmakoterapi starter.
- Klinikk (vurdering av legemiddelrespons og bivirkninger) og serumkonsentrasjonsmålinger er nyttig for å vurdere om farmakogenetikk skal utføres.
- Pasienter på en stabil og effektiv dose med et legemiddel vil ikke ha nytte av doseendringer basert på CYP2D6 eller CYP2C19 genotyping.
- For legemiddel med aktive metabolitter som er like potente som modersubstansen, vil endret metabolismekapasitet ha liten betydning.
- For legemiddel som omsettes via flere enzymer (CYP eller andre) vil endret me-



FIGUR 1. CYP2D6 fenotyper og konsekvenser for metabolisme av kodein. Estimert hyppighet av langsomme og ultraske omsettere gjelder kaukasiske befolkning. Fra brosjyren «KUPP – riktigere bruk av opioider ved langvarige ikke-maligne smerter», som kan leses på www.legemidler.no.

tabolismekapasitet i ett enzym ha mindre betydning.

- Persontilpasset medisin basert bare på genetikk, kan være villedende.

Eksempel

Pasient er «langsom omsetter» over CYP2D6-enzymet, noe fem til ti prosent av den kaukasiske befolkningen er forventet å være. Hvilke konsekvenser får dette for farmakoterapi?

Fare for overdosering ved bruk av legemidler som inaktiveres av CYP2D6-enzymet

Dette gjelder for eksempel antipsykotikumet haloperidol (Haldol) og betablokkeren metoprolol (Selo-Zok). Ideelt velger man da et annet egnet legemiddel til pasienten. Dersom bytte av legemiddel ikke er mulig, kan en starte med lavere dose enn vanlig, gradvis øke dosen og følge behandlingen klinisk og med serumkonsentrasjonsmålinger.

Ingen konsekvens ved bruk av legemidler hvor både modersubstans og metabolitt er aktiv

Eksempler på dette er antipsykotikumet risperidon (Risperdal) og antidepressivumet venlafaksin (Efexor), som metaboliseres til metabolitter som er like aktive som modersubstansene. I slike tilfeller forventer vi ikke at langsom eller ultraske omsetning av legemiddelet via CYP2D6 vil ha betyd-

ning for behandlingen. Den aktive metabolitten til risperidon heter paliperidon, og er markedsført som depotinjeksjon under handelsnavnene Trevicta og Xeplion.

Fare for terapivikt ved bruk av legemidler som aktiveres av CYP2D6-enzymet.

Dette gjelder for eksempel ved bruk av kodein og tramadol for smertelindring. I begge tilfellene omdannes modersubstansene til de aktive metabolittene morfin og ODMT som er ansvarlige for den analgetiske effekten. Pasienten vil få økt eksponering for kodein og tramadol, og ikke få dannet viktige metabolitter. Tramadol har serotonerge effekter og kan føre til ubehagelige bivirkninger. Disse pasientene må få smertelindrende behandling med andre legemidler enn kodein og tramadol (FIGUR 1).

NETTRESSURSER

- Flockhart Table™: <https://drug-interactions.medicines.uu.edu/MainTable.aspx>
- Genetikkportalen: <http://genetikkportalen.no>
- Farmakologiportalen: <http://www.farmakologiportalen.no>
- Biomarkører: <https://www.fda.gov/drugs/science-and-research-drugs/research-tools-and-resources>
- Genetisk variasjon: https://www.legemiddelhandboka.no/G11/Individualisert_legemiddelbehandling

JAN SCHJØTT
overlege, dr.med., RELIS Vest

JAN ANKER JAHNSEN
cand. pharm., PhD, RELIS Vest

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

Livets kontraster og verdi

Tusen takk til min gode venninne Maria Fitje Hoffmann for utfordringen med en etappe i Lyrikkstafetten. Da Maria ringte meg 12. januar, forstod jeg, før vi hadde avsluttet samtalen, hvilket dikt jeg ville velge.

Vi har vært venninner siden studietiden, og fulgt hverandre gjennom små og store øyeblikk. Jeg fikk barn i juni 2011. Det er det største som har hendt meg. Jeg var i en lykkerus.

Drøye fem uker etter ble vårt land rammet av en enorm tragedie.

Rett etter var jeg hos Maria for å vise frem mitt vidunder. Det var glede og tårer.

Vi var tre studievenninner som møttes. Og vi stod og sang på verandaen. Jeg bar «et barn varsomt på armen».

Diktet «Til Ungdommen», skrevet av Nordahl Grieg i 1936. Det ble skrevet på oppfordring fra formannen i Studenter-samfundet som et motsvar til den økte

oppslutningen til Nasjonal samling på gymnas og universitet i Norge. Diktet er like aktuelt i dag. Jeg tror dette diktet betyr mye for mange.

Jeg sender med dette stafettpinnen videre til min skikonkurrent på Geilokurset, Kirsten Strand Schjesvold.

Hilsen fra
ANITA SØRHEIM

Til ungdommen!

Kringsatt av fiender, gå
inn i din tid!
Under en blodig storm -
vi dig til strid!
Kanskje du spør i angst,
udekket, åpen:
hva skal jeg kjempe med,
hva er mitt våpen?

Her er ditt vern mot vold,
her er ditt sverd:
troen på livet vårt,
menneskets verd.
For all vår fremtids skyld,
søk det og dyrk det,
dø om du må - men:
øk det og styrk det!

Stilt går granatenes
glidende bånd.
Stans deres drift mot død,
stans dem med ånd!
Krig er forakt for liv.
Fred er å skape.
Kast dine krefter inn:
døden skal tape!

Elsk – og berik med drøm –
alt stort som var!
Gå mot det ukjente,
fravrist det svar.
Utbygde kreftverker,
ukjente stjerner –
skap dem, med skånet livs
dristige hjerner!

Edelt er mennesket,
jorden er rik!
Finnes her nød og sult,
skyldes det svik.
Knus det! I livets navn
skal urett falle.
Solskinn og brød og ånd
eies av alle.

Da synker våpnene
maktesløs ned!
Skaper vi menneskeverd,
skaper vi fred.
Den som med høire arm
bærer en byrde,
dyr og umistelig,
kan ikke myrde.

Dette er løftet vårt
fra bror til bror:
vi vil bli gode mot
menneskes jord.
Vi vil ta vare på
skjønnheten, varmen –
som om vi bar et barn
varsomt på armen!

