

Utposten

4 2020
ÅRGANG 49

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Klok kombilege i
koronakrigen

Salutogenese
Koronasituasjonen
Distriktslegetilbakeblikk

**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

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/BAKSIDE: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs
07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media

Du finner Utposten på
www.utposten.no

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

1 LEDER: Sakte åpning. *Jan Håkon Juul***2** UTPOSTENS DOBBELTTIME:**Klok kombilege i koronakrigen***Ivar Halvorsen intervjuet av Kristina Riis Iden***8** ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:**Kreftsyke er mer enn dobbelt så ofte hos fastlegen***Lisbeth Nilsen***12** Livmorhalsscreening blant innvandrerkvinner i Norge*Kathy Ainul Møen***14** Salutogenese med Iona Heath og Jane Myat i London*Dag-Helge Rønnevik og Peter Christersson***18** Komplikasjoner heile ti år etter akutt *Giardia*-infeksjon*Sverre Litlekare***24** Fastlegene har imponert. *Lisbeth Nilsen***26** Etter 100 år var allting glemt – nesten. *Ståle Onsgård Sagabråten***27** Situasjonsrapport fra Sel, 12. mars 2020. *Therese Renaa***28** Distriktsturnus eller karanteneturnus? *Sonja Gåsland***29** En praksisperiode utenom det vanlige. *Vilde Iversen***30** Utbrot av covid-19 i ei bedrift. *Anita Sørtveit***31** Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten*Gry M. Grøneng, Richard White og Gunnar Rø***34** DISTRIKTSLEGE I BYGLAND I 1970- OG 80-ÅRA:**Med 10-kilos mobil, gonoré-krøll og snill ØNH-lege***Vidar Toreid***38** Umulig å etterleve retningslinjene for multisyke slagpasienter*Lisbeth Nilsen***42** FRA FASTLEGE TIL E-HELSEGRÜNDER: Med ønske om en tryggere hverdag*Marius Christensen***44** TIL ORIENTERING: Håndbok i klinisk kommunikasjon*Harald Sundby og Njål Flem Mæland***46** KOLLEGAHJØRNET: Norsk oftalmologisk forening. *Martin Andreas Ystad***47** Nordisk kongress i allmennmedisin 2021*Olav Thorsen, Svein R. Kjosavik og Gunnar Tschudi Bondevik***48** BOKANMELDelse: Hva kan vi mennesker tåle?

«Notat ved avgrunnen. Ei mors forteljing» anmeldt av Eli Berg

48 BOKANMELDelse: En viktig bok.

«VARSLING. Med utgangspunkt i helsetjenesten» anmeldt av Eli Berg

49 FASTE SPALTERHVA LESER LEGEN **49**RELIS **50**LYRIKKSTAFETTEN **52**

Sakte åpning

Denne lederen er skrevet med en uke igjen til 17. mai. Norge er på vei til å åpne – sakte, men sikkert. Vi går mot sommerferie, selv om snøværet utenfor vinduet mitt ikke tyder på det. Smittetallene er på vei nedover, optimismen er på vei inn i næringslivet igjen og skolebarna jubler.

Imens sitter det en bråte samfunnsmedisinere i landet og lurere på hva som kommer til å skje. Vil reproduksjonstallene stige igjen? Kommer smittetoppen i september? Januar? Eller slår den oss for fullt midt i sommersesongen, mens kommuneledelsen, halvparten av fastlegene og sykepleierne er på ferie? Hvordan skal vi planlegge for noe man ikke vet, hvordan skal man dekke den manglende forutsigbarheten – det kjente, det vi er vant til?

Beredskap for det som kan skje koster ofte, og det koster å presse på for å få beredskapen på plass. Samfunnsmedisinerne i landet må stå for argumentasjonen for en faglig sterk beredskap. Beredskap for å håndtere de syke, beredskap for å motta prøvesvar og beredskap for å drive aktiv testing og smittesporing. En slik beredskap må være bredere og større enn den legevaktsdriften som vi er vant til. Og den kommer til å kreve ny bemanning, den kommer til å kreve friske bevilgninger.

Vi må tørre å sette beredskapen, og så får vi tåle om det vi frykter ikke kommer likevel, og kostnadene ble større enn det som var nødvendig. For det motsatte kan vi ikke tåle. Det motsatte av god beredskap er ikke et alternativ vi kan tillate oss. Det motsatte vil sette oss ut av spill.

Så må vi få redskapene. Allmennlegene har vært dyktige til å tilpasse seg. De har fått på plass elektroniske løsninger for e-konsultasjoner og videokonsultasjoner. Nå haster det for kommuneoverlegene. Kommunene kan ikke drive smittesporing pr. penn og papir. Systemer for registrering og oppfølging av smittede og nærkontakter må på plass. Disse systemene må kommunisere med andre kommuner/kommuneoverleger og FHI. Vi skal holde på med dette lenge, det er fortsatt tid.

Det er vanskelig å spå om fremtiden, selv om mange har forsøkt det den siste tiden, men håpet det skal vi unne oss. Det er i håpet vi kan hente energien til fortsatt å kjempe.

JAN HÅKON JUUL



Klok kombilege

Ivar Halvorsen ■ INTERVJUET AV KRISTINA RIIS IDEN

En av fastlegeordningens faddere har fremdeles tro på ordningen, bare det nå kommer friske midler på bordet. Mens han venter, deltar han aktivt i kampen mot et hårete virus, og når han får anledning til det, manøvrerer han seilbåten i kraftige sidevinder på fjorden. *Utposten* møtte ham til en dobbelttime for å prate om dette og mye annet.

Brimhestene slår hardt mot land ved Tungenes fyr i Randaberg. Her starter innseilingen til Stavanger. Fra forblåste knauser ved fyret blir landskapet raskt vennligere på vei inn fjorden, med grønne beitemar-

ker på nordsiden og etterhvert tett bebyggelse på sørsiden mot Stavanger.

På Byfjorden er båttrafikken tett. Små fiskeskøyter på vei ut fjorden passerer oljeindustriens forsyningsbåter i hundre

millioners klasse, som har ankret opp. I sommerhalvåret vrir fritidsbåtene, store og små, tre eller plast, motor eller seil. På onsdager gjennom vår og sommer er det seilbåtene fra Stavanger seilforenings regatta som følger vind og bølger i Byfjorden og Gandsfjorden. I én av båtene seiler allmennmedisiner og samfunnsmedisiner Ivar Halvorsen.

Jeg har gjort avtale med ham helgen før påske. På blokken mi hadde jeg notert ned det jeg ville spørre ham om: fastlegeordningen, kombistilling og digitalisering av helsetjenesten. Så kom koronaviruset i rask fart fra Asia til Europa, og i løpet av noen få uker endret hverdagen seg. Jeg kunne ikke gjennomføre portrettintervju med min kommuneoverlege uten at pandemien ble et tema. «Det skjer på vår vakt», skrev president Marit Hermansen i *Tidsskriftet*. Gode og tydelige ledere i helsetjenesten viser vei i denne uvanlige dugnaden, hvor fastleger og samfunnsmedisinere har brettet opp ermene og vist seg i aller høyeste grad levedyktige, løsningsorienterte og ansvarsbevisste. Den normative legeleden forplikter.

Fra kommuneleger og allmennleger til fastleger

Fastlegeordningen (FLO) ble etablert 1. juni 2001. Utformingen ble gjennomført etter langvarig samarbeid, arbeidsgrupper, høringer og piloteringer, hvor hovedaktørene var departementet, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening (ja, den gangen skrev vi *lægeforening*). Ivar Halvorsen var en av Legeforeningens delegater i denne prosessen. I et intervju i *Stavanger Aftenblad* i 2001 sa han dette om fastlegeordningen, som da var helt i startgropen:



i koronakrigen

Det blir en veldig personlig tjeneste. Det blir lettere å sørge for en riktig mengde leger, slik at det kan bli bedre tid for pasientene og mindre venting på time hos legene. Det blir lettere å styre arbeidsmengden over tid. Samfunnet får utnyttet ressursene på en riktigere måte. Om vi kan forvalte ordningen med fornuft og smidighet, tror jeg dette kan bli bra. Legen kan følge pasienten over flere år, og det hele blir mer oversiktlig.

Ordningen har senere blitt anerkjent av de fleste som en svært vellykket helsereform, hvor tilgjengelighet, legedekning, kontinuitet og effektivitet ble generiske egenskaper ved ordningen. Ordningen ble evaluert i 2006 av Forskningsrådet. Av de ulike parameterne som ble undersøkt, var det spesielt høy måloppnåelse på økt tilfredshet blant pasientene. Fastlegene var også fornøyde (1).

De siste årene har dette snudd.

Utpostens utsendte er overbevist om at fastlegejobb er det beste man kan drive med. Det er en meningsfylt og nær tjeneste. Men dagens fastleger er slitne. Det er vanskelig å se det fine og unike, når du drukner i arbeidsoppgaver. En tidsbruksundersøkelse blant fastleger fra i år, viser at gjennomsnittlig arbeidstid er 55,6 timer pr. uke. Dette gir 150 prosent stillingsbrøk, regnet ut fra en normalarbeidsuke på 37,5 timer. Overarbeidede og frustrerte fastleger søker seg bort fra jobben. Kommuner og byer opplever en rekrutteringskrise.

UTPOSTEN: Hva var det som gikk galt?

– FLO som så dagens lys 1. juni 2001, var en strukturreform. Meningen var at den skulle fylles med innhold. Så stoppet det der. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) antok på et visst tidspunkt at nå er vi ferdige og la ned trepartssamarbeidet. Det var rett og slett en liten tragedie. En har ikke passet på arbeidsmengden. Det var ingen tilfeldighet at det var VG og ikke HOD eller Helsedirektoratet (Hdir) som skjønte at det var blitt en alvorlig rekrutteringskrise i FLO, forteller Ivar.

Han fortsetter: – Det er jo mange muligheter med det at leger har pasientlister, for



å se hvordan en kan gjøre arbeidet på mest mulig fornuftig måte. Det har ligget der hele tiden at vi skal ha et befolkningsperspektiv, fulgt mer hva de sju tesene til Norsk forening for allmennmedisin (NFA) sier: gi mest til de svakeste (2). Altså et mer tydelig faglig innhold til tjenesten. Skal du få til *det*, må du ha ressurser. Det har vi aldri fått. Noe av det fine med fastlegeordningen er jo at du har hånd om din egen arbeidsplass.

Og han utdyper: – Du skal kunne ha muligheten til å redusere listen, og så lenge det fungerte fint, så var det helt utmerket, fordi folk valgte arbeidsmengden og måtte stå til ansvar for det de påtok seg. Det er jo rimelig. Men etter hvert som driftsutgiftene stiger og inntektene synker, så lar en seg presse til å ha en større arbeidsmengde enn det en trives med. De fleste innser at det har skjedd en rask, negativ endring i arbeidsbetingelsene de siste fire til fem årene. Dette kom brått på de fleste av oss.

Fendere på fastlegeskuta som løsnen

Han tenker seg om en god stund, før han holder frem:

– For meg ser det ut som den arbeidsmengden som kom etter at siste pasient har gått hjem, har endret seg. Det er mer logistikk ut og inn. Det er mer avansert behandling i sykehus. Hver eneste gang en pasient møter på sykehusets poliklinikk,

sendes et brev til fastlegen. Hvis det er én av sju kurer, er det likevel et brev til fastlegene hver gang, og du må faktisk lese det, for det kan hende at det står noe viktig i notatet. Det er en naturlov som er knyttet til den medisinske utvikling, at det lar seg gjøre å flytte medisinsk diagnostikk og behandling ut av sykehus. Vi ser det samme på sykehus også, som flytter aktivitet fra liggedøgn til poliklinikk. Det er en ønsket utvikling. Mye av det arbeidet fastlegene har fått, har nok delvis økt kvaliteten på arbeidet. Men behandlingen er mye mer avansert, med innviklede forløp. Regnestykket går ikke opp. Alt merarbeidet gjorde at listene ble for lange. Men selve *prinsippene* i Samhandlingsreformen som kom i 2012 har fastlegene egentlig hele tiden vært enige i, nemlig at vi skal gjøre mest mulig på rett nivå. Hadde vi bare fått ressursene underveis, sukker en av fødselshjelperne til FLO.

– Den økte kvaliteten, som er bra, oppleves negativt, fordi det er så krevende. Lege- ne kjenner bare på den økte arbeidsmengden, som kvalitetshevingen implisitt innebærer. Hvis dette hadde kommet langsommere og vært mer styrt, slik at økonomien forandret seg i takt med oppgavetilføringen, at det var en forståelse av at nå må listene ned for alle, og at vi må få inn nye leger i FLO, så hadde vi ikke vært i denne krisen. Det er nok ikke intensjonen, men strategiene preges dessverre av en top-down-tenk-

ning, og det kan være en av grunnene til at reformene sliter med god implementering.

– Var det dette som gav fastlegeskuta slagside, vil *Utpostens* bladfyk vite.

Den erfarne samfunnsmedisineren blir ivrig nå: – Jeg vet ikke om samhandlingsreformen egentlig er uttrykk for byråkratisering, dette foregår i stor grad mellom fagfolk. Det er jo våre sykehuskolleger som overlater arbeid til fastlegene. Og det ligger mye tillit i det. Men vi er dårlig organisert. Vi er våre bitte små bedrifter, som er lite samordnet. Litt svake praksiskonsulentordninger (PKO) er nesten det hele vi har. Kommuner finnes ikke på fastlegenes samordningsenhet. Og da sier det seg selv at når til og med HOD og Hdir ikke følger med i timen, så har du ikke kontroll på utviklingen. Jeg mener ikke at det er feil tenkt på noe sted, men man har bare ikke skjønt konsekvensene – altså evnen til å lese av hva som foregår i helsetjenesten og ta de praktiske grepene, påpeker Ivar. Og han legger til: – Jeg kjenner jo dette også fra Legeforeningens side. Og det har vært slik at nesten uansett hva fastlegene har kommet med til myndighetene, så har de svart at dette må vi ta en annen gang.

UTPOSTEN: Og nå snakker du om trepartssamarbeidet som ble borte?

– Ja, det ble ensidig nedlagt av staten i 2008. Det var et gedigent feilgrep. Da har du ikke kontroll på utviklingen. Jeg tror

Dagens lillebåt, med kollega Jan Skandsen og Siv Lund.



Med Marit Halonen Christiansen, gynekolog, og tidligere sentralstyrekollega.



HOD tenkte at det et departement gjør, er å lage lover. Fastlegeordningen er en sjelden fugl – en hybrid – som svever mellom alle aktører. FLO tilhører kommunen, men tilhører ikke kommunen samtidig. Og så har helsemyndigheten altså ikke funnet den beste måten å utvikle denne ordningen på.

UTPOSTEN: Burde legene vært mer synlige og tydelige øverst i byråkratiet?

– Man skulle i hvert fall ha tatt inn over seg hvilken enorm betydning fastlegeordningen har for at helsetjenesten skal fungere. Det er så mange aspekter av lim i fastlegeordningen. Og så tror jeg nok at det henger litt sammen med at ordningen sett fra utsiden har vært en suksess og *why change a winning team?* Da lener en seg tilbake og blir passiv. Ivar tenker seg om før han fortsetter:

– Når helseministeren skal vurdere hvorfor vi fikk denne krisen, så må han overveie om han faktisk *har* den innsikten i staben sin i departementet. Det samme gjelder for Hdir – er det nok folk som kan nok om og *forstår* fastlegeordningen? Noen i byråkratiet har også ansvar for at FLO ble kjørt i grøfta.

Er håpet fremdeles lysegrønt?

En handlingsplan for fastlegeordningen er varslet. Mange har ventet på den. Så kom koronapandemien, og Hdir og HOD fikk til

over pipa i ekstra arbeid: store og omgripende tiltak som å stenge landet ned, med de enorme implikasjonene det fikk. Andre planer måtte nødvendigvis nedprioriteres og handlingsplanen er i skrivende stund ennå ikke kommet. Det er full forståelse for den helt spesielle situasjon hele landet befinner seg i, med uvær og vansker med å spå værmeldingen framover. Men handlingsplanen var varslet lenge før koronakrigen kom. Den erfarne kan seile med vind fra alle kanter, bortsett fra rett forfra. Prøver du det, vil båten rett og slett stoppe opp. Fastlegeskuta trenger alt annet enn motvind nå.

– Er «håpet fremdeles lysegrønt», som Stavangers bysbarn Alexander Kielland skrev, vil *Utpostens* utsendte medarbeider vite. Kan vi oppi alt det usikre ha positive forventninger til FLO?

– Den gangen vi laget fastlegeordningen, visste vi om noen konstruksjonsfeil som det var meningen skulle rettes i ettertid. Den viktigste konstruksjonsfeilen er at det alltid har vært veldig vanskelig å komme inn i ordningen. Det å starte med null pasienter har vært et svært økonomisk løft, og de unge legene har gjort det fordi de har sett at det er en bedre hverdag i enden av tunnelen. Når dette ikke er så tydelig lenger, så blir løftet åpenbart krevende for den unge legen. Det er innebygd i finansieringen at hele inntjeningen knytter seg til pasienter på listen. Inntekten stiger lineært oppover, mens utgiftene er der fra dag én. Det er ganske opplagt at det er dyrt å ha få pasienter, på samme måte som det er svært kostbart å ha en liste som gir 37,5 timers arbeidsuke. Det kan du faktisk ikke gjøre. Det har nok partene i treparts-samarbeidet innsett. Legeforeningen ønsket seg en mye sterkere finansiering i bunnen – lik for alle – og det hadde en jo løst med et høyere basistilskudd for de første 800 pasientene. Det er mitt inntrykk at alle har forstått nødvendigheten av dette, konstaterer den kunnskapsrike fagforeningsmannen som er nestleder i Allmennlegeforeningen (AF).

Tillitsvalgt med digital utålmodighet

Ivar Halvorsen er AF sin representant i Union of European General Practitioners/Family Physicians (UEMO). Alle land som har samme struktur på primærhelsetjenesten som Norge, opplever en enorm økning i oppgavemengden. Dette blir forsøkt løst på ulikt vis – noen har gått svært langt i å ta inn andre grupper av helsepersonell for å dele på arbeidet.

– De landene som har gjort mest av dette,

deriblant Storbritannia og Nederland, advarer oss mot å gå den veien. Derfor har det vært gitt tydelige signaler fra fastlegene til de statlige myndighetene om at dette ikke er noen god måte å løse fastlegekrisen på. Vi mangler ikke leger i Norge, men det må være flere leger i ordningen. Det er budskapet vårt til Hdir og HOD, utdyper Ivar.

UTPOSTEN: Det har vært protester fra allmennleger mot primærhelseteam (PHT). Men de som har pilotert ordningen har vært positive. Hva tenker en garvet allmennlege som deg om det?

– Jeg er litt forundret over motstanden mot PHT, forteller Ivar. – Det er en bitte liten sak i Norge. I Nederland og Storbritannia har de gått mye lenger. Der er mange yrkesgrupper ansatt hos fastlegene, som psykologer og farmasøyter – altså grupper som står oss langt fjernere enn sykepleiere. At vi skulle ha glede av å få hjelp av en flink sykepleier for å ta bedre vare på våre svakeste pasienter, det mener jeg er en helt åpenbar kvalitetsheving. Men, legger han til, rapportene konkluderer vel ikke med at det sparer legen for arbeid.

I 2015 la helse- og omsorgsminister Bent Høie frem primærhelsemeldingen hvor budskapet var: «En helhetlig helsetjeneste for hele mennesket.» Den samfunnsengasjerte kombilegen hadde sett fram til Primærhelsemeldingen. Han tenker seg om og sier:

– Jeg kastet meg over den og leste den med en gang. Det var en gedigen skuffelse. Den inneholdt en svært mangelfull analyse av fastlegens betydning og utfordringer. Alt gikk på randsone. Fastlegene var mest omtalt i negative termer, forbausende nok. Og PHT ble endret på, etter at meldingen ble lagt fram. Det var først når den ble lagt fram, at man begynte å snakke med fastlegene. Det er et tankekors, sier Ivar stille.

I en kronikk i *Dagens Medisin* skriver Ivar og Allmennlegeforeningens leder, Nils Kristian Klev, at digitaliseringstempoet til myndighetene er på sparebluss (3). De fleste fastlegepraksiser har inntil mars 2020 jobbet med fysiske pasienter inne på kontoret, og telefoner og elektronisk pasientpost på ettermiddagen. Så skjer det, landet stenges ned på en torsdag. Vi må endre praksis. Påfølgende mandag var mange av oss oppe med videokonsultasjoner på våre kontorer. I løpet av noen få dager hadde de fleste fastleger dette på sitt repertoar.

– Fastlegene er veldig på, vi har stor grad av endringskompetanse. Vi er pragmatiske, selvstendige og løsningsorienterte. Digitalisering av helsetjenesten har helse-





Kveldstemning på fjorden.



myndighetene vurdert, evaluert og utredet lenge. Vi klarer det i løpet av en helg. Det er klassisk fastlegeatferd, humrer 62-åringen.

– Hvis man som gruppe framstår som litt langsom, så er det alltid grunner til det. Jeg begynte med video, men jeg sluttet etter hvert med det. En vesentlig årsak til det var frustrasjon over måten staten innfører nye tiltak på. Helsedirektoratet anbefalte at alle fastlegene burde tilby videokonsultasjon til sine pasienter, men det følger ingen finansiering med, og da går det veldig, veldig langsomt. Det blir i mellomtiden et drygt og kostbart tiltak for den enkelte fastlege som har fulgt anbefalingene. Da koker det bort i kålen. Men den dagen fastlegene virkelig trenger det, så ordner vi med det selv. Helt typisk!

Ivar forteller at man så en tilsvarende situasjon under svineinfluensaepidemien: De kommunene som virkelig klarte å få høy vaksinasjonsdekning, brukte fastlegene sine til å vaksinere.

– I Stavanger var det fastlegene som vaksinerte nesten alle, i motsetning til andre kommuner som valgte løsninger i idretts-haller, med bakkepersonale av helsesøstre, legevaktleger og sykepleiere i kommunen. Det gikk mye bedre når fastlegene gjorde det. En får ganske enkelt en høy grad av kreativitet og arbeidskraft ved å bruke fastlegene, konstaterer han. Og han vet hva han snakker om som mangeårig kommuneoverlege i en stor kommune.

Halvorsen sitter i Legeforeningens IT-utvalg og i Nasjonalt e-helsestyre. Han har en grunnleggende interesse for og oppmerksomhet mot smarte løsninger. En lang rekke nyvinninger har han vært pilot for. Hva som skjer *inni* en datamaskin er ikke så viktig for Ivar. Derimot er interessen stor for de mulighetene som ligger i gode digitale verktøy. Engasjert tegner han en trekant for meg, i det ene hjørnet skriver han servi-

ce, i det neste kvalitet og i det siste hjørnet produktivitet.

– Mye av det vi gjør finnes inne i denne trekanten. Såfremt jeg kan holde kvaliteten god nok, så skal jeg være interessert i service, og jeg er alltid interessert i å få jobben gjort. Vi må bevege oss i retning av én innbygger én journal, sier han, men medgir at det vanskeligste med den prosessen er hvilken vei som er den lureste. Han fortsetter: – For vi ønsker oss bedre løsninger. Vi trenger bedre løsninger. Vi hadde trengt det i går, når vi tenker på fastlegenes arbeidsbyrde om kvelden. Bare det å få pasientens legemiddelliste hadde hjulpet oss veldig, og sykehusene ville spart minst like mye tid på det som oss.

Gevinsten av å være kombilege i vanskelige tider

Da jeg planla intervjuet, var koronaepidemien kommet til Italia. De fleste av oss var forundret over omfanget, og lite ante vi om hva som skulle komme. I løpet av noen få uker tangerte og overskred epidemien det mest spektakulære i apokalyptiske filmer og bøker som finnes hva gjelder usikkerhet, omfang, konsekvens og varighet.

Intervjuet gjennomførte jeg palmelørdag. Da hadde Norge vært stengt ned i to uker. Når dette intervjuet renskrives før deadline i mai, har tiltak og forståelse av epidemien allerede endret seg, siden vår prat på to meters avstand på Ivars fastlegekontor. Det eneste helt sikre om dagen er at det går fort i svingene. Noe er trolig ikke relevant når dette blir lest i juni. Eller kanskje det nettopp er interessant – å lese refleksjonene en kommuneoverlege hadde i pandemiens første fase.

Utpostens utsendte bladfyk setter umåtelig stor pris på de daglige, matnyttige mailene fra Allmennlegenes innsatsgruppe covid-19. Det samme gjelder for mailene

fra Stavangerlegenes samarbeidskonto, de fleste signert Ivar Halvorsen, koronavirusbekjemper på vegne av en hardtarbeiden samfunnsmedisinstab. For han var tidlig på ballen: Stavanger var blant de første som fikk luftveislegekontor.

Kolleger av ham forteller at han er sterk faglig, god på strategi, kreativ og veldig flink til å se løsninger. En av kollegene utdypet det og sier: – Hans aller sterkeste side er kanskje evnen til å få ulike folk og systemer til å samarbeide.

Ivar hevder at det er kombilegens unike posisjon som gjør det lett å skape gode prosesser: – Kommuneoverleger som både er samfunnsmedisinere og allmennmedisinere er gull verdt i både alminnelige og ualminnelige tider, for de ser *hvilke* løsninger som er mest egnet og *hvordan* dette skal løses.

Stavanger er den eneste storbyen igjen med kombileger, altså fastleger i kommuneoverlegestillinger, og nå tar vi gevinsten ut av denne ordningen. Fordi når du har en sånn jobb, så ser du handlingsmulighetene. Med en gang koronaepidemien hadde festnet grepet, var det veldig tydelig for meg at vi må greie å holde oppe helsetjenesten for de svakeste og sårbare – husk de sju tesene for allmennmedisin! For ellers kommer pasienter til å trekke seg hjem og stå i fare for å bli utilsiktet syke.

Så mitt forsett var at vi må holde legekontorene rene, at det skal kunne gå an å ta pasienter som må møte opp, men da måtte de med luftveissymptomer ut.

Etter at vi hadde bestemt oss for rammeverket, tok det to dager. Den tredje dagen var vi i gang med eget luftveislegemottak, som det andre av sitt slag i landet. Det var et fantastisk gruppearbeid. Helt utrolig, smiler han.

Ivar er en ivrig leser av *New York Times*. Der har han lest at personell som føler seg beskyttet av arbeidsgiver og har arbeidsgi-



Min medseiler her er Per Ivar Johannessen, fastlege i Stavanger.

ver i ryggen, stiller opp og bidrar fullt ut. Hvis man derimot føler seg utrygg, kastet til ulvene og ikke sett, er det større sannsynlighet for at arbeidstakerne ikke møter opp. Han er derfor veldig tydelig på at det hele veien må være skikkelig. – Vi må ivareta legene i førstelinjetjenesten, sier han med stor tydelighet.

Likhet i helsetilbudet

Ivar bor og har allmennpraksis i bydelen Hillevåg. Stavanger er sammen med Oslo den byen i Norge med høyest inntektsulikhet i befolkningen. Den åttende levekårsundersøkelsen gjennomført av Stavanger kommune, som ble publisert i 2019, illustrerer hva som skjedde med byens levekår etter oljenedturen i 2014 (4). For Hillevåg bydel ble arbeidsledigheten spesielt høy, det ble et tungt lodd for mange. Heldigvis falt arbeidsledigheten etter hvert. Men oljebonanzaens velmaktsdager med sine ubegrensede muligheter er for lengst over. Vårens nedstenging på grunn av koronapandemien har gjort mange ekstra sårbare.

Likhet i helsetilbud er en av grunnpilarne i FLO. Det er en forutsetning at fastlegen kjenner sin populasjon og vet hva som rører seg. Det gjør den erfarne fastlegen på Hillevåg. Bumerke på Ivars doktorvirke er norsk allmennmedisins opprinnelige ideologiske mantra KOPF: kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende.

– Det handler om individene, forklarer han. – Det er jo enkeltmenneskenes liv og skjebne som møter på legeskjemaet, og jeg synes det er dypt tilfredsstillende å ha kjent folk lenge og ha sett hvordan de håndterer gode og dårlige dager, og å kunne være en viktig person nettopp fordi vi kjenner hverandre. Jeg kan minne om hvordan det har gått før, og mine tanker om hva som skal til for den enkelte.

Ivar er far til tre sønner og farfar til tre

barnebarn. – Vi har bodd her i det svarteste, rødmerkede Hillevåg hele veien, og jeg gikk på Nylund barneskole, så jeg har et forhold til å vokse opp i røde bydeler. Jeg husker når barneskolelæreren fikk bank av en medelev. Den andre som var flink på skolen er nå sekretær i kommunen. «E du klar over at me to er de eneste som lever igjen?», sa hun til meg en gang vi møttes. Men her har jeg hatt det godt. Jeg ville ikke byttet oppvekst med noe annet sted. Og mine sønner har det gått utmerket med. De har også hatt den typen oppvekst. Mange tenker at vi må putte våre barn inn i en skole med bare flinke elever. Jeg vil heller snu på det og si at du får med deg veldig mye i livet ved å ha vokst opp med hele bredden av samfunnet.

Seilingens gleder

Ivar er en habil seiler. – Det er helt strålende, du kommer deg ut, uansett vær. Seiling er en naturopplevelse kombinert med kameratskap. Menn er dårlige til å lage seg syforeninger og lignende samlinger som kvinner er fryktelig gode til. Så vi må ramme det inn på en annen måte. Dette er en mannlig innramming, men i foreningen er det alltid kvinnelige seilere også, legger han raskt til.

– Det fascinerende med seiling er at mange personer må handle synkront ut ifra en felles forståelse av hva som foregår. Og det er der alle utfordringene ligger – hvis alle gjør rett hele tiden, er det ikke et problem. Men slik er det jo ikke, påpeker seileren.

Kombilegen er en person som får ting unna i en fart vi andre bare kan drømme om. Det er en gjennomgående kreativ løsningskompetanse i alle deler av hans virke. Han må være gull verdt for helsebyråkraterne i kommunen. Overfor fastlegene, kommunalt ansatte leger og merkantilt perso-

nale deler han raust av sin kunnskap og sitt arbeid og er derfor en stor ressurs. En nær kollega forteller at han har en enorm arbeidskapasitet og mestrer både å «hive baller opp i luften og å ta dem ned».

– Av alt jeg har holdt på med, er det jeg liker best å komme på smarte ting å gjøre og få gjennomført dem. Så det har blitt kortere vei fra tanke til handling, og det er veldig gøy.

Intervjuet nærmer seg slutten. Det er salt i den regntunge lufta. Vi kan så vidt skimte fjorden fra kontorvinduet. På nordsiden av Byfjorden ligger Rennesøy, en grønn og frodig øykommune (fra 2020 slått sammen med Stavanger), med landbruk og fiske som viktige næringsveier.

– Jeg startet min karriere på Rennesøy. Vi var to leger der, med vann på alle kanter, og der merket jeg at befolkningen hadde en forventning til at legen stilte opp når det røynte på. Slike ting er jo synlige på en øy, så begynte det å gå gale med noen, så kunne du regne med legen. Jeg var ung, men jeg merket at den forventningen ble min forventning til meg selv. Når jeg snakket med leger i byen, så hadde de en helt annen forventning. Forventningene farger nok både befolkningens og legenes syn på hva en fastlege skal være. Min bakgrunnstanke da vi gikk inn i fastlegeordningen, var at noe av det man hadde på bygda også burde eksistere i byen – en slags kontinuerlig tilstedeværelse og at noen tar ansvar.

På søndager i sommerhalvåret er det regatta Utsira eller Kvitsøy rundt. Da har seilbåtene forlatt de trygge fjordene, seilt forbi grønne Rennesøy og Tungenes fyr og ut i det åpne havet. Åpningsseremonien i romanen *Garman og Worse* av det tidligere nevnte Stavangers bysbarn Alexander Kielland, omhandler havet: «Intet er så rummelig som havet, intet så tålmodig».

Det kan også være en beskrivelse av den portretterte fastlegen, kommuneoverlegen, tillitsvalgte og koronavirusbekjemper Ivar Halvorsen – en rommelig og tålmodig mann.

REFERANSER

1. Nylenna M, Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Job satisfaction among Norwegian general practitioners. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 198–202.
2. Sju teser for allmennmedisin. En oppsummering av NSAMs (Norsk selskap for allmennmedisin) tenkedugnad 2000–2001. Publisert i 2001, utgitt på nytt i 2019.
3. Halvorsen I, Klev NK. Digitalisering på sparebluss. *Dagens Medisin*. Publisert: 2019-10-31
4. Den åttende levekårsundersøkelsen. (Lest 2020-05-12). Tilgjengelig fra: <https://www.stavanger.kommune.no/om-stavanger-kommune/stavanger-statistikken/Levekaar-i-Stavanger/>

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.

Kreftsyke er mer enn dob

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

– Når de likevel kommer til oss, skal det ikke så mye mer til å formalisere kreftoppfølgingen, mener fastlege og stipendiat Heidi Lidal Fidjeland.

– Særlig de første årene etter at de har fått diagnosen, tar kreftpasientene oftere kontakt enn årene før de fikk kreft. Det er ikke overraskende og er også sett i utenlandske studier, sier fastlege Heidi Lidal Fidjeland ved Søgne legesenter og stipendiat ved Universitetet i Oslo.

De siste årene har fastlegene overtatt stadig mer av kreftoppfølgingen fra sykehusene. Det er en oppgave legene dels har vegret seg for – i frykt for økt arbeidsbelastning – og dels har følt seg for lite kompetente til.

Fidjeland mener fastlegene har mye erfaring med kreftpasienter, og at et større ansvar ikke vil oppleves så belastende i en allerede overfylt fastlegehverdag.

– Når pasientene likevel kommer til oss, skal det ikke så mye mer til før vi kan formalisere kreftoppfølgingen. Forutsatt tydelige retningslinjer og gode epikriser skulle det ikke bety så mye mer arbeidsbelastning – så lenge pasienten uansett kommer.

Fra 1 til 40 fastlegebesøk

I høst ble den siste av tre studier i doktorarbeidet hennes, som er støttet av Allmennmedisinsk forskningsfond, publisert i BJGP Open. Den viser at i gjennomsnitt hadde kreftpasientene 5,7 fastlegebesøk i året, og antallet varierte fra 1 til 40 konsultasjoner.

Til sammenligning var gjennomsnittlig antall konsultasjoner generelt i allmennpraksis 2,7 ifølge SSB-data fra både 2017 og fjoråret. Det gir mer enn dobbelt så mange konsultasjoner for kreftpasientene.

Kreft var hoveddiagnosen ved en tredel av konsultasjonene og eneste diagnose ved 17 prosent. De hyppigst andre diagnosene var knyttet til hjerte- og karsykdom, som høyt blodtrykk og atrieflimmer, samt muskel- og skjelettlidelser.

Spørreundersøkelsen blant 91 fastleger ble gjennomført i løpet av ett år, fra 2016 til 2017. Fastlegene i studien er sammenlignbare med fastleger generelt for kjønn og geografi.

Det ble hentet journaldata fra 11.074 konsultasjoner for i alt 1.932 pasienter med nyoppdaget eller tidligere kreft. Fastlegekonsultasjoner blant kreftpasienter er ifølge Fidjeland ikke undersøkt med denne metoden tidligere.

Overraskende funn

Kreftpasienter med andre sykdommer, også psykiske lidelser, var ikke hyppigere hos fastlegen sin enn kreftsyke uten andre sykdommer.

– Dette var overraskende. Kanskje sier det noe om at når kreftpasienter kommer, så er det rom for å ta opp andre ting også. Kan hende kommer kreftpasienter for å få en sykmelding, og får samtidig tatt opp psykiske belastninger eller andre fysiske plager, kommenterer Fidjeland.

Ved bare fire prosent av kreftpasientenes konsultasjoner var hoveddiagnosen en psykisk lidelse, som oftest depresjon. Norsk statistikk viser at vanligvis utgjør psykiske lidelser som hoveddiagnose ti prosent av konsultasjonene i allmennpraksis.

– Den lave andelen kan skyldes at fastlegene har kodet kreft som hoveddiagnose og har tenkt at sykdommen også innbefatter ledsagende problemer som angst og depresjon, kommenterer Fidjeland.

Feilkoding av diagnose kan ha påvirket resultatene. Andre begrensninger ved studien er at utvalget er lite, og at fastlegene

som sa ja til å delta, kan representere et skjevt utvalg, for eksempel ved at leger med få kreftpasienter har unnlatt å svare.

Fastlegenes frykt

I en annen studie i doktorgradsprosjektet har Fidjeland spurt 317 fastleger i 2013 om holdningen til å følge opp kreftpasienter. Fire av ti fastleger sa at kreftoppfølging ville øke arbeidsbelastningen, og færre enn ti prosent ville derfor påta seg mer oppfølging.

– Fastlegene sa at de godt kunne ta hånd om flere kreftpasienter hvis de bare vet at de lett og raskt får kontakt med sykehuset når det trengs. Dette er det flere studier enn min som finner, forteller Fidjeland.

Om lag åtte av ti fastleger var helt eller delvis enig i at de har tilstrekkelig kunnskap til kreftoppfølging. I Trønderopprørets spørreundersøkelse fra 2018 så bildet annerledes ut: Cirka 30 prosent av de 1000 fastlegene som deltok mente de hadde nødvendig kompetanse, og omtrent like mange var helt uenig i at de hadde kompetansen til å overta kreftoppfølgingen fra sykehusene.

– Jeg tror det handler om kapasitet og mengde, om summen av krav. Tiden strekker ikke til. Svarene reflekterer kanskje fastlegers redsel for ikke å strekke til, mener Fidjeland.

Mister selvtilitten

– Da jeg startet min forskning i 2013 var problemstillingen om fastlegene skulle ta et større ansvar for kreftoppfølgingen. Jeg tenker den diskusjonen er lagt død – det skal vi. Men underveis i prosessen endte det som startet med et faglig spørsmål opp med en diskusjon rundt hva vi har kapasitet til. Kanskje mister vi litt av selvtilitten fordi vi er så presset. Det er i hvert fall et spørsmål vi bør stille oss, mener Fidjeland og føyer til:

– Jeg oppfordrer kolleger til å ha selvtilitt i den viktige rollen vi har i alle faser av pa-

belt så ofte hos fastlegen



– Jeg oppfordrer kolleger til å ha selvtillit i den viktige rollen vi har i alle faser av pasientens liv – det er ingen grunn til at vi ikke skal ta et ansvar når de gjennomgår en kreftsykdom, sier UiO-stipendiat og fastlege Heidi Lidal Fidjeland ved Søgne legesenter.

sientens liv – det er ingen grunn til at vi ikke skal ta et ansvar når de gjennomgår en kreftsykdom. Og aller mest oppfordrer jeg staten til å legge til rette for at vi får til dette gjennom en generell styrking av fastlegeordningen med mer ressurser til ordningen, og en diskusjon rundt hvilke andre oppgaver som fastlegen ikke trenger å belastes med.

Fidjeland viser til at både utenlandsk og norsk forskning, og randomiserte studier

på tarmkreft- og brystkreftpasienter, ikke finner noen gevinst ved sykehusoppfølging fremfor oppfølging hos fastlege. Det gjelder både tilbakefallsrisiko, livskvalitet og livslengde.

Foretrakk sykehusoppfølging

Hva mener pasientene selv? Det så Fidjeland på i en studie fra 2013 til 2015 blant kvinner med gynekologisk kreft. I alt 65 av

100 pasienter foretrakk oppfølging på sykehus fremfor hos fastlegen. Men de 40 prosentene som ennå ikke hadde påbegynt et oppfølgingsløp var langt mer positive til å følges opp av fastlegen.

Viktigheten av en gynekologisk undersøkelse ble rangert som mye viktigere enn blant annet psykososial støtte og oppfølging for seneffekter av behandlingen. Om lag seks av ti svarte at nok tid og samme lege er viktig.

Og de fleste mente at det aller viktigste for at de skal føle seg trygge er at legen kjenner dem – et funn som står i motsetning til ønsket om å følges opp av spesialist på sykehuset, hvor de ofte ikke møtes av samme lege.

Også på spørsmål om forbedring i oppfølgingen, var å møte den samme legen det forslaget som hyppigst ble nevnt.

Ingen gevinst

Kvinnene var opptatt av å få tatt ultralyd, noe Fidjeland tror bidrar til å forklare at mange ønsket å følges opp av spesialist fremfor fastlege.

– Det er mulig å forstå at pasienter vil ha lett tilgang til undersøkelser, som ultralyd eller CT. Men ganske mange studier viser at det ikke gir bedre utfall med hyppige og mer teknologiske undersøkelser, fordi pasientene oppdager de fleste tilbakefallene selv ved at de får symptomer. Derfor er det viktig at sykehuslegen, gjerne før operasjonen, informerer pasienten om at det er trygt å følges opp av fastlegen, poengterer Fidjeland.

At pasienter er oppmerksomme på symptomer, er trolig viktigere enn fastsatte undersøkelser.

– Jeg har sett at noen pasienter er blitt gående med symptomer som blødning i flere måneder fordi de venter på den oppsatte poliklinikkturen.

Sene epikriser

Den første studien til Fidjeland, med data fra 2013, ble publisert i 2015. Fastlegene ble spurt om de største utfordringene i samhandlingen med sykehusene. Blant annet svarte mer enn 60 prosent at uklare ansvarsforhold var utfordrende, og drøyt hver tredje sa at sene epikriser var problematisk.

– Jeg har opplevd at vi har tatt dobbelt opp av blodprøver og CT fordi sykehuset ikke ga tilbakemelding til fastlegen om



Fastlegene må involveres helt fra starten, og vi må få epikriser underveis, understreker Fidjeland.

hvem som skulle gjøre hva. Fastlegene må involveres helt fra starten, og vi må få epikriser underveis. Vi må vite når pasienten blir operert, og vi må få tydelig beskjed om hvordan og hvem som følger opp, og om det er spesielle forhold vi som fastlege bør kjenne til.

Mindre skeptiske sykehusleger

Fidjeland har jobbet med kreftoppfølging i ti år.

– **Hvor annerledes ville funnene dine vært i dag?**

– I disse årene har det vært et paradigmeskifte i fastlegeordningen. Det vi fant i 2013 har kanskje ikke samme gyldighet i dag. Men det gir oss informasjon om at fast-

legene faktisk har mye erfaring med å følge opp kreftpasienter. Tidligere opplevde jeg større skepsis fra sykehuslegene til vår kompetanse til å ta oss av kreftpasienter. Det møter jeg mye mindre av nå. Ikke alle kreftpasienter skal følges opp av oss, men vi kan avlaste i veldig stor grad, spesielt ved kreftpasienter med lav risiko for tilbakefall.

Heidi Fidjeland understreker at det aldri kan bli for mye informasjon mellom fastlegen og sykehuslegen.

– Overfor pasienten må vi fremstå som én enhet som drar i samme retning. Samhandlingen er blitt bedre, og epikrisene er blitt bedre, men vi har fortsatt en vei å gå.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

HER FINNER DU STUDIENE SOM INNGÅR I DOKTORAVHANDLINGEN:

- Exploring why patients with cancer consult GPs: a 1-year data extraction. BJGP Open, oktober 2019 doi: 10.3399/bjgpopen19X101663. <https://bjgpopen.org/content/early/2019/10/01/bjgpopen19X101663>
- Gynecological cancer patients' attitudes toward follow-up care after cancer treatment: Do preferences reflect patients' experience? A cross-sectional questionnaire study. Acta Obstet Gynecol Scand, november 2018 doi: 10.1111/aogs.13396. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13396>
- General practitioners' attitudes toward follow-up after cancer treatment: A cross-sectional questionnaire study. Scand J Prim Health Care, desember 2015 doi: 10.3109/02813432.2015.1118836 <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/50436/1/10-3109-02813432-2015-1118836.pdf>

Livmorhalsscreening blant innvandrerkvinner i

■ KATHY AINUL MØEN • ph.d, fastlege, sykehjemslege, NOKLUS Haraldsplass, Diakonale Sykehus, Fyllingsdalen sykehjem og Allmenntilleggs medisinske forskningsenhet NORCE, Bergen

Kathy Ainul Møen disputerte 28.11.2019 for ph.d-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen «Cervical cancer screening among immigrants in Norway: Challenges, possibilities and the effect of an intervention».

Tidligere studier fra andre land har vist at innvandrerkvinner i vestlige land har lavere oppmøte til livmorhalsscreening enn kvinner som ikke er innvandrere (1, 2). Samtidig har noen grupper innvandrerkvinner høyere sannsynlighet for å utvikle livmorhalskreft (3, 4).

I denne avhandlingen har Møen og medarbeidere undersøkt hvordan fastleger kan bidra til økt oppmøte av innvandrerkvinner til livmorhalsscreening. Det var tre studier i Møens avhandling, inkludert en randomisert kontrollert studie.

- 1 Hvordan er oppmøte til livmorhalsscreeningsprogrammet blant innvandrerkvinner i Norge? Hvilke faktorer tilrettelegger for at de tar livmorhalsprøve? (5)
- 2 Hvordan oppfatter fastleger, gynekologer og jordmødre livmorhalsscreening blant innvandrerkvinner, er det noe strategier de tar i bruk i møte med innvandrerpatient og gynekologisk undersøkelse? (6)
- 3 Vil en intervensjon, i form av informasjon til fastlegene om viktigheten med livmorhalsscreening av innvandrerkvinner, føre til økt oppmøte til livmorhalsscreening blant innvandrerkvinner? (7)

Innvandrerkvinner oppmøte til livmorhalsscreening i Norge

Forekomsten av livmorhalskreft er høy blant noen grupper av innvandrere. Tidligere studier fra andre høyinntektsland har vist lavere deltakelse i programmer for livmorhalsscreening blant innvandrere. Målet med denne studien var å sammenligne andelen grupper innvandrere fra forskjellige regioner med ikke-innvandrere som del-

tok i livmorhalsprogrammet i Norge. I tillegg hadde vi som mål å studere hvilke faktorer som tilrettelegger for deltagelse i screeningprogrammet. Dette var en registerbasert studie hvor vi brukte koblete data fra tre nasjonale registre; Folkeregisteret, HELFO og Fastlegedatabasen. Alle norskfødte kvinner (1 168 832) og innvandrerkvinner (152 800) i screeningsalder for livmorhalskreft (25–69 år) registrert i Norge i 2008 ble inkludert. Resultatet viste at innvandrere hadde lavere deltakelsesrate sammenlignet med norskfødte kvinner; Vest-Europa Oddsratio (OR), 95 prosent konfidensintervall (KI): 0,84, 0,81–0,88], Øst-Europa (OR 0,64, 95 prosent KI: 0,60–0,67), Asia (OR 0,74, 95 prosent KI: 0,71–0,77), Afrika (OR 0,61, 95 prosent KI: 0,56–0,67) og Sør-Amerika (OR 0,87, 95 prosent KI: 0,79–0,96). Yngre alder, høyere inntekt, å bo på landsbygda og det å ha en kvinnelig fastlege ble assosiert med å få tatt livmorhalsprøve. Lengre botid i Norge og å ha en norsk fastlege, var forbundet med screening for noen innvandrergrupper.

Helsepersonells synspunkter om livmorhalsscreening av innvandrerkvinner

Målet med denne studien var å få vite helsepersonells erfaringer med livmorhalskreft og screening blant innvandrerkvinner, deres strategier for å tilrettelegge disse konsultasjonene og deres behov for ytterligere kunnskap. Studien er kvalitativ, og vi intervjuet 26 fastleger, tre jordmødre og tre gynekologer i Oslo. Det ble holdt tre fokusgrupper blant fastleger, to semistrukturerte intervjuer blant gynekologer og to semistrukturerte intervjuer blant jordmødre.



Kathy Ainul Møen. FOTO: JARLE MØEN

Data ble analysert ved bruk av en tematisk analysetilnærming.

Resultatene viste at noen av helsepersonellens erfaringer relatert til livmorhalsscreening var generelle for alle kvinner, og ikke spesifikke for innvandrerkvinner, for eksempel fastlegenes forståelse av rutiner og ansvar for forebygging. Aspekter som var spesifikke for innvandrerkvinner var hovedsakelig relatert til organisering, språk, helseinformasjonsforståelse (health literacy) og kultur og kjønn. Flere strategier rettet mot organisatoriske forhold (lengre konsultasjoner), språk (ved bruk av tolker), helseinformasjonsforståelse (ved bruk av anatomimodeller for å forklare) og kultur (berolige ved uttrykk for smerte) ble rapportert av helsepersonell.

De fleste helsepersonell hadde ikke tidligere reflektert over spesifikke utfordringer knyttet til livmorhalsscreening blant innvandrerkvinner, og intervjuene var dermed i noen grad tankevekkende for dem.

Denne studien ble konkludert med at lavere oppmøte til livmorhalsscreening blant innvandrerkvinner delvis kan tilskrives

Norge



ILLUSTRASJON: COLORBOX

helsepersonell og helsesystemet, og ikke bare kvinnes preferanser. Våre fokusgrupper og intervjuer blant helsepersonell viste at de i tillegg til kulturell kompetanse og kulturell bevissthet, trenger kunnskap om reproduktiv helse hos innvandrere.

Intervensjon blant fastleger

Målet med denne tredje studien var å avgjøre om en intervensjon blant fastleger kan påvirke innvandrerkvinner deltagelse i det norske livmorhalsscreeningprogrammet. Studien ble designet som en clusterrandomisert klinisk studie. Vi brukte de 20 subdistriktene i Bergen kommune som klynger (cluster). Klyngene ble matchet i ti par i henhold til antall innvandrerkvinner som bodde i dem og deretter randomisert. Studien ble gjennomført mellom januar og juni 2017 blant fastlegene i Bergen. Fastlegepraksiser som tilhørte kontrollområdene fortsatte å gjennomføre undersøkelser som vanlig. I alt 10360 kvinner som tilhørte de

73 allmennpraksisene i de 20 subdistriktene, ble inkludert som deltakere.

Intervensjonen i studien besto av tre elementer:

- ❶ Undervisning for fastleger i lunsjtiden på kontoret deres som beskrev betydningen av livmorhalsscreening blant innvandrere, og ga råd om hvordan de kan invitere kvinnene til å delta
- ❷ Musematte med teksten «Du kan forhindre livmorhalskreft ved å ta en enkel test; kontakt din fastlege».
- ❸ Plakat plassert i venterommene med samme budskap, skrevet på fire språk; somalisk, polsk, engelsk og urdu.

Hovedutkommet, screeningstatus for innvandrerkvinner ved 1. januar 2018, ble innhentet fra Norsk kreftregister.

Resultater viste at totalt 10360 innvand-

rerkvinner ble inkludert i studien. Andelen screenede innvandrerkvinner økte med 2,6 prosent i intervensjonsgruppen og 0,6 prosent i kontrollgruppen.

Intervensjonen økte særlig deltagelse blant kvinner som ikke tidligere ble screenet ved baseline, og de fra Polen, Pakistan og Somalia. Studien viste at intervensjon som ble rettet mot fastleger, økte deltakelsen betydelig blant innvandrere, og at fastleger kan spille en viktig rolle for innvanderens helse ved å gi god informasjon.

Hovedveileder var Esperanza Diaz og medveileder var Bernadette Kumar. Avhandlingen gikk ut fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, i samarbeid med Enhet for migrasjon og helse, Folkehelseinstituttet i Oslo.

REFERANSER

1. Ghebre R, Sewali B, Osman S, Adawe A, Nguyen H, Okuyemi K, Joseph A. (2015). Cervical cancer: barriers to screening in the somali community in Minnesota. *J Immigr Minor Health* 17: 722–728.
2. Grandahl M, Tyden T, Gottvall M, Westerling R, Oscarsson M. (2012). Immigrant women's experiences and views on the prevention of cervical cancer: a qualitative study. *Health Expect* 18: 344–354.
3. Arnold M, Razum O, Coebergh J-W. (2010). Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: an overview of the literature. *Eur J Cancer* 46: 2647–2659. [PubMed] [Google Scholar]
4. Azerkan F, Sparén P, Sandin S, Tillgren P, Faxelid E, Zendejdel K. (2012). Cervical screening participation and risk among Swedish-born and immigrant women in Sweden. *Int J Cancer* 130: 937–947.
5. Møen, K. A., Kumar, B., Qureshi, S., & Diaz, E. (2017). Differences in cervical cancer screening between immigrants and nonimmigrants in Norway: a primary healthcare register-based study. *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 26(6), 521–527. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000311>
6. Kathy Ainul Møen, Laura Terragni, Bernadette Kumar & Esperanza Diaz (2018) Cervical cancer screening among immigrant women in Norway-The healthcare providers' perspectives, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36:4, 415–422, doi: 10.1080/02813432.2018.1523986
7. Møen KA, Kumar B, Igland J, Diaz E. Effect of an Intervention in General Practice to Increase the Participation of Immigrants in Cervical Cancer Screening: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2020;3(4): e201903. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.1903

■ KATHY.MOEN@UIB.NO

Landskonferansen i Palliasjon omtalt i *Utposten* nr. 2/2020:
Konferansen er blitt utsatt grunnet koronapandemien. Landskonferansen i Palliasjon i Oslo er flyttet til 3.–5. mars 2021.

Salutogenese

med Iona Heath og Jane Myat i

■ DAG-HELGE RØNNEVIK • Spesialist i samfunnsmedisin, Rogaland legeforening

■ PETER CHRISTERSSON • Spesialist i allmennmedisin, Rogaland legeforening

I forbindelse med en arbeidshelg i London var styret i Rogaland legeforening så heldig å få møte den pensjonerte allmennlegen Iona Heath – kjent for mange norske leger for sitt mangeårige engasjement for en sterk primærhelsetjeneste og «less is more».

Iona har på seg en lang kåpe og står og venter på oss med sine karakteristiske runde briller og en kakeboks med hjemmelagde småkaker under armen. Undergrunnsbanen har tatt oss til Kentish Town, området der Iona jobbet i mange år før hun pensjonerte seg. Fortsatt tar hun imot besøk av kolleger, og viser dem rundt på legesenteret og setter av tid til kollegial erfaringsutveksling. Det er noe fint med et slikt faglig fellesskap på tvers av landegrenser.

Kentish Town i Camden

Bydelen Kentish Town i distriktet Camden nordvest i London var opprinnelig irsk område, men preges nå av mange innvandrere og høy turnover av innbyggere. Iona og de andre legene vi etterhvert får snakke med forteller om store sosiale utfordringer i en sosioøkonomisk deprivert befolkning, med mye rus, kriminalitet, knivstikking, ensomhet og psykiske lidelser. Iona bekrefter at hovedfunnene i en stor studie som ble publisert i *The Lancet* i 2019 er gjenkjennbart: En tredjedel av alle premature dødsfall i Storbritannia 2003–2018 var knyttet til sosioøkonomiske faktorer (1).

På forhånd hadde vi forberedt oss på hvilke spørsmål vi burde stille for å dra hjem litt klokere enn da vi kom: Hva skjer med NHS? Hvor langt har privatiseringen av offentlige helsetjenester kommet i England? Hva blir konsekvensene av Brexit? Hvordan går det med primærhelsetjenesten? Men det var noe helt annet vi kom til å huske best fra dette møtet på det lokale helsesenteret. Noen av legene har de siste årene tatt i bruk utradisjonelle metoder for å hjelpe pasientene sine, ut fra en erkennelse av at tradisjonell skolemedisin ikke alltid strekker til. Vi kommer tilbake til Jane og hennes initiativ senere i artikkelen.

Områdeansvar

Allmennlegene på The Caversham Group Practice og andre legesenter i Storbritannia har en noe annen organisering enn i Norge. Istedenfor en fastlegeordning der pasienter fritt kan velge lege på tvers av kommunegrenser, har de et områdeansvar (populasjonsansvar) der grensene stemmer overens med andre offentlige tjenester.

Ved innføring av fastlegeordningen i Norge i 2002, var det flere som mente at en burde opprettholde et slikt områdeansvar, både for å gjøre det lettere å sikre integrerte tjenester og for at helsetjenestene skulle kunne jobbe mer på lag med lokalsamfunnet (2). Man skulle derfor tro at dette var noe de hadde klart å utnytte i Storbritannia, men ifølge Iona klarte man aldri det.

Fram til 1974 fantes det *Chief Medical Officers* på regionalt nivå som hadde et overordnet ansvar for å koordinere innsatsen i de ulike områdene. Det var denne som tok initiativet til å bygge helsesenteret i Camden der Iona jobbet i 25 år før de flyttet til helsesenteret vi nå befinner oss i. I dag finnes det *public health officers* som kan være både leger og ikke-leger, men det virker ikke som disse er særlig koblet opp mot hva som skjer på legesenteret.

– Vi har mistet denne linken, sier Iona. De som jobbet med public health mistet kontakten med legene på grasrota, og nå er det som to ulike verdener som ikke har noe med hverandre å gjøre. De forsøkte, men gjorde det på feil måte. De forsøkte å prakke det på oss («dere skal løse folkehelseutfordringene»), istedenfor å spørre hvordan allmennpraksis kunne bidra ut fra en allmennmedisinsk kontekst. Det ble full krasj og ikke noe fruktbart samarbeid, forteller Iona med en noe sørgmodig mine.



På tavla i pauserommet henger oversikt «how are we doing» med kvalitetsindikatorer legesenteret blir målt på.

London



Jane og Iona ved siden av en montasje lagd av pasienter som har deltatt på håndverkgruppe på senteret deres.

Ingen jobber fulltid som fastlege

Det er seks «partners» på senteret pluss et større antall «salary doctors». Pasientene flyter litt mellom legene, og i følge Miles, en ung lege vi får snakke med i den felles kaffepausen rundt klokken elleve, har pasientene ulike preferanser for hvem de går til. Eldre pasienter og kronikere er opptatt av kontinuitet, og aksepterer noe ventetid for å komme til en bestemt lege, mens yngre pasienter er mer opptatt av kort ventetid og går til den som har ledig time. Legene har ti minutter konsultasjoner, og beskriver en arbeidshverdag som er såpass intens og travel at ingen jobber fulle fem dager i uka som fastlege.

Alex, en erfaren kvinnelig lege, forteller at hun jobber tre dager i uka for å kunne være hjemme med sine to små barn og unngå «burn out». 60 prosent stilling gir henne en inntekt på rundt 50 000 pund i året (ca. 600 000). Andre ulikheter vi får

fram er at sykemeldingsarbeidet er langt enklere hos dem – det tar kun noen få sekunder å bekrefte at pasienten er syk og de trenger ikke delta i dialogmøter, og de slipper å skrive attester for skoleelever som er for syke til å gå på skolen. Legene vi møter forteller samtidig om at myndighetene har strammet til grepet på langtidssykemeldte, og at de som leger får mer å gjøre opp mot denne gruppen. De har ulike ordninger for å imøtekomme den store pågangen av pasienter, blant annet med lengre dager. Den siste ordinære legetimen settes opp klokken 18.30, mens «out of hours appointments» tilbys kl. 18.30-20.00 alle ukedager, og 08-20 i helgene. I tillegg tilbys egne pasienter ekstra timer hver dag kl. 07-08 og 19-20 i ukedagene, og minst en lørdag formiddag i måneden. En av legene forklarer: – All a bit of mix as there is an awareness that there is not enough capacity to meet demand!

Strengt rapporteringskrav

Legekontoret er forpliktet til å betjene den befolkningen de har ansvar for, og det offentlige tilskuddet er avhengig av hvor bra de gjør det. De måles ut fra en rekke kvalitetsindikatorer, brukerundersøkelser og «ratings». Om de gjør det dårlig på disse, risikerer de å miste akkrediteringen og retten til å behandle pasienter, eller det fører til kutt i neste års budsjett. Det er mye rapportering på at de f.eks. har husket å spørre pasientene om røykevaner, om de har nådd målene for HbA1c, andel kolspasienter som har deltatt på røykesluttkurs eller andel pasienter med dårlig blodtrykkskontroll. På tavla på pauserommet, der legene og annet personell møtes rundt små runde bord for kaffe og te, henger det oppslag med røde, gule og grønne grafer under overskriften «How are we doing». Indika-



KVALITETSINDIKATORER

- Årlig måling av GFR hos pasienter med nyresvikt
- Blodtrykksmålinger siste tre år pasienter over 40 år
- Kolspasienter deltatt på røykesluttkurs og sluttet minst fire uker
- Andel diabetikere med god kontroll HbA1c, nyrefunksjon og BT
- Reduksjon antall pasienter med dårlig BT-kontroll
- Andel pasienter med mentale lidelser som har fått somatisk helseundersøkelse siste tolv måneder
- Andel terminale pasienter som på forhånd har uttalt seg om hvor de ønsker å dø
- Dekning pneumokokkvaksine eldre og risikogrupper
- Antall eldre >65 år screenet med for fallrisiko (Falls Risk Assessment Tool, FRAT)

FAKTABOKS 1.

Eksempler på kvalitetsindikatorer.

torene som lyser rødt er samlet under «Mini target not yet achieved at network and practical level». De grønne er tilsva-

rende listet opp under «Mini target achieved». Kravet til rapportering virker noe overveldende, og et system med «pay-per-performance» høres ikke ut som noe de engelske legene vil anbefale. Se faktaboksen til venstre for eksempler på hvilke indikatorer de måles på.

Konsultasjonene er i hovedsak låst på ti minutter, uten at legene kan påvirke dette noe særlig. Når vi spør om hvordan de klarer å prioritere tiden sett opp mot pasientenes behov, så beskriver de ulike strategier til tross for en låst timebok. De kan sette opp dobbelttime ved behov, kalle pasientene inn til ny time, sette opp telefontime eller forsøke å få til et hjemmebesøk. Hver dag har en av legene skjermet dagen sin for å dra på home visits, og for å kunne tilby slike aksepterer de sjelden pasienter utenfor deres geografiske ansvarsområde. De har også åpent for ØH-timer. De har ingen egenandel i Storbritannia, men opplever likevel at det er få avbestillinger, fordi når det er vanskelig å få time, velger de fleste å komme når de først har fått en. De blir overrasket når vi forteller om vår mulighet til å bruke tidstaksten zcd, og lurer på om ikke det blir et perverst insentiv for å bruke for lang tid.

Jane Myat – en innovativ allmennlege

Vi sitter på lave, blå stoler med litt slitte trekk rundt fire, fem like lave, runde bord. Kaffe og te settes fram på et trillebord, og plutselig er rommet fullt av både leger, sykepleiere og annet personell. Vi kommer lett i prat, og støynivået blir raskt høyt. En kvinnelig lege i 50-årene med mørkt hår, og som ser langt yngre ut, blir til slutt sittende igjen alene sammen med oss og Iona. Dette er Jane Myat, og det er ikke tilfeldig at hun sitter igjen – Iona har bedt henne fortelle litt om noen av de helsefremmende prosjektene hun er involvert i.

Ut fra en erkjennelse av at mye av den tradisjonelle medisinske behandlingen de tilbyr ikke alltid fungerer, har Jane satt i gang flere prosjekt med base på The Caversham som har åpnet opp for nye måter å tilnærme seg pasienter med sammensatte plager på. Jane forteller om konkrete pasienthistorier der tradisjonell skolemedisin ikke har ført fram; pasienter med høy grad av distress, ensomhet, svake sosiale nettverk og plager som ofte springer ut fra sosioøkonomiske forhold. Et av prosjektene Jane har fått i gang, har vært å samle inn penger gjennom crowdfunding for å lage en «community garden» midt i hjertet av

Tre glimt fra vårfest i hagen.



Jane og Iona viser oss rundt i hagen der de har arrangert fest for 3–400 mennesker.



helsesenteret deres. Jane og Iona tar oss med på en liten befarings, og vi får høre hvordan de har startet håndverksgrupper og arrangert festival i hagen med 3–400 deltakere. Gjennom dette har de sett at pasienter har funnet en ny mening i livet og fått livsgnist tilbake. En av historiene handler om «Anna», som gjennom møter med andre pasienter fant ny mening med livet (SE FAKTABOKS 2: HISTORIEN OM «ANNA»).

Ny energi også til legene

Iona forteller at hun ser på dette arbeidet som nytt og innovativt, og at Jane er å anse som en pioner på området. Jane på sin side forteller at dette har gitt henne ny energi som lege, og at de ved å ta i bruk nye metoder opplever en transformasjon av lege-pasient-forholdet. De har laget en egen nettside som heter «The listening space» (<https://www.thelisteningspace.uk>). Der står det blant annet:

The garden is meant to be like an imaginary village hall in the centre of Kentish Town, away from the stresses and strains of everyday life, where we grow flowers and food that is shared; and where we hold seasonal celebratory gatherings. It's a gentle way to come together as a community: a base to connect with people in a simple way.

I tillegg forstår vi at det som kalles «social prescribing» er et etablert alternativ til tradisjonell medikamentell behandling. Legen kan henvise pasienten til sosiale aktiviteter som f.eks. besøk på bibliotek, mosjonsgrupper eller lokale håndverksgrupper. Da er det av stor betydning å kjenne lokalsamfunnet sitt, framholder både Jane og Iona, og vi kommer igjen inn på forskjellen mellom et områdeansvar, som de har, og en valgfri fastlegeordning, som vi har i Norge. – Det hadde vært vanskelig dersom pasientene kom fra alle kanter av London, understreker Iona.

På nettsiden til legesenteret finner vi også informasjon om at legesenteret er godkjent som «parkrun practice», i likhet med rundt 7–800 andre legesenter. De har til og med et diplom som bekrefter at de har denne sertifiseringen. *Utposten* skrev i 2017 om «Joggelegen fra Åsgårdstrand» (3). Her ser det ut til at det er satt i system på en helt annen måte. Vi rekker ikke å få detaljer om denne ordningen, men det er jo noe som kunne vært verdt å undersøke nærmere for dem som er interessert: <https://www.cavershamgrouppractice.co.uk/ppg/parkrun/>.

Salutogenese – en ny dimensjon i medisinen?

Besøket avsluttes med at Iona tar oss med på en lokal pizzarestaurant rett over gata, med bunner av surdeig. Enkelte av oss leser ikke menyen godt nok og ender opp med pizza uten ost, men det var faktisk godt det også. Når man prøver nye ting, sitter man jo ofte igjen med tanken «hvorfor har jeg ikke prøvd dette før?». Kanskje er det på tide å prøve noe nytt også i hvordan vi praktiserer medisin? Iona bekrefter at hun kjenner til begrepet «salutogenese» – læren om helsen opprinnelse, det motsatt av patogenese. I Norge har salutogenese blitt utforsket blant annet av Kirsti Malterud (4), men begrepet og teorien bak ser ut til å være langt mer kjent i pleie- og omsorgssektoren og i folkehelsearbeidet enn blant leger.

Kanskje beror det på en misforståelse om at bruk av helsefremmende metoder og strategier kun handler om friske folk? Faktisk nevnes ikke «helsefremmende tiltak» i oversikten over hva pasienter har krav på som pasienter i det norske helsevesenet (pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, punkt c). Vårt helsevesen slik vi kjenner det bygger på en gammel dikotom sykdomsmodell – der en person er enten frisk



Pizza uten ost var jo godt det også!

eller syk – som ser ut til å ha sine begrensninger i møte med vår tids helseutfordringer.

Kanskje er det på tide å *rethink medicine* (5)? Til dette svarer Jane oss på e-post: – «Working in primary care we are on the frontline and therefore if we keep our eyes open we know about the complexity and messiness that being human involves. Whilst sitting on this threshold we cannot address the issues we see only through the organised, systematic, scientific model of traditional medicine, but need to think in holistic terms and have a wide repertoire of ways to respond so we can play a constructive part to support the communities we serve.»

Mette av både inntrykk, ny inspirasjon og deilig pizza forsvinner vi ned i hullet i bakken igjen, og få minutter senere har tuben fraktet oss ned til hotellet ved Warren Street – akkurat som en god, gammeldags rørpost. Vi føler vi har både gode og dårlige nyheter å bringe hjem. Dårlige, fordi NHS ser ut til å sprekke opp. Gode, fordi dårlige tider alltid tvinger fram innovasjon og nytenkning som kan gi nytt håp og ny inspirasjon.

REFERANSER

1. Lewer D, Jayatunga W, Aldridge RW, Edge C, Marmot M, Story A, et al. Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study. *Lancet Public Health*. 2020; 5(1): e33–e41.
2. Grimsmo A, Iversen J. Hvilke muligheter gir fastlegeordningen til å utvikle samfunnsmedisinen? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1996; 196(116): 275–7.
3. El-Safadi B. Joggelegen fra Åsgårdstrand. *Utposten*. 2017; 4–6.
4. Walseth LTM, Kirsti. Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2004; 124(1): 65–6.
5. Marshall M, Cornwell J, Collins A. Rethinking Medicine Working G. *Rethinking medicine*. *BMJ*. 2018; 363: k4987.

■ DAGHELGERH@HOTMAIL.COM
■ PETER.CHRISTERSSON@GMAIL.COM

FAKTABOKS 2

HISTORIEN OM 'ANNA'

«Anna» var stort sett frisk. Hun opplevde et alvorlig traume. Hennes sønn tok sitt eget liv like foran henne. Det håpløse og fortvilelsen ble så stor og u håndterlig. Anna oppsøkte legekonto- ret hver dag. Hun hadde mange samtaler med fastlegen. Det gikk hele veien i det samme. Fastlegen støttet og tok imot, men opplevde seg maktesløs. Anna var så full av angst, uro, eksistensiell smerte og fortvilelse.

På fastlegekontoret hadde de hver fredag en håndverksgruppe for pasienter, hvor de kunne komme for å sy eller strikke. Kunne Anna tenke seg å prøve dette? Motvillig gikk hun med på dette etter noen seanser. I starten satt Anna bare der, ute av stand til å delta i samtaler med de andre. Etterhvert klarte hun å delta i aktivitetene. Så ble hun mer og mer involvert i samtalene med de andre. Etter noe tid tok Anna med seg sin nabo, en dame med demens, på gruppa. Nå henter hun naboen hver gang, og går sammen med henne i gruppa.

Fastlegen ser Anna i gruppa hver fredag. Hun trenger ikke flere timer. De møtes likevel for en kopp te og en samtale på håndverksgruppa.

Komplikasjoner heile ti år etter akutt *Giardia*

■ SVERRE LITLESKARE • Fastlegevikar, spesialistkandidat i allmennmedisin, ph.d., forsker II ved Allmennmedisinsk forskningsenhet NORCE, Bergen

Ei doktoravhandling om *Giardia*-epidemien som var i Bergen i 2004, har synt at fleire av dei som vart sjuke med *Giardia*-infeksjon i 2004, framleis hadde komplikasjonar så lenge som ti år seinare.

I 2004 vart Svartediket, som forsyner store delar av Bergen sentrum med drikkevatt, forureina av parasitten *Giardia lamblia*. Ein ekstern rapport konkluderte med at dette sannsynlegvis skjedde grunna fleire samtidige uheldige omstende, og at direkte utløysande årsak mest truleg var utette avløpsan-

legg nær Svartediket. Det er gjort overslag på at om lag 5000 personar var akutt sjuke med *Giardia*-infeksjon (1). Av desse var det 1252 personar som gjekk til lækjar og fekk påvist cystar frå parasitten i avføringa (2). Det har kome over 30 forskingsartiklar i kjølvatnet at dette utbrotet.

I avhandlinga *Long-term complications following an outbreak of giardiasis* (3) har eg undersøkt langtidskomplikasjonar etter dette utbrotet. Avhandlinga er basert på tre delstudiar, som såg på fylgjande problemstillingar:

❶ Er det samanheng mellom *Giardia lamblia*-infeksjon og opplevd matintoleranse tre år seinare? (4)

❷ Kor høg er førekomen av irritabel tarm-syndrom (IBS) og kronisk utmatting ti år etter *Giardia*-infeksjon, og er det samanheng mellom desse tilstandane og gjennomgått infeksjon? (5)

❸ Korleis er livskvaliteten hjå pasientar som hadde *Giardia*-infeksjon i 2004, samanlikna med ei kontrollgruppe utan slik infeksjon, ti år seinare? (6)

Alle studiane var spørjeundersøkingar som vart sendt i posten til dei 1252 personane med *Giardia*-sjukdom i 2004, samt til ei kontrollgruppe med 2504 personar frå Bergen som ikkje var sjuke med infeksjonen.

Matintoleranse tre år etter *Giardia*-infeksjon

I den fyrste delstudien fann vi at det var fleire som rapporterte matintoleranse i *Giardia*-gruppa (64 prosent) enn i kontrollgruppa (48 prosent), tre år etter utbrotet. Eit stort og variert utval av matsortar var rapportert til å kunne gi plager. Mjølkeprodukt var den matkategorien som var hyppigast nemnd i begge gruppene, og relativt sett hyppigare i *Giardia*-gruppa. Få studiar har undersøkt matintoleranse etter mage-tarminfeksjon, og ingen så lenge etter *Giardia*-infeksjon.

Framleis vondt i magen og utmatta ti år seinare

Delstudie nummer to vart utført ti år etter utbrotet, i starten av 2015, og dei to same gruppene vart spurde om mellom anna symptom på IBS og kronisk utmatting. Heile 43 prosent av dei spurde i *Giardia*-gruppa hadde symptom på IBS, mot 14 prosent i kontrollgruppa (FIGUR 1, SIDE 20). Det var altså ein samanheng mellom å ha gjennomgått *Giardia*-infeksjon i 2004, og å ha IBS som målt ved spørjeskjema ti år seinare. For kronisk utmatting (ikkje chronic



Sverre Litleskare på ekskursjon til Svartediket. FOTO: EIRIK TRANVÅG

-infeksjon



Svartediket sett frå Storevarde. Bergen Sentrum i bakgrunnen. FOTO: KNUT-ARNE WENSAAS

fatigue syndrome/Myalgisk encefalopati) var tala 26 prosent i *Giardia*-gruppa og 11 prosent i kontrollgruppa, og også her var samanhengen signifikant.

Ein har tidlegare funne høg førekomst av IBS i *Giardia*-gruppa tre år etter utbrotet (47 prosent) (7). Den noko høgare førekomsten av IBS etter ti år, var ikkje signifikant høgare enn etter seks år. IBS som komplikasjon etter mage- tarminfeksjon er etterkvart velkjend, men ein så høg førekomst så mange som ti år seinare er uvanleg høgt (8). Noko av forklaringa kan ligge i feilkjelder i den lågare studiedeltaking med åra, der dei med mest plager kanskje også har størst tendens til å ynskje å svare på undersøkinga. Ein gjorde difor analysar i studien med tanke på denne feilkjelda. Sjølv i det ekstreme tenkte tilfellet der alle i *Giardia*-gruppa som ikkje hadde svara vart definert til ikkje å ha IBS i analysane, heldt samanhengen mellom gjennomgått *Giardia*-infeksjon og

IBS seg. Ein konkluderer difor med at denne samanhengen er sterk.

Redusert livskvalitet har samanheng med utvikling av komplikasjonar

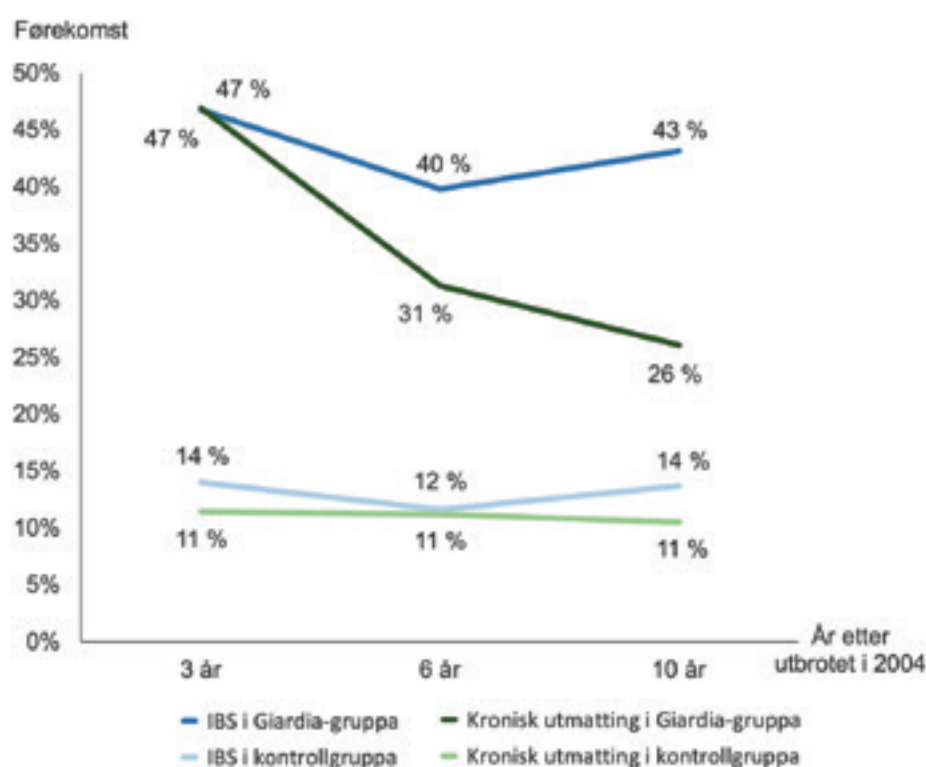
Den tredje delstudien i avhandlinga undersøkte samanhengen mellom gjennomgått *Giardia*-infeksjon i 2004 og livskvalitet ti år seinare. *Giardia*-gruppa hadde både fysisk og mental livskvalitet som var 2,8 poeng lågare enn kontrollgruppa, på ein skala frå 0–100. Dette var sokalla statistisk signifikant, men utanfor ei grense på 3,0 som ofte vert rekna som *klinisk* signifikant for denne skalaen. Ein fann vidare at begge grupper totalt sett hadde livskvalitet om lag sams med eit norsk gjennomsnitt.

Dersom ein delte *Giardia*- og kontrollgruppa vidare inn etter om dei hadde IBS, kronisk utmatting, ingen av tilstandane eller begge tilstandane fann ein at det å ha

kronisk utmatting aleine, eller både IBS og kronisk utmatting, gav størst utslag i negativ retning på livskvaliteten. Mental livskvalitet hjå *Giardia*-eksponerte som hadde både IBS og kronisk utmatting, var på eit nivå samanliknbart med den hos pasientar med depresjon i ein annan studie (9), medan den fysiske livskvaliteten i desse gruppene var samanliknbar med den sett ved til dømes diabetes type 2 (10). Ein konkluderte med at reduksjonen i livskvalitet som hadde samanheng med *Giardia*-infeksjonen var forklart av samtidig utvikling av IBS og kronisk utmatting.

Pasientane treng ei forklaring på plagene

Studiane i avhandlinga har altså avdekket at ein epidemi med ein mikroorganisme som er relativt uvanleg på våre breiddegrader, kan gi langvarige og store konsekvensar for



FIGUR 1. Forekomst av irritable tarmsyndrom (IBS) og kronisk utmatting tre, seks og ti år etter eit Giardia-utbrot i Bergen i 2004.

dei som vert sjuke. Både sjølvrapportert matintoleranse, irritable tarmsyndrom og kronisk utmatting kan bli forstått som so-kalla medisinsk uforklarte plager. Studiar har vist at slike pasientar har nytte av å få ei forklaring på plagene sine, også der denne forklaringa er ufullstendig (11).

Vegen vidare

Ein annan grunn til å avdekke moglege samanhengar mellom ulike eksponeringar og sjukdom, er høvet dette gjev til å finne angrepspunkt for å førebygge sjukdom. Ein har enno ikkje forstått den patofysiologiske samanhengen mellom akutt mage-tarminfeksjon og seinare IBS, men ei hypotese er at slike infeksjonar gjev forstyrringar i tarmfloraen som også er viktige ved IBS. Kunne ein i så tilfelle tenke seg at behandling som kunne rette opp att tarmfloraen raskare etter ein akutt mage-tarminfeksjon, også kunne førebygge langtidskomplikasjonar i tarmen? Dette er berre ei av fleire spanande hypotesar som kan testast ut ved seinare utbrot som vil kome.

I juni 2019 vart eit reservoar for drikkevatt i Askøy kommune forureina av bakterien *Campylobacter jejuni*. Det er ikkje så ofte ein vert ringd av kollegaer i academia på ein sundag. I pinsen 2019 ringde min

gode kollega, og hovudrettleiar under arbeidet med avhandlinga, professor Guri Rørtveit, meg for å høyre om eg ville vere med på eit nytt forskingsprosjekt. Vi samla gruppa som forska på *Giardia* i Bergen etter 2004, med fleire, og fekk raskt sett i gong ei spørjeundersøking blant askøyværingane. Ved å vere raske, sikra vi oss noko som mangla i *Giardia*-prosjektet: informasjon om helsetilstanden til studiedeltakarane frå før utbrotet. Dette vil vere svært nyttig for verdien av funna i dette prosjektet.

Takk

Mi forskarkarriere starta med ein relativt lite målretta e-post til det framifrå miljøet ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS) ved Universitetet i Bergen i 2013. Vegen vidare gjekk via tilsetjing i allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE) Bergen, AFU-stipend, AMFF-stipend og seinare tilsetjing i stipendiatstilling ved IGS. Disputas var i august 2019. Eg er svært takksam for å ha vore del av eit så godt miljø som det allmennmedisinske forskingsmiljøet i Bergen. Spesiell takk til hovudrettleiar professor Guri Rørtveit ved IGS, og medrettleiar forskar II Knut-Arne Wensaas ved AFE. Eg tilrår heilharta alle allmennle-gar eller samfunnsmedisinarenar som har ei

problemstilling dei tykkjer burde vore undersøkt nærare, om å ta sjansen på å prøve seg som forskar. Sjølv har eg no vore så heldig å få fortsette i AFE Bergen, NORCE Norwegian Research Centre, som forskar II. Der er eg involvert i fleire prosjekt, og leiar for eit prosjekt der vi skal søke Norges forskningsråd om pengar til ein idé om å utvikle eit vakkert mobilspel som skal hjelpe pasientar med å handtere plager ved irritable tarmsyndrom. Ta gjerne kontakt om du tykkjer det høyrer interessant ut å bidra på nokon som helst måte!

REFERANSAR

1. Eikebrokk B, Gjerstad KO, Hindal S, Johanson G, Røstum J, Rytter E. Giardia-utbruddet i Bergen høsten 2004: Rapport fra det eksterne evalueringsutvalget. 2006; 220.
2. Wensaas KA, Langeland N, Hanevik K, Morch K, Eide GE, Rørtveit G. Irritable bowel syndrome and chronic fatigue 3 years after acute giardiasis: historic cohort study. Gut 2012; 61: 214–9.
3. Litleskare S. Long-term complications following an outbreak of giardiasis. [Dissertation on the internet]. Bergen: University of Bergen; 2019 [cited 2020 May 28] Available from: <http://hdl.handle.net/1956/20953>
4. Litleskare S, Wensaas KA, Eide GE, Hanevik K, Kahrs GE, Langeland N, et al. Perceived food intolerance and irritable bowel syndrome in a population 3 years after a giardiasis-outbreak: a historical cohort study. BMC Gastroenterol 2015; 15: 164.
5. Litleskare S, Rørtveit G, Eide GE, Hanevik K, Langeland N, Wensaas KA. Prevalence of Irritable Bowel Syndrome and Chronic Fatigue 10 Years After Giardia Infection. Clin Gastroenterol Hepatol 2018; 16: 7: 1064–72.
6. Litleskare S, Rørtveit G, Eide GE, Emberland KE, Hanevik K, Langeland N, et al. Quality of life and its association with irritable bowel syndrome and fatigue ten years after giardiasis. Neurogastroenterol Motil 2019; e13559.
7. Hanevik K, Wensaas KA, Rørtveit G, Eide GE, Morch K, Langeland N. Irritable bowel syndrome and chronic fatigue 6 years after giardia infection: a controlled prospective cohort study. Clin Infect Dis 2014; 59: 1394–400.
8. Klem F, Wadhwa A, Prokop LJ, Sundt WJ, Farrugia G, Camilleri M, et al. Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Irritable Bowel Syndrome After Infectious Enteritis: A Systematic Review and Meta-analysis. Gastroenterology 2017; 152: 1042–1054.e1.
9. Vilagut G, Forero CG, Pinto-Meza A, Haro JM, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. The Mental Component of the Short-Form 12 Health Survey (SF-12) as a Measure of Depressive Disorders in the General Population: Results with Three Alternative Scoring Methods. Value Heal 2013; 16: 564–73.
10. Ware Jr. JE, Kosinski M, Keller SD. SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, Second Edition, 1995; 1995.
11. Cournoyea M, Kennedy AG. Causal explanatory pluralism and medically unexplained physical symptoms. J Eval Clin Pract 2014; 20: 928–33.

Fastlegene har imponert

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

Fastlegene har fått for liten anerkjennelse under koronapandemien, mener lederne av Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen.

– Det vanskeligste i starten var usikkerheten. Vi visste ingenting om smittsomhet, alvorlighetsgrad, hvordan håndtere pandemien, hvor mange som ville bli syke og alvorlig syke og om vi måtte prioritere mellom pasientene. Det å håndtere alt dette var vanskelig, og det var et stort behov for å få den kunnskapen som fantes ut til fastlegene, sier leder av Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Marte Kvittum Tangen til *Utposten*.

Onsdag 11. mars opprettet styret i NFA og styret i Allmennlegeforeningen (AF) en felles innsatsgruppe mot covid-19. Det ble

også etablert én fast kontaktperson i Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, NAV, Helfo og Statens legemiddelverk.

– Fastlegene har imponert. De har vært utrolig kreative, har vist stor vilje til endring og har imponerende raskt tatt til seg ny kunnskap. Og de har håndtert smittevern på en veldig god måte. Fastlegene fortjener ros og anerkjennelse, og kanskje har de ikke fått dette i samme grad fra myndighetene som andre legegrupper, mener Kvittum Tangen.

Det er AF-leder Nils Kristian Klev enig i.

– Vi har fått god drahjelp i arbeidet vårt fra medlemmene som har kommet med mange gode innspill og har stilt oss gode spørsmål og har bidratt til å finne gode løsninger. Fastlegene har brettet opp ermene og har tatt ting på strak arm. Det å ikke stille opp har ikke vært et tema. På bare én uke var nesten alle legene over på videokonsul-

tasjoner. Fastlegene viste en enorm vilje og interesse til omstilling. Vanligvis har legene 10 000 videokonsultasjoner i uka, nå økte tallet raskt til 120 000, sier Klev.

Etterlyser overordnet ledelse

Det har vært få pauser og lange dager de siste ukene for Kvittum Tangen og Klev – i skrivende stund første uke i mai. Klokka 07.30 har morgenmøtene i innsatsgruppa startet. Lenge sendte gruppa ut daglige nyhetsbrev til medlemmene og til andre mottakere som ba om å få stå på mailinglisten.

Kvittum Tangen mener én av lærdommene etter pandemien er behovet for en overordnet ledelse av fastlegene.

– I en krisesituasjon har vi behov for en ledelse som forteller hvordan noe skal gjøres, som har overblikk og som kan gi veiledning. Min erfaring er at det systemet vi har er for dårlig ledet. Hadde det vært godt ledet, hadde det ikke vært behov for oss i AF og NFA. Dette ledelsesansvaret er for mye å legge på hvert enkelt legekontor. Det må være noen som ser alt overordnet, som bare har ansvar for fastlegene.

– Har dere tatt en del av ledelsesrollen som kommunene burde ha hatt?

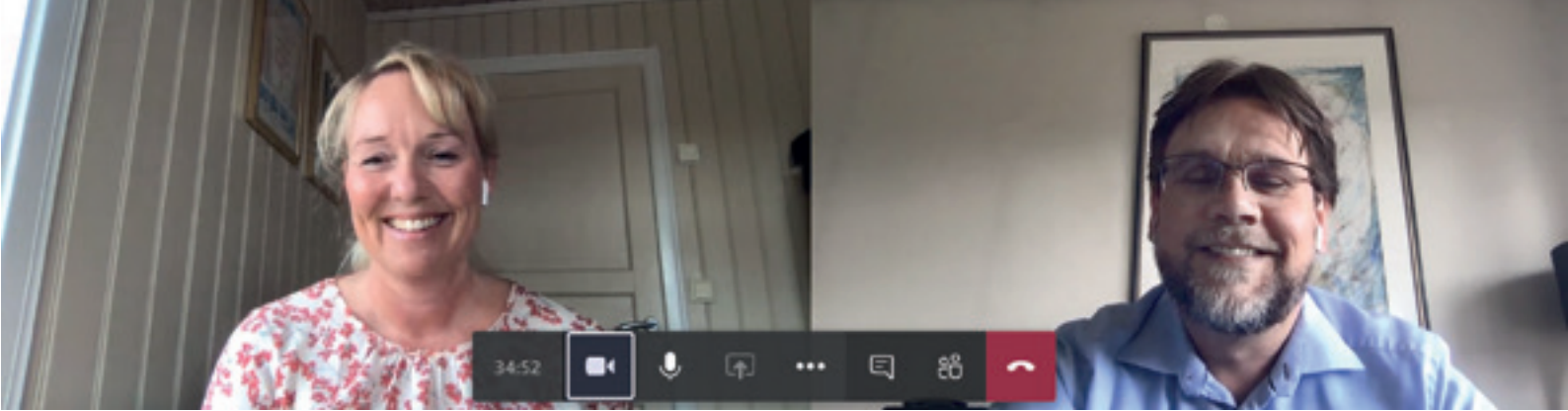
– Det er ikke den kommunale ledelsen som har manglet, men en samlet overordnet fastlegeledelse. Helsedirektoratet ga tidlig gode faglige anbefalinger og råd, men vi har savnet konkrete organiseringsråd. Det er mange kommuneoverleger som har gjort en utrolig god jobb, og som i små stillingsprosenter har jobbet 24/7 for å utøve smittevern, smitteoppsporing, organisering og rådgivning til fastlegene i kommunen. Det har vært imponerende, men det har nok også variert mellom kommunene hvor bra dette har fungert. Kanskje kommunene også kjenner på manglende overordnet nasjonal ledelse av fastlegene, og kommunene har virkelig også hatt sitt å stri med i håndteringen av pandemien, svarer Kvittum Tangen.

– Helseforetakene har ivaretatt informasjonsflyten og organiseringen på en annen måte fordi de har en annen struktur og en ledelse med definerte ansvarsområder. Det

Nils Kristian Klev og Marte Kvittum Tangen berømmer fastlegenes innsats under koronakrisen.

FOTO: KNUT E. BRAATEN/LEGEFORENINGEN





Marte Kvittum Tangen og Nils Kristian Klev har stått samlet som ledere for fastlegene under covid-19-pandemien.

FOTO: SKJERMDUMP FRA VIDEOINTERVJU MED UTPOSTEN SJU UKER ETTER AT KORONAPANDEMIEN ENDRET HELSE-NORGE

FOTO: MAGNUS HJORTDAHL



– Vi har sett på tall som viser at cirka 120 millioner kroner rant ut av fastlegeordningen bare på tre uker før påske. Tilsvarende inntekts-tap for sykehusene i samme periode var 760 millioner kroner, sier AF-leder Nils Kristian Klev.

er tydelig hvem som har ansvar for å informere, organisere og orientere, og det er ikke så tydelig for fastlegene.

Sårbart finansieringssystem

De inngripende tiltakene regjeringen besluttet 12. mars, førte også til at fastlegekontorene fikk færre pasienter på legekontorene.

– At vi plutselig og så raskt måtte gå til permitteringer av medhjelpere og personell, så vi ikke komme. Finansieringssystemet er sårbart ved så brå omstillinger. Det er gjort tiltak underveis for å rette på det, men det tar tid – selv om dette har gått veldig fort i forhold til hva man normalt kunne forvente fra myndighetenes side. Systemet viser en sårbarhet overfor beredskap som vi ikke har tilsvarende av på sykehus,



– Helseforetakene har ivarettatt informasjonsflyten og organiseringen på en annen måte fordi de har en annen struktur og en ledelse med definerte ansvarsområder, sier NFA-leder Marte Kvittum Tangen. FOTO: LISBETH NILSEN/AMFF

hvor myndighetene var raskt ute med å si at sykehusene ikke skulle lide økonomisk, selv om aktiviteten gikk ned, sier Klev.

120 millioner rant ut

– Har pandemien bidratt til at noe er blitt klarere enn før?

– Finansieringssystemet har ikke truffet de nye arbeidsformene, så det har vært en betydelig omsetningssvikt for fastlegene etter nedgang i pasienthenvendelsene. Vi har sett på tall som viser at cirka 120 millioner kroner rant ut av fastlegeordningen bare på tre uker før påske. Tilsvarende inntekts-tap for sykehusene i samme periode var 760 millioner kroner. Når de har 15 ganger så høye

budsjetter som oss, sier det litt om alvoret. Det bekymrer oss, og er noe vi har adressert til myndighetene.

De to allmennlegelederne understreker betydningen av at AF og NFA har jobbet i fellesskap.

– Det var viktig at AF og NFA slo seg sammen og stod samlet. De faglige sidene og rammebetingelsene går hånd i hånd, fastslår Klev, som får støtte av Kvittum Tangen:

– Rammebetingelser og fag henger sammen i arbeidet med å finne gode løsninger. Dette har blitt enda klarere under koronapandemien.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

– I en krisesituasjon har vi behov for en ledelse som forteller hvordan noe skal gjøres, som har overblikk og som kan gi veiledning. Min erfaring er at det systemet vi har er for dårlig ledet.

MARIE KVITTUM TANGEN
NFA-LEDER

Etter 100 år var allting glemt – nesten

■ STÅLE ONSGÅRD SAGABRÅTEN • Fastlege ved Nesbyen legesenter og styremedlem i NFA

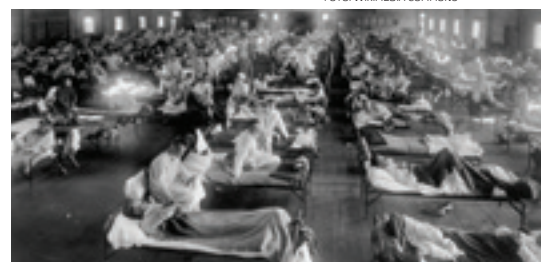


FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

UNDER EN UTENLANDSREISE i fjor høst plukket jeg opp ei bok med tittelen *Pandemic 1918 – The Story of the Deadliest Influenza in History* av Cathrine Arnold – en utrolig spennende oppsummering av influensapandemien som i 1918–19 tok livet av mer enn 100 millioner mennesker i det som er beskrevet som en av de største naturkatastrofene i verdenshistorien. Lærdommen fra spanskesyken burde vi ikke så lett glemme. Det gjelder å være forberedt og raskt slå til når en ny pandemi rammer, er forfatterens budskap i bokens avslutningskapittel.

VED STARTEN AV 2020 begynte det å komme stadig hyppigere rapporter i media om sykdomstilfeller forårsaket av et nytt virus i Wuhan, Kina, som menneskene trolig hadde plukket opp fra dyreriket. De kinesiske myndighetene så i starten ut til å håndtere dette like dårlig som ved SARS i 2003: Med forsøk på å stilne stemmen på øyelegen som først advarte vennene mot smitten og slik gjorde offentligheten oppmerksom på det nye viruset, forsinket de muligheten til å begrense utbruddet – ikke ulikt det en så i USA da spanskesyken først traff landet i 1918, hvor en var redd for å lage unødige oppstyr som ville ramme myndighetene. Om lag fem måneder ut i 2020 vet vi fasiten på denne unnfalldenheten: En verdensomspennende pandemi forårsaket av SARS-CoV2-viruset, det verste globale sykdomsutbruddet i vår tid.

I SLUTTEN AV FEBRUAR i år delte Kjartan Olafsson med resten av styret i Norsk forening for allmennmedisin mailer han had-

de fått fra Italia via sitt nettverk oppnådd gjennom arbeid i UEMO, den europeiske allmennlegeforeningen, der han tidligere har vært visepresident. Rapportene var rystende: Overfylte sykehus og koronasyke i hopetall, manglende beskyttelsesutstyr og helsepersonell som selv ble smittet, slik at de ble vektorer for smittespredning – for ikke å glemme flere titalls allmennleger som var døde. Italienerne mente det bare var et tidsspørsmål før sykdommen spredte seg til resten av Europa og verden.

MELDINGEN VI FIKK var tydelig: Forbered dere, for dere er bare 14 dager fra helvete! På dette tidspunktet hadde tilsynelatende ikke norske myndigheter tatt innover seg at Nord-Italia bare var en flyreise med norske skiturister unna Norge. Norske myndigheter var i likhet med andre europeiske land ikke opptatt av å sjekke egne beredskapslagre av testutstyr eller verneutstyr, men vurderte om de skulle sende hjelpesendinger med utstyr til Kina. Litt rart siden svineinfluensaen i 2009 hadde vist oss at vi var sårbare og at det var nødvendig å ha en viss grad av beredskap i en tid hvor en pandemi ble regnet som mer sannsynlig enn en storkrig.

«TA LEDELSEN», heter det i en av de allmennmedisinske tesene. Og det var nettopp det før nevnte Kjartan Olafsson gjorde med et nokså radikalt forslag: Styret for Norsk forening for allmennmedisin burde legge bort alt annet arbeid med høringsuttalelser og annet en fagmedisinsk forening til vanlig sysler med, og heller slå seg

sammen med styret i Allmennlegeforeningen i en felles innsatsgruppe som fokuserte på utfordringer knyttet til covid-19 de neste ukene. Innsatsgruppen under dynamisk ledelse av tospannet Marte Kvittum Tangen og Nils Kristian Klev ble lokomotivet i en formidabel og rask mobilisering av hele det allmennmedisinske miljøet. Det ble samarbeidet godt med de samfunnsmedisinske foreningene og ikke minst opp mot helsemyndighetene.

ALLMENNLEGENE sto midt på slagmarken der hvor den første fasen av kampen mot det nye viruset sto: Ute i kommunene. Selv om Norges begrensede intensivkapasitet fikk mye oppmerksomhet i de første ukene, var det ute i kommunene vi virkelig kunne flate ut sykdomskurven ved å drive godt smittevernarbeid med sporing, testing og isolering. Med svært begrenset tilgang på testutstyr og strenge kriterier fra Folkehelseinstituttet for hvem vi kunne teste med svelg- og neseprøve til PCR-analyse, klarte en i kommuner som Fosen, Sel og Hol å begrense de første tilløpene til store sykdomsutbrudd ved hjelp av godt lokalt smittevernarbeid.

I dette nummeret av *Utposten* har flere av pionerene i den norske koronamotstandskampen dokumentert sitt arbeid – slik at det ikke skal bli glemt og slik at vi har et sted å slå opp når neste pandemi rammer. Norske allmennleger og samfunnsmedisinere har all grunn til å være stolte av innsatsen så langt.

■ STALE.SAGABRATEN@GMAIL.COM

Situasjonsrapport fra Sel, 12. mars 2020

■ THERESE RENAA • Kommuneoverlege i Sel kommune



DET ER ALLEREDE TIDLIG KVELD. Telefonen ligger tungt i lomma, kald og taus. Ute i bakgården lyser smitteteltet gult i mørket. Hele huset har roet seg, men stemningen er spent. Vi venter alle på at telefonen skal ringe.

De siste ti dagene flyter sammen. Det føles som om jeg er blitt sugd inn i en malstrøm og bare må holde hodet over vannet. Jeg er alltid på jobb for tiden. Eviglange møter, innboksen full av hundrevis av mel-

dinger hver dag, lange lister med spørsmål som skal besvares. Det summer i hodet. Jeg ringer FHI mange ganger om dagen, for melding av smittede, avklaring og trøst. De hjelper med alt.

JEG ORKER IKKE SE PÅ NYHETENE.

Der er det bare koronanytt. Nettsidene til FHI og Helsedirektoratet er eneste kontakt med omverdenen, bortsett fra oppmun-
trende meldinger fra venner og kollegaer.

Hele verden er snudd på hodet på kort tid. Nå har smitten begynt å spre seg andre steder i landet, men lenge har kommunen lyst opp alene som en rød flekk på VGs koronakart. Som et rødt hjerte midt i Norge. Som en skamplett.

NABOKOMMUNER ADVARER mot å reise hit. Våre innbyggere blir bedt om å ikke komme på jobb i andre kommuner. Kollegaer lurar på hva vi egentlig driver med. Flinker smittevernleger har ikke smitte i sine kommuner.

Alle er klar over at situasjonen er alvorlig. Gatene er tomme. Folk sitter hjemme. Bedrifter permitterer sine ansatte. NAV kneler. Kun Pizzabakeren tjener penger for tiden. Jeg tenker på at det ikke er koronaen som truer folkehelsen, men fortvilelse og høyt kolesterol.

BAKGÅRDEN ER TOM, men tidligere i dag var det helt galskap. Etter at vi fant den første smittede for 10 dager siden, har nærkontaktene åpenbart seg som et mycel av sopptråder. Mange har symptomer, i hvert fall når de kjenner godt etter. Kanskje halsen er litt sår, kanskje nesen litt tett. Kanskje er det korona. Alle vil gjerne testes. Heldigvis har ingen vært alvorlig syk – så langt. Vi tester folk i bil for å redusere smittefaren. Bilkøen i dag strakte seg rundt hele kvartalet og en bit bort i neste. Det ble store poser med prøver, så mange at de ikke fikk plass i den vanlige kassen som sendes til sykehuset. Jeg tenker på de ansatte på mikrobiologen som jobber på spreng hver kveld for å analysere prøvene. Maskina må da gå varm. Den trygge, blide stemmen i røret når de ringer for å varsle om positive prøver. Jeg tar opp telefonen for å sjekke at den har strøm og at lyden er på. Fortsatt ingen beskjed.

PLUTSELIG RINGER DET. Jeg skynder meg å finne penn og papir. Det kommer til å bli en lang natt.

■ THERESE.RENA@SEL.KOMMUNE.NO

Otta sett fra Pillarguritoppen. I bakgrunnen ses Rondane. FOTO: WIKIMEDIA COMMONS / HELGE LEANDER B. JENSEN



Distriktsturnus eller karanteneturnus?

■ SONJA GÅSLAND • LIS1, Vågsmyra legesenter i Stavanger

JEG HADDE FORESPEILET MEG at distriktsturnus skulle bli utfordrende og spennende. Det har den virkelig blitt, men på en helt annerledes og uventet måte.

Turnustjenesten avsluttes med seks måneder på fastlegekontor og kommunal legevakt. Jeg studerte i Slovakia, og der ble allmennmedisin lite vektlagt under studiet. Jeg har lite tidligere erfaring fra fastlegekontor, og så dermed frem til en spennende og lærerik tid. Det jeg hadde hørt fra dem som var ferdige med turnus, var at man aldri vet helt hva som venter en i distrikt, annet enn at det garantert blir mye man ikke har møtt under sykehusturnustjenesten.

DEN FØRSTE UKEN på kontoret bød på så mangt. Flere av pasientene jeg var i kontakt med hadde vært på skiferie i Østerrike. På det tidspunktet var ikke opphold i Østerrike indikasjon for koronatesting. Covid-19 utbruddet i landet var enda ikke erkjent. I det minste ikke foreløpig.

Etter første uke i allmennpraksis konkluderte jeg med at jobben var spennende, det var mye nytt og det var overraskende travelt. Jeg satt igjen med mange tanker og forestillinger om alt jeg gledet meg til, og gruet meg til å få ta del i og bryne meg på det neste halve året.

DEN ANDRE UKEN i allmennpraksis skulle jeg ha to dager med opplæring på legevakten og deretter et todagers kurs i akuttmedisin. Kurset arrangeres for alle nye turnusleger med oppstart i distrikt. Jeg hadde brygget på en forkjølelse i minst en måned, lenge før koronaviruset hadde kommet til Norge. Forkjølelssymptomene kom og gikk og hadde foreløpig ikke blomstret for fullt. Siste del av dag to på legevakten, 11. mars, begynte jeg å føle meg skikkelig dårlig – hodet «kokte», nesen rant og halsen klødde mer og mer. Jeg tok meg i å tenke; «Det hadde nesten vært fint om kurset i morgen ble utsatt – det kommer jo ingen ny sjanse før turnustjenesten er over?» Dagen etter, 12. mars, ble Norge



12. mars ble Norge stengt ned og alt ble endret med covid-19. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

stengt ned. Akuttmedisinkurset ble det selvsagt ingenting av. Langhelgen som var i sikte ble til hjemmeisolasjon. Etter noen dager fikk jeg heldigvis «oppgradere» til hjemmekarantene da det negative prøvesvaret på covid-19 forelå.

PÅ FASTLEGEKONTORET var ingenting som før. Driften måtte endres totalt. Personalmøter, internundervisning og veiledning ble digitalisert. Telefon- og videokonsultasjoner ble fort en realitet, noe som også bød på forskjellige utfordringer. For meg, som en novise i allmennmedisin, var selve konsultasjonen utfordrende. Hva var problemet, hvordan få god struktur på konsultasjonen? Det som fra før kunne være vanskelig å forstå, ble definitivt ikke enklere om man la til språkvansker og en mor eller far som forsøkte seg på legekon-

sultasjon gjennom headset, i samme rom som friske og syke barn hadde hjemmebarnehage. Lite visste jeg at den første uken på legekontoret skulle vise seg å bli den eneste «helt vanlige» uken så langt.

RETNINGSLINJENE sa «bli hjemme til symptomfri +1 dag», og hjemmekarantenen vedvarte dermed i det som føltes som en evighet. Hunden min fikk tilbringe hele dagene med sin favorittperson, samt et håp om evigvarende daglig turer med varighet som tillater nistepakke. Om noen skulle ønske turtips til folkesky områder i Rogaland, bistår jeg gjerne – for det har jeg opparbeidet meg mengde- og ferdighetstrening i!

■ SONJA.GAASLAND@LYSE.NET

En praksisperiode utenom det vanlige

■ VILDE IVERSEN • Medisinstudent Universitetet i Bergen

ENDELIG VAR SJETTEÅRET på medisinstudiet i gang, og endelig skulle jeg ut i allmennpraksis. Dette var en praksisperiode jeg lenge hadde sett fram til, og da av den enkle grunn at den hadde rykte på seg for å være den beste praksisen i løpet av hele studiet. Jeg skulle virkelig få prøve meg som lege på ordentlig, med alt dette innebar av utfordringer.

Allerede første uke i praksis hadde jeg egne pasienter – og jeg husker særlig godt en ung jente som kom til meg fordi hun var så bekymret for koronaviruset som herjet i Kina. Jeg beroliget henne, fortalte at dette viruset ikke var kommet til Norge, og at det ikke var noe å bekymre seg for. For det var det jo heller ikke. Eller?

TRE UKER UT I PRAKSISPERIODEN var vinterferien over, og første smittetilfelle i Norge var et faktum. Etter dette gikk det fort i svingene – og kun en drøy uke etterpå la regjeringen fram strenge tiltak for å stanse smittespredningen. Påfølgende mandag ble det avholdt personalmøte på legekontoret. Personalet ble her inndelt i «par», og kun ett par bestående av én lege og én helsesekretær skulle være fysisk til stede på kontoret av gangen. Dette for å forhindre eventuell full nedstengning av kontoret.

Etter det uvanlige personalmøtet skilte alle lag, usikre på hvor lang tid det ville ta før hele gjengen kunne være samlet på kontoret igjen.

PÅ LEGEKONTORET var det ikke bare de ansatte som måtte forholde seg til endringer i driften, også pasientene måtte være med på dugnaden. Alle problemstillinger som kunne utsettes ble utsatt, og konsultasjoner som kunne tas på telefon eller video, ble gjennomført på denne måten. Jeg ble imponert over hvor løs-

ningsorienterte alle var – og ikke minst av gjennomføringsevnen som ble vist, og kjente på stolthet over å være en del av et slikt helsevesen. Brått ble praksishverdagen en helt annen enn den hadde vært for bare en uke siden. Men dette var plutselig helt naturlig og den største selvfølge. Det var som om dugnadsånden var kastet over oss alle sammen, og disse endringene kostet oss ingenting, det var rett og slett det som måtte gjøres.

Det snakkes mye om at denne pandemien kunne vært håndtert bedre dersom man var bedre forberedt. Når jeg nå har sett hvor handlekraftig og tilpasningsdyktig primærhelsetjenesten kan være på så kort varsel, må jeg innrømme at jeg er spent på å se hvordan utfallet blir dersom Norge og verden på nytt skulle rammes av en lignende pandemi. Det er nok flere enn meg som har fått uvurderlig lærdom når det

kommer til håndtering av slike situasjoner. Så gjenstår det bare å se når vi får bruk for dette neste gang.

MIN SISTE PRAKSISPERIODE på medisinstudiet viste seg altså å bli alt annet enn det jeg hadde sett for meg. Til tross for at de siste ukene ble snudd på hodet, har det også kommet mye positivt ut av situasjonen – som for eksempel at jeg også lærte meg å utføre videokonsultasjoner, og ikke minst at jeg fikk oppleve noe som kommer til å bli sett på som en historisk begivenhet, og som kanskje har forandret primærhelsetjenesten for godt.

Full av ny erfaring og lærdom, etter medisinstudiets mest uvanlige praksisperiode, tok jeg kystbussen hjem til Bergen. For anledningen koronakledd i munnbind og med Antibac i lomma.

■ VILDE.IVERSEN@STUDENT.UIB.NO



Utrustning i koronaens tid.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Utbrot av covid-19 i ei bedrift

■ ANITA SØRTVEIT • Kommuneoverlege og sjukeheimslege, Osterøy kommune

OMRINGA AV TRE FJORDAR ligg Osterøy med sine 8000 innbyggjarar. Kommunen grenser til Bergen, Alver og Vaksdal, og det er fastlandsforbindelse gjennom bru og ferje. Osterøy har eit mangfaldig næringsliv med mange små og mellomstore bedrifter, og mange pendlar både til og frå øya på jobb.

Det var på ei av dei største bedriftene me fekk eit utbrot av covid-19 – ei fiskeforedlingsbedrift med 150 tilsette. Ein god del av dei tilsette var innbyggjarar i kommunen, men fleire budde i tilgrensande kommunar, og det var mange ulike nasjonalitetar. Til saman vart det avdekka 44 tilfelle av covid-19 i samband med utbrotet, og dei fleste av desse var busett på Osterøy. Me har til no berre sett at nære i husstanden vart smitta. I løpet av komande veke er sannsynlegvis alle ute av isolasjon. Ingen har vore svært alvorleg sjuk, og ingen er vorte innlagt i sjukehus.

ME STARTA TESTING på denne bedrifta etter at HR-ansvarleg tok kontakt med meg som smittevernlege, fordi unormalt mange på same avdeling var sjuke samtidig. Symptoma var diffuse eller milde, og ein god del hadde ikkje akutt luftvegsinfek-

sjon med feber eller hoste. Dei fyrste som meldte seg sjuke i bedrifta hadde sjølv oppsøkt helsetenesta der dei budde og bede om å bli testa, men vart avvist for testing i sin heimkommune sidan dei ikkje var innanfor kriteriene.

Me hadde fått litt tid på oss i kommunen sidan me lenge var utan positive tilfelle. Koronatelefonen var i gang, og undertekna saman med helsesjukepleiarar hadde danna eit koronateam. Det var onsdag før påske og eg gleda meg til litt ferie. På formiddagen fekk eg meldt to positive koronatestar. Begge jobba i denne bedrifta. Eg byrja ringe rundt, men forstod raskt at vi stod overfor eit omfattande og tidkrevjande arbeid. Heile koronateamet vart kalla attende frå påskeferien for vidare testing og smitteoppsporing.

HELSESJUKEPLEIARANE gjorde ein fantastisk jobb, og saman fekk me etter kvart oversikt og kontroll. Nabokommunar vart oppmoda om å teste sjuke tilsette frå denne bedrifta. Alle med symptom vart satt i isolasjon og nærkontaktar i karantene. Smitteoppsporingssamtalane vart ekstra utfordrande grunna mange nasjonalitetar og ulike norsk- og engelskkunnskapar. Me såg

eit mønster på at smitta hadde spreidd seg raskt i dei avdelingane med tettast fysisk kontakt.

Ei av mine viktigaste arbeidsoppgåver som smittevernlege var å gå i tett dialog med bedrifta. Gjennom videomøter, telefonar og skriftleg korrespondanse vart samarbeidet godt. Bedrifta kunne ikkje opne opp for produksjon så lenge me ikkje hadde oversikt eller kontroll over utbrotet. Dette kom me fram til i samråd med konsernleiinga, og det vart ikkje nødvendig med pålegg. Det vart satt i verk ulike tiltak for å betre smittevernet, både fysisk og i form av informasjon og undervisning tilpassa den enkelte tilsette.

EG ORIENTERTE KRISELEIINGA i kommunen kontinuerleg og hadde tett dialog med både Fylkesmannen og FHI heilt frå starten. Arbeidet har vore svært interessant. Eg har fått ny kunnskap om privat og offentleg sektor og lært ein del om fiskeforedling. No står det berre att å få eit godt digitalt verktøy for smitteoppsporing, samt å kunne sende MSIS-melding elektronisk!

■ ANITA.SORTVEIT@
OSTEROY.KOMMUNE.NO

TIPS VED UTBROT I EI BEDRIFT

- Det er viktig å ha oversikt over bedriftene i egen kommune.
- Bedriftene må vite kven i kommunen dei kan ta kontakt med for rådgjeving.
- Test utanfor kriteriene og ha låg terskel for testing om ein mistenker utbrot.
- Ring Fylkesmannen og FHI for å informere og diskutere råda ein gir ut ved eit utbrot.
- Sjekk at du har tilgangar som fungerer til CIM/Vesuv for å varsle om utbrotet også der.
- Opprett kontakt med nabokommunar dersom tilsette bur i ulike kommunar.

Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten

■ GRY M. GRØNENG • Prosjektleder | RICHARD WHITE • Statistiker og webansvarlig | GUNNAR RØ • Statistiker og webansvarlig

Folkehelseinstituttet har lansert en webside der kommuneoverleger og fylkesleger kan få oversikt over koronavirus, samt luftveisinfeksjoner og mage-tarm-infeksjoner på nasjonalt, fylke- og kommunenivå: <https://spuls.fhi.no/>

Formålet med Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten er å ivareta noen av kommuneoverlegens behov i det kommunale smittevernarbeidet. Dette kan være spesielt aktuelt for å følge med på covid-19 i sin kommune nå som man gradvis gjenåpner samfunnet.

Symptomer og datakilder

- Covid-19 (MSIS¹, NorSySS², MSIS laboratoriedatabasen³)
- Mage-tarminfeksjoner (NorSySS)
- Luftveisinfeksjoner (NorSySS)

1 Sykdomspulsen (NorSySS) er et overvåkingssystem ved Folkehelseinstituttet for infeksjonssykdommer basert på konsultasjoner hos fastlege og legevakt.

2 Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved Folkehelseinstituttet. MSIS er det nasjonale overvåkingssystemet for smittsomme sykdommer. Systemet er basert på at medisinsk-mikrobiologiske laboratorier og diagnostiserende leger melder alle tilfeller av enkelte meldingspliktige sykdommer til MSIS.

3 MSIS laboratoriedatabasen ved Folkehelseinstituttet. Dette er elektroniske kopisvar som går direkte fra laboratoriene inn til MSIS.

Kommuneoverleger kan på samme webside abonnere på en meldingstjeneste for å få varsel om en økning av antall konsultasjoner/positive prøvesvar på e-post for valgte kommuner/fylker. Dette er et signal som indikerer at det kan være en fordel å sjekke websiden og følge med på denne kommunen/fylket.

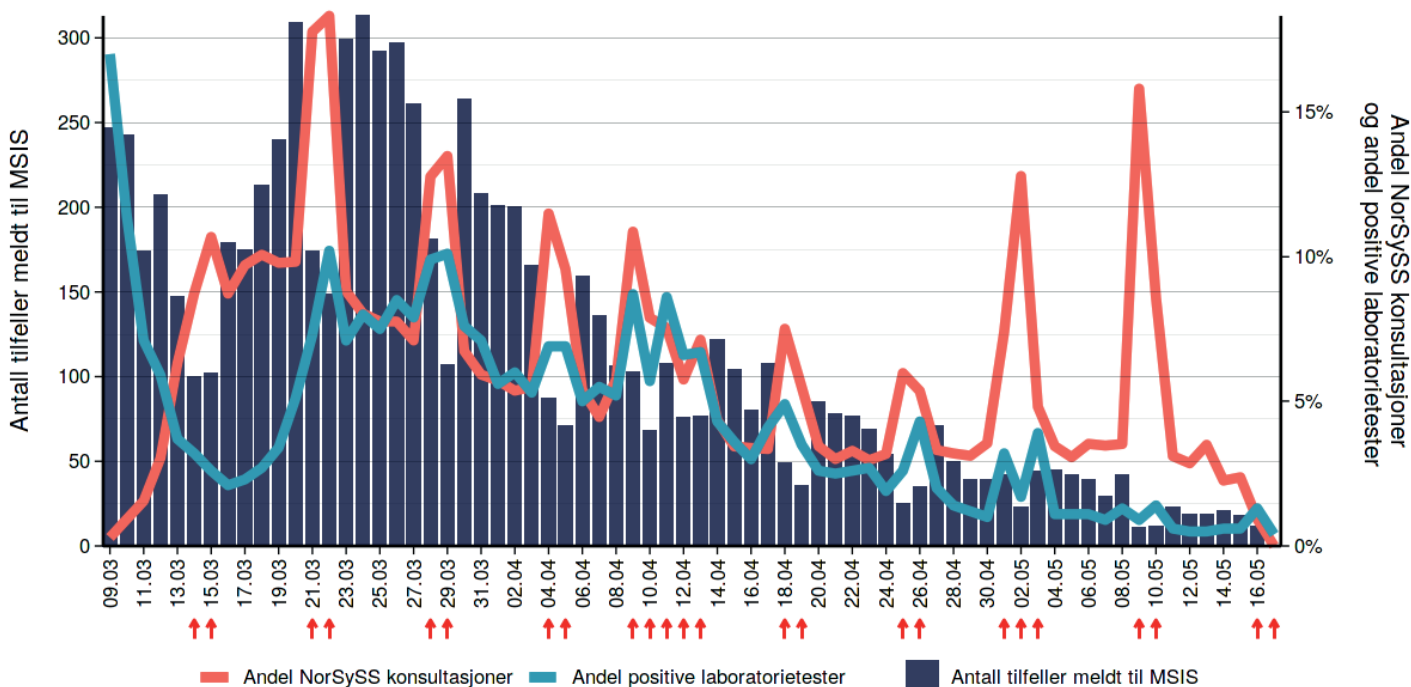
Data om en rekke indikatorer for covid-19-epidemien vil bli lagt til de kommende ukene. Landets kommuneoverleger vil få mulighet til å kommentere i en spørreundersøkelse nå i begynnelsen av juni.

Mer informasjon om løsningen og data kommer i neste nummer av *Utposten*.

GRAF.

Antall covid-19 meldinger til MSIS og andel konsultasjoner for covid-19 (mistenkt, sannsynlig eller bekreftet) på legekontor og legevakt.

GRAF: DATA FRA NORSSYSS OG MSIS



Røde piler på x-aksen viser helger og helligdager. Røde * på x-aksen viser sensurerte data
Søylene skal leses av på venstre side, den røde linjen skal leses av på høyre side
Nevneren på andelen er totalt antall konsultasjoner per dato i valgt geografisk område
Røde stiplede vertikale linjer på figuren betyr at ingen konsultasjoner er rapportert på disse datoene
Folkehelseinstituttet, 18.05.2020

Med 10-kilos mobil, gonoré-krøll og Distriktslege i Bygland i

■ VIDAR TOREID • Pensjonert kommuneoverlege og allmennlege, men fortsatt ofte vikar i grannekommunar. Er i tillegg leiar i Setesdal Sogelag

I dei fire Setesdals-kommunane med 8000 innbyggjarar – og 18 mil frå sør til nord – var det til saman 4,5 legestilling då eg som 29-åring begynte som einelege i Bygland kommune i 1977. I dag arbeider det 12 legar i Setesdal.

Etter utdanning ved Háskóli Íslands og turnusteneste i Odda og Jondal i Hardanger ville me kome nærare familie på Rjukan, og samstundes syte for at borna kunne vekse opp i eit lite bygdemiljø med rike kulturtradisjonar og nynorsk som skulemål.

Helsesyster var og jordmor, heimesjukepleiar og legesekretær

Somme klagar over at det er for mykje of fentleg byråkrati, men dei færreste ville vel ynskje seg tilbake til 1970-åra. Utanom sjukeheimen var Birgit Bygland einaste

faste sjukepleiar i kommunen. I tillegg til helsesyster var ho og jordmor, heimesjukepleiar og legesekretær. Mellom venterom og legekontor var det eit lite avkleddingsrom (frå den tida det var vanleg med kvardagsstakk, som tok tid å få av og på), dette romet blei no lab og resepsjon.

På sosialkontoret var sosialsjef Erik Langfeldt åleine, men klarte likevel å engasjere seg sterkt for dei mest ressursvake. Me samarbeidde godt om meir samansette familieproblem. Då ein vaksen son som budde åleine med mor si, nekta broren å

Vidar Toreid i dag, men med mobil og batteri frå 1979



snill ØNH-lege: 1970- og 80-åra

kome heim, fekk me til ein skriftleg avtale om når og kor lenge broren kunne vere heime, noko som fungerte i fleire år.

Bortkasta konsulent

Først i 80-åra fekk kommunen sin første rådmann, Ola Tolstad. Han og sosialsjefen var tidleg ute med datateknikk og internett og fekk fram statistikk som synte at det kom til å bli ein stor nedgang i talet på eldre over 80 år frå 2000 og utover. Dermed blei det mindre trong for sjukeheimsplassar fram til 2025. Nokre år seinare engasjerte ein ny rådmann eit ikkje heilt gratis konsulentfirma – som berre kom fram til same konklusjon.

Frå einelege til turnusrettleiar

Eg var einaste lege i kommunen dei første to åra, men fann så ut at einelegepraksis var ein lite tilfredsstillande arbeidsmåte og søkte derfor om turnuslege. Seinare hadde eg i legepraksisen nærare førti turnuslegar og etter kvart også mange legestudentar. Dei kom med verdifulle impulsar frå studiet og sjukehustenesta. Eg la merke til at dei som hadde hatt praksis på psykiatrisk avdeling, i langt større grad tok psykiske og sosiale faktorar med i vurderinga av somatiske plager. Dei hadde ikkje så lett for straks å tenke på henvisning til somatisk spesialundersøking.

Fullkomen legevakt på telefonsentralen

Legevakt vart på den tida sett på som ei ulønna plikt for distriktslegar, med jamnleg vakt alle kvardagar, men avtale med granelegane i Valle og Bykle om fri einskilde helger. Dei to søstrene ved den manuelle telefonsentralen fungerte perfekt heile døgnet som samband mellom pasient og vaktlege. Dersom nokon på Ose ringte, kunne dei opplyse pasienten om at doktoren no var på Hedde, men at dei skulle ringe dit og be han kome innom Ose på heimvegen..



«På sykkel med mobil i sekken». Måleri av Mona Ida Håvorstad Frøysnes, var 50-årsgåve frå pasientar.

Mobiltelefon på ti kilo

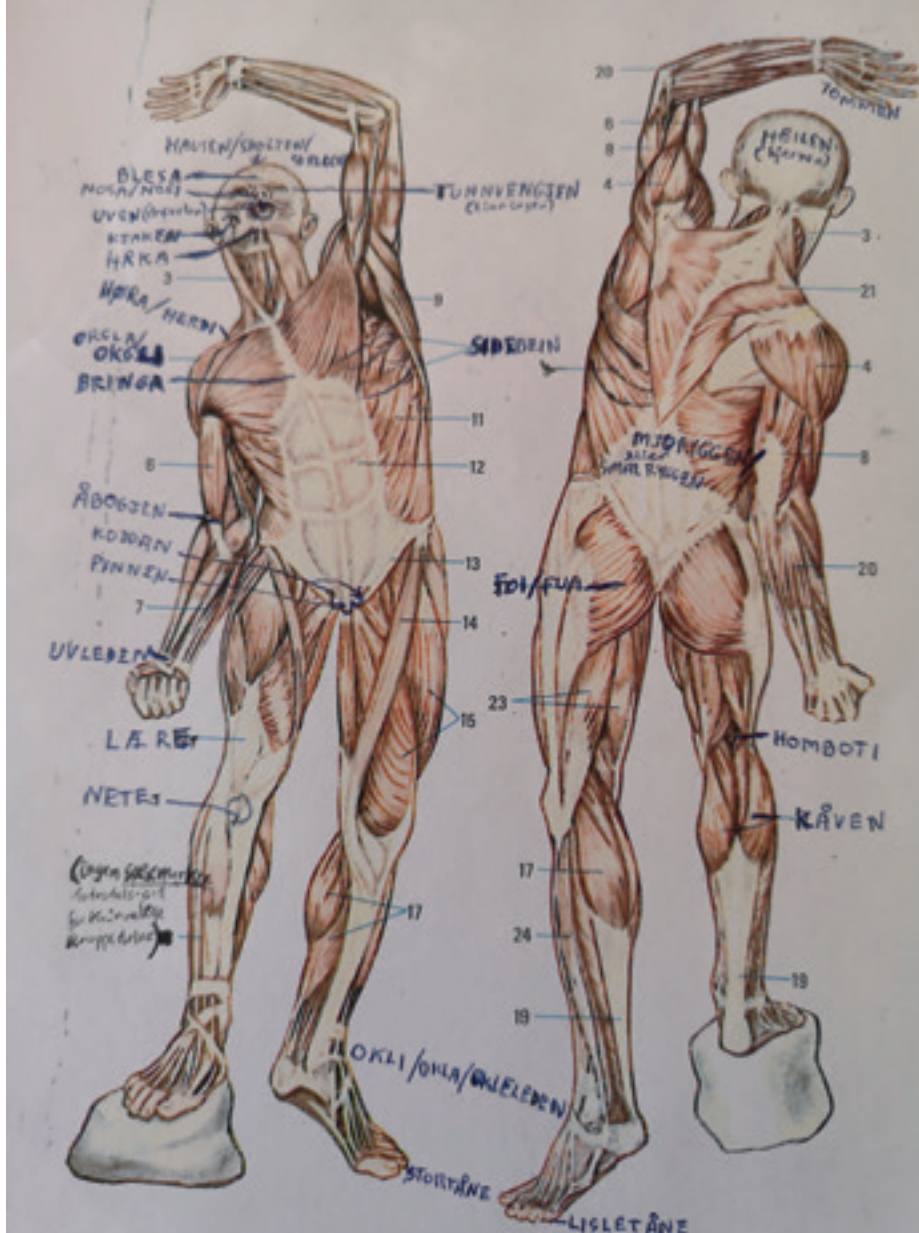
I 1979 fekk ambulansen, elektrikaren og eg dei første mobiltelefonane i Bygland. Kvar av oss betalte privat 16 000 kroner (som i dag kanskje ville tilsvare 60 000). Den tids mobiltelefon måtte ladast på nytt etter få timar, slik at ladaren på fire kilo måtte takast med på lengre sjukebesøk og ladast heime hjå folk. Sjølve mobilen vog 6,5 kilo, altså til saman over ti kilo!

Ungane på den tida tykte visst det var merkeleg når doktaren sykla eller gjekk skirenn med mobiltelefon som hadde lang antenne stikkande ut frå ryggsekken. Det er litt forskjell frå dagens ungdom som heller ser det som utenkjeleg å ikkje ha med mobilen overalt (kanskje somme trur dei kan få alvorlege abstinenssymptom om dei blir nekta å bruke telefonen på skulen....).

«Kjønnskvoltering» i helserådet – ei kvinne av sju!

Helserådet var den gongen det lovbestemte organet som skulle kome med krav og pålegg for å sikre innbyggjarane mot alle former for helseskadelege påverknader og tilhøve. I dette organet skulle distriktslegen vere leiar («helskerådsordførar»), medan dei andre medlemene var folkevalde.

Etter lova skulle det alltid vere ei kvinne med i helserådet – kanskje det første dømet på kjønnskvoltering i Noreg? I Bygland var tradisjonelt heile formannskapet med ordførar Knut P. Sandnes i brodden valt til helseråd, men i formannskapet hadde det i Bygland aldri vore ei kvinne. Sjukeheimsstyrarinna vart difor vald i tillegg til distriktslegen og dei fem i formannskapet. – Men seks år seinare kom den store kvin-



Setesdalske lekamsdelar – til hjelp for turnuslegar.

nerevolusjonen i Bygland, då fire av fem formannskapsmedlemer (medrekna ordførar) var kvinner!

Når formannskapet også var med i helserådet, sikra det at krav og pålegg til kommunale bygg og tiltak raskt vart sette i gang, anten det galdt opprusting av bassenget eller kjøkkenet på skulen og på sjukeheimen, rotteutrydding på søppelplassen, innfangning av heimlause kattar i byggefelta eller innføring av tvungen renovasjon (enkelte grunneigarar gav berre motvillig slepp på sitt private søppeldeponi). Ein fekk og vegvesenet til å gå bort frå MCPA-giftsprøyting i vegkantane, det blei i staden manuell rydding, og markblomane kom tilbake.

Røykeforviklingar

Elles var heile helserådet ute på mange inspeksjonar av matserveringsstader, butikkar og campingplassar. Det vart vedteke å forby folk å ta med hund eller katt inn i butikkar, men med røykerestriksjonar kom ein i 80-åra ikkje lenger enn til å nekte røyking i hovuddelen av ein butikk eller

kafé, men tillate røyking ved eit bord nær utgangen. Ingen hadde vel då drøymt om at haldningane på få år skulle snu slik at det blei sjølv sagt å gå ut for å røyke, jamvel heime hjå folk.

Barnehagane skulle også den gongen ha røykeforbod innandørs, og nokre av personalet bad då om at det inste romet ikkje skulle definerast som ein del av barnehagen. Dei meinte at det ville bli sjenerande røyklukt av kleda om dei ikkje fekk røyke inne (!). Dette virka uforståeleg med det første, men forklaringa var at fire personar elles sat ute i same bilen og røykte!

Liknande forsøk på omdefinering av eit rom fekk ein og døme på seinare, då rådmannen kravde å få lov til å røyke på kontoret sitt, sidan dette formelt sett ikkje var eigd av kommunen, men av A.S. Bankbygg! -Det måtte eit kommunestyrevedtak til for å få røykfritt rådhus.

Språkforviklingar

Setesdalsdialekten er gammal og særmerkt, og ikkje alle ord er umiddelbart

lett forståelige for folk utanfrå. Eg laga derfor ein anatomisk plansje som gjorde det mykje lettare for turnuslegane når dei skulle kommunisere med eldre byglendingar (SJÅ BILETE).

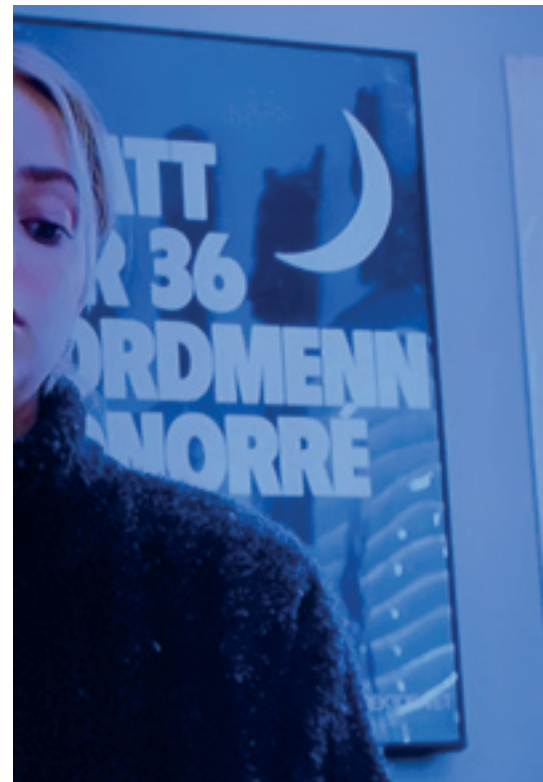
Sjølv er eg oppvaksen i grannekommunen Valle og hadde sjølv derfor ingen problem med dialektord. Eg fekk derimot vanskar med språkforståing då ei ung jente kom på kontoret og klaga over «vondt i magen». Ho blei fortvila då eg spurde om matvaner og psykisk stress, og det tok ei tid før eg skjønnte at dette måtte dreie seg om mensesmerter, som ho ikkje hadde andre ord for. Også på andre måtar syntet seg at elevane hadde stort behov for helseoppllysning, og me kom snart i gang med klasseundervisning der distriktslegen deltok saman med helsesøster eller turnuslege.

Gonoré-forviklingar

Det var i alle år seinare eit godt samarbeid med lærarane om undervisning i klassane, med særleg fokus på personleg hygiene, kosthald, tobakk, rusmiddel og seksualoppllysning.

Nokre dagar etter at me hadde hatt ein skuletime om kjønssjukdommar, kom ei femten år gammal jente på kontoret og lurte på om ho hadde «gnore». Eg skjønnte ikkje straks kva ho meinte, men kom så på

Den klassiske gonoréplakaten frå 80-åra, no vist på vegg i NRK-serien «Allerud vgs».



at eg i timen hadde nemnt Helsedirektoratets dåverande kampanje for å oppdage og forebygge gonorré, som var ganske vanleg i Noreg på den tida. Eg hadde synt fram plakaten med ein stor halvmåne og teksta «I natt får 36 nordmenn gonorré» (SJÅ BILETE).

Men eg hadde tydelegvis vore for einsidig opptatt av symptoma ved sjukdommen og tatt for lett på smitteåten. Den stakars jenta hadde jo på ingen måte vore i ein situasjon der ho kunne ha blitt smitta, og no kunne ho i staden få enkle råd mot vanlege underlivsplager...

Ektepar med «felles førarkort»

I grisgrendte stork er ein heilt avhengig av bil og førarkort, noko som gjorde at ein måtte vere kreativ i helseerklæringa som på den tida måtte oppbevarast saman med førarkortet. Her kunne eg til dømes skrive at førarkortet berre var gyldig frå sidedalen pasienten budde på og ned til sentrum. Men så var det eit ektepar som klarte seg fint når den demente mannen køyrde og den funksjonshemma, men hjernefriske kona sat ved sidan av og kunne gje fortløpande ordre om kvar han skulle køyre (som GPS i moderne tid). Heldigvis slutta han å køyre før han måtte ha ny legeattest til førarkortet...

Kommunesenteret Bygland med bygda Jordalsbø i bakgrunnen.

FOTO: WIKIMEDIA COMMONS/VETLE TOREID



Alle bønder hørselskadde

Tidleg i 1980-åra var eg med og starta Setesdal bedriftshelseneste, der både private og offentlege bedrifter var med. Bøndene var og interesserte, så eg gav tilbod om helseneste til begge ektefeller på garden. Det var skummelt at absolutt alle mannfolka hadde til dels alvorleg hørselskade, men berre ei av konene. Så synt det seg at ho var den einaste kona som hadde drive aktivt skogsarbeid med motorsag, men både ho og mennene hadde brukt utifredsstillande hørselvern, noko som heldigvis kunne rettast på for framtida.

Den omsynsfulle ØNH-legen

Aust-Agder Sentralsjukehus i Arendal hadde i 1980 og 1990-åra eit eineståande tilbod til allmennlegane i fylket. Alle kunne etter ein fast oppsett turnusordning hospitere ei veke om hausten og ei veke om våren, slik at kvar av oss etter fire år hadde gjort seg kjend med alle avdelingane.

Året før eg hospiterte på ØNH-avdelinga, hadde eg blitt operert for ein parotistumor og fekk tilsendt epikrise med diagnosen «Tumor benignum glandulae parotidea».



Trolldeighbilete laga av Berit Løvland. Det har påskriften «Distriktslækjaren på vakt 17. mai».

Då eg så hospiterte på avdelinga, bad eg om lov til å lese heile journalen, og der stod det «Tumor malignum glandulae parotidea». Eg spurde overlegen om kva denne diskrepansen kom av, og han svarte at denne tumoren formelt sett var klassifisert som vondarta, men metastaserte svært sjeldan, og at han berre ville at eg ikkje skulle bekymre meg unødig. – Hadde vel knapt vore mogleg i dag?

Sjukebesøksstev

Setesdal er kjend for å ta vare på stevtradisjonane sine og vidareføre dei, og folke-musikken i Setesdal kom før jol inn på Unescos verdsarvliste for immateriell kulturarv. Eg vil derfor avslutte med eit stev som pleiemedhjelpar Astrid Moi kvod for meg under ei tilstelning på sjukeheimen då eg fylte 40 år (i gamle dagar var det fint skiføre på det jordet mellom bustaden min og Byglandsheimen):

Frå doktargarden til okk her ute
der sykklar Vidar om regnet sprute
om vetren tek han den beine lei
som om han var på den vidde hei.

■ VIDAR@TOREID.NO

Retningslinjene for multisyke slag – Umulig å etterleve

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

Norsk forskning viser at hjerneslagpasienter med sju andre tilleggslidelser bør ha 25 fastlegekonsultasjoner i året, ifølge retningslinjene – bare for å kontrollere at hver og en av tilstandene er stabile. – Umulig, sier legen som er prisbelønt for forskningen sin fra allmennpraksis.

Under halvparten av hjerneslagpasientene nådde behandlingsmålet for blodtrykk. LDL ble målt hos drøyt annenhver slagpasient, og 27 prosent av pasientene nådde anbefalt nivå. Færre enn ti prosent fikk råd om røykeslutt, og ingen fastleger hadde journalført alkoholinntak som tema i konsultasjoner.

Det er noen av funnene i Rune Aakvik

Pedersens første studie som ble publisert i *BMC Family Practice* 2018.

– Legger vi til grunn målet med de nasjonale retningslinjene, er det dårlig. Men legger vi til grunn andre perspektiver, er ikke «dårlig» en riktig beskrivelse. Jeg sier ikke at virkeligheten er bra nok. Men dette er så godt vi får til med dagens forutsetninger, sier Rune Aakvik Pedersen, lege og

ph.d.-stipendiat ved Allmennmedisinsk forskningsenhet, NTNU.

Studien inkluderer 51 pasienter som ble utskrevet med hjerneslag, og som til sammen stod for 381 fastlegekonsultasjoner det første året etter utskrivning. Data fra journaler er innhentet fra i alt 18 ulike fastlegepraksiser i Møre og Romsdal, og er sammenstilt med anbefalingene i nasjonale retningslinjer for hjerneslag.

Aakvik Pedersen er nevrolog og samfunnsmedisiner, har jobbet som fastlege og er nå overlege ved Aure rehabiliteringssenter og rådgivende lege ved NAV Kristiansund.

– Hva mener du med andre perspektiver?

– I den andre artikkelen vår prøver vi å få frem konsekvensene ved å følge de enkelte retningslinjene for hver og en av enkelttilstandene pasientene hadde. Det viser seg å være et omfattende prosjekt hvis anbefalingene skal følges til punkt og prikke. For en gjennomsnittslagpasient kan det bety over 20 konsultasjoner i året – bare for å kontrollere om en kronisk tilstand er stabil, poengterer Aakvik Pedersen.

Tre ganger oftere

I studien, som ble publisert i *BMC Family Practice* i fjor, fremgikk det at slagpasientene i gjennomsnitt hadde 4,7 kroniske lidelser av en liste på 40 ulike tilstander og sykdommer. Skulle retningslinjene for hver av fem ulike lidelser følges, ville pasientene trenge cirka ti konsultasjoner i året.

Nær 20 prosent av pasientene i studien hadde tre tilleggssykdommer, som ville krevd ni til ti legebesøk. En like stor andel hadde sju eller flere tilleggslidelser, og det ville innebære cirka 25 konsultasjoner årlig hos fastlegen.

De hyppigste tilleggslidelsene var høyt blodtrykk, som gjaldt over halvparten, hjerte- og karsykdom, revmatisk sykdom, diabetes og atrieflimmer.

Det første året etter utskrivelse fra syke-



– I den begrensede kapasiteten i pasient-lege-forholdet er det ikke sikkert det er riktig å prioritere den undersøkelsen som anbefales i retningslinjene for hjerneslag, sier Rune Aakvik Pedersen.

pasienter



– Jeg sier ikke at virkeligheten er bra nok. Men dette er så godt vi får til med dagens forutsetninger, mener lege Rune Aakvik Pedersen, ph.d-stipendiat ved Allmennmedisinsk forskningsenhet, NTNU. ALLE FOTO: LISBETH NILSEN/AMFF

hus hadde pasientene i gjennomsnitt 7,5 konsultasjoner hos fastlegen. Det er cirka tre ganger så ofte som en gjennomsnittlig fastlegepasient. Ved 19 prosent av konsultasjonene var hjerneslag hovedtema, ifølge journalnotatene.

Lege-pasient-kapasiteten

Aakvik Pedersen viser til at mens legekapasitet, som fastlegekristen, ofte diskuteres, blir pasientkapasiteten sjelden brakt på bane.

– I den begrensede kapasiteten i pasientlege-forholdet er det ikke sikkert det er riktig å prioritere den undersøkelsen som anbefales i retningslinjene for hjerneslag. Kanskje er datterens problemer viktigere for pasientens helsetilstand i dag, eller at pasienten er dårlig til beins og ustø og risikerer at et brudd kan tippe livet fra godt til vanskelig.

– Så det kan være bedre legeskunst ikke alltid å etterleve retningslinjene?

– Jeg tror du er inne på noe. Når en så liten andel av konsultasjonene dreier seg om hjerneslag, er det i hovedsak andre ting som tas opp. Det er gjort noen prioriteringer – på siden av det retningslinjene anbefaler – og vi får tro at de valgene er godt begrunnet. Men om det er pasienten eller legen som har hånda på rattet, den største

definerende muligheten i samarbeidet, vet vi jo ikke, svarer Aakvik Pedersen og føyer til:

– Gode beslutninger må tas i et landskap med motsetningsfylte interesser – at det som er bra for én sykdom kan være skadelig for en annen. Er det hjertet, stoffskiftet eller diabetes som er det viktigste? Det kliniske bildet kan være vanskelig å tolke. Det å navigere i et sånt landskap er en rimelig kompleks øvelse. Prioriteringene blir uklare ved flere «konkurrerende» sykdommer.

– Må se på kunnskapsgrunnlaget

Han mener funnene i studiene peker i retning av at kunnskapsgrunnlaget for retningslinjene må ses på.

– Kunnskapsgrunnlaget er jo ikke hentet fra aktiviteten som foregår i allmennpraksis, men fra en langt mer biomedisinsk og sykehusnær forskning.

– Hvordan kan dette løses i praksis?

– Vi må se på hvordan kunnskapen genereres, hvordan den kan tilpasses allmennpraksis og hvordan den kommuniseres. Og allmennlegene må mer inn i arbeidet med retningslinjene.

– Hvilken betydning har registre og bruk av såkalte big data – for eksempel mulig-

heten for anbefalinger direkte via journal hos pasienter med sammensatte lidelser?

– Jeg vet ikke hvor stor betydning det vil kunne ha. Kanskje ligger noen svar her, og kanskje ligger svaret i bedre kommunikasjon innad i helsetjenesten. I dag er helsetjenesten fragmentert. Hvordan jobbes det med å få til omforente mål, hvordan jobber vi for å få til tillitsbaserte prosesser? Jeg har aldri blitt spurt om hva som er målet – utover at pasienten skal bli friskere.

Fastlegene best rustet

Aakvik Pedersen tror ikke at flere spesialistkonsultasjoner vil bidra til at flere pasienter når behandlingsmålene.

– Det blir en ytterligere fragmentering. Jeg tror at fastlegene kanskje er best rustet til å ta hånd om disse pasientene – fastlegene er ekspertene på sammensatte tilstander. Generalisten er jo allmennlegen, som da blir spesialisten. Utfordringen er å integrere kunnskapen. Fastlegene har mye kunnskap og klinisk erfaring, men mye er ikke forskningsbasert og ikke nødvendigvis så lett tilgjengelig.

– I hvilken grad kan funnene dine brukes som et argument for at fastlegene har for liten tid til pasientene?

– Jeg vil protestere på at resultatene kan anvendes i det politiske spørsmålet om fast-

“ – Jeg vil protestere på at resultatene kan anvendes i det politiske spørsmålet om fastlegekrisen.

RUNE AAKVIK PEDERSEN

legekrisen. Alt kan ikke forklares med legekapasitet. Fra et pasientperspektiv handler det også om at det genereres kunnskap som hjelper legen å prioritere når interesser kolliderer. I det perspektivet mener jeg vår forskning er viktig.

Ser på epikrisene

Den tredje artikkelen i doktorarbeidet, som er økonomisk støttet av Allmennmedisinsk forskningsfond, handler om epikrisene.

– Jeg har akkurat startet med analysearbeidet og har ingen resultater ennå. Jeg håper å kunne si noe om hvordan spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten snakker sammen, hvordan det tilrettelegges for samarbeid, hvordan «samtales» i epikrisen er og hvilke råd som gis. Det er mulig å telle anbefalingene som gis i epikrisene, men det blir like viktig å vurdere språkbruken.

Arbeidet hans ble i fjor belønnet med Helse Midt-Norge sin forskningspris. Og i 2018 fikk han Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) sin forskningspris.

– I 2014 skrev jeg en masteroppgave om

samhandlingsreformen. Heller ikke den gang fant jeg at terrenget stemte overens med kartet.

– Hvordan kan resultatene fra hjerneslagstudiene dine komme til nytte i praksis?

– Vi har påpekt et betydelig avvik fra myndighetenes ambisjon, og har påpekt at det ikke er mulig å etterleve alle retningslinjene for hjerneslagpasienter med flere kroniske lidelser. Vi har pekt på et forhold som langt på vei kan forklare noe, men det må kartlegges mer. Forskningen min øker bevisbyrden og utvider perspektivet for hvordan terrenget ser ut. Vi kan ikke slå oss til ro med at det er slik, men heller ikke hoppe til konklusjoner om at feilen ligger i terrenget. Kanskje ligger den i kartet?

Savnet andres forskning

Selv hadde Aakvik Pedersen ikke noen ambisjoner om å forske. For cirka ti år siden jobbet han ved Ullevål universitetssykehus, med nevrologer og nevrokirurger som de nærmeste kollegene.

– Jeg nøt godt av andre kollegers forsk-

ningsanstrengelser og så aldri på meg selv som en noen forsker. Så startet jeg i allmennpraksis. Da følte jeg på tomrommet – det var ingen morgenmøter lenger eller input fra den akademiske verden. Først da jeg hadde flyttet fra et miljø hvor kollegene forsket, skjønte jeg at dette er noe jeg vil drive på med også.

På den tiden kom de første retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Sykdommen interesserte Aakvik Pedersen, som nevrolog og som fastlege. Og slik ble hjerneslag temaet for forskningen.

Fra Kristiansund til Cambridge

Et utenlandsstipend fra forskerskolen NAFALM brakte ham til England i fjor høst.

– Ved Cambridge University pågår et prosjekt kalt Improving Primary Care after Stroke, IPCAS, som ledes av allmennmedisin-professor Jonathan Mant. Jeg kontaktet Mant, og etter korrespondanse frem og tilbake med ham og hans kollega Ricky Mullis, ble jeg invitert til å komme over.

Aakvik Pedersen tilbrakte en måned i Cambridge.

– Det er gjort noen prioriteringer, på siden av det retningslinjene anbefaler – og vi får tro at de valgene er godt begrunnet, sier samfunnsmedisiner og nevrolog og tidligere fastlege Rune Aakvik Pedersen.



– Vi kan ikke slå oss til ro med at det er slik, men heller ikke hoppe til konklusjoner om at feilen ligger i terrenget. Kanskje ligger den i kartet? spør Rune Aakvik Pedersen.

– Nå er vi i gang med en artikkel hvor vi sammenligner de norske og de britiske retningslinjene for hjerneslag. Vi ser på kunnskapsgrunnlaget, i hvilken grad kravene til gode anbefalinger blir oppfylt og hvilke konkrete tilrådinger som gis.

Det er lett å tro på Rune Aakvik Pedersen når han sier at oppholdet i Cambridge var inspirerende. 117 nobelprisvinnere har hatt en eller annen tilknytning til universitetet.

– Fra Kristiansund til Cambridge – større kan neppe de forskningsmessige kontrastene bli. Vi har riktignok et lite forskningsmiljø her i byen også, og det er planer om å bygge et campus for høyere utdanning. Prosjektorganisasjonen er på plass. Som en av dem som forsker, har jeg vært invitert med på uformelle møter. Jeg har troen på at det blir flott for byen og distriktet. Vi trenger det.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM



INTERNETTLENKER

- Lenke til nasjonale retningslinjer: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Lenke til studien publisert i i BMC Family Practice 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6798338/>
- Lenke til studien publisert i samme tidsskrift i 2018: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6263549/>

Følgende ble tildelt AFU stipend for 2. halvdel av 2020

UNIV.	NAVN	TITTEL	VEILEDER
UiO	Cathrine Abrahamsen	Legens mestring i arbeidet med sykemelding hos pasienter med subjektive og sammensatte lidelser.	Erik L. Werner
UiO	Håkon Sætre	Behandling av cystitt hos menn.	Sigurd Høye
UiO	Marte Meyer Walle-Hansen	Luftveisinfeksjoner hos eldre – pasientforløp, komplikasjoner og antibiotikabruk.	Sigurd Høye
UiO	Therese Renaa	Omlegging av fastlegetjenesten i en beredskapssituasjonen.	Mette Brekke
UiB	Siri Dalsmo Berge	Samlivsproblemer på fastlegekontoret.	Thomas Mildestvedt
UiB	Trond Høibø	Fastlegens håndtering av pasienter som får opioider etter individuell refusjon ved langvarige, ikke maligne smertetilstander.	Torgeir Gilje Lid
UiB	Signe Juul	Health status assessment among selected remote communities in Solomon Islands.	Steinar Hunskaar
UiB	Sundas Anis	Bruk og organisering av tolk blant fastleger på Vestlandet.	Esperanza Diaz
UiB	Anita Hunsager	Akutt helsehjelp ved selvskade.	Ingrid Hjulstad Johansen
UiB	Linn Solveig Sortland	Prehospital delay in stroke management.	Erik Zakariassen
UiB	Tjakko Harmen Blaauw	The prevalence of irritable bowel syndrome in the municipality of Askøy.	Knut-Arne Wensaas
NTNU	Muhunthan Navaratnam	Forskrivningspraksis av vanedannende legemidler blant fastleger.	Håvard Kjesbu Skjellegriind
NTNU	Kari Kogstad	Å se mennesket.	Linn Getz
UiT	Eva Muriel Kibsgaard	Tverrfaglig samarbeid – Hvordan opplever og utvikler allmennleger i spesialisering sin rolle?	Birgit Abelsen og Margrete Gaski
EKSTRASTIPEND			
UiO	Torunn Bjerve Eide	Av-medisinerer av multisyke eldre pasienter i eller utenfor institusjon i primærhelsetjenesten.	Anja Brænd

Fra fastlege til e-helsegründer: Med ønske om en tryggere

■ MARIUS CHRISTENSEN • Spesialist i allmennmedisin. Daglig leder i selskapene Helseapps og IntMed

Hvordan er det å gå fra jobben som fastlege til å starte sin egen e-helsebedrift?

De fleste av oss er kjent med det økende presset som hviler på fastlegens skuldre, og mange av oss sliter mer og mer med å få arbeidshverdagen til å gå opp. Det sies at de beste løsningene ofte kommer fra dem som vet hvor skoen trykker, de kan lage praktiske løsninger som løser reelle problem. Jeg har tro på at de beste løsningene for å gi fastlegene en bedre hverdag, bør komme fra fastleger selv. Alt for ofte ser vi systemer bli påtvunget oss ovenifra og ned.

I 2007 startet jeg og min kollega Anders Stormo å jobbe i samme legedistrikt i Evnes og Tjelsund. Vi snakket ofte om den tyngende følelsen av å ha det overordnede

ansvaret for en hel pasientpopulasjon. Vi registrerte at det kom epikrise på epikrise med krav om oppfølging av kronikere, og ikke minst skulle egne kontrollopplegg effektiviseres og sikres kontinuitet.

Fra permsystem...

Det endte med at vi i 2009 lagde oss store papirpermer med rutiner for oppfølging og prøvetaking for over 600 av våre pasienter slik at vi kunne være sikre på at alle som skulle ha oppfølging fikk det. Det fantes ingen digital løsning som var i nærheten av å løse det vi selv ønsket oss. Vi ansatte egen helsesekretær i deltidsstilling for å følge opp pasientene med prøvetaking i forkant av timer, utføring av preliminaire undersøkelser og enkel journalføring i forkant av timene. Vi ønsket å skape et pasientforbere-

dende system for alle konsultasjoner. Pasientene våre var godt fornøyd, og i deres hverdag ble det en lettelse å vite at fastlegen deres hadde full kontroll på alt som måtte gjøres, til hvilken tid.

Jeg har alltid hatt lyst til å skape noe. Endre hverdagen til det bedre for meg selv og andre. Spørsmålet var hvordan vi kunne ta våre idéer fra et enkelt permsystem til noe som kan hjelpe flere til å få hverdagen til å gå opp. Når du har familie, full fastlegejobb og andre forpliktelser, blir tiden din verdifull.

Samarbeidsparter

I vår mangel på kompetanse har vi måttet finne dette hos andre yrkesgrupper. Når du starter et selskap, må du hente inn personer som fyller de hullene du selv har, og det er etter egen erfaring mange. Vi har tatt stor lærdom av å få innsikt i andre domener, ikke minst har vi blitt ydmyke for hvor mye arbeid som ligger bak et produkt. Det å være gründer kan være en ensom opplevelse. Du risikerer i mange tilfeller både ekteskap og egen helse. Jeg har mange eksempler på dette. Har du tenkt å starte noe, ta med deg andre i prosessen.

Da vi startet Helseapps AS brukte vi det vi hadde til overs av privat økonomi for å betale for utvikling av en prototype. Vi sendte søknad til Skattefunn og Innovasjon Norge gjennom å alliere oss med konsulenter. Bidraget fra Innovasjon Norge og Skattefunn har vært uvurderlig i vårt prosjekt. Vi innså underveis at våre oppsparte midler og offentlige midler ikke ville være tilstrekkelig for å realisere vår visjon, og vi måtte da ut på jakt etter noen som kunne bidra økonomisk. Det å finne investorer er ingen enkel øvelse. Én av hundre lykkes i å hente investor til et oppstartsselskap. I begynnelsen var vi ikke flinke nok til å spisse vårt konsept. Investorer vil ha ting enkelt forklart. Enkel forretningsmodell. Eksempelvis har «Videokonsultasjoner» med provisjon til morselskap for hver legetime slått an hos flere andre leverandører. I Helse-



hverdag

apps ønsket vi å ikke bare skape en enkel forretningsmodell, men faktisk å løse hele floken. Det er vanskelig å forklare det til en investor når du har 30–60 minutter på deg.

Investorer

Heldigvis for oss satt det en lege i et av investorpanelene og skjønte hva vi ønsket å endre. I det vi var ferdig med å snakke om våre visjoner sa han: «Jeg har tro på det dere ønsker å skape. Dere virker flinke og samvittighetsfulle.» To uker senere fikk vi tilbakemelding om at vi hadde fått en investor. Kapital er drivstoffet i ethvert selskap. Det å gå fra ettermiddagsjobbing til å jobbe dagtid har enormt å si for framdriften til et selskap. For oss endret det hele hverdagen. Vi kunne jobbe fulltid med det vi ønsket å skape.

For å lage et framtidsrettet produkt ønsket vi også å forankre vårt produkt i Universitetsmiljøer. Vi inngikk samarbeid med både NTNU, Universitetet i Aalborg og i senere tid Universitetet i Almeria (Spania). Den største utfordringen vår har vært avhengigheten av velvilje fra mange andre aktører for å skape det du selv ønsker. Som liten aktør har du svært få forhandlingskort, og deres oppside må være større enn din. Mye av jobben vår har vært å møte mennesker og bygge relasjoner. Dette tar tid. Å få audiens hos journalleverandører var ingen enkel øvelse. Eksempelvis brukte vi to år på å få til et møte med en av de største. Jeg har blitt fortalt at de ukentlig får henvendelser om samarbeid. Der setter de på et filter som krever mye å komme igjennom.

Introduksjon

Løsningen i de fleste tilfeller er å bli introdusert av andre. Det har vist seg å være forløsende for vårt prosjekt. Introduksjon krever nettverk, som igjen tar tid å bygge opp. Du må bygge sten for sten. Når du har laget produktet ditt, skal du selge visjonen din. Siden jeg er fastlege selv, kan jeg si at fastleger er en kundegruppe som alltid ser på nye løsninger med en fornuftig og innebygd skepsis. Det er nok sunt, og det har i aller høyeste grad vært skjerpende for meg.

Det viktigste spørsmålet de fleste sitter med er om det vil kreve mer tid av dem. For tid er noe vi ikke har. Vår visjon har vært å spare tid, så vi får se om dette er noe som andre ser et potensial i. Jeg har gått ifra å være fastlege til å bli en aktør som skal hjelpe andre til å få en bedre hverdag. Det å fortelle andre om hva vi har gjort er faktisk en vanskelig øvelse for meg.

Velferdsprofitør er også et nedsettende begrep som jeg har opplevd andre har brukt om gründere i e-helse. Jeg tror at fastleger noen ganger kan være for harde mot hverandre. Vi må kunne hverandre å være flinke og lykkes. Jeg mener at de beste løsninger skal komme fra oss selv. Vi må heie på hverandre.

Alt i alt har håpet om en bedre arbeidshverdag ført meg gjennom en utrolig reise, der jeg har fått tatt lærdom i mye av det som ligger rundt og



bak et pasientmøte. Ikke minst har jeg lært at det også finnes en verden utenfor legkontorets fire vegger, som også er viktig for oss. Den skaper rammene for at vi skal kunne håndtere de utfordringer vi møter som fastleger i framtiden.

INTERESSEKONFLIKT:
Medeier og gründer i Helseapps og IntMed som leverer teknologien i ovennevnte tekniske løsninger.

■ MARIUS@HELSEAPPS.NO

TIL ORIENTERING: Håndbok i klinisk kommun

Norsk Forening for Allmennmedisin har en faggruppe for klinisk kommunikasjon som ble opprettet i 2018. Vi er en gruppe kolleger som ikke overraskende opplever dette fagområdet som interessant og sentralt for utøvelse av god allmennmedisin. Det ser vi for oss at mange andre også gjør, eller vil gjøre. Vi erfarer at det er behov for fagliggjøring og konkretisering av noe som mange regner som «et mykt fag». Derfor har vi nå nylig laget *Håndbok i klinisk kommunikasjon. Pasientsentrert metode for allmennleger*. Med sine bare 28 sider håper vi kolleger vil finne håndboka overkommelig, nyttig og lettlest. Vi har forsøkt å gjøre noe så komplekst som samtalen til noe den enkelte kan jobbe med å utvikle videre med lett anvendelige grep. Den er illustrert av vår gode samarbeidspartner Marit Mos-

eng. Her kan altså bli servert klinisk kommunikasjon nesten som tegneserie!

Håndboka er fritt tilgjengelig på nettet: Søk opp «allmennlegebiblioteket» på NFAs hjemmeside eller søk på «Håndbok i klinisk kommunikasjon».

Forfatterne er henholdsvis leder og nestleder i faggruppen, Harald Sundby og Njål Flem Mæland. Begge har lang fartstid som lektorer ved lege-pasient kurset ved NTNU, og håndboka er basert på erfaring opparbeidet i møtet med kommunikasjonshungrige legestudenter på første og andre studieår, samt kommunikasjonsundervisning på mange andre nivåer.

Målgruppen for boka er egentlig alle med interesse for faget, og den kan brukes av studenter, LIS, ALIS, på grunnkurs og i etterutdanning. Den er også mulig å bruke

i veiledningsgrupper og i smågrupper. Vi håper og tror den kan være nyttig for leger i alle slags typer klinisk praksis.

Kort referert fra innholdet – vi tar opp tema som:

- Historiske linjer fra Sokrates til Kierkegaard til Pendelton
- Hva viser vitenskapen: Hvorfor vi bør bry oss om kommunikasjon?
- Hvordan systematiserte kommunikasjonsferdigheter kan hjelpe oss selv og våre pasienter.
- Gjennomgang av pedagogiske prinsipper – hvordan lærer man kommunikasjon på en effektiv måte?
- Konkrete innspill og begreper for god kommunikasjon: Kropsspråk, veiskil-



Boka har allerede fått gode tilbakemeldinger fra dem som har lest den og brukt den. Vi som har skrevet den håper den vil bli brukt og vil gjerne ha tilbakemeldinger med tanke på senere utgaver.

A cartoon illustration of a stage performance. On the stage, several figures are surrounded by puzzle pieces labeled with life stages: INFANCY, CHILDHOOD, ADOLESCENCE, PUBERTY, YOUTH, ADULTHOOD, and AGING. The audience is visible in the foreground, with one person standing and clapping.

Norsk oftalmologisk forening

Martin Andreas Ystad

- Styremedlem i Norsk oftalmologisk forening
- Seksjonsleder ved øyeavdelingen i Tønsberg ved Sykehuset i Vestfold



Velkommen til kollegahjørnet, Martin Andreas Ystad, leder i Norsk oftalmologisk forening



Hvor mange medlemmer har foreningen deres?

Norsk oftalmologisk forening (NOF) har omkring 600 medlemmer.

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

Øyefaget er i stadig utvikling. Av faglige nyheter de siste årene har spesielt behandlingen våt aldersrelatert makula degenerasjon (våt AMD) utviklet seg. Våt AMD er en relativt vanlig sykdom som fører til tap av skarpsynet fra 60 år og oppover. Vi kan nå behandle denne sykdommen, og pasientene kan i stor grad beholde skarpsynet. Dette er imidlertid en svært ressurskrevende behandlingsform, med jevnlig injeksjoner i øyets glasslegeme av anti-VEGF (anti-vascular endothelial growth factor). Ofte har denne behandlingen et livslangt perspektiv. Den foregår på øyeavdelinger rundt om i landet og tar store ressurser. Pasienter oppsøker ofte fastlegene med synsplager i form av metamorfose (bølgete syn) og redusert skarpsyn.

Stadig flere mennesker får diabetes i Norge. Dette er en sykdom som kan føre til diabetisk retinopati med blindhet dersom den ikke er under god kontroll. I denne pasientgruppen gjennomfører øyehelsetjenesten jevnlig screening for å oppdage sykdommen i tidlige stadier. Behandlingen inkluderer bedre kontroll av langtidsblodsukker, anti-VEGF-injeksjoner og laserbehandling av netthinnen. Fastleger henviser pasienter med diabetes til oppfølging hos øyelege.

Katarakt er en aldersrelatert sykdom som i større eller mindre grad påvirker sy-

net hos de fleste eldre. Kataraktoperasjon er et av verdens hyppigst utførte kirurgiske inngrep og foregår både i sykehus og hos avtalespesialister. Det er gjort store fremskritt i operasjonsteknikk og linseutvalg, som gjør at pasienter i mange tilfeller kan få et svært godt syn etter operasjon.

Har deres forening diskutert oppgavefordeling med fastlegene?

NOF arbeider kontinuerlig med oppgavefordeling med fastleger. Dette blir stadig mer relevant etter hvert som pasientmengden for sykehus og avtalespesialister øker.

Ny teknologi, slik som håndholdte trykkmålere og funduskamera, gjør at fastleger i større grad kan delta i diagnostikk og behandling av øyepasienter.

Legeforeningen har kampanjen «Gjør kloke valg» mot overdiagnostikk. Har dere noen råd til allmennlegene om dette?

Det er stadig større kunnskap og fokus rundt symptombildet «tørre øyne». Dette er en svært vanlig tilstand som kommer av dårligere tårefilm med alderen. Pasientene klager ofte over svie, ruskfølelse og tåreflod. For å unngå for mange henvisninger til øyelege kan man forsøke kunstig tårevæske (ikke saltvannsdråper) fire til seks ganger daglig, ev. nøytral øyesalve som for eksempel Simplex til kvelden før henvisning til øyelege.

Det er en opplevelse blant øyeleger at det blir brukt for mye antibiotika (Kloramfenikol, Fucithalmic, etc.) mot diffuse øyeplager. Mange konjunktivitter er virale, og de færreste bakterielle konjunktivitter krever antibiotikabehandling. Plagene kan også skyldes tørre øyne (se over).

Pasienter som klager over gradvis dårli-

gere syn over tid, kan ha nytte av en henvisning til optiker med tanke på nyoppstått brillebehov eller endring i refraksjon (presbyopi). Fastlegen kan henvise til optiker først. Optiker henviser videre til øyelege dersom det er behov.

Vi ønsker at henvisende lege gjør en enkel øyeundersøkelse. Det blir da lettere å vurdere hastegrad:



Nordisk kongress i allmennmedisin i 2021

■ OLAV THORSEN

Spesialist i allmennmedisin, ph.d, leder hovedkomitéen for Nordisk kongress i allmennmedisin 2021

■ SVEIN R. KJOSAVIK

Spesialist i allmennmedisin, ph.d, hovedkomitéen for Nordisk kongress i allmennmedisin 2021

■ GUNNAR TSCHUDI BONDEVIK

Professor dr.med., leder vitenskapelig komité Nordisk kongress i allmennmedisin 2021

Nordisk kongress i allmennmedisin 2021 skal foregå i Stavanger. Siden 2013 har den allmennmedisinske forskningsgruppen i Rogaland i samarbeid med de allmennmedisinske instituttene, jobbet med å lage en spennende kongress med et framtidsrettet innhold. Programmet og hovedforelesere begynner å bli klart, og invitasjonene går ut like over sommeren.

Nordisk kongress i allmennmedisin arrangeres annethvert år av allmennlegeforeningene i de fem nordiske landene (Norge, Finland, Sverige, Island og Danmark). Siste gang kongressen ble arrangert i Norge, var i 2011 i Tromsø. De som var med på dette arrangementet, husker det med stor glede og faglig utbytte, et fantastisk arrangement i strålende sol døgnet rundt, i sommertemperaturer ute og festmiddag på fiskebruk. Temaet var distrikts- og utkantmedisin.

Under den nordiske kongressen i Tampere i 2013, fikk Olav Thorsen og Svein Kjosavik idéen å arrangere neste norske kongress i Stavanger i 2021. Disse to er henholdsvis administrativ- og forskningsleder for forskningsgruppe for allmennmedisin og samhandling (Allforsk) ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS). Arbeidet med å lage et medisinstudium ved Universitetet i Stavanger var i gang, og det ville da være flott med en internasjonal allmennlegekongress i Stavanger. Denne idéen ble utviklet videre og presentert for ledelsen i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) i juni 2016. På dette møtet deltok Petter Brelin, leder for NFA, Gisle Roksund, leder for den nordiske føderasjonen, Sabine Ruths, leder for Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen (AFE), Tor Carlsen fra sekretariatet i NFA sammen med Svein Kjosavik og Olav Thorsen. Planene ble godkjent, og arbeidet fortsatte med stadig nye møter med samarbeidspartnere og støttepersoner. Blant disse kan nevnes Destinasjon Stavan-

ger, Universitetet i Stavanger, Stavanger kommune, Lærdal Medical, Nordic Edge og Næringsforeningen i Stavanger. Hotellrom ble reservert, Stavanger Forum ble konferansesenter og Stavanger konserthus ble valgt til åpnings- og avslutningsseremoni.

I 2018 fikk kongressen en hovedkomité (Organizing/host committee) med følgende medlemmer: Olav Thorsen (leder), Svein Kjosavik, Stefán Hjörleifsson, Line Cecilie Christiansen, Hans Petter Torvig, Anne Mathilde Hanstad, Geir Sverre Braut, Tord Haaland, Svein Steinert, Ingvild Vatten Alsnes, Maria Skeie Meltveit og Kristin Akerjordet (dekan ved UiS). Fra de fire medisinske fakultetene ble medlemmene til vitenskapelig komité (Scientific committee) valgt. Disse er Gunnar Tschudi Bondevik (leder), Øystein Hetlevik, Mette Brekke, Ingvild Vatten Alsnes, Peder Halvorsen, Anette Fosse, Bente Prytz Mjølstad og Sabine Ruths.

En viktig oppgave i starten var å finne tittel og tema for kongressen. Etter inspirasjon fra kongressen i Reykjavik i 2018 (*From the core*) ble tittelen *On the edge – general practice for future generations* valgt, med tydelig referanse til Preikestolen (se logo). Tittelen på kongressen assosierer både fremtiden og kanten av stupet. Rammen rundt kongressen vil være framtidsperspektivet som allmennlege, bruken av moderne teknologi og kommunikasjonsverktøy – fordeler og farer. Mye av dette vil kunne presenteres av lokale utstillere, med simuleringstrening og nyvinninger innen kommunikasjon og utstyr.



Blant hovedforeleserne (keynote speakers) har vi fått professor Linn O. Getz, NTNU (Norsk Teknisk Naturvitenskapelig Universitet) («ON THE EDGE – Jumping off and flying high»), professor Deborah Swinglehurst, Queen Mary University, London, Henrik Vogt, NTNU/UiO, Morten Munkvik, UiS («The technological reshaping of general practice»), professor Christopher Dowrick, University of Liverpool («Mental health problems – a core challenge in general practice?»), Alexandra Brandt Ryborg Jønsson, University of Copenhagen («The Usual Suspects: Patients' perceptions of health inequity in general practice»), professor Trisha Greenhalgh, University of Oxford («How new technologies could be used to reduce inequalities – but usually aren't»), førsteamanuensis Bente Prytz Mjølstad, NTNU («Continuity of care as a core value in general practice; rock solid or on the edge of the cliff?»), professor Steinar Hunsbakk, UiB («Education for future generations of GPs – what are the challenges?»), professor Niek de Wit, University Medical Center Utrecht, Hans Christian Kjeldsen, redaktør for Lægehåndboken, Danmark («Multidisciplinary primary care teams and task shifts – fragmentation or comprehensiveness?») og professor Tuomas Koskela, University of Tampere, («ON THE EDGE – landing in the digital future»). Det planlegges også emnekurs under kongressen, slik at legene kan samle poeng til spesialistutdanningen.

Vi i hovedkomitéen og vitenskapelig komité ønsker at flest mulig allmennleger kommer til Stavanger i juni 2021 for å oppleve forsommeren der med masse faglig interessant innhold og sosialt og kulturelt påfyll. Sett av dagene allerede nå!

■ OLAV.THORSEN@SUS.NO

Hva kan vi mennesker tåle?



Ellen Kristvik
Notat ved avgrunnen
 Ei mors fortelling
 141 sider
 Det Norske Samlaget
 Oslo 2020
 ISBN 978-82-521-9904-8

Ellen Kristvik er utdannet sykepleier og antropolog og arbeider for tiden som forsker ved Avdeling for helsetjenesteforskning på Akershus Universitetssykehus (Ahus). Dessuten er hun forfatter. I den forrige boken hennes, *I kreft og kjærleik*, er det tapet av ektemannen som er utgangspunktet. I den aktuelle utgivelsen er det nok et tap som må bearbeides – hennes eneste barn, Johanna, tar sitt eget liv – og det helt uten forvarslar.

Ellen Kristvik kunne bli forventet å være «spesialist» på sorg, i og med at forskningen hennes over lengre tid har kretset rundt nettopp sorg og sorgritualer internasjonalt. For tiden er det ritualene etter dødsfødsler i Norge som har vært i fokus. Men hjalp all denne forskningen og kunnskapen henne da datteren døde midt i et aktivt og kreativt liv knapt 25 år gammel?

Boken tar oss med helt tilbake til start – med graviditeten, barndommen og ungdomstiden for Johanna. Det nære forholdet mellom mor og datter er fylt av gjensidig kjærlyhet – og respekt. Johanna fikk lov til å fly ut av redet og finne sin egen vei i livet. Det er her en svært kreativ, aktiv og bevisst ungdom trer tydelig fram – en person som etter hvert både må kunne karakteriseres som aktivist og et internasjonalt engasjert menneske. Dette har kanskje vært bakgrunnen for at hun etter hvert meldte seg på sykepleierstudiet.

Johanna og moren hennes har begge tilbrakt lengre perioder under fjerne himmelstrøk. Det har gitt dem et stort nettverk i land som er langt mindre privilegert enn hjemlandet Norge. Dessuten var Johanna ikke minst verdsatt av den store venne-

gjengen i Norge – en flokk unge, engasjerte mennesker – som ble lamslått ved venninnens selvmord.

Men denne gjengen tok grep midt i fortvilelsen og sjokket på den måten at de ble en hel liten familie for Ellen Kristvik. En redningsplanke som ga Mor Ellen grunn under føttene. Men hvorfor? HVORFOR? Ingen så for seg denne utgangen av det innholdsrike livet Johanna levde. Hva kunne ligge bak beslutningen? Hadde hun gitt noen signaler til omgivelsene? Men nei, ingen fant gode svar. Sjokket var ubeskrikelig og sorgen for stor til å bære alene.

Ellen Kristviks refleksjoner gjennom boken kan kreve en lett tilgang til Kleenex. Det er neppe mulig å lese denne utgivelsen uten å bli grunnleggende rystet – og rørt til tårer. Og det nesten uvirkelige kan skje – at denne tunge problematikken faktisk kan gi håp. Og kanskje var det nettopp det forfatteren ønsket da hun satte seg fore å forsøke å bearbeide det som i første omgang virket umulig å komme videre fra i livet?

Kan så denne utgivelsen være nyttig å lese for leger? Ja, utvilsomt!

God lesning av denne perlen av en bok.

ELI BERG

En viktig bok



Målfrid J. Frahm Jensen
 Bidrag fra Olav Molven, Ellen Ophaug,
 Jan Gunnar Kaaresen, Kari Breirem og
 Jon Wessel-Aas
VARSLING
 Med utgangspunkt i helsetjenesten
 230 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo 2020
 ISBN 978-82-15-03534-5

Dette er en bok som nok mange vil ha problemer med å legge til side før en er kommet til siste side. Forfatter Målfrid J. Frahm Jensen lar oss få innblikk i to pasienters situasjon som innlagte på en psykiatrisk av-

deling. En urimelig og langt fra faglig adekvat tvangsbruk blir utålelig for forfatteren. Hun varsler om situasjonen for de to pasientene.

Målfrid J. Frahm Jensen er hjelpepleier, forfatter og skribent. Hun arbeidet som erfaringskonsulent ved det aktuelle sykehuset da hun varslet om de kritikkverdige forholdene ved avdelingen.

I boken får vi et nært, konkret og fylldig innblikk i hva denne varslingen får å si for de to pasientene, deres pårørende og ikke minst forfatteren selv. Det sto om livet til den ene pasienten underveis, men begge to lever i dag. At forfatteren har «hodet opp og beina ned» etter det hun har gjennomgått av trakassering fra enkelte kollegaer og sine overordnede er beundringsverdig. Det er slett ikke en selvsagt utgang på en farlig kultur – bestående av bakvasking, utfrysing, trusler og motarbeidelse – initiert fra ledernivået på avdelingen, som ikke tolererte at hun sa ifra om den uforsvarlige tvangsbruken.

Underveis i varslingsprosessen kan vi

lese at både overordnede «i linjen», Fylkeslegen, Arbeidstilsynet, Sivilombudsmanen og politiet (anmeldelse fra en pårørende) kobles inn fortløpende i håp om at det kan settes en stopper for den både uverdige og til dels farlige behandlingen av pasientene. Etter hvert blir det også maktpåliggende for forfatteren å stille grunnleggende spørsmål ved hvordan en varsler både kan bli tatt på alvor og samtidig bli ivare tatt som et menneske som ønsker å hjelpe pasientene på en human, meningsfull og god måte i helsevesenet.

I andre halvdel av boken kommer andre stemmer til orde fra henholdsvis jus, psykologi og journalistikk. Her går de grundig til verks ved å belyse alt fra eksisterende lovverk, til hvordan nettopp dette lovverket nok ikke fanger opp alle sider av problematikken rundt varsling i Norge i dag. Et varslerombud ville kanskje være en idé?

Det må nevnes at ikke «alle» ville stoppe engasjementet til Målfrid J. Frahm Jensen. Tvert imot. I 2015 mottok hun både Tabuprisen og Ytringsfrihetsprisen for arbeidet sitt.

Boken anbefales.

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... Marit Tuv



«engangsleger»
– ikke

knyttet til
videokonsultasjoner,

men om de mange møtene med hvitkledde hjelpere uten kjennskap til hans sykehistorie.

Som fastlege tenker jeg at det er nettopp her vi har størst betydning: Fordi vi kjenner pasientene våre, kan vi bidra til større trygghet og mer skreddersøm. Fugellis betraktninger kan gjøre oss til bedre leger for dem som trenger oss aller mest.

Hva leser du nå?

De siste månedene har rommet lite selvvalgt lesestoff. Det nye koronaviruset og hyppige endringer i retningslinjer fra Folkehelseinstituttet har lagt beslag på de fleste av mine våkne timer. Smittevernregler er imidlertid ganske tørr lektyre, så Sigrid Sollunds *Hersketeknikker* og Nina Lykkes *Full spredning* har fungert som en forfriskende avveksling fra livet som kom-bilege denne våren.

Hvorfor leser du disse bøkene?

Mange diskusjoner har endt med at jeg har kjent meg liten – uten at jeg helt har kunnet peke på hva det var som ga meg den følelsen. I etterkant har jeg skjönt at jeg ble utsatt for hersketeknikk. Hersketeknikkenes vesen er å gjøre den andre usikker. Det er viktig å kjenne teknikkene, slik at man skjønner hva som skjer når motparten benytter seg av dem under en diskusjon. Sigrid Sollund gir i sin bok en grundig innføring i de ulike hersketeknikkene og gode råd for hvordan man kan håndtere dem.

En hyppig brukt teknikk blant eldre personer er å vise til erfaring, uten å underbygge med saklig argumentasjon. Sollund påpeker at det å ha drevet med noe lenge ikke trenger å bety at man har gjort det riktige hele tiden – man kan ha begått dumheter og feilvurderinger hele veien. Motstanden man ofte møter på som mindre erfaren kan også være et godt tegn: De negative kommentarene kan innebære at man faktisk har begynt å få innflytelse.

En annen teknikk som brukes av mange er å framstille seg selv som offer. Da blir alle som kritiserer deg automatisk overgripere, og du selv blir uangripelig.

Fastlegen Elin i Nina Lykkes roman hersker en og annen hersketeknikk. I kaoset sitt klarer hun verken å ta godt vare på seg selv eller pasientene sine. Jeg hadde lest romanen omtrent halvveis før *Aftenposten* i februar satte saken om de slitne fastlegene og de krevende pasientene på trykk. Plutselig ble fiksjonen til virkelighet som det måtte responderes på, og Elin fikk hvile på nattbordet en stund. Det er jo ikke pasien-

tene som er problemet for fastlegene – det er arbeidsmengden!

Etter hvert som pandemien løsnet grepet om min hverdag, plukket jeg på nytt opp satiren om Elin og hennes krisemestring. Jeg humret meg gjennom romanens siste halvdel, og satt igjen med følelsen av å ha en viss kontroll – korona-krise til tross.

Hvor leser du?

Jeg leser mest om natten. I et hus med seks beboere byr dagslyset og sofaen sjelden på ro. På late sommerkvelder tar jeg med meg boka til hengekøya i skogen rett ved huset vårt, med utsikt over Fagernes. Fuglekvitertet og suset fra trekronene gir meg sjelefred.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Jeg er ganske altetende når det gjelder litteratur, både hva gjelder form og innhold. Alt fra fagbøker til novellesamlinger kan fenge meg. Per Egil Heggens bøker *Heng ham, ikke vent til jeg kommer* og *Ridende rytter til hest* er juveler for den som er pirkete og bryr seg om norsk ortografi. Ellers liker jeg godt å lese bøker som gjør meg litt klokere i møte med pasientene. Selvhjelpstrilogien til Ingvar Wilhelmsen, som inneholder bøkene *Sjef i eget liv*, *Kongen anbefaler* og *Det er ikke mer synd på deg enn andre*, har vært til hjelp for meg i mange situasjoner, både privat og i virket som lege. Det er fantastisk å kunne tipse om en bok under konsultasjonen, og så møte en mindre engstelig pasient på kontoret noen uker senere.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Jeg åpner alltid lokalavisen bakerst for å lese dødsannonsene. Det har jeg gjort så lenge jeg kan huske. De sorgtunge ordene i annonsene er også vakre – og minner om at vi må leve mens vi kan. Bevissthet omkring døden kan gi næring til livet, slik Per Fugelli skildrer i boken *Døden, skal vi danse?* Denne kloke og letteste beretningen om liv og død bør leses av alle leger.

Fugelli påpeker at det er umulig å være en god lege for alvorlig syke mennesker man ikke kjenner. Han bruker begrepet



STILBILDE: SHUTTERSTOCK/MARTIN KERNER

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 produsentavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter 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.

Skabbinfestasjon: En diagnose til å få fnatt av

Salg av permetrin og ivermektin har økt betraktelig de senere årene. I tillegg har det vært en klar økning i bruken av ICPC-diagnosen S72 skabb ved konsultasjoner i primærhelsetjenesten.

Det er rapportert flere utbrudd i helseinstitusjoner (særlig sykehjem), asylmottak, studentmiljøer og barnehager, og tilstanden omtales også hyppig i media (1). RELIS får stadig flere spørsmål om behandling av skabb (2–8). Både behandlingsalternativer, behandlingssvikt, behandlingsvarighet og behandling av barn med skabb har vært omtalt. Her følger en oppsummering av gjeldende anbefalinger og en beskrivelse av de ulike behandlingsalternativenes effekt og sikkerhet, koblet til en problemstilling hvor pasienten på nytt møter til time med kløe som ikke vil opphøre.

Skabbmidden

Skabb er en intens kløende dermatose forårsaket av den parasittiske midden *Sarcoptes scabiei* (variant *hominis*). Hunnmidden som er 0,3–0,5 mm lang, graver ganger i hudens hornlag hvor den legger egg. Larvene klekkes etter tre til fire dager, og utviklingen fra egg til voksen skabbmidd tar 14–17 dager (9).

En pasient har sjelden mer enn 5–15 hunnmidd. Smitte skjer ved direkte hudkontakt av litt lengre varighet og i sjeldne tilfeller via håndklær, sengetøy og klær (1). Kløen er en kroppsegen allergisk reaksjon på død skabbmidd og middavføring og oppstår vanligvis omtrent fire til seks uker etter smittetidspunkt ved førstegangsinfestasjon. Ved resmitte kommer kløen tidligere, ofte allerede etter tre til fire dager. Kløen er kjent for å være særlig intens, særlig på natten. Tradisjonsordet «fnatt» betyr ifølge Språkrådet skabb og kan gi assosiasjoner til hvordan en slik kløe kan oppleves. Typiske lokalisasjoner for skabbgan-

gene er hudfolder, og man finner gjerne skabb mellom fingrene, rundt håndleddene, rundt ankler og på ytre genitalia. Hos barn kan også ansikt, hodebunn, håndflater og fotsåler bli angrepet (9, 10). Sikker diagnose kan bare stilles ved mikroskopisk påvisning av midd eller egg fra skabbganger, men vil nok i de fleste tilfeller stilles klinisk på bakgrunn av symptombildet og typisk lokalisasjon av utslettet. Pasientens kliniske framtrede vil kunne variere noe i forløpet, fra noe uspesifikk funn i tidlig fase til senere sekundære fenomener som ekskoriasjoner eller bakteriell superinfeksjon (9, 11).

Skorpeskabb (*Scabies norvegicus*) er en sjelden klinisk variant assosiert med svært høy skabbkonsentrasjon over større deler av kroppen. Det kliniske bildet er preget av konfluerende hudforandringer med tykke skall, skorper og sprekker og avskalling av huden. Denne varianten forekommer i all hovedsak hos immunsvekkede pasienter (1, 9, 12).

Behandlingsmål

Målet ved behandling av skabb er primært å drepe skabbmidden og eggene, men også å forhindre videre smitte. I tillegg ønsker man å kurere utslettet og lindre kløen. Kløen etter skabbinfestasjon kan vedvare i flere uker etter at skabben er drept (1, 9).

Behandlingsalternativer

Skabb forsvinner ikke av seg selv og skal alltid behandles. Alle i samme husstand og seksualkontakter bør behandles samtidig selv om de ikke har kløe (1). Behandlings-

suksess avhenger av at behandling, inkludert miljøtiltak skjer koordinert med pasientens nærkontakter.

Permetrin (lokal behandling)

Permetrin fem prosent krem er førstevalg ved behandling av skabb og kan brukes av alle, inkludert gravide, ammende og spedbarn ned til to måneders alder. Permetrin dreper både skabbmidden og eggene (13). Hele hudoverflaten unntatt ansikt og hodebunn skal behandles. Det er viktig at huden mellom fingre og tær, i armhuler, navle, ytre genitalia og sete smøres godt. Etter minst tolv timer bør man dusje eller bade. Har man vasket hendene før åtte timer er gått bør hendene smøres på nytt (1, 9). Den reviderte retningslinjen for behandling av skabb i Helse Bergen av november 2019 er noe strengere enn rådene som blir gitt i Folkehelseinstituttets smittevernveileder. Her anbefaler man at hele hudoverflaten inkludert ansikt og hodebunn smøres og ny smøring av hender dersom man har vasket hendene innen tolv timer (14).

Det anbefales generelt å gjenta permetrinbehandling etter én uke (1, 9). Også i flere internasjonale oppslagsverk anbefales det at behandlingen gjentas etter en til to uker (13, 15, 16). Ettersom permetrin kan virke lokalirriterende på huden kan man likevel, spesielt hos personer med en ømfintlig hudtype, nøye seg med én behandlingsomgang. Den relative effekten av en versus to applikasjoner av permetrin har ikke blitt studert (15).

Ivermektin (systemisk behandling)

Systemisk behandling med ivermektin er et alternativ til lokalbehandling med permetrin ved terapieresistens eller intoleranse for permetrin, og er aktuelt som primærbehandling ved skorpeskabb (9). Effektiviteten av ivermektin etter en behandlingsrunde har vist seg begrenset, noe som har

avledet en hypotese om at ivermektin ikke er like effektiv mot alle stadier i livssyklusen til midten. Man har derfor tenkt at ivermektinbehandlingen blir mer effektiv når enkeltdosen gjentas for å drepe nyklekte midd (13, 17).

Både norske og internasjonale oppslagsverk anbefaler én enkeltdose med ivermektin 200 mikrogram/kg ved behandling av skabb hos voksne, og behandlingen skal gjentas etter en til to uker. Det varierer mellom kildene om de anbefaler at kuren gjentas etter en, to, eller en til to uker (1, 9, 15, 16, 18, 19). Det kan tyde på at det er av mindre betydning om den andre dosen tas akkurat på dag sju eller fjorten. Ved litteratursøk har vi ikke funnet studier som sammenlikner effekten av gjentatt dosering på dag sju eller dag fjorten.

Effekten av oral ivermektin er i flere studier blitt sammenlignet med topikal behandling mot skabb. I en studie (n=85) var en enkelt dose ivermektin mindre effektiv enn topikal permetrinbehandling (kureringsrate henholdsvis 70 prosent mot 98 prosent), men hvis en andre dose ivermektin ble gitt til pasienter som ikke hadde respons etter den første dosen, steg kureringsraten med ivermektin til 95 prosent (20).

Behandling med ivermektin anbefales ikke til barn under 15 kg på grunn av manglende sikkerhet, til tross for at effekten virker å være god og det er sett få bivirkninger (7, 15).

Andre behandlingsalternativer (lokal behandling)

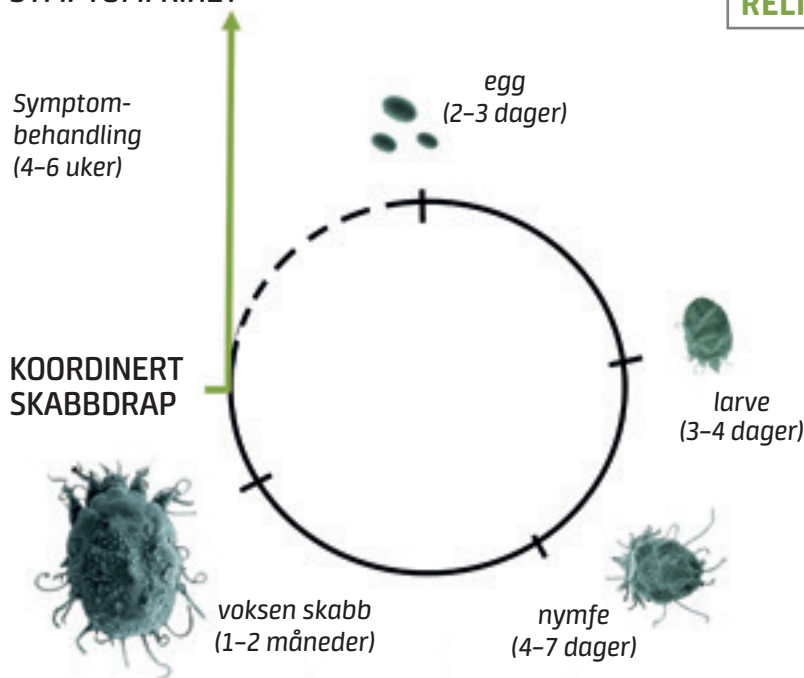
Benzylbenzoat liniment

Benzylbenzoat 33 prosent liniment er aktuelt som et alternativ til permetrinbehandling av voksne, inkludert gravide. I Folkehelseinstituttets smittevernveilederen anbefaler de at barn under to år behandles under tilsyn av lege, og det benyttes et fortynnet bensylbenzoat liniment (15 prosent) (1). I Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) anbefaler de bruk av fortynnet liniment til barn under ett år (9). Til barn under to år bør også hodebunn og ansikt behandles (1).

Dixantogenvaselin

I NEL og Norsk legemiddelhåndbok angis også dixantogenvaselin som et effektivt alternativ til permetrin (9, 10, 21). For voksne og barn over seks år (> 40 kg) angis bruk av 80–100 gram dixantogen ti prosent vaselin, men til barn tre til seks år anbefales bruk av 20–50 gram dixantogen fem prosent vaselin. Barn under tre år skal behandles under tilsyn av lege. Salven skal smøres i tynt lag fra halsen og ned, og det bør unngås å få preparatet i ansiktet (21).

SYMPTOMFRIHET



FIGUR. Skabbens livssyklus. Ved effektivt skabbdrap tas pasienten ut av skabbens livssyklus. Symptomene vedvarer en tid etter legemiddelbehandling og nødvendige miljøtiltak.

Glukokortikoid krem

Når skabben er drept, vil utslettet og den intense kløen kunne lindres ved bruk av glukokortikoidkrem i tilstrekkelig styrke, ofte gruppe II eller III (1, 9). Kløe kan vedvare i opptil fire til seks uker selv etter vellykket midddrap (9).

Behandling av skorpeskabb

Kombinasjonsbehandling med permetrin og ivermektin regnes som den foretrukne førstelinjebehandlingen for skorpeskabb (15). Ved skorpeskabb er doseringen av peroral ivermektin 200 mikrogram/kg/dose gitt på dag 1, 2, 8, 9 og 15. Pasienter med alvorlig skorpeskabb kan trenge lengre ivermektinbehandling med ytterligere to doser (gitt på dag 22 og 29). Permetrin fem prosent krem smøres som beskrevet over daglig i sju dager, deretter to ganger per uke inntil pasienten er kvitt skabben (15, 19). Behandling av skorpeskabb hos eldre og immunsupprimerte kan være vanskelig, og Folkehelseinstituttet anbefaler i slike tilfeller å søke råd hos hudspesialist (1).

Miljøtiltak

Skabb kan overleve i tre til fem døgn uten kontakt med mennesker, og resmitte regnes som hyppigste årsak til behandlingssvikt (14). Derfor er det svært viktig med god etterlevelse av en korrekt sanering av midten for å hindre resmitte. Alle i samme husstand må behandles samtidig som pasienten med permetrin krem. Dette gjelder uansett om andre i husstanden klør eller ikke. Sengetøy, håndklær og klær brukt siste fem dager må vaskes på 60 grader. Tøy som ikke tåler dette, kan pakkes i plastpo-

ser og settes bort i fem dager. Madrasser kan heller ikke brukes på fem dager. Saneringen bør skje senest tolv timer etter inntak av ivermektin tabletter og direkte etter at man har hatt permetrin kremen på i åtte til tolv timer (1).

Langvarig kløe: behandlingssvikt, underbehandling av postskabios kløe eller andre differensialdiagnoser?

For at behandlingen av skabb skal være vellykket er det viktig at man følger de omfattende miljøtiltakene, samt gjennomfører en koordinert behandling av alle aktuelle kontaktpersoner. Dersom behandling og miljøtiltak er utført korrekt, skal man kunne stole på at skabbmidten er død. Likevel kan kløen vedvare opptil seks uker etter vellykket behandling, og noen pasienter vil følgelig ha behov for lokale glukokortikoider og eventuelt systemisk antihistamin (9). Videre oppfølging etter behandling er normalt ikke nødvendig (9, 22). Oppslagsverket UpToDate angir at vanlige årsaker til kløe utover fire uker er behandlingssvikt og behandlingsrelatert hudirritasjon eller kontakteksem (15). Behandlingssvikt kan skyldes dårlig etterlevelse av behandlingsregimet, resistens eller reinfestasjon. Hvis resistens ser ut til å være den mest sannsynlige årsaken til svikt i behandlingen, bør behandling med et alternativt antiskabietisk middel forsøkes. Vi viser til behandlingssalternativene omtalt over. Andre årsaker til vedvarende kløe kan være eksemtilstander som atopisk eksem eller kontakteksem, lichen ruber planus, insektbitt eller psykisk sykdom (9, 15).

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

Velkommen og lykke til!  Tove Rutle – lagleder

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Nattatanker

«Godnatta til fuglene
som sover i treet,
og til fuglene i håret mitt
som bygger reder om natta.
Håret så fullt
at jeg ikke får sove.

Godnatta til treet
som står der med himmelen i hendene sine,
står der og bærer kvelden på skuldrene
med en stjerne på hver finger.»

«Godnatta til håpet
som ligger i epleblomstene og venter,
og til redene og fuglene og humlene og biene
og de små, svarte maurene
som vinker med følehornene sine
og alltid har en plan.»

«Godnatta til veien
den lange veien
som går og går gjennom kvelden,
gjennom natta
og videre inn i neste dag.
Godnatta til alle veier som fører hjem.»

«Godnatta til alle som lengter.
Det er så lenge å vente.
Og ropet vokser seg stort i magen.
Og ropet reiser seg opp og roper
et helt stille rop
som nesten ingen kan høre.»

«Godnatta til alle
som har låst seg inne
på badet
og ikke vil ut.»

«Godnatta til de som er syke,
til de som hoster og de som nyser
og de som grøsset med feber
og etterpå svetter.
Håper natta vil hjelpe.
Håper søvnen vil hjelpe.
Håper dere blir friske i natt.»

«Godnatta til alle som angrer
på det de har gjort og det de har sagt
og det de ikke har gjort eller sagt,
til alle som ligger og reparerer,
knyter knuter på tankene,
broderer på ordene,
lapper og syr og spinner.
Ikke mer å gjøre i dag,
men kanskje i morgen, i morgen, i morgen
kan du kanskje si unnskyld.»

«Godnatta til de som hvisker i mørket
og de som forteller hemmeligheter
eller bare smiler med stemmen,
bare smiler selv om ingen ser det.
Godnatta til alle som ler i natta
selv om det ikke er noe å le av.»

«Godnatta til stemmen,
den lille stemmen,
som blafret i pusten.
Og pusten
letter fra puta
som en sommerfugl.»

«Godnatt, natt,
som kommer hver kveld på besøk
med søvnen i armene
og drømmer i en pose»

«Godnatta til puta mi,
et stort, mykt kinn i mørket,
som venter på meg
med en klem
uansett hva jeg har gjort»

Jeg velger utdrag fra denne boka fordi boka er en av de vakreste jeg vet om. Slike enkle, små vers som rommer så mye, og så mye håp å finne i dem. Godt å lese slikt i disse dager hvor verden står på hodet og mange mennesker strever. Stafettpinnen sendes videre til Kristine Brenden.

Hilsen fra
GRO HENRIKSEN

RELIS

Sikkerhet

Både for topikal behandling med permetrin og systemiske ivermektinbehandling er det lite og dårlig rapportert informasjon vedrørende sikkerhet ved bruk. I en Cochrane systematisk litteraturgjennomgang som studerte effekt og sikkerhet ved bruk av permetrin krem og ivermektin tabletter rapporterer forfatterne om null fall i studiene som følge av bivirkninger. Totalt sett ble det rapportert om få og milde bivirkninger (22).

Ved skorpeskabb er doseringen av peroral ivermektin angitt å være 200 mikrogram/kg/

dose gitt på dag 1, 2, 8, 9 og 15, eventuelt også dag 22 og 29 hos pasienter med alvorlig skorpeskabb. Denne doseringen tyder på at ivermektinbyrden ved gjentatte kurer ikke skulle være noe problem (2). Ivermektin tolereres vanligvis godt og har få og milde bivirkninger. Forfatterne av en Cochrane systematisk litteraturgjennomgang fra 2018 fant ingen studier som sammenliknet sikkerheten ved ulike doser peroral ivermektin (22).

Vi har ikke funnet informasjon vedrørende hverken sikkerhet eller effekt av en tredje eller fjerde dose ivermektin, eller maksimum antall repeterende kurer

med ivermektin mot skabb. Forutsatt at det ikke mistenkes resistens mot ivermektin, eller andre årsaker til behandlingssvikt, vurderer vi at man kan gjenta behandlingen dersom en behandlingsrunde ikke strekker til. Ved vedvarende utslett bør behandlende lege likevel vurdere eventuelle andre årsaker til pasientens utslett og kløe.

Ved kontakt med Folkehelseinstituttet (FHI) opplyser de om at smitteveilederen er under revisjon. Målet er å få en uniform behandlingsstrategi på landsbasis (4).

Oppsummering

Vellykket skabbbehandling krever mye av pasienten, men også av legen. Forekomsten av skabb synes å øke, og avisoppslag om behandlingssvikt har vært hyppige. Manglende effekt på symptomene kan ha mange årsaker (dårlig etterlevelse av behandlingsregimet, resistens, reinfestasjon, resmittet eller plagsomme forløpssymptomer) og fører til ny legesøking. De legefaglige avveiningene i disse pasientforløpene kan være krevende. Vi tror det kan være nyttig at pasienten forsøkes informert om antatt symptomvarighet, men også risikoen for et mulig langvarig forløp og høye behandlingsutgifter dersom ikke smittesneringen utføres presist og i koordinasjon med pasientens nærkontakter. Både pasient og behandler må være oppmerksom på at kløen kan vedvare opptil seks uker etter vellykket behandling, og noen pasienter vil følgelig ha behov for lokale glukokortikoider og eventuelt systemisk antihistamin i forløpet etter skabbdrapet. Videre oppfølging etter behandling er normalt ikke nødvendig.

REFERANSER

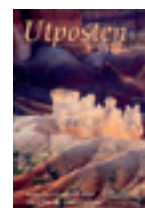
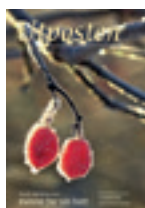
1. Folkehelseinstituttet. Skabb – veileder for helsepersonell. <https://www.fhi.no/> (Sist oppdatert: 6. februar 2019).
2. RELIS database 2020; spm.nr. 8013, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no)
3. RELIS database 2020; spm.nr. 8029, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no)
4. RELIS database 2020; spm.nr. 7968, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no)
5. RELIS database 2020; spm.nr. 12581, RELIS Sør-Øst. (www.relis.no)
6. RELIS database 2020; spm.nr. 13832, RELIS Vest. (www.relis.no)
7. RELIS database 2020; spm.nr. 12776, RELIS Sør-Øst. (www.relis.no)
8. RELIS database 2020; spm.nr. 8074, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no)
9. Norsk elektronisk legehåndbok. Skabb. <https://legehandboka.no/> (Sist endret: 16. januar 2020).
10. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Skabb. <http://legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 28. april 2017).
11. Centers for disease control and prevention. Scabies. Disease. <https://www.cdc.gov/> (Sist evaluert: 2. november 2010).
12. Goldstein BG, Goldstein AO. Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. Version 26.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 2. august 2019)
13. Centers for disease control and prevention. Scabies. Treatment. Medications. <https://www.cdc.gov/> (Sist evaluert: 2. oktober 2019).
14. Helse Bergen. Revidert retningsline for behandling av skabb. <https://helse-bergen.no/> (Sist oppdatert: 19. november 2019).
15. Goldstein BG, Goldstein AO. Scabies: Management. Version 5.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 27. juli 2018).
16. Scabies. In: BMJ Best practice. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: juni 2018).
17. Usha V, Gopalakrishnan Nair TV. A comparative study of oral ivermectin and topical permethrin cream in the treatment of scabies. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 42: 236-40. (Kun abstrakt)
18. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Ivermectin. <http://legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 28. september 2017).
19. Micromedex® 2.0 (online). Ivermectin (Drugdex System). <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 6. desember 2019).
20. Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. *N Engl J Med.* 2010; 362: 717–725.
21. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Dixantogen. <http://legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 1. juni 2017).
22. Rosumeck S, Nast A, Dressler C. Ivermectin and permethrin for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 4: CD012994.

INGRID LUNDE STEEN

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

FRODE EDVARDSEN

Spes. allm. med., Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital



Utposten

annonseinfo 2020

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

ABONNEMENT: Kr 580,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Tove og Karianne Rutle

RMR, Sjøbergvn. 32, 2066 Jessheim

☎ 913 08 747 ✉ karianne.rutle@gmail.com | rmrtove@online.no

MATERIELL:

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

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

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

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

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

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	22. januar	6. februar	17. februar
②	26. februar	12. mars	23. mars
③	3. april	23. april	5. mai
④	20. mai	4. juni	15. juni
⑤	19. august	3. september	14. september
⑥	23. september	8. oktober	19. oktober
⑦/⑧	4. november	26. november	7. desember

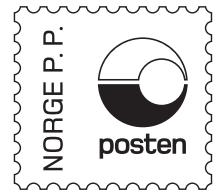
ANNONSEINFO

FORMAT	MÅL	MÅL UTF.	4-FARGER	S-HV
1/1	185 x 238,2	210 x 297*	12 000,-	6 900,-
4. omslag	–	210 x 237*	16 000,-	–
2/3	↕ 122 x 238,2	136 x 297*	10 000,-	6 100,-
1/2	↔ 185 x 122	210 x 147,5*	8 100,-	4 300,-
1/3	↕ 59 x 238,2	73 x 297*	7 400,-	3 700,-
1/3	↔ 185 x 92	210 x 117*	7 400,-	3 700,-
1/4	↔ 185 x 61	210 x 87*	6 500,-	2 800,-

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

RABATT: Annonsebestilling i hver utgave – siste annonse gratis.



Avsender:
RMR Utposten
Sjøbergveien 32
2066 Jessheim

God sommer!

