

Utposten

5 2020
ÅRGANG 49

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Levende kart over
covid-19-forskning

Motiverende intervju
Myggmiddelfakta
Ryggpasientbehandling

**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

Inga Marthe Grønseth

MOBIL: 980 83 115

E-POST: i.m.gronseth@gmail.com

FAGLIG MEDARBEIDERE:**Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

Tom Sundar

MOBIL: 454 84 047

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDE / 2. OG 4. OMSLAGSSIDE: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs
07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media

TRYKT
I NORGEDu finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: På ukjente stier i koronalandskapet**

Marit Tuv

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:**Kombilegen sjonglerer hattene utmerket**

Ingebjørn Bleidvin intervjuet av Jan Håkon Juul

6 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:**Korsryggssmerter – tid for å endre praksis**

Rikke Munk et al.

8 Overbehandler og feilbehandler korsryggssmerter

Irene Mårdalen

12 Motiverende intervju | Thomas Mildestvedt**16 Kan motiverende intervju læres som podcast?**

Kjell-Arne Helgebostad

20 Levende kart over covid-19-forskning

Magne Nylenna

**24 Sykdomspulsen for kommunehelse-
tjenesten, et verktøy for kommuneoverleger**

Gry Marysol Grøneng

26 Refleksjonar rundt utprøving av psykolog på legekantor

Gerd Signy Solberg Omland

30 KLINISK OVERSIKT: Verdt å vite om verdens mest brukte myggmiddel

Christopher Aam Ingvaldsen, Erlend Aa og Pål-Didrik Hoff Roland

33 Sakset fra allmennt medisinsk forskning | Kompilert av Lisbeth Nilsen**34 Back to basic: Basiskompetanse satt i system | Francis Odeh****38 Du har mottatt en melding fra Fylkesmannen | Njål Flem Mæland****39 Hun leser norske studier med falkeblikk | Lisbeth Nilsen****42 The 2020 Gorgas Course of Clinical Tropical Medicine**

Frode Ooesterling

**45 UTPOSTENS SERIE OM MEDISINSK HISTORIE : 1603 –den offentlige
helsetjenesten i Norge startet med en lege fra Bergen**

Harald Siem

**46 BOKANMELDELSE: Et hjelpearbeid
med mange muligheter**

«Grunnbok i psykisk helsearbeid» anmeldt av Eli Berg

47 BOKANMELDELSE: Utfordringer i kø

«Etikk i helsetjenesten» anmeldt av Eli Berg

48 BOKANMELDELSE: En stor og viktig bok

«Sykdommers sosiale røtter» anmeldt av Eli Berg

49 FASTE SPALTER

HVA LESER LEGEN 49

RELIS 52

LYRIKKSTAFETTEN 56

På ukjente stier i koronalandskapet

Denne sommeren har nordmenn vært på oppdagelsesferd i eget land. Det har vært lange køer på ferjene til Lofoten, venting ved utkikkspunktet Rampestreken og fullt på båten inn til Memurubu, der stien leder mot Besseggen. Nye topper er besteget og turene behørig foreviget. Takket være Den Norske Turistforening og tusenvis av skritt før våre, slipper vi som oftest å stake ut kursen selv.

Det kjennes trygt å plassere føttene der det er et tydelig tråkk. Mange andre har gått til topps i den samme leia. Man kan feste sin lit til stien, inntil den deler seg. Ved stikrysset må man vurdere alternativene og velge retning. Noen ganger viser det seg at motet var vel freidig og at ruta ble for bratt. Kanskje finner man ut at det er best å snu – ofte er det flere veier til målet og lettere å ta seg frem i mindre kupert terreng.

Under koronapandemien har vi måttet finne retningen selv. For de fleste lidelser vi beskjeftiger oss med, er risikofaktorer,

symptomer og funn, diagnostiske kriterier, behandlingsmuligheter og prognose etablert kunnskap. Ved pandemiens start kjente vi ikke engang det naturlige forløpet av covid-19. Likevel klarte allmennleger og samfunnsmedisinere i fellesskap å komme inn på en farbar vei, med opprettelse av luftveisklinikker, testsentre og nye rutiner i rekordfart. Pågangsmotet var på topp, arbeidsmengden formidabel og innsatsen til å være stolt av.

Som fagpersoner har vi fått erfare hvordan det er å orientere seg i ukjent landskap uten kart og kompass. I denne utgaven av *Utposten* presenteres Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten og Folkehelseinstituttets levende kart over covid-19-forskning, som forhåpentligvis vil gjøre veivalgene på alle nivå litt enklere.

Forskningskartet oppdateres fortløpende og styrker beslutningsgrunnlaget vårt kontinuerlig. Hadde vi hatt dagens

kunnskap i mars, er det ikke sikkert vi ville landet på verken hytteforbud eller hjemmeskole. Koronatiltakene ga nasjonen tunge motbakker, men det friske motet gjorde at vi nådde smittetoppen raskt. På vei ned kunne vi sondere terrenget, finne ut hvor vi trådte feil, og enes om en mindre humpete vei opp neste gang.

Det gikk nok litt over stakk og stein også for kollegaen som for drøyt 400 år siden sto helt alene med det medisinske ansvaret for en pestherjet Bergen by. I bladet får du vite mer om denne heltens av en lege, samt stifte bekjentskap med kolleger som hjelper pasientene til å finne en ny retning i livet eller som selv går nye veier – i Peru, på Jæren, i Steigen og på Røros.

Utpostens redaksjon ønsker alle lesere en fargerik høst med overkommelige motbakker i koronalandskapet!

MARIT TUV



Kombilegen sjong hattene utmerket

Ingebjørn Bleidvin ■ INTERVJUET AV JAN HÅKON JUUL



Ingebjørn Bleidvin er en travel mann, ikke ulik undertegnede. Betegnende er måten intervjuet blir avtalt på.

Etter meldinger på iMessage frem og tilbake, får jeg en melding en kveld – «No?». Ingebjørn er da hjemme alene med ungene, og det samme er jeg. Vi hiver oss begge rundt, og treffes – på FaceTime selvfølgelig. De tekniske hjelpemidlene for sosial kontakt har fått et oppsving i 2020.

Ingebjørn er kombilege i Hadsel, en øy på kanten av Vesterålen, hjemsted for Hurtigrutens hus, på grensen til Lofoten og min nabokommune. Han er en fyr som har stått i søkelyset det siste halvåret i den ene av rollene sine, men han har flere. I tillegg til å være fastlege og kommuneoverlege, er han også far, ektemann, gründer, skribent med fast spalte i *Bergens Tidende* (han er opprinnelig vestlending) og engasjerer seg gjerne på Facebook og i andre fora i de fleste saker. Det er ikke fritt for at jeg undrer meg over hvordan han alltid er i godt humør – tilsynelatende i alle fall.

Det er jo naturlig å lure på om mannen kan ha hatt ferie siden vi nå akkurat har fått startet på august. Jeg er selv i feriemodus, men Ingebjørn ler litt av spørsmålet.

Ingebjørn Bleidvin er velsignet med et godt humør og er en diplomatisk og rolig type, som hardinger flest.

lerer

– Jeg har hatt ferie som de fleste av oss andre kommuneoverleger, med noe jobbing hver dag – gjerne tidlig om morgenen før de andre er stått opp.

Men han har ikke bare kommuneoverlegejobben. Det blir litt jobbing med ReMin også, et smittesporingsverktøy som han i samarbeid med andre har utviklet i vår. Det er litt i tiden dette, at i mangel på gode verktøy innenfor teknologi og data, så fikser man det selv.

– Jeg er jo fornøyd med at jeg fikk ta ferie, tenkte lenge at det ikke ble noe av i år, i alle fall ikke i mars og april. Vi (familien) skulle til Hawaii, men det ble det jo ingenting av, så da ble det Vestlandet. Vi hadde faktisk fem ukers ferie, kan ikke huske å ha hatt så lang ferie noensinne.

Vi ler litt over dette paradokset – at 2020 startet med en god plan for en lang ferie, gikk over i en følelse av at i år blir det ikke noe, til å faktisk klare å ta fri – vel kanskje ikke helt fri, men i alle fall være borte fra jobb såpass lenge.

Symptomatisk nok – den viktigste rollen trer inn midt i intervjuet – og Ingebjørn må være pappa i noen minutter, slik at et av barna får satt på barne-TV, og jeg får sett til at mine barn fortsatt har det bra foran sine skjermer. Slik blir det gjerne på en regnværsdag i nord.

Ingebjørn trer inn i bildet igjen og jeg

Det siste halve året har bydd på utfordringer man ikke tidligere har møtt, også for kommuneoverlegen i Hadsel, som tidlig fikk tilfelle av covid-19 i sin kommune.



stiller det spørsmålet jeg egentlig hadde tenkt å innlede med: Hvordan har du det akkurat nå, på en skala fra én til ti?

– Jeg har ingen grunn til ikke å ligge på noe annet enn konstant åtte av en skala på ti, sier Ingebjørn. Alle som har unger kjenner til *Karsten og Petra* (en bokserie skrevet av Tor Åge Bringsværd). De synger «ingen sure miner, det er gøy å være glad». Jeg har jobbet på kreftavdeling tidligere og sett hvordan folk kan ha det, og også i fastlege-rollen får man et innblikk i at mange ikke har det så greit. Jeg tenker at vi som da ikke har så mye å klage på, må ha det perspektivet på ting – og være fornøyd når man har grunn til det, sier den erfarne legen.

UTPOSTEN: Du er fastlege, kommuneoverlege, gründer, skribent, pappa, ektemann og bonde. Hvordan klarer du å sjonglere mellom alle rollene dine?

– Det viktigste er å sjonglere mellom hvem jeg representerer formelt, å klarlegge hvem du er i offentlig sammenheng, fortel-

ler Ingebjørn. Han tror han klarer å skille dem utad, men påpeker at det må kanskje de rundt ham vurdere.

Når jeg er fastlege på en liten plass, må jeg være ganske nøye med å presisere hvem jeg snakker som og hva jeg sier i de ulike sammenhengene, slik at folk skjønner hvem jeg er der og da, og hva jeg representerer. Men dette kan leger, vi må ofte sjonglere mellom roller uansett hvor vi bor og jobber.

UTPOSTEN: Er det noen av disse hattene som gir en av de andre hattene problemer?

– Det er en lang liste med potensielle konflikter. Den ene rollen kan gi en av de andre oppgavene utfordringer, og ikke minst selve systemene som oppgavene er knyttet til. Alle vil jo ha mer tid til familie og mer tid til rekreasjon. Ingvard Wilhelmsen sier at du ikke skal ha dårlig samvittighet, men at du skal være bevisst at du har mulighet å ta aktive valg på hvordan du bruker tiden din.

Han tenker seg om og fortsetter: – Jeg

hadde faktisk begynt å jobbe mindre i vinter, reduserte listen og skalerte litt ned på ting for å kunne gå hjem litt tidligere. Så kom jo covid-19.

UTPOSTEN: Med alle dine roller og oppgaver, hvordan kobler du av?

– Jeg trener. Det er drepende kjedelig og politisk korrekt. Det handler om å leve som du prediker. En halvtimes løpetur på morgenen gir nok nedetid for hjernen til at ting fungerer resten av dagen. Jeg prøver hardt å prioritere det.

UTPOSTEN: I media fremstår du som en diplomatisk og rolig type. Men en som er så engasjert som deg må vel ha sterke følelser for ting – hva gjør deg sinna?

– Jeg er jo vestlending (Harding), flirer han og fortsetter: – Jeg er ikke fra et oppfarende folkeslag, rett og slett. Det er ikke mange ting som gjør meg sint, men jeg blir oppgitt over folk som ikke gidder å bry seg.

Ingebjørn Bleidvin er i tillegg til å være fastlege og kommuneoverlege, gründer og skribent, samt at han er familiemann og aktiv på sosiale medier.



UTPOSTEN: Du, sammen med mange andre nordlendinger, fikk mye oppmerksomhet i forbindelse med innreisekarantenen som ble innført for personer som hadde oppholdt seg i de fylkene med mest smitte i mars og april. Hva syns du om det tiltaket nå i ettertid?

– Jeg tenker nå, som da, at det var en rasjonell, nødvendig og anbefalt smittevernstrategi fra Folkehelseinstituttet.

UTPOSTEN: Hva tenker du om kritikken som kom?

– Dels var det tilfeller av slike saker som irriterer meg – når folk ikke setter seg inn i ting før de uttaler seg, og dels var det en sammenblanding av ulike typer karantenebestemmelser, der noen hadde så strenge tiltak at de gav problemer for folk og næringsliv. Vi følte vel i LOVE (Lofoten og Vesterålen) at vi hadde koordinert tiltaket godt og formulert oss i tråd med veilederen. Jeg følte ikke kritikken traff oss så hardt.

UTPOSTEN: Dere hadde jo tidlig tilfeller i Hadsel kommune, med blant annet karantene på sentrale personer i administrasjonen. Var dette utfordrende på noe vis?

– Det var nok mest kommunikasjonsmessig utfordrende fordi karantenen var strengere enn de nasjonale anbefalingene, fordi det gjaldt disse personene, og at en eventuell smitte ikke burde spre seg i administrasjonen. Noen vil kanskje påstå at de gjemte seg og sendte andre ut i risikofæren – så det var utfordrende pedagogisk opp mot befolkningen.

UTPOSTEN: Hvordan ser du på taushetsplikten, smittesporing og mediedekning?

– I den første saken gikk det greit, fordi størrelsen på kommunen gjorde at det ikke ville ta så lang tid før alle ville vite hvem det gjaldt. Prisverdig nok skjønte lederne dette og lot dette komme ut i offentligheten. Det har vært saker som har vært mer utfordrende enn akkurat denne. Av-

lysningene og nedstengningene var det mest hjerteskjærende å være med på. Vi skulle på forestillingen *Vaffelhjerte* ved Riksteateret bare noen uker etter nedstengingen, så det var synd de måtte avlyse. Jeg tenker også på for eksempel den lokale revyen – de legger ned masse tid og penger, så bare må de avlyse. Spesielt stenging av institusjonene var vanskelig, fordi beboerne er så sårbare. Det var mange triste historier å lese om sykehjem med smitte hvor mange døde, så jeg hadde jo forståelse for tiltaket. Men det å være isolert uten besøk i mange uker, er også veldig vanskelig og tøft for både beboere, ansatte og pårørende.

Helt til slutt Ingebjørn Bleidvin – nå også spåmann – hvordan ser du for deg høsten 2020, vil *Utpostens* utsende vite.

– Jeg ser for meg litt av og på med tiltak og utbrudd, sier han. Det blir mye jobb, men det blir nok overkommelig. Det er det vi kan håpe på!

ON THE EDGE

NORDIC CONGRESS OF GENERAL PRACTICE
STAVANGER, NORWAY JUNE 16-18 2021

Velkommen til kongress i 2021

Status for høsten 2020 er at alle større konferanser og kongresser, som Primærmedisinsk uke i Oslo og WONCA World i Abu Dhabi, er avlyst dette året. Hvordan er prognosene for 2021?

Vi som planlegger Nordisk kongress i allmennmedisin 16.–18. juni 2021 i Stavanger er optimister. Vitenskapelig komité har laget et flott program, og vi vil for første gang gi nordiske allmennleger mulighet til å gjennomføre emnekurs under kongressen. Dette åpner muligheten for unge spesialistkandidater til å delta med økonomisk støtte fra Legeforeningens utdanningsfond.

Kongressen i 2021 vil ha fokus på fremtidens allmennmedisin, teknologiske og digitale muligheter og utfordringer. Dette har blitt ytterligere aktualisert i pandemiperioden vi er inne i.

Vi håper og satser på at smittesituasjonen om et år vil være slik at vi kan samle over 1000 allmennleger fra hele Norden og og andre nasjoner på en trygg måte.

Sett av dagene allerede nå, og tegn deg på Nyhetsbrevene på www.ncgp2021.no.

Olav Thorsen
Leder for Hovedkomiteén

Gunnar Tschudi Bondevik
Leder for Vitenskapelig komité

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

Korsryggsmarter

– tid for å endre praksis

■ **RIKKE MUNK**, PT, ph.d-stipendiat, Institutt for fysioterapi, OsloMet – storbyuniversitetet | **KJERSTI STORHEIM**, Professor, PT, ph.d, Forsknings- og formidlingsenheten for muskelskjeletthelse (FORMI), Nevroklinnen, Oslo Universitetssykehus. Institutt for fysioterapi, OsloMet – storbyuniversitetet | **JOHN-ANKER ZWART**, Professor, MD, ph.d, Avd. for forskning og utvikling, Nevroklinnen, Oslo Universitetssykehus. Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo | **JAN HARTVIGSEN**, Professor, DC, ph.d, Institutt for Idrett og Biomekanikk, Syddansk Universitet, Danmark | **TRYGVE SKONNORD**, MD, ph.d-stipendiat, Avd. for allmennmedisin, HELSAM, Universitetet i Oslo | **ØRJAN NESSE VIGDAL**, PT, ph.d-stipendiat, Institutt for fysioterapi, OsloMet – storbyuniversitetet | **MARGRETH GROTE**, Professor, PT, ph.d, Institutt for fysioterapi, OsloMet – storbyuniversitetet. Forsknings- og formidlingsenheten for muskelskjeletthelse (FORMI), Oslo universitetssykehus | **TAKK TIL:** Rachelle Buchbinder, Nadine Foster, The Lancet Low Back Pain Series Working Group og OsloMet – storbyuniversitetet

Internasjonale forskere slår alarm. 29 av verdens ledende ryggforskere er kritiske til helsevesenets håndtering av pasienter med korsryggsmarter.

De hevder at altfor mange sykeliggjøres med unødvendig bildediagnostikk, medisiner, operasjoner og sykemeldinger.

Våren 2018 ble det publisert en artikkelserie om korsryggsmarter i tidsskriftet *The Lancet* (1–3). Under ledelse av professor Rachelle Buchbinder har en internasjonal gruppe på 29 forskere satt søkelys på dagens kunnskapsstatus ved håndtering av korsryggsmarter. Artikkelserien er et opprop om at altfor mange ryggpasienter mottar undersøkelser og behandlinger som ikke har støtte i forskningsbasert litteratur, noe som bidrar til over- og feilbehandling. Dagens praksis må endres. I store deler av verden ble dette budskapet fulgt opp med store medie-oppslag og påfølgende artikler, men artikkelserien fikk relativt beskjeden oppmerksomhet i Norge. Hensikten med dette sammendraget er derfor å gi en kort oppsummering av hovedbudskapene i *Lancet*-serien (1–3).

Kort fortalt – hva bør velinformerte klinikere vite om korsryggsmarter før behandling besluttet?

Korsryggsmarter er den ledende enkeltårsaken til funksjonsnedsettelse på verdensbasis og forekommer i alle aldersgrupper.

De fleste episoder er kortvarige og med små følger. Tilbakevendende episoder er vanlig, og korsryggsmarter er i økende grad ansett som en langvarig tilstand med fluktuerende klinisk forløp heller enn en serie urelaterte episoder.

En spesifikk årsak til korsryggsmarter vil sjelden la seg identifisere, og mesteparten diagnostiseres derfor som «uspesifikk». Radierende smerter og radikulopati oppstår i noen tilfeller. Et fåtall (1–5 prosent) av korsryggspasientene vil ha en mulig alvorlig underliggende årsak som kan kreve spesifikk behandling. Det er god evidens for at det ikke er grunnlag for rutinemessig bruk av bildediagnostikk, med mindre det foreligger en klar indikasjon. Bruk av bildediagnostikk bedrer ikke det kliniske forløpet og prognosen til ryggpasienter.

Risikofaktorer for en ny episode av korsryggsmarter inkluderer tidligere episoder med korsryggsmarter, komorbiditet i form av andre kroniske tilstander som astma, høypåtrykk og diabetes, dårlig mental helse, livsstilsfaktorer som røyking, overvekt og lav grad av fysisk aktivitet, samt genetiske faktorer. Risikofaktorer for utvikling av langvarige funksjonsbegrensende korsryggsmarter inkluderer psykososiale- og biofysiske faktorer, komorbiditet samt sentral smerteprosessering og modulerende faktorer. (1).

Behandling

Basert på dagens evidens og oppdaterte nasjonale retningslinjer fra Danmark (4), USA (5) og England (6) gir *Lancet*-serien en

god oversikt over anbefalte behandlingstiltak (TABELL 1) (2). Grunnbehandling, som inkluderer pasientinformasjon om ryggplagers vanlige prognose og råd om å forbli aktiv, er førstevalget i behandling av både akutte og langvarige korsryggsmarter. Veiledet trening og kognitiv atferdsterapi inngår også som grunnbehandling ved langvarige plager. Her er det viktig å merke seg at ingen treningsprogrammer har vist seg å ha bedre effekt enn andre. Derfor anbefales treningsprogrammer som tar hensyn til individuelle ønsker og behov. Manipulasjon, massasje, akupunktur og medikamentell behandling anbefales eventuelt som supplement til grunnbehandlingen.

Vi vet lite om effektive forebyggingstiltak

Det er gjort lite forskning på primærforebygging av korsryggsmarter, mens noen flere studier er gjort på sekundærforebygging (TABELL 2). Trening alene, eller i kombinasjon med pasientinformasjon, anses å være de mest effektive tiltakene for å forebygge tilbakefall og nye episoder av korsryggsmarter (2).

Oppsummering og konklusjon

Til tross for at internasjonale retningslinjer (4–6) gir klare anbefalinger for håndtering av korsryggsmarter, eksisterer det store gap mellom anbefalinger og praksis. Undersøkelser- og behandlingsmetoder som har god forskningsmessig støtte for ikke å være klinisk nyttig bør unngås. Dette gjelder først

TABELL 1. Anbefalt behandling ved uspesifikke korsryggssmerter med/uten radierende smerter og radikulopati uten alvorlig eller progressiv kraftnedsettelse.

	AKUTTE KORSRYGGSMERTER <6 UKER	LANGVARIGE KORSRYGGSMERTER >12UKER
Undervisning og selvhåndtering		
Råd om å forbli aktiv	Grunnbehandling	Grunnbehandling
Pasientinformasjon	Grunnbehandling	Grunnbehandling
Overfladisk varmebehandling	Supplerende behandling	Utilstrekkelig evidens
Ikke-medikamentell behandling		
Treningsterapi	Begrenset bruk enkelte pasienter	Grunnbehandling
Kognitiv atferdsterapi	Begrenset bruk enkelte pasienter	Grunnbehandling
Manipulasjon	Supplerende behandling	Supplerende behandling
Massasje	Supplerende behandling	Supplerende behandling
Akupunktur	Supplerende behandling	Supplerende behandling
Yoga	Ikke tilstrekkelig evidens	Supplerende behandling
Mindfulness-basert stressreduksjon	Ikke tilstrekkelig evidens	Supplerende behandling
Tverrfaglig rehabilitering	Ikke tilstrekkelig evidens	Supplerende behandling
Medikamentell behandling		
Paracetamol	Ikke anbefalt	Ikke anbefalt
Ikke-steroid anti-inflammatoriske medikamenter (NSAID)	Supplerende behandling	Supplerende behandling
Muskelavslappende	Begrenset bruk enkelte pasienter	Ikke tilstrekkelig evidens
Selektive noradrenalin-reopptaks-hemmere (anti-depressive medikamenter)	Ikke tilstrekkelig evidens	Supplerende behandling
Anti-epilepsi medikamenter	Ikke tilstrekkelig evidens	Usikker rolle
Opioider	Begrenset bruk med forsiktighet enkelte pasienter	Begrenset bruk med forsiktighet enkelte pasienter
Systemiske glukokortikoider	Ikke anbefalt	Ikke anbefalt
Invasive behandlingsmetoder		
Epidurale glukokortikoidinjeksjoner (for skiveprolaps med radikulopati)	Ikke anbefalt	Begrenset bruk enkelte pasienter
Kirurgi		
Diskektomi (for skiveprolaps med radikulopati)	Ikke tilstrekkelig evidens	Supplerende behandling
Laminektomi (for symptomatisk spinal stenose)	Ikke tilstrekkelig evidens	Supplerende behandling
Spinal fusjon (for ikke-radikulær korsryggssmerter med påvist degenerativ disk)	Ikke tilstrekkelig evidens	Usikker rolle

Tabell 1 er en kopi av «Table 2: Overview of intervention endorsed for non-specific low back pain in evidence-based clinical practice guidelines (Danish, US, and UK guidelines)» fra Foster og medarbeidere (2).

	EFFEKT HOS VOKSNE	EFFEKT HOS BARN
Trening kombinert med pasientinformasjon	Effektivt (moderat kvalitet)	Ingen tilgjengelige studier
Trening	Effektivt (lav kvalitet)	Ingen tilgjengelige studier
Pasientinformasjon	Ikke effektivt (moderat kvalitet)	Ikke effektivt (moderat kvalitet)
Ryggbelte	Ikke effektivt (veldig lav kvalitet)	Ingen tilgjengelige studier
Innleggssåler	Ikke effektivt (lav kvalitet)	Ingen tilgjengelige studier
Ergonomiske tiltak på arbeidsplassen	Ikke effektivt (moderat kvalitet)	Ingen tilgjengelige studier
Ergonomiske skolemøbler	–	Effektivt (veldig lav kvalitet)

TABELL 2. Forebygging av korsryggssmerter: konklusjoner om effekt og grad av styrke på evidens.

Tabell 2 er en kopi av «Table 1: Evidence of prevention strategies for low back pain: conclusions on effectiveness (and GRADE strength of evidence rating) from systematic reviews» fra Foster og medarbeidere (2).

og fremst unødvendig bildediagnostikk, medikamentell behandling, operasjoner og sykemeldinger (1–3). Ryggpasienter bør sikres tilgang til effektive og oppdaterte helse-tjenester (3). I Norge føles det derfor naturlig å etterlyse en oppdatering av de nasjonale retningslinjene for korsryggssmerter (7), som sist ble revidert i 2007.

Denne artikkelen er tidligere publisert i *Fysioterapeuten* 4/2020

REFERANSER

- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*. 2018; 391(10137): 2356–67.
- Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet*. 2018.
- Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *The Lancet*. 2018.
- Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J*. 2018; 27(1): 60–75.
- Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of P. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017; 166(7): 514–30.
- Excellence UNiFHaC. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management <https://www.nice.org.uk/guidance/ng592016>
- Lærum EBJIS, K; Espeland, A; Haldorsen, E; Munch-Ellingsen, J; Nielsen, LL; Rossvoll, I; Skouen, JS; Stig, LC; Werner, EL. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggssmerter – med og uten nerverotaffeksjon. Formidlingsenheter for muskel- og skjelettlidelse; 2007.

RIKKE@OSLOMET.NO

Overbehandler og feilbehandler korsryggpasienter

■ IRENE MÅRDALEN • Journalist, Fysioterapeuten

For mange ryggpasienter får medisiner og opereres. Det til tross for at et stort antall internasjonale studier viser at førstevalget heller bør være pasientinformasjon og råd om å forbli aktive.

Det går fram av studier publisert av i alt 29 internasjonale ryggforskere i tidsskriftet *The Lancet*. Nå vil professor og fysioterapeut Margreth Grotle ved OsloMet, ph.d-stipendiat og spesialist i idrettsfysioterapi Rikke Munk Killingmo og lege og ph.d-stipendiat Trygve Skonnord – sammen med andre norske ryggforskere – gjøre forskningen bedre kjent i Norge.

Aktivitet og informasjon er grunnbehandlingen

- Grunnbehandlingen – altså det første en pasient med vondt i ryggen skal gjøre – er å være aktiv. Dessverre viser forskning at et stort flertall av behandlerne starter i feil ende og tyr til blant annet medisiner, manuell behandling, massasje og injeksjoner, for tidlig, sier Grotle.

Artikkelserien i *The Lancet*, viser at råd og informasjon som gjør pasienten trygg, samt inspirasjon til å være aktiv, er anbefalt grunnbehandling ved akutte og langvarige korsryggsmerter.

Veiledet trening og kognitiv atferdsterapi er i tillegg god grunnbehandling ved

langvarige plager. Det gjelder både ved uspesifikke korsryggsmerter med eller uten utstråling – det vil si radierende smerter – og radikulopati uten alvorlig eller progressiv nedsatt kraft.

Dette er supplerende behandling

Ev. manipulasjon, massasje, akupunktur og medikamentell behandling anses som supplerende behandling. Yoga, mindfulness stressreduksjon og tverrfaglig rehabilitering er behandling som ikke kan forsvares gjennom forskning ved akutte plager.

- Hvis du ikke får god nok effekt gjennom aktivitet og råd, kan annen behandling forsøkes i tillegg, sier Grotle.

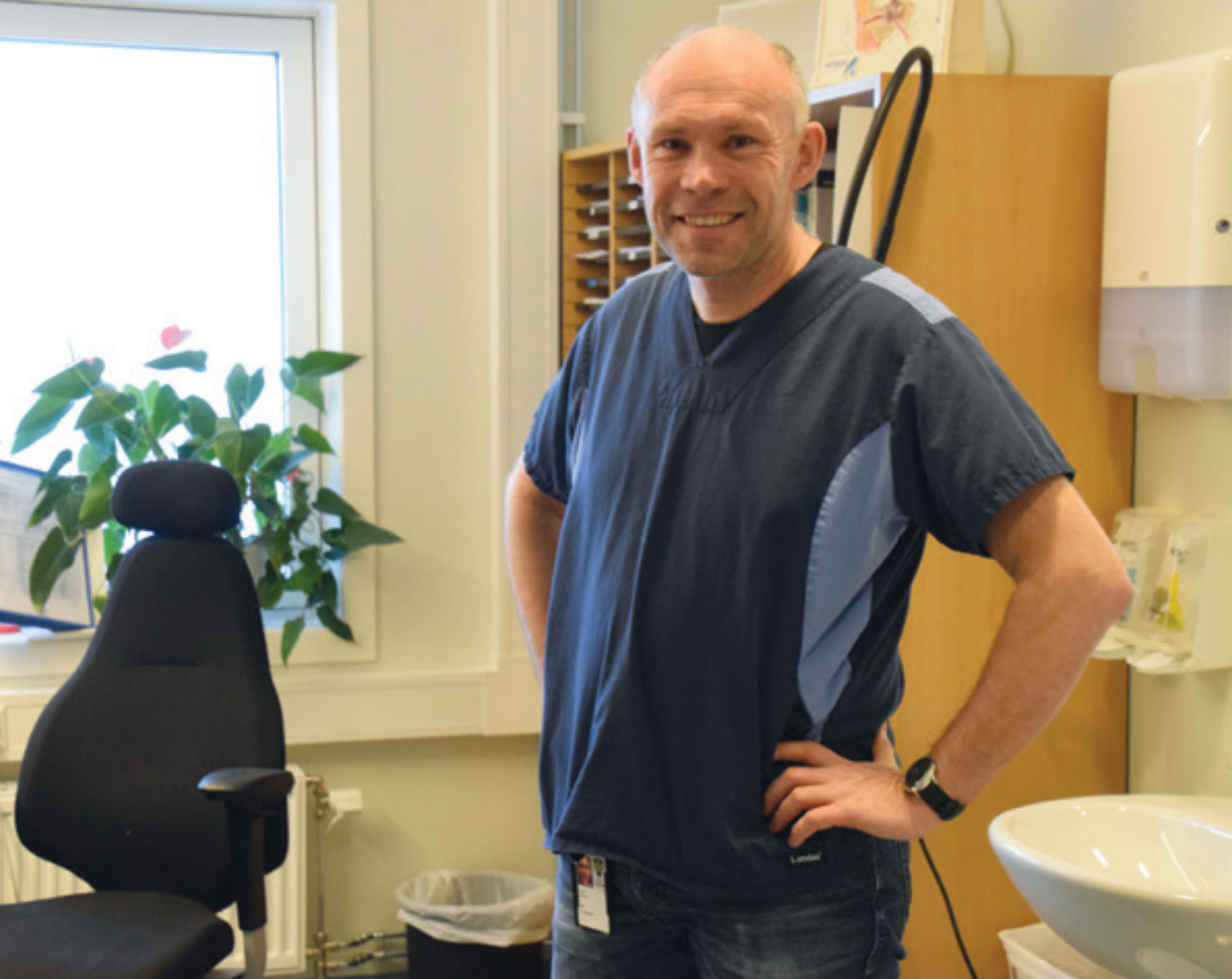
Treningen må tilpasses

De presiserer at trening under veiledning er en del av grunnbehandlingen ved langvarige plager. I tillegg er det viktig at ingen spesifikke øvelser har vist seg å ha bedre effekt enn andre. Det betyr at treningsprogram som tar hensyn til individuelle behov og ønsker anbefales.

FAKTA OM RYGGSMERTER

- Ryggsmerter er den mest utbredte sykdomsbyrden i Norge, viser tall fra Folkehelseinstituttet
- 80 prosent av oss vil oppleve vondt i ryggen i løpet av livet
- De fleste ryggplager er kortvarige og har få konsekvenser
- Det er vanlig med tilbakevendende smerter. Kors ryggsmerter er i økende grad ansett som en langvarig tilstand
- Det er sjelden mulig å identifisere en spesifikk årsak – flesteparten av diagnosene er uspesifikke korsryggsmerter
- Radierende smerter og radikulopati som følge av nerverotsaffeksjon oppstår i noen tilfeller
- Én til fem prosent av korsryggpasientene har en mulig alvorlig underliggende årsak som kan kreve spesifikk behandling





Lege og ph.d-stipendiat Trygve Skonnord mener det er på høy tid fysioterapeuter og leger får mer kunnskap om hvordan ryggproblemer skal behandles. FOTO: STIAN ORMESTAD/REAVISA

- Det er selvsagt viktig med tilpasset trening. I tillegg er det viktig at vi som behandler pasientene, sørger for at trening gjøres riktig både i forhold til belastning og progresjon. Vi må også være tilgjengelig for pasienten, når det er behov, sier Munk Killingmo.

Hun anbefaler også at pasientene følges opp. Informasjonen og rådene må ta utgangspunkt i å gjøre pasienten trygg, samt tilpasses individuelt.

Ikke redd røde flagg

Ingen av dem mener at individuelle røde flagg er grunn god nok til ikke å følge retningslinjene basert på forskning.

- Røde flagg kan indikere at det er alvorlig underliggende sykdom og plager som gir ryggsmertene. Men 80 prosent av alle med akutte ryggplager, har minst ett rødt

flagg, selv om bare cirka en av fem har en mulig alvorlig underliggende årsak, sier Munk Killingmo.

- Vi må vurdere summen av røde flagg, og håndtere pasienten etter det, sier Skonnord.

Er klinikerne enige i forskningen?

De antar spriket mellom hva forskning viser og klinikerne gjør, blant annet skyldes at klinikerne ikke alltid er enige med det forskningen viser.

- Klinikerne har egne meninger og erfaringer med behandling som ikke alltid matcher funnene i studier. Da kan det være vanskelig å endre praksis. Det er lett å ha større tillit til egne erfaringer enn studier, og det er vanskelig å overprøve egne meninger og erfaringer, sier Grotle.

Skonnord mener pasientenes forventninger og krav, også kan stå i veien for å følge rådene fra forskningen.

- Politikerne sier at vi har pasientenes helsetesen – altså at pasientene skal bestemme behandling. I tillegg har enkelte forsikringer som gjør at de raskt kan få for eksempel MR, selv om det ikke trengs. Det kan være tøft for en kliniker å stå imot forventningene fra pasienten. En pasient ønsker ofte en quick-fiks, fremfor å gjøre en jobb over tid, selv om det er det siste som har best effekt, sier Skonnord.

For å få forskningsresultater bedre og raskere ut til klinikerne, mener de Helsedirektoratet bør oppdatere norske guidelines oftere. Dagens guidelines ble siste oppdatert i 2007. I tillegg mener de at klinikerne i større grad bør involveres i forskning.

Motiverende intervju

■ THOMAS MILDESTVEDT • Fastlege Minde Medisinske Senter og førsteamanuensis faggruppe for allmennmedisin, Universitetet i Bergen

Motiverende intervju er et spesifikt verktøy innen kommunikasjon hvor engasjere, fokusere, fremkalle og planlegge for endring er prosesser som inngår. Samtalemetoden er spesielt velegnet i den allmennmedisinske konsultasjonen. De første elementene er lette å tilegne seg, men for å bli god, må man trene.

Sommeren er på hell, og vi kjenner på omstillingen fra deilige dager uten tett program til hektiske hverdager. Vi merker motstanden mot å starte på oppgaver som vi har latt ligge, og som vanlig fikk vi ikke gjennomført alle de planene vi hadde for sommerferieukene. Det er høyst menneskelig å ha planer for endringer i eget liv: livsstil, arbeidsliv, familieliv og fritid. Til enhver tid har vi mange tema i vårt liv, der vi har mer eller mindre klare tanker om hva som kunne eller burde vært endret. Erfaringer med endring og ikke-endring deler vi med våre pasienter. En endring kan være å prøve ut og tilegne oss nye arbeidsmetoder og teknikker i egen praksis. Det er gøy og motiverende å oppleve at verktøykassen blir større og at vi klarer å løse flere oppgaver på nye og spennende måter. Hva tenker du om å forsøke nye vinklinger på ditt motivasjonsarbeid i høst?

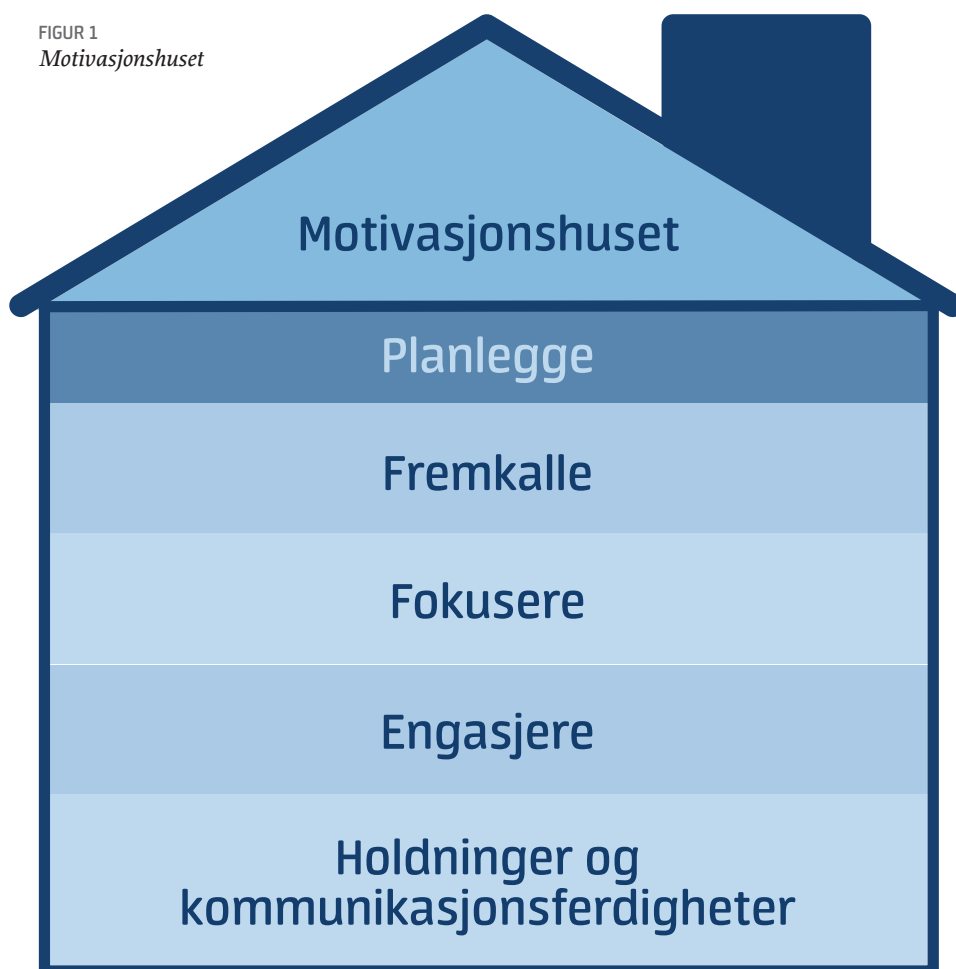
Begynnelsen

Denne artikkelen handler om et spesifikt verktøy innen kommunikasjon, motivasjonsintervjuet (MI). Jeg har inntrykk av at de fleste fastleger har noe kjennskap til metoden. Den har sitt utgangspunkt fra samtaler i 1982 mellom rusavhengige ved Hjeltestadklinikken og den da unge amerikanske psykologen William R. Miller på studieopphold. Jeg innrømmer at jeg synes det er stas at en verdenskjent metode er født en spasertur unna mitt eget nabolag. Miller utviklet tidlig et samarbeid med den britiske psykologen Stephen Rollnick. De beskriver motivasjonsintervjuet i bøker og artikler som en praktisk metode for å hjelpe klienter til å finne sin egen vei mot villet endring (1). Praktiske tilnærminger heller enn teoretiske modeller har alltid tiltalt oss i allmennpraksis. Samtidig tilhører vi en vitenskapstradisjon der vi ønsker bevis for om tilnærmingen vi bruker med pasi-

enten betyr en relevant forskjell. Motivasjonsintervjuet har over disse 38 årene utviklet seg i innhold og utbredelse, og effektene er beskrevet i flere hundre randomiserte studier innen ulike endringsområder (2, 3). Effektmålene spriker av grunner som den interesserte praktiker kan lese mer om, men det er grunn til å tro at tilegnelse av teknikkene er nyttige både for

fastlegene og pasientene (2). Også helsemyndighetene våre har lagt sin elsk på metoden, og MI er nå foretrukket samtalemetode innen ulike helse- og omsorgsområder, frisklivssentraler, NAV, psykiatrien, rusbehandling og tannhelse. Anvendelsen er ikke begrenset til terapirommet, og du vil erfare at samtaleteknikken kan ha god anvendelse i hverdagslivet med partner, barn

FIGUR 1
Motivasjonshuset





Motiverende intervju er en spesielt egnet metode i allmennmedisinsk konsultasjon. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

og naboer. Når var for eksempel sist du var i samtale med en av dine nærmeste om endringer i oppgavefordeling?

Er vi motivert for å motivere pasienten?

Vi erfarer som fastleger at pasientene ofte ikke klarer å implementere våre løsningsforslag for et helseproblem. Det hevdes at det største fremskritt i medisin ville være om pasientene klarte å gjennomføre de tiltak som er anbefalt. Vår utdanning har ikke investert nok i å trene legene i hvordan samtalen kan sikre at pasienten klarer å nyttiggjøre seg våre gode råd og tiltak. En dialog og samarbeid om hvordan pasientene kan gjennomføre tiltaket i sin aktuelle livssituasjon er ofte vel så viktig som et konkret behandlingsforslag. Er vi motivert for å motivere pasienten, eller er vi fornøyd med å kunne presentere en løsning på deres problem?

Motiverende intervju beskrives gjennom fire prosesser (FIGUR 1 MOTIVASJONSHUSET).

Du starter med å vekke deres egne tanker om mulighet for en endring (Engasje-

re). Du kan videre hjelpe dem til å velge hva de skal fokusere på i jungelen av muligheter (Fokusere) og fremkalle tidligere erfaringer og tanker med å gjøre endringer (Fremkalle endringssnakke). Vi må avklare om pasienten er klar for en endring, før vi går inn i selve planleggingen av en endring: tiltaksfasen (Planlegge).

Metoden har sine røtter i humanistisk psykologi, hvor utgangspunktet er at mennesket fødes med et potensial det strever med å utvikle. Vi har alle evner og erfaringer, og sitter selv på de beste løsningene på hva vi vil utvikle og hvordan vi kan gjøre det. Hva trenger du for å nå dine mål? I noen tilfeller søker vi veiledning av en terapeut eller venn som kan gi oss nye perspektiver. Ved å selv sette ord på våre problemer, lærer vi hva vi kan gjøre med dem.

Metoden har utviklet seg de fire siste tiår, men betydningen av den underliggende innstillingen ligger fast som et fundament for å kunne lykkes med samtalen. I den seneste metodebeskrivelse av MI er det særlig lagt vekt på at det er terapeutens holdninger som er bærebjelken og grunn-

laget for en vellykket motivasjonssamtale (1). Veiledere i endring må være villige til å kaste et kritisk blikk på egen innstilling og holdninger til andres endringsprosesser. Ny kunnskap, prøving og feiling kan gjøre at vi oppdager sider ved oss selv som vi ønsker å endre og utvikle. Det kan være smertefullt å erkjenne at man har øvet vold på andres autonomi og ubetingede krav på tillit og respekt.

Selv ser jeg tilbake på min fastlegereise fra 2001 hvor det gradvis har skjedd en endring, fra ofte slitsom entusiasme for andres endring, til mer tilbaketrukket utforskning av hva pasientene ønsker av endring, og hvordan de tror det kan gjennomføres. Også vi har behov for raushet med egen prøving og feiling, vel vitende om at leger ikke er et gjennomsnitt av befolkningen, men en gruppe av høyt fungerende vinnertyper. Kanskje ikke rart at vi lider under reparasjonsrefleksen: et ønske om å reparere skadede liv når vi ser et, før den det gjelder er klar til å handle på dine reparasjonsforslag. I de tilfeller fastlegen står fast i veiledningen, er det godt å hvile seg på hvilke hold-

Aksept	Samarbeid	Medfølelse	Nysgjerrighet
Jeg respekterer din ● Absolutte egenverdi ● Autonomi Jeg uttrykker meg med ● Bekreftelse ● Presis empati	Vi gjør dette sammen ● Dine mål og verdier er styrende ● Jeg er din hjelper	Jeg er opptatt av at du skal unngå unødig lidelse	Jeg ønsker å lære av dine tidligere erfaringer og tanker

TEKSTBOKS. *MI-innstillinger*

ninger som dokumentert fremmer endring, og hvorfor disse må være på plass for at pasientene skal oppleve oss som relevante og nyttige endringsfremmere (SE TEKSTBOKS).

Lisa og Leif

Jeg vil hente frem to historier fra min praksis, som kan illustrere hva som står på spill når temaet er endringer i pasientens livsstil.

Lisa er en pen og velstelt 80-årig enke. Hun har alltid på seg knallrød leppetift og er rak i ryggen. Hun har jobbet i klesmotebransjen, og vi har hatt mange hyggelige samtaler gjennom et 15-årig lege-pasientforhold. Hun har nylig vært innlagt med forvirring og har fra før hypertensjon, samt flere innleggelser med transitorisk iskemisk anfall (TIA). I siste epikrise knyttes innleggelsen til at hun drikker flere glass vin hver kveld. I vår samtale kommer det frem at hun koser seg med sine vinglass, og hun er ikke interessert i å kutte på disse,

selv om hun erkjenner at de kan skade hennes helse. «Livet er for kjedelig om jeg ikke skal kunne kose meg med to glass vin om kvelden», forteller hun meg.

Leif er på min egen alder, i slutten av 40-årene. Jeg kjenner både ham og hele familien godt som fastlege. Hans far døde brått av akutt hjerteinfarkt da Leif var ti år gammel. Det var et stort traume for hele familien. Han får nå oppfølging hos meg for sitt arvelig betingede metabolske syndrom, han er en høyrisikant for hjerte-/karsykdom. Mosjonsmangel og uregelmessig kosthold ligger til grunn for at han dekkes av flere kardioprotektive medikamenter. Han kommer til kontroll, og både blodtrykk, langtidsblodsukker og lipider har utviklet seg klart negativt siden sist. Han blir blank i øynene og åpner opp en skuff som handler om stress, uro for jobbfremtiden og skam over at han «ikke engang klarer å ta vare på sin egen helse».

I begge historiene vil vi som fastleger kjenne på et ønske om at pasienten vår

skal få til endringer som er viktige for å unngå alvorlige hendelser. Dette utgangspunktet utfordrer oss da vi er oppdradd til å intervenere mot helseskadelig adferd, og utdannelsen vår retter seg mest mot å stille diagnoser og iverksette tiltak for å bedre prognosen av disse.

Motivasjonsintervjuet kan gjerne kombineres med andre samtaleteknikker, som for eksempel kognitiv adferdsterapi. Metoden er særlig populær i allmennpraksis fordi den også kan utøves i korte intervensjoner, ved at man stiller spørsmål som åpner opp for at pasienten begynner å tenke over om det skal skje en endring. Relasjonen vi har over tid gjør at det kan skje verdifulle endringer mellom hver gang vi har våre kortere eller lengre møter. Det er inspirerende å forsøke nye vinklinger i møte med pasienter hvor vi har gått oss fast i gamle dialoger. Det er frigjørende om vi kan få til dialoger uten krav og prestasjonsangst.

Det finnes ulike nettsteder med videoeksempler og oversikter på hva som kjennetegner MI (3–5), og et nyutviklet Podkurs er velegnet for den travle praktiker (6).

Holdningen i MI kan for eksempel sammenliknes med den holdningen man inntar om et vennepar spør en om de bør få sitt tredje barn. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Pasientsentrert samtale

Holdningen i MI kan sammenliknes med holdningen vi vil innta om et vennepar spør deg om de bør få sitt tredje barn. Eller når vi er på besøk for første gang i våre venners nye drømmebolig, og de entusiastisk gleder seg til å høre dine meninger.

I begge tilfeller vil vi intuitivt tenke at her er det våre venner sine meninger, ønsker og preferanser som er avgjørende. Trives de med sine avgjørelser, så er vi glad på deres vegne. Vi vil ikke starte med å komme med forslag til ommøblering uten at vi var invitert til å komme med innspill. Og jeg vil ikke ha ansvar for om det var lurt eller mindre vellykket å bli gravid på nytt.

Fastlegen er oftest invitert til å komme med innspill på helsen, men kanskje ikke til å ommøblere livene til pasientene våre. Vi trenger derfor å praktisere en holdning

som viser at vi ønsker å bidra til helsefremming i partnerskap med pasienten. Dette kan du gjøre ved å bruke åpne spørsmål som for eksempel «Hva vil du vi skal se på?». Gi pasienten mulighet til å takke nei til å snakke om egen livsstil.

Er MI en viljeløs, uforpliktende og retningsløs samtale mellom en godhjertet lege og en pasient som er prisgitt sin dagsform? Motivasjonssamtalen er beskrevet som pasientsentrert og ikke-autoritær, men likevel styrende mot endring. Vårt mandat er helsefremming, og det er på det grunnlaget vi etablerer et lege-pasient-forhold. Det ligger i relasjonens mandat og natur at legetimene skal handle om helsefremming i en eller annen form. Hva god helse er og verdige mål å forbedre bør derimot være åpent for refleksjon. Når dette er på plass, er det ved bruk av målrettede spørsmål mulig å forsterke pasientenes egen tro på å få til viktige endringer. Selv med tilsynelatende fastlåst utgangspunkt, kan en innsiktsfull fastlege hjelpe pasienten til å åpne for andre perspektiver og nye muligheter. Poenget med MI er at varig endring kun kan skje dersom pasienten selv har et eierforhold til sine endringsforsøk. Sannsynligheten for endring øker jo mer pasienten

snakker positivt om sin egen endring, såkalt endringssnakk. Dette er prediktoren vi leter etter.

Oppsummering

Lisa og Leif kommer igjen til meg. Jeg vil være der og lytte til hva de ønsker hjelp til. Tolererer jeg å se at endring tar tid, at endringen er preget av ambivalens hos pasienten, og at få av mine pasienter vil være i stand til å ta de beste valgene for egen helse? Selv de beste motivasjonsteorier kan i svært liten grad predikere *hvem* som endrer seg og *når* det skjer. Jeg vet ikke hva mine pasienter trenger i neste konsultasjon før jeg har spurt dem. Det er en befrielse å erkjenne at det ikke er mitt ansvar alene om mine pasienter lykkes med å leve helsefremmende liv. Jeg må akseptere deres mål og perspektiver. Jeg lever vel heller ikke med det mål for øye å leve lengst mulig. Kvalitet er viktigere enn kvantitet. Min aksept viser seg ved å bekrefte dem og vise dem tillit. De har en absolutt og ukrenkelig verdi og skal selv få velge sin vei gjennom livet. Den profesjonelle legen vil innby til et tillitsforhold ved å uttrykke en ubetinget aksept overfor pasienten. Jeg er der for

deg uavhengig av hva du velger og vil hjelpe deg i den retningen du trenger å gå.

Dersom noe av dette inspirerte deg til å lære mer om motivasjonssamtaler, så er det et vell av muligheter til å tilegne seg mer kunnskap og begynne å øve (4–6). Det tilbys også kurs i videre- og etterutdanningen med praktiske øvelser i motivasjonssamtaler (7).

INTERESSEKONFLIKT: Forfatteren underviser og får betalt for kurs i motiverende intervju.

REFERANSER

1. W.R. Miller, S. Rollnick Motivational interviewing: helping people change (3rd ed.), Guilford Press, New York (2013).
2. B.W. Lundahl, C. Kunz, C. Brownell, D. Tollefson, B.L. Burke A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies Res Soc Work Pract, 20 (2) (2010), pp. 137–160.
3. <https://motivationalinterviewing.org/>
4. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>
5. <https://rop.no/snakkomrus/motiverendeintervju/litteraturhenvisninger-og-anbefalte-lenker/>
6. <https://podcasts.apple.com/no/podcast/podkurs-i-motiverende-intervju/id148158074?l=nb>
7. https://www.exerciseismedicine.org/norway/support_page.php/arrangering-av-eim-kurs/

■ THOMAS.MILDESTVEDT@UIB.NO



FÜRST
PASIENT

furstpasient.no

PASIENTPORTAL

Enkel tilgang til egne prøvesvar fra Fürst via sikker pålogging med BankID

Fürst Medisinsk Laboratorium tilbyr analyser innen fagområdene medisinsk biokjemi, klinisk farmakologi, mikrobiologi og patologi. Fürst utfører analysetjenester på oppdrag fra det offentlige.

furst.no

Fürst Forum er en elektronisk samhandlingsplattform som forenkler samspillet mellom legekantoret og laboratoriet.

furstforum.no

FÜRST | MEDISINSK
LABORATORIUM
– KVALITET OG SERVICE

Kan motiverende intervju

■ KJELL-ARNE HELGEBOSTAD • Utpostens redaksjon

Herman Egenberg startet en podcast som et hobbyprosjekt mens han ventet på å få begynne i turnus i 2018. Etter hvert fikk han støtte fra Helsedirektoratet, og til nå har 25 000 lyttere hørt på kurs i motiverende intervju (MI).

– Jeg har alltid vært glad i å høre på podcast, men hadde ingen erfaring med podcast eller radio før jeg begynte med dette, sier Egenberg til *Utposten* på telefon fra Sofienbergparken i Oslo. Utgangspunktet var veldig god undervisning på medisinstudiet i Oslo om motiverende intervju.

– Vi ble delt opp i små grupper og fikk prøve teknikken to og to mens vi hadde en veileder til stede, forteller 33-åringen. Teknikken motiverende intervju ble utviklet på 80-tallet av psykologene Miller og Rollick for å hjelpe pasienter med rusproblemer, men kan også benyttes for å støtte og veilede mennesker gjennom andre endringsprosesser.

– Jeg hadde lyst til å lære meg MI-teknikken ordentlig ved å intervju tilfeldige folk om tilfeldige ting. Det startet med venner og kjente, etter hvert ba jeg folk om hjelp til å finne gjester. Med støtte fra Helsedirektoratet fikk jeg laget et kurs i fire deler sammen med gestaltterapeuten Solveig Høegh-Krohn.

Dere bruker begrepene motiverende intervju eller MI-samtale. Hvordan skiller dette seg fra en vanlig støttesamtale hos fastlegen?

– Jeg vil si at de har mye til felles. Er du god på den gode, gamle støttesamtalen, har du kommet veldig langt. De grunnleggende prinsippene er veldig like. Du bør være varm og nysgjerrig og vise empati. Et av hovedpoengene er å holde tilbake impulsen til å gi velmente råd, den såkalte hjelpereflexen eller korrigeringsrefleksen. Du skal klare å få pasienten til å prate i stedet for å prate selv. Hvis noen har mistet morren sin og er helt knust, har man ofte vel-



dig lyst til å si: «Dette går over, om tre uker vil du føle deg bedre.» Men det er ikke det pasienten trenger.

Egenberg beskriver seg selv som en ivrig fyr og forteller at han må ta seg selv i dette hver dag. Da er det fint å ha en metodikk.

– Før jeg tar pasienten inn på kontoret, skriver jeg ned hva jeg vil gjøre i samtalen: Utforske ambivalens, mestringsstillit, fremme endringssnakk. Når jeg bruker et minutt på å forberede meg, blir det enklere å

gjennomføre et ordentlig motiverende intervju, og ikke bare hoppe på det pasienten kommer med.

Krever det et strukturert terapiopplegg, eller kan teknikkene også brukes i små drypp?

Jeg misunner ofte allmennlegene som har muligheten til å følge opp pasientene over tid. Nå jobber jeg i akuttpsykiatrien. Som på podcasten kan jeg ha lange samta-

læres som podcast?



PODCAST

ILLUSTRASJON: COLOURBOX

ler med folk, men jeg har begrenset mulighet til å følge dem opp. Ofte tenker jeg at jeg skulle gjerne hatt fem minutter om to uker og to minutter om fire uker. Endringer tar tid og krever tålmodighet. Jeg misunner fastlegenes mulighet til dette. Jeg tror at fastlegen virkelig kan støtte og påvirke folk i endringsprosesser.

En misforståelse om MI er at legen skal stå der og heie og motivere, men det er veldig viktig at ting skal gå i pasientens tempo. Det er faktisk mer effektivt hvis man er tilbakelemt og lyttende og tar det med ro. Hvis legen stiller krav av typen «da prøver vi uten røyk til neste gang», kan pasienten få en motreaksjon. Pasienten kan også oppleve å skuffe legen, og vil helst ikke komme tilbake hvis han har gått opp i vekt eller gått på en ny smell.

Teknikken er kognitivt krevende, er dette bare noe for de ressurssterke?

– Jo mer ressurssterk du er, jo mer kan du få ut av et motiverende intervju. Sånn sett er det ikke som en tablett som kan gis til alle. Hvis jeg blir en flinkere terapeut, vil jeg i større grad klare å hjelpe pasienten, uavhengig av hvor oppegående pasienten er. Jobber du med psykisk utviklingshemmede eller barn, trenger de ikke motivasjon, men rammer. All endring må starte hos pasienten.

Dette blir ikke en måte å skylde på pasientene selv for problemer deres?

– Det er uansett pasientens ansvar å løse sine egne problemer. Grunnen til at jeg bruker MI er ikke at jeg ikke vil ta ansvar for pasientens problemer, men fordi det er en effektiv metode.

Hvordan har responsen vært?

– Kjempebra! Det har vært overraskende høye lyttertall, og det var hyggelig med en positiv anmeldelse i *Tidsskriftet*. Det er spesielt hyggelig når folk sier de har brukt MI og opplevd at det fungerer.

<https://podcasts.apple.com/no/podcast/motiverende-intervju/id1349790082>

Levende kart over covid-19-forskning

■ MAGNE NYLENNA • Fagdirektør, Folkehelseinstituttet. Professor II, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Behovet for rask tilgang til pålitelig kunnskap om et nytt virus og en ny klinisk tilstand har utfordret de tradisjonelle, vitenskapelige publiseringsformene under koronapandemien. Folkehelseinstituttet har etablert et eget prosjekt for å samle og kategorisere forskning om covid-19 til hjelp for beslutningstakere og produsenter av systematiske oversikter.

Koronapandemien har hatt enorme konsekvenser utover sykkelighet og dødelighet. De dramatiske smitteverntiltakene førte til sosial isolasjon for mange, og økonomisk tap for enda flere. Slik ble vi minnet om hvilken trussel smittsomme sykdommer fortsatt utgjør.

Samtidig mobiliserte pandemien innovasjon og omstillingsevne på alle områder. Samfunnet ble digitalisert på rekordtid. Kritiske samfunnsaktiviteter ble opprettholdt med tekniske hjelpemidler. Informasjonsteknologi gjorde det mulig for mange å arbeide hjemmefra. I løpet av kort tid ble det fjernundervisning i skoler og universiteter. Bruken av videokonsultasjoner, telemedisin og nettbaserte tjenester økte i helsetjenesten. Også medisinsk forskning og forskningsformidling endret seg.

Koronakunnskap i alle kanaler

Et nytt virus, SARS-CoV-2, med ukjente egenskaper, og en ny klinisk tilstand, covid-19, som spredte seg over hele verden, skapte et akutt kunnskapsbehov. Store forskningsprosjekter, særlig på vaksineutvikling og legemiddelbehandling, ble etablert, og betydelige midler ble investert både nasjonalt og internasjonalt.

Beretninger om covid-19 preget alle nettbaserte medier etter at det første tilfellet ble rapportert i Wuhan, Kina, i slutten av desember 2019. Den 11. mars 2020, dagen da Verdens helseorganisasjon erklærte covid-19 som en pandemi, ble det registrert 20 millioner koronarelaterte termer på sosiale medier i løpet av 24 timer. Koronavirus toppet de globale google-søkene (1).

Med internett er grensen mellom all-

mennmedier og faglige formidlingskanaler delvis utvisket. Det meste som ble publisert gjennom vinteren og våren 2020, var i alle medier meningsytringer og anekdoter. Men antall vitenskapelige artikler av ulik karakter økte. Vitenskapelige tidsskrifter forserte håndteringen av manuskripter om koronavirus og covid-19 med hurtig fagfellelvurdering og publisering (fast track). Veletablerte tidsskrifter, for eksempel *The Lancet*, opprettet egne nettsteder for koronallitteratur med fri tilgang (open access) (2).

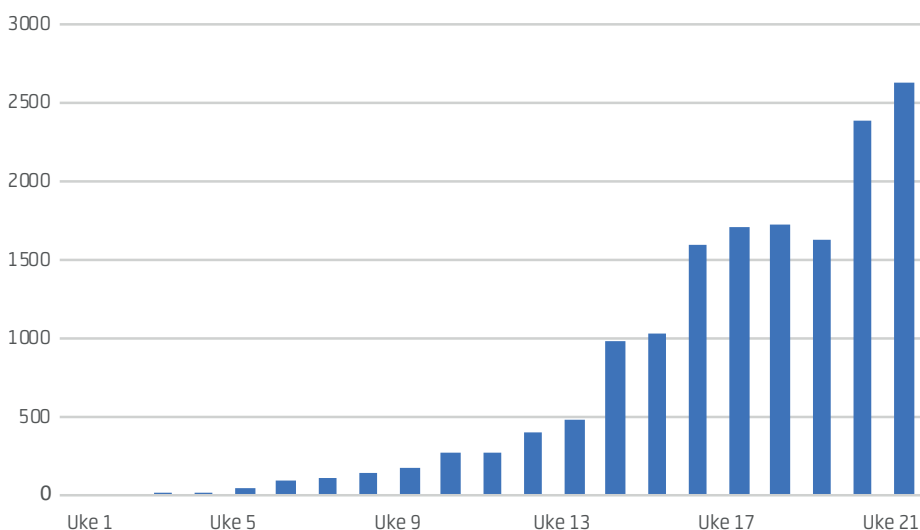
Blant 1703 koronaartikler i PubMed og Embase de tre første måneder i 2020 var de fleste kommentarer og lederartikler uten egne data. Kun 550 artikler oppfylte kriteriene for videre analyse, og av disse var 117 kasuistikker. Asiatiske forfattere dominerte, og 323 artikler kom fra Kina (3). I april 2020 økte antall covid-19-artikler i PubMed kraftig og har fra mai ligget på over 2000 nye artikler hver uke (FIGUR 1).

Mange artikler om covid-19 ble publisert uten ordinær kvalitetsvurdering, gjerne som såkalt «preprint», uten ekstern fagfellelvurdering (peer review), og ble heller ikke indeksert i de tradisjonelle litteraturløstebasene. I april publiserte medRxiv mellom 50 og 100 SARS-CoV-2-relaterte artikler daglig (4). De største, åpne plattformer for medisinsk forskning, medRxiv and bioRxiv, hadde til sammen 5912 preprint-artikler om SARS-CoV-2 og covid-19 ved utgangen av juni 2020.

Behov for systematiske oversikter

Mengden artikler om covid-19 eksploderte våren 2020. I mai ble det anslått at mer enn 23 000 artikler var publisert siden nyttår og at antallet ble doblet hver 20. dag – den

FIGUR 1. Antall covid-19-publikasjoner i PubMed uke for uke gjennom første halvår 2020.





raskeste økningen i vitenskapelig publisering noensinne (5). Et uoversiktlig mangfold av publikasjoner og små studier av vekslende kvalitet gjorde det vanskelig å fatte kunnskapsbaserte beslutninger, både om håndtering av pandemien i stort og om behandling av enkeltpasienter.

Enklere ble det ikke av at selv de mest velrenommerte medisinske tidsskrifter som *Annals of Internal Medicine* (6), *The New England Journal of Medicine* (7) og *The Lancet* (8) måtte trekke tilbake tidligere publiserte covid-19-artikler.

Kritisk vurdering av enkeltartikler var åpenbart nødvendig. Dessuten måtte det som fantes av dokumentasjon om en problemstilling samles og syntetiseres. Løsningen ble systematiske oversikter (systematic reviews). Utviklingen avspeiles i databaser over planlagte kunnskapsoppsummeringer, for eksempel PROSPERO, som forvaltes av Centre for Reviews and Dissemination, University of York, Storbritannia. Forskere fra hele verden oppfordres til å publisere sine protokoller for systematiske oversikter her blant annet for å unngå dupliseringer. Før mars 2020 var kun to systematiske oversikter om covid-19 registrert i PROSPERO, men i løpet av den måneden tilkom 80 flere. I april økte antallet til 661 pågående oppsummeringer. Halvparten av disse handlet om prevalens, risikofaktorer, kliniske karakteristika og prognose, mens en tredel handlet om ulike

behandlingsmetoder av infiserte pasienter, som legemidler og intensivbehandling. Ved utgangen av juni 2020 var antall registrerte systematiske oversikter om covid-19 i PROSPERO ytterligere fordoblet til 1464.

Produksjonen av en systematisk oversikt er vanligvis tidkrevende og kan ta flere måneder fra utforming av problemstilling med litteratursøk, via analyser og sammenstilling, til skriving og publisering. I en akutt situasjon må imidlertid beslutninger fattes kontinuerlig og uten forsinkelse. Med utgangspunkt i fagmiljøet fra det tidligere Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nå en del av Folkehelseinstituttet, ble det etablert et team for utarbeidelse av hurtigoppsummeringer (rapid reviews). Målet var å produsere oppsummeringer i løpet av noen få dager til bruk for beslutningstakere, og med forbehold om at slike oppsummeringer må oppdateres etter kort tid (9). Den første oppsummeringen om risiko for luftbåren smitte ble publisert allerede 23. mars 2020, og senere er et tosfifret antall oppsummeringer og oppdateringer publisert (10).

Kart over covid-19-forskning

Samtidig ble det etablert et prosjekt for å samle og systematisere forskning om covid-19 til bruk så vel for kunnskapsoppsummerere som for beslutningstakere og andre som vil orientere seg i forskningslitteraturen.

Ambisjonene var store. Målet var å lage et systematisk og levende, dvs. hyppig oppdatert, kart som gir en oversikt over tilgjengelige vitenskapelige publikasjoner om covid-19 (11).

Litteratursøk

Planen var opprinnelig å gjøre egne litteratursøk i PubMed, Embase og andre relevante databaser daglig eller annenhver dag. Det viste seg raskt at mange utenlandske organisasjoner og institusjoner utførte tilsvarende søk regelmessig. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) utfører alle hverdager omfattende søk i mer enn 20 databaser, og deres COVID-19 Research Articles Downloadable Database ble hovedkilden for vårt prosjekt de første månedene.

Fra begynnelsen samarbeidet vi med EPPI-Centre, The Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating Center, som er en del av den samfunnsvitenskapelige forskningsenheten ved Institute of Education, University of London. Fra juni 2020 ble litteratursøket om covid-19 som EPPI-Centre utfører ukentlig, også kilden for oss, blant annet fordi vi da kan motta lister over ferdig screenede artikler. Vi supplerer disse funnene med egne søk i SCOPUS.

Innholdet i treffene fra disse litteratursøkene blir gjennomgått, og publikasjoner med egne, empiriske data, systematiske

oversikter og modellingsstudier blir utvalgt for inklusjon i kartet. Pre-print publikasjoner blir foreløpig ikke inkludert.

Kategorisering

Det mest omfattende arbeidet består i å kategorisere og kode de utvalgte artiklene langs tre akser: emne, populasjon og publikasjonstype.

Den mest detaljerte kategoriseringen skjer etter hvilket emne artikkelen omhandler. Ikke mindre enn 92 ulike emnekoder finnes. Disse er fordelt på sju emnegrupper:

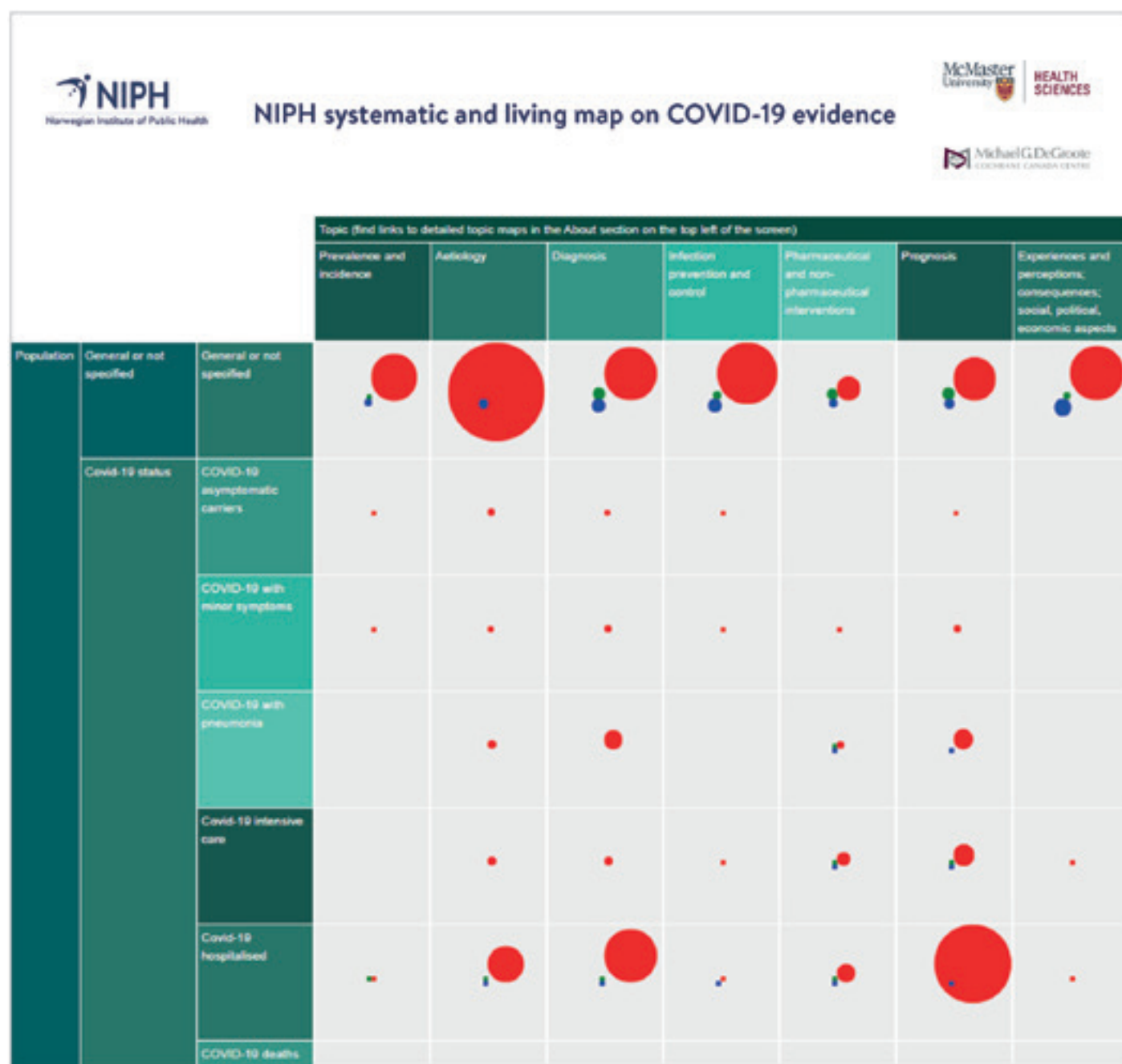
- Prevalens og insidens
- Etiologi
- Diagnose
- Infeksjonsforebygging og -kontroll
- Intervensjoner for å behandle infiserte pasienter (farmakologisk og ikke-farmakologisk)
- Prognose
- Erfaringer og oppfatning, sosiale, politiske, økonomiske aspekter

Med unntak for prevalens og insidens, produseres det egne kart for hver enkelt av disse emnegruppene

De færreste studier er avgrenset til en bestemt befolknings- eller pasientgruppe. Men der det er aktuelt, spesifiserer kartet 42 ulike populasjoner fordelt på seks grupper:

- Covid-19-status
 - Helsetilstand
 - Alder
 - Yrke
 - Kjønn
 - Sosial og økonomisk setting
- Publikasjonstype angir ulike studiedesign og -typer. I alt 19 ulike publikasjonskoder

FIGUR 2. De utvalgte artiklene presenteres i en tabell der de ulike emner framgår av tabellhodet og befolkningsgruppene angis i forspalten. De ulike publikasjonstyper for hver kombinasjon er angitt som fargelagte bobler der størrelsen på boblen viser det relative antallet av hver publikasjonstype.



finnes, f.eks. systematiske oversikter, ikke-systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte studier (RCT), ikke randomiserte studier med kontroll, kvalitative studier etc.

Organisering

Prosjektet startet med en intern kjernegruppe på fire personer, men ble raskt utvidet. Antall publikasjoner som skulle kategoriseres oversteg kapasiteten, og flere kodere ble rekruttert både internt i Folkehelseinstituttet og eksternt. Etter en internasjonal invitasjon til samarbeid meldte det seg en rekke organisasjoner og enkeltpersoner som bidrar med kodingen på deltid.

Fram til juni ble hver artikkel vurdert av to personer, og eventuelle diskrepanser i kategoriseringen ble avklart i såkalte avstemmingsmøter (reconciling). All kommunikasjon mellom koderne skjedde elektronisk, og arbeidet foregikk og foregår fortsatt i all hovedsak hjemmefra som mye annet arbeid under koronapandemien.

Automatiserte systemer, maskinlæring, ble så tatt i bruk for å effektivisere kodingen. Maskinlæring er en type kunstig intelligens der et program «lærer» å identifisere mønstre i data, for eksempel en vitenskapelig artikkel, med minimal menneskelig intervensjon. Vi tester nå et system der en datamaskin fungerer som den ene koderen, og våre erfarne kodere som den andre koderen, i stedet for å ha to menneskelige kodere. Det kan doble kodingskapasiteten. Jo flere studier som kodes, jo mer data kan vi mate inn i datamaskinen, og jo bedre blir modellene.

Presentasjon

De utvalgte og kategoriserte artiklene presenteres ved hjelp av en programvare som er utviklet av EPPI-Centre og som bygger på en matrisemodell. Kartet (FIGUR 2) er en tabell der de ulike emner presenteres i (vertikale) kolonner og populasjoner i (horisontale) rader. Ved å kombinere et ønsket emne og en populasjon finner brukeren en celle der ulike publikasjonstyper er angitt som fargelagte bobler. Størrelsen på boblen viser det relative antallet av hver publikasjonstype. Grønt indikerer systematiske oversikter, rødt indikerer randomiserte kontrollerte studier og tilsvarende artikler, mens blått er en samlekategori av andre artikler. Publikasjonstype kan også velges ved å bruke filtreringsfunksjonen som finnes under ruten «Filters» øverst til venstre i skjermbildet.

Når man klikker på den valgte cellen, får man opp en alfabetisk liste over alle referanser som svarer til de kategorier som er



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

spesifisert. Under sammendraget av artikkelen finnes forfatterne, hvor artikkelen er publisert (tidsskriftnavn), samt URL (Uniform Resource Locator, lenken til den aktuelle nettsiden), og DOI (Digital Object Identifier, den unike bibliografiske nettadressen) for hver artikkel.

Alt innhold presenteres på engelsk med tanke på en internasjonal brukergruppe. Det gjelder også prosjektets nyhetsbrev som publiseres regelmessig og er tilgjengelig via prosjektets hjemmeside (<https://www.fhi.no/en/qk/systematic-reviews-hta/map/>). Allerede en måned etter lanseringen 4. april hadde halvparten av kartbrukerne IP-adresser utenfor Norge, og 82 ulike nasjoner var representert blant brukerne.

Hva inneholder kartet?

Ved inngangen til august 2020, fire måneder etter lansering, inneholder kartet 6513 publikasjoner som er kategorisert etter emne, populasjon og publikasjonstype. Sammen med EPPI Centre har vi screenet 29 317 referanser som er funnet gjennom våre søk, men det er vanskelig å holde tritt med publiseringsaktiviteten. Kartet inneholder alle systematiske oversikter, metodevurderinger, randomiserte kontrollerte studier (RCTer), ikke-randomiserte studier med kontrollgruppe og metodeartikler identifisert inntil 15. juni. For ikke-randomiserte studier uten kontrollgruppe, kvalitative studier og protokoller er kartet bare oppdatert til 4. mai 2020.

Samme publikasjon kan omhandle flere emner. Prognose er den vanligste emnegruppen (2 199 artikler), med etiologi (1 867 artikler), diagnostikk (1 640 artikler), erfaringer og opplevelser (1 483 artikler) og forebygging (1 330 artikler) på de neste plassene. 684 artikler handler om ulike behandlingstiltak, og 654 om prevalens og insidens av covid-19.

Antall systematiske oversikter har økt jevnt, og i alt 509 av artiklene er nå i den kategorien. 111 av disse handler om farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling av covid-19-pasienter. I samarbeid med McMaster University i Canada er målet å inkludere også kvalitetssikrede retningslinjer i kartet.

REFERANSER

1. Molla R. How coronavirus took over social media. Vox 12. mars 2020 <https://www.vox.com/recode/2020/3/12/21175570/coronavirus-covid-19-social-media-twitter-facebook-google>
2. <https://www.thelancet.com/coronavirus>
3. Liu N, Chee ML, Niu C et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): An Evidence Map of Medical Literature. medRxiv doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.07.20093674>
4. All that's fit to preprint. Nat Biotechnol 38, 507 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41587-020-0536-x>
5. Brainard J. Scientists are drowning in COVID-19 papers. Can new tools keep them afloat? Science 13 mai 2020 <https://www.sciencemag.org/news/2020/05/scientists-are-drowning-covid-19-papers-can-new-tools-keep-them-afloat#>
6. Bae S, Kim M-C, Kim JY. Effectiveness of Surgical and Cotton Masks in Blocking SARS-CoV-2: A Controlled Comparison in 4 Patients. Ann Intern Med 2020 Apr 6: M20-1342 <https://doi.org/10.7326/M20-1342>
7. Mehra MR, Desai SS, Kuy S, Henry TD, Patel AN. Cardiovascular disease, drug therapy, and mortality in Covid-19. N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2007621
8. Mehra MR, Desai SS, Ruschitzka F et al. Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. Lancet. 2020 May 22 doi: 10.1016/S0140-6736(20)31180-6
9. Fretheim A, Brurberg KG, Forland F. Rapid reviews for rapid decision-making during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic, Norway, 2020. Euro Surveill. 2020 May 14; 25(19): 2000687. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.19.2000687
10. <https://www.fhi.no/sys/nytt/?blockId=90712&ownerPage=45271&language=no>
11. A systematic and living evidence map on COVID-19. <https://www.fhi.no/contentassets/e64790be5d3b4c4abe1f1be25fc862ce/covid-19-evidence-map-protocol-20200403.pdf>

■ MAGNE.NYLENNA@FHI.NO

Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten, et verktøy for kommuneoverleger

■ GRY MARYSOL GRØNENG, Forsker DVM og prosjektleder for Sykdomspulsen

Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten er en nettside der kommuneoverleger og fylkesleger kan logge seg inn og få oversikt over covid-19, luftveisinfeksjoner og mage-tarm-infeksjoner i sin kommune, nabokommunene og fylker.

Det sendes også ut en ukentlig mail med oversikt over de kommunene og fylkene kommuneoverlegen har registrert.

Formålet med nettsiden

Nettsiden er ment som et verktøy for kommuneoverlegene for å kunne holde oversikt over smittesituasjonen for noen sykdommer i sin kommune, nabokommunene og fylkene. Følgende vises på nettsiden:

- Covid-19 med informasjon om antall tilfeller (MSIS), antall laboratoriebekräftede og andel positive blant de testede (MSIS laboratoriedatabasen), antall konsultasjoner på legekantor og legevakt (NorSySS/KUHR) og antall sykehusinnlagte (NoPaR).
- Luftveisinfeksjoner med informasjon antall konsultasjoner på legekantor og legevakt (NorSySS/KUHR).
- Mage-tarminfeksjoner med informasjon antall konsultasjoner på legekantor og legevakt (NorSySS/KUHR).

Fra pilotprosjekt til lansering 14. april 2020

Starten på denne nettsiden var en pilot som har blitt testet i over to år der 63 kommuneleger og annet helsepersonell fikk tilgang til en nettside med Sykdomspulsen (NorSySS) data om mage-tarminfeksjoner og luftveisinfeksjoner. Vi fikk gode tilbakemeldinger fra brukerne av denne nettsiden og videreutvikling var planlagt. Da covid-19 dukket opp ble det fortløpende i sakene og nettsiden «Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten» ble lansert og gjort tilgjengelig for alle kommuneleger og fylkesleger 15. april 2020.

Over 100 abonnenter

Til nå har vi over 100 abonnenter, og vi håper at alle kommuneleger vil se nytten av dette verktøyet og logge seg på etter hvert.

Problemer med kommunelegen og e-postadresser

Nettsiden er kun ment for kommuneoverleger, fylkesleger og smittevernoverleger fordi det krever kunnskap å kunne tolke dataene på riktig måte. For å kunne ha kontroll på hvem som har tilgang til nettsiden trenger legene å få en spesiell e-postadresse fra kommunen som ser slik ut:

- kommunelege(n)@xxxx.kommune.no
- kommuneoverlege(n)@xxxx.kommune.no
- bydelsoverlege(n)@xxx.kommune.no

- smittevernoverlege(n)@xxx.kommune.no
- xxfylkeslegen@fylkesmannen.no
- kommuneleger1@xxxx.kommune.no
- kommuneleger2@xxxx.kommune.no

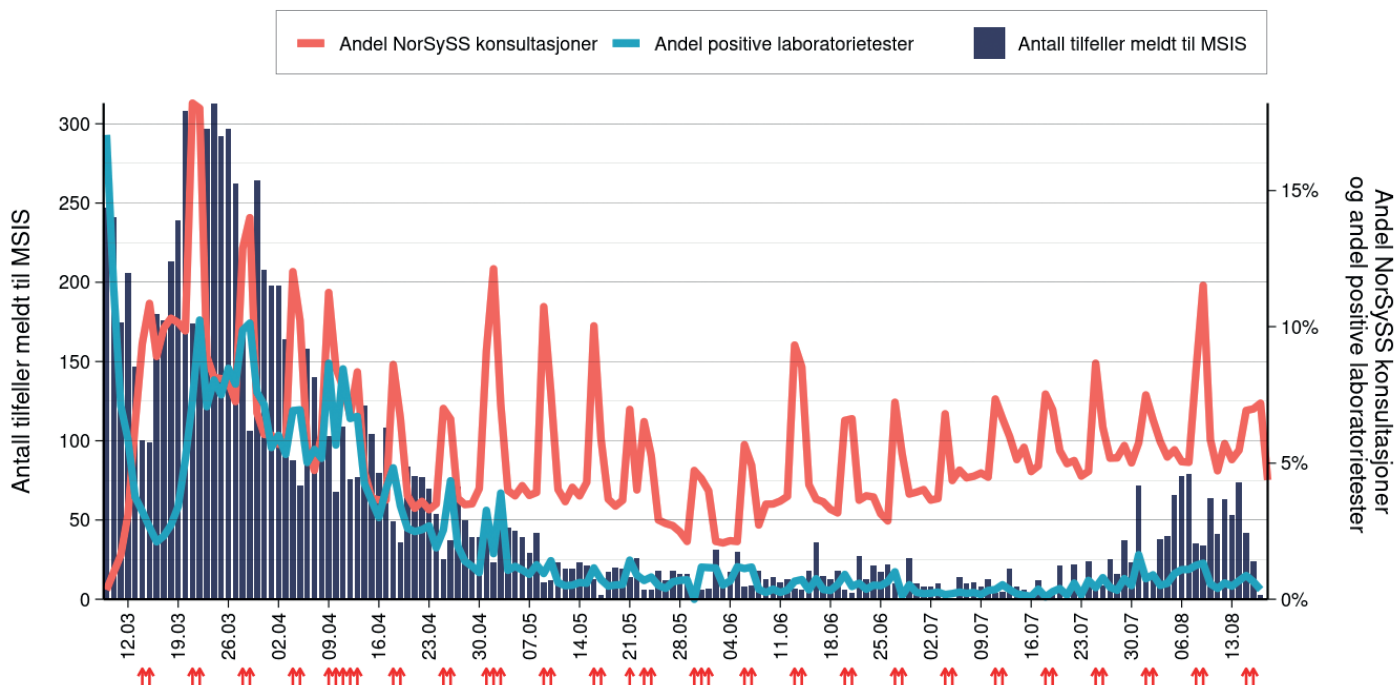
Grunnen til dette er at det ikke finnes noe nasjonalt autorisert register over kommuneoverleger som blir oppdatert fortløpende med endringer i kommunene. Vi har derfor ingen måte å få autentisert hvem som er kommuneoverleger. Folkehelseinstituttet har ikke kapasitet til å forvalte et slikt register på vegne av kommunene, men samarbeider gjerne med kommunene og KS for å få til et slikt register som vil være viktig i fremtidig beredskapsarbeid med økt digitalisering. Løsningen med kommunelege e-post vil gjøre at kommunene selv må påse at den som enhver tid innehar rollen også har tilgang til denne epostadressen. Dette er ikke en optimal løsning hverken for kommunelegen eller FHI, men en løsning som vi kan bruke inntil noe annet er tilgjengelig. FHI ber om forståelse for dette.

Covid-19 data fra nettsiden

Naturlig nok er det mest aktuelt med covid-19 i dagens situasjon, derfor vil vi vise noen av tabellene og figurene fra denne delen. Vi vil i denne artikkelen kun vise data på landsnivå, men kommuneoverlegene kan velge hvilken kommune eller fylke de ønsker å se når de har logget seg inn på nettsiden. Vi jobber kontinuerlig med videreutvikling og inkludering av flere data og nye variabler.

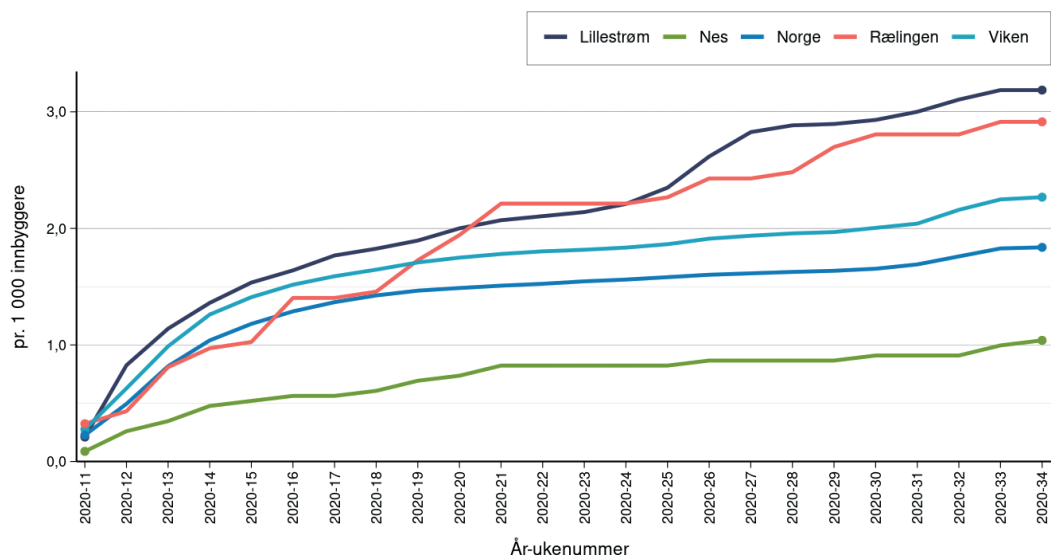
TABELL 1. Oversiktstabell fra Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten nettsiden. Denne viser indikatorer med de siste seks ukene (år-ukenummer). Her vises data for hele landet, men kommuneoverlegene kan velge å se tabeller for alle kommuner og fylker i landet.

INDIKATOR	KILDE	BENEVNING	2020-29	2020-30	2020-31	2020-32	2020-33
Nye sykehusinnleggelser for covid-19	NoPaR	Antall	8	3	10	15	7
Nye tilfeller av covid-19	MSIS	Antall	53	94	199	370	361
Testede for covid-19	MSIS lab	Antall	24 051	23 268	27 724	41 367	63 793
Andel positive blant testede	MSIS lab	Andel (%) av testede	0,2%	0,4%	0,7%	0,9%	0,6%
Legekonsultasjoner for covid-19	NorSySS	Antall	15 764	13 758	15 144	14 668	12 392
Andel legekonsultasjoner	NorSySS	Andel (%) av alle konsultasjoner	5,4%	5,1%	5,4%	5,6%	5,4%

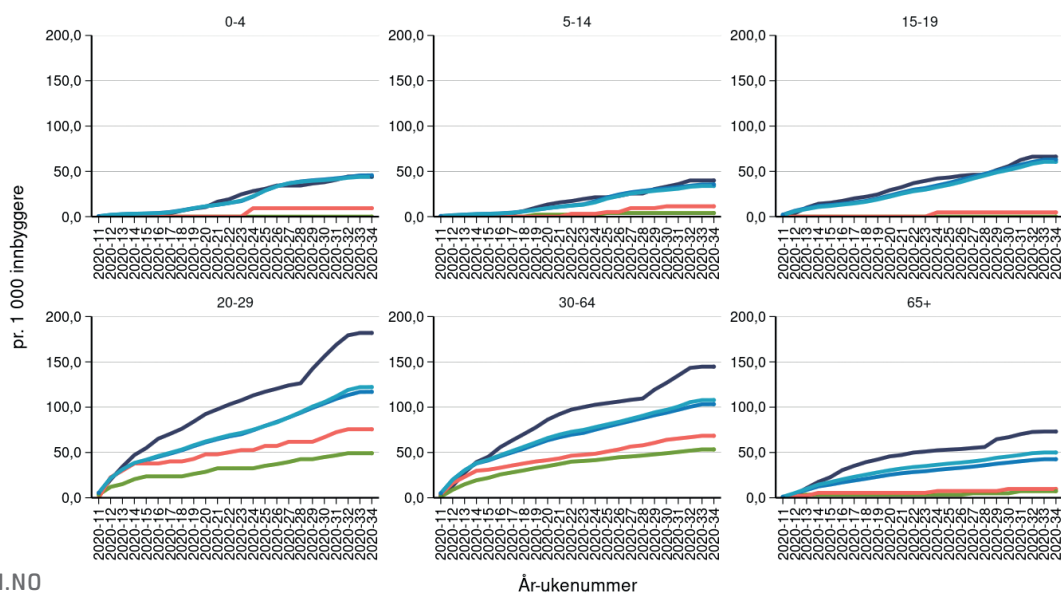


FIGUR 1. Oversiktsfigur fra Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten. Denne figuren inkluderer antall positive tilfeller fra MSIS (blå søyler), andel positive laboratorietester fra MSIS laboratoriedatabasen (blå linje) og andel konsultasjoner på legekantor og legevakt (NorSySS). Denne figuren gir en oversikt over trendene for de forskjellige indikatorene og om de følger hverandre. De røde pilene nederst på linjen viser helger og helligdager. Antallet tilfeller (blå søyler) er ofte lavere disse dagene mens andelen konsultasjoner (rød linje) og andelen positive laboratorietester (blå linje) er høyere på disse dagene.

FIGUR 2. Sammenlikningsfigur fra Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten. Denne figuren inkluderer antall positive tilfeller fra MSIS pr. 1000 innbyggere, pr. uke for de kommunene og fylkene du ønsker å sammenlikne. Denne figuren gir informasjon om utviklingen av epidemien i de forskjellige kommunene og fylkene og hvordan de geografiske områdene er i forhold til hverandre. Denne figuren viser kumulativt antall tilfeller, men det er også mulig å velge å se insidens pr. 1000 innbyggere pr. uke i nettsiden.



FIGUR 3. Sammenlikningsfigur fra Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten. Denne figuren inkluderer kumulativt antall konsultasjoner på legekantor og legevakt (NorSySS) pr. 1000 innbyggere, pr. uke og aldersgruppe for de kommunene og fylkene du ønsker å sammenlikne. Denne figuren gir informasjon om presset på legekantor og legevakt i de forskjellige kommunene og fylkene fordelt på forskjellige aldersgrupper. Denne figuren viser kumulativt antall tilfeller, men det er også mulig å velge å se insidens pr. 1000 innbyggere pr. uke i nettsiden.



Refleksjonar rundt utprøving av psykolog på

■ GERD SIGNY SOLBERG OMLAND • Fastlege og kommuneoverlege i Hå kommune

Våren 2020 skulle eg nytta fire månader til å avvikla overlegepermisjon og til å systematisera rutinar og arbeidsformer rundt ulike prosjekt fastlegetenesta er ein del av. Som for mange med meg, vart våren annleis enn forventa. Me har likevel gjort oss erfaringar med arbeidet rundt personar med psykiske utfordringar som eg tenkjer er verdt å dela.

Underteikna har i 16 år arbeidd som fastlege i Hå på Jæren – dei siste åra med kommuneoverlegehatt i tillegg til fastlegepraksisen. Gode arbeidsvilkår for fastlegane og rutinar som kjem pasient og tilsette til nytte, er viktig for kommunen og meg som kommuneoverlege. Å skapa gode pasientløp i lag med andre fagpersonar og instansar er noko av det gildaste eg veit.

Tenesteorganisering i Hå

Hå kommune har 20 fastlegeheimlar korav ein er privat solopraksis. Dei resterande 19 er fordelt på tre kommunale fastlegekontor. Eg har mi fastlegestilling på Nærbø, det største kontoret som tel ni legar i tillegg til turnuslege. Til kommuneoverlegen sitt ansvar ligg leiing av legetenesta. Fastlegegruppa i kommunen har hatt noko utskifting, men har stabilisert seg på ein fast gjeng. Me har gode søkjarlister ved utlysingar. Avløningsmodell med provisjon held takstrykket oppe, men arbeidsveke innramma av timetal, har noko å seia for korleis legane organiserer listearbeidet sitt. Eg sit i leiargruppa til kommunalsjefen for helse- og sossalsaker, og legetenesta er ein integrert del av kommunen si helseteneste. Kommunehelsetenesta har eit oppgåande meistringstilbod for milde og moderate lidningar. Lokalt DPS har ein god poliklinikk der det er mogleg å få innpass for dei som oppfyller krava. Private spesialistar er noko me i praksis sjeldan forhold oss til.

Prosjekt primærhelseteam

Internt på legekantoret på Nærbø har me over mange år ynskt oss å kunna arbeida

meir tverrfagleg rundt pasientar med kroniske og samansette lidningar. Me søkte difor, og vart ein del av, prosjektet med utprøving av primærhelseteam. I søknadsfasen såg me for oss at den eine av dei to stillingane me fekk midlar til skulle vera ein psykiatrisk sjukepleiar. Likevel lukkast det ikkje å rekruttera dette. I prosjektstillingane har me fått to rasande dyktige somatisk erfarne sjukepleiarar med stor fleksibilitet og evne til å hjelpa mange variantar av listepasientar. Spesielt for personar med alvorleg psykisk lidning i kombinasjon med rusproblem kan me no skreddersy oppfølginga på ein betre måte.

Handtering av milde og moderate lidningar

Frå folkehelse rapporten finn me at mellom ein av seks og ein av fire vil ha ei psykisk lidning i løpet av eit år. Angst etterfølgt av depresjon står for hovuddelen av desse. I folkehelsestala for Hå ser det ut til at me ligg lågare enn landet, fylket og nabokommunane når det gjeld brukarar av primærhelsetenestene med psykisk diagnosekode. Tradisjonelt klagar ikkje jærbuen før han må. Det å arbeida og klara seg sjølv har høg verdi. Ein klassisk jærsk respons på ei hending med tapt funksjon for ei tid er «dæ varte dyrt». Ting betrast når det gjeld kva det er greitt å snakka om, men det er behov for kunnskapsheving om kjensler, kropp og naturlege reaksjonar på vanskelege hendingar.

Kommunane har i aukande grad fått ansvar for å gje tilbod til personar med milde og moderate lidningar. Her vert det gjort mykje og godt arbeid. Likevel ser me stadige

døme på at det hadde vore nyttig med eit spesialistblikk i settingar der kriteria i prioriteringsrettleiaren til spesialisthelsetenesta ikkje er oppfylt. Ein del av desse vil før eller seinare kvalifisera seg inn, og spørsmålet er om hjelp kan setjast inn tidleg nok til at dette ikkje skjer. Ei utfordring er ofte at pasienten sitt opplevde symptomtrykk og redsla for å «klikka» er større enn kva prioriteringsrettleiaren tilseier treng akutt helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Her kjem fastlegen i ei vanskeleg dobbeltrolle der ein både skal syta for lindring, hjelp og støtte, og samstundes argumentera for at pasienten ikkje kan få oppfylt ynsket sitt. Litt hjelp og spesialisert vurdering i ein tidleg fase kan føra til normalisering, fryktreduksjon hos pasienten og gje fastlegen rask kunnskapsoverføring.

Det er ein glidande overgang mellom symptomtrykk og funksjonsnedsetting forårsaka av psykiske påkjenningar og krava til konkrete diagnoser. Diagnostiske vurderingar vert påverka av tidlegare kunnskap og erfaring hjå behandlar, tilhøve hjå pasienten og ymse forhold ein ikkje rår over. Det kan vera påtrykk frå ulike instansar, ynskje om uføretrygd og ting utanfor synsfeltet til fastlegen. Kva tid er det å setja ein diagnose sjukeleggjering av normale reaksjonar på livet sine mange utfordringar? Kva tid gjev ein diagnose svar på noko som reelt senker krava rundt ein situasjon? For å sitera Ole Paus er det mange sjeler på ei fastlegeliste med små og store sørgerender. Desse sørgerendene treng ein kunnskap om for å møta og forstå pasienten. Det er enklare å handtera ein sint, frustrert og utålmodig pasient når ein kjenner historikken.

legekontor

Grev ein litt under overflata hjå dei som sig ned i stolen, får ein ofte høyra dei utrulegaste ting. Ikkje til å undrast at dette i kombinasjon med forventning om full jobb, nystrigla ungar og Instagram-venleg interiør gjev smerteplager og trøytteleik. Fastlegerolla er eineståande når det gjeld å ha kunnskap om heile pasienten, generasjonane bakover og kva som hender elles i livet. Frå eit overordna perspektiv kan ein undra seg om fastlegerolla fangar opp det ein skal, om ho legg til rette for at folk skal koma med det dei ynskjer og sørger for at ting havnar i rett diagnose- og behandlingboks. Fastlegane har erfaring og kompetanse til å gje god oppfølging, men ein kan kjenna seg makteslaus i skvisen mellom avgrensa tilgang og ynskje og krav om tilvising.

Prosjektet

Me såg for oss at ein psykolog på fastlegekontoret ville nyttiggjere seg av breiddekunnskapen fastlegen har om listeinnbyggarane, og bidra med nyttig og rask avklaring av pasientane. I samarbeidet med Jæren DPS har Jær-kommunane regelmes-

sige møter i «Forum for psykisk helse Jæren». Her vert pasientflyten mellom fastlege, kommunehelseteneste og poliklinikk jamnleg drøfta. Poliklinikken viser til auka tal på tilvisingar og avvisingar, medan fastlegane opplever aukande behov. Kan ein få til betre kunnskapsoverføring og betre pasientforløp? I desse drøftingane – og påskunda av at underteikna deler hus med ein psykolog tilsett på DPS – kom det fram ein tanke om å leiga psykologkompetanse i ein prosjektperiode. Kommunepsykologstillingane er runde i kantane, tidvis vanskelege å rekruttera til og utfordrande å vera i om ein ikkje har opparbeidd seg kunnskap og erfaring frå tidlegare.

Frå 1. desember 2019 starta me eit eittårig prosjekt med kjøp av 50 prosent psykologspesialist. Psykologen har resten av arbeidstida si ved psykiatrisk poliklinikk. Det er mangt og mykje ein kommunepsykologstilling kan nyttast til. Fastlegekontoret ynskjer seg hjelp til rådgjeving og utvikling av primærhelseteamet. Fastlegane ynskjer seg nokon som kan ta imot pasientane raskt. Kommunen ynskjer seg rettleiing og hjelp til dei vanskelege sakene. 50 prosent psykolog som skal nyttast til fag-

utvikling, drøfting og i tillegg klinisk arbeid kan fort verta uoverkommeleg og noko som spriker i alle retningar. For ein fastlege er tida ein psykolog set av til samtale uvant. Det er likevel viktig at psykologen får utøva si rolle på ein fagleg god måte. Det var difor naudsynt å ramma inn og avgrensa rolla. Gjennom det fyrste halvåret ser me at det har vore fleire tilfelle der det har vore heilt naturleg og nyttig å vera fleksibel rundt desse avgrensingane.

Organisering

Psykologen har kontor tilknytt legekontoret på Nærbø og forhold seg til venterom, fagsystem og merkantilt personell ved legekontoret. Leiaransvar ligg til kommuneoverlegen. Psykologen nyttar eit tilbakemeldingsverktøy og e-meistring i samarbeid med psykisk helse i kommunen. Psykologen tek korte pasientløp, deltek i rettleiing av fastlegane og anna personell ved legekontoret, og samarbeider med øvrig kommunehelseteneste på linje med fastlegane. Konsultasjonane hjå psykolog er gratis.

Pasientgrunnlaget er tilvisingar frå fast-



lege, og det vert sett opp til time etter vurdering. Fastlegen seier ved tilvising at han/ho vil drøfta med psykologen om oppfølging hjå henne kan vera aktuelt eller om ho har andre råd. Psykologen er født, oppvaksen og busett i nærmiljøet, og det er viktig at pasientane kan velja om ho skal involverast eller ikkje. Samarbeidet vert evaluert fortløpande og psykologen deltek i faste faglege møter og personalmøter ved legekantoret. Kommuneoverlegen har vektlege samarbeidsmøter med psykologen der ulike problemstillingar vert drøfta. Det vert ført summarisk oversikt over talet på tilvisingar, problemstilling, samarbeidande instansar og behandlingsslengd.

Seleksjon til klinisk oppfølging

Utøvinga av ei slik stilling er svært avhengig av kven som er i rolla, og me fann det fornuftig å tilpassa problemstillingane til erfaringa psykologen har frå tidlegare. Psykologen «vår» er spesialist i klinisk vaksenpsykologi. Me har difor avgrensa pasientgruppa i prosjektperioden til 18 år og oppover. Kriteriene er meint å vera eit rammeverk ein kan vera fleksible innanfor. Psykologen representerer ikkje spesialisthelsetenesta. Tilstandar der det frå starten er tilvisingsgrunnlag, skal handsamast på vanleg måte.

Hovudproblemstillingane er tenkt å vera milde til moderate lidningar, i hovudsak angst og depresjon. Mistanke om psykose skal tilvisast raskt til spesialisthelsetenesta. Rusliding er ikkje eksklusjonskriterium, men desse må samtidig sikrast oppfølging i øvrige aktuelle tenester. Born

og samspelsproblematikk vert i hovudsak tilvist familiesenteret i kommunen. Belastning rundt kronisk sjukdom kan vera aktuelt for psykologen. Psykiske belastningar rundt arbeidssituasjon og hjelp for fastlegen i avklaring av sjukepengegrunnlag vil vera aktuelt. Akutt ambulant team ved distriktspsykiatrisk senter har eit tilbod til akutte kriser. Livskriser som ikkje går over etter «vanleg standard» kan vera aktuelle for psykologen. Demensutgreiing og andre alderspsykiatriske problemstillingar er ikkje aktuelle.

Tankar etter fyrste halvår

Litt mindre trykk var det på alle slags kontaktar i koronaperioden. I denne perioden ga psykologen oppfølging over telefon i kombinasjon med assistert sjølvhjelp. Etter koronaperioden har tilvisingane og bruken tatt seg opp. Før prosjektperioden starta, henta me inn tilvisings- og avvisingstal for legane i kommunen frå spesialisthelsetenesta. Dette vil me gjenta når året er over, drøfta utviklinga og kva som har betydning.

Fastlegane er svært nøgde med å ha god tilgang på ein å rådfora seg med og å hjelpa seg med dei vanskelege vurderingane i dette feltet. Det er lærerikt å sjå kva ein anna fagperson kan få fram hjå ein person ein trur ein har god kunnskap om. Psykologen har betre tid avsett, og det tenkjer me er vesentleg. Er fastlegerolla så fasttømra i timestila at pasienten ikkje vil bry oss med alt? Stiller psykologen spørsmåla annleis? Er

det forventningane til ei anna rolle som avgjer?

Me ser at det å koma til ein person inne på fastlegen sitt kontor for enkelte, gjer dette lettare. Då kan ein sitja på det vanlege venterommet og slepp å bekymra seg for å bli observert «i det psykiske systemet». Blant dei som psykologen har tatt inn til samtale er det nokså nøyaktig like mange menn som kvinner. Gjennomsnittleg tal på kontaktar med psykologen er 3,25. Om lag 14 prosent har nytta assistert sjølvhjelp. I nokre få tilfelle har fastlegen og psykologen samarbeidd om tilvising til andrelinjetenesta og erklæring til NAV. Psykologen har tett dialog med psykisk helse og til dels friskliv i kommunen. Dette samarbeidet vil me sjå nærare på og utvikla vidare.

Hovuderfaringa og inntrykket er at dette fyrste halve året med samarbeid har vore spanande, nyttig og lærerikt. Å gjennomføra dette på eit kommunalt legekantoret er klart enklare enn på eit privat legesenter med lengre avstand til resten av helsetenesta i kommunen, men neppe umogleg. Me trur denne modellen kan gje rask og tidleg hjelp som kan vera avgjerande for enkelte. For andre vil det vera ei brikke på vegen. Modellen er òg sårbar fordi den er personavhengig. Psykologrolla i denne forma er sjølvstendig og fri og krev at ein har kunnskap og erfaring. Me ynskjer å vidareutvikla dette og sjå korleis me kan løfta pasientane i Hå kommune i lag vidare.

Forfattaren takkar for gode innspel frå psykologspesialist Astrid Moi Vårdal

■ GERDSIGNYSOLBERG.OMLAND@HA.KOMMUNE.NO

ANNONSE

Gruppeveiledertutdanning

Fire dagers kurs i januar 2021

Har du lyst til å bli gruppeveileder for unge kolleger i allmennmedisin?

Legeforeningen starter opp utdanning av et nytt kull gruppeveiledere til spesialistutdanningen i allmennmedisin. Første kurs finner sted 25.–28.01.2021 på Ilsetra nord for Lillehammer.

Vi har spesielt behov for nye veiledere i Oslo og omegn, Stavanger, Trondheim, Tromsø og Innlandet. Veilederutdanningen består av tre firedagers kurs i løpet av to år. På kursene er det mye egenaktivitet. Deltakerne blir godt kjent med hverandre, og lærer veiledningspedagogikk og metoder for gruppeledelse. Etter første kurs starter deltakerne egne veiledningsgrupper. Erfaringene brukes i utdanningen.

Vi trenger spesialister med engasjement for faget og glede av å veilede unge kolleger. Hvis du er interessert, send en søknad med en kort CV og begrunnelse for at du mener at du er egnet. Ta gjerne med navn på en kollega du kan ha som referanse.

SØKNAD SENDES TIL:

Konsulent Ruth Skolseg, Medisinsk fagavdeling, Legeforeningen

MOBIL.: 417 01 124

E-POST: veiledningsgrupper@legeforeningen.no

For mer opplysninger, ta gjerne kontakt med veilederkoordinator i ditt område.

<https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Allmennmedisin/Veiledningsgrupper/veilederkoordinator/>

KLINISK OVERSIKT: Verdt å vite om verdens mest brukte

■ CHRISTOFFER AAM INGVALDSEN

Lege i spesialisering, seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus / Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo

■ ERLEND AA

Cand.pharm. og legemiddelrådgiver, seksjon for legemiddelsikkerhet, avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

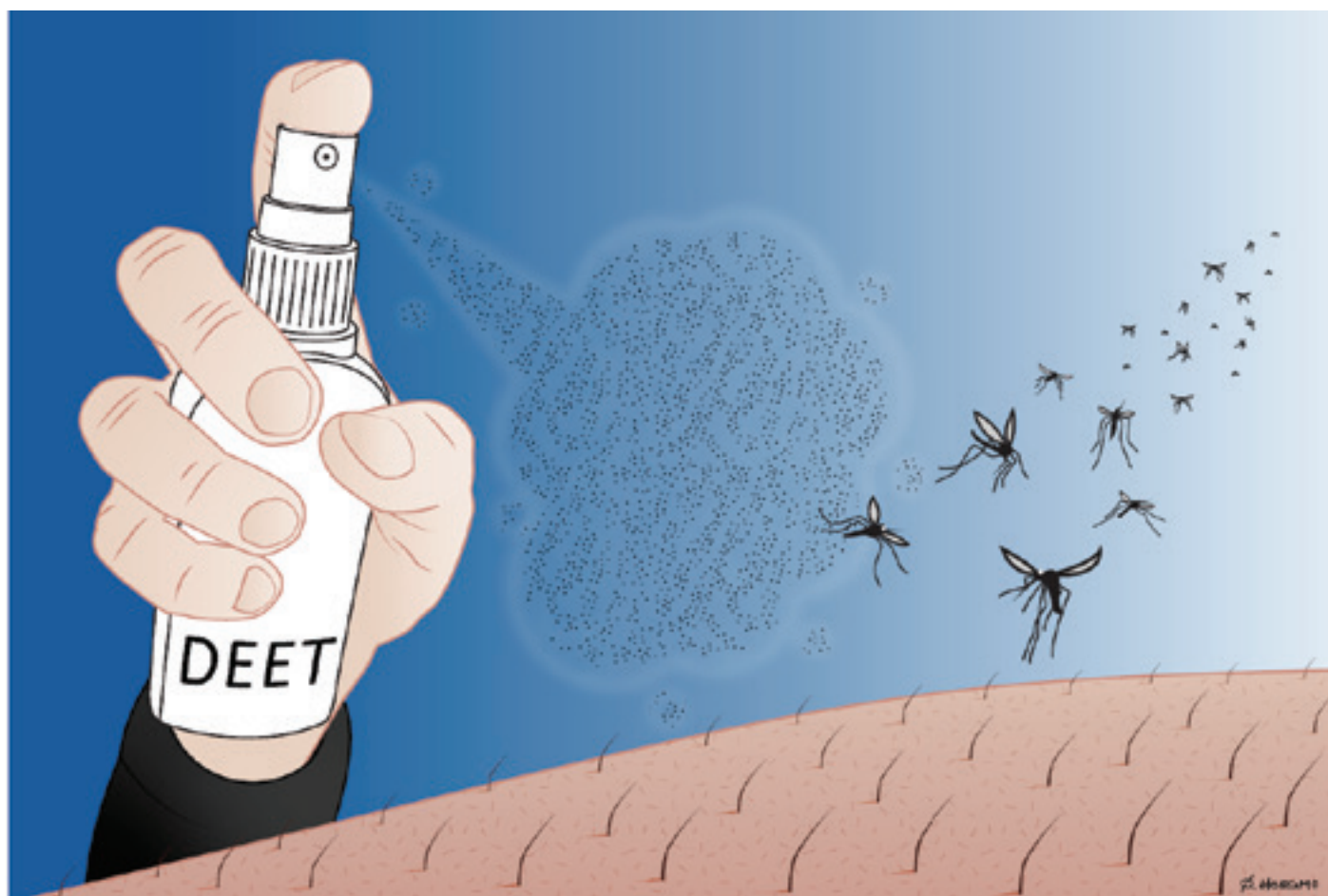
■ PÅL-DIDRIK HOFF ROLAND

Cand.pharm. og legemiddelrådgiver, RELIS Midt-Norge, avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

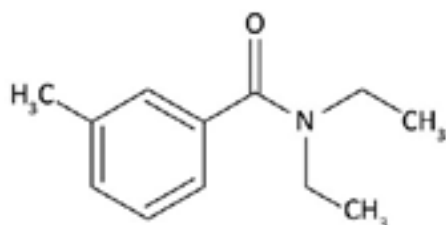
Myggmidler er utviklet for å forhindre myggstikk og vektorbåren smitte. Dietyltoluamid (DEET) anses for å være det mest effektive myggmiddelet og brukes anslagsvis av 200 millioner mennesker hvert år. DEET kan en sjelden gang medføre kutane og systemiske reaksjoner. Riktig bruk er en forutsetning for effekt og sikkerhet. Artikkelen gir en oversikt over DEET, potensielt helseskadelige virkninger og anbefalt bruk.

Det finnes et stort antall stikkmyggarter i Norge. Hunnmyggen blant disse suger blod for å kunne legge egg. Myggstikk gir pruritiske papler, men er ellers forbundet med liten helserisiko. Bruk av myggmiddel er likevel utbredt for å hindre irritasjonen og ubehaget myggen medfører. Dietyltoluamid (DEET) er det mest brukte mygg-

FIGUR 1. DEET – verdens mest brukte myggmiddel. ILLUSTRASJON: ØYSTEIN HØRGMØ, UNIVERSITETET I OSLO



myggmiddel



FIGUR 2
Molekylstrukturen til DEET.
ILLUSTRASJON: ØYSTEIN HØRGMO,
UNIVERSITETET I OSLO

middelet og er lett tilgjengelig i ulike konsentrasjoner og applikasjonsformer.

Da både bruk og feilbruk av DEET kan være helseskadelig, bør man vurdere indikasjonen for dets anvendelse, samt utvise forsiktighet blant enkelte pasientgrupper. På den andre siden er bruk av DEET ofte indisert – spesielt i verdensdeler der myggen er vektor for farlige tropesykdommer. Der veier risikoen for vektorbåren smitte langt tyngre enn risikoen ved DEET-bruk.

Ettersom sesongbetont bruk av DEET er vanlig i Norge, og anbefales ved en rekke utenlandsreiser, er det verdt å vite noe om virkestoffet og hvordan det bør brukes. Artikkelen baserer seg på en litteraturgjennomgang og er rettet mot fastleger, legevaktleger, barneleger og hudleger.

Dietyltoluamid (DEET)

DEET ble utviklet på 40- og 50-tallet som et resultat av at amerikanske militære var utplassert i verdensdeler med høy risiko for myggbåren sykdom, og har siden da vært ansett som det mest effektive myggmiddelet (1, 2). Det finnes ulike teorier for virkningsmekanismen til DEET, blant annet: 1) Middelet fungerer ved å forstyrre myggenes antenner og lokaliseringsevne og/eller (2) fordampet DEET skaper en avstøtende luktkbarriere for myggen (1, 2).

I dag finnes det et stort utvalg DEET-produkter med varierende konsentrasjon (5–100 prosent) og applikasjonsformer (spray, lotion, (sol)krem, olje, roll-on, våtservietter, m.m.) (2, 3). I en periode på 2000-tallet var det forbudt å omsette insektmidler med DEET-innhold høyere enn 20 prosent i Norge. Bakgrunnen for forbudet var en føre-var-holdning for å beskytte forbrukerne, da man på dette tidspunktet ikke hadde en ordning for godkjenning av enkeltpro-

duktene. Flere tok til orde for at denne grensen var problematisk, særlig med hensyn til reiser til malariaendemiske områder (4, 5). I 2010 medførte implementering av EØS-regelverk en oppheving av 20 prosent-grensen. Flere produkter med opptil 50 prosent DEET er nå godkjent i Norge, men for produkter over 20 prosent er det gitt restriksjoner med hensyn til bruk hos barn, gravide og ammende (6). I utlandet er produkter med enda høyere DEET-konsentrasjon tilgjengelig.

Kutane reaksjoner

Etter at DEET har blitt applisert på huden, vil virkestoffet til dels absorberes transdermalt, dels retineres i huden og dels fordampes (7). Gitt riktig bruk, anses applisering for å være trygt (2). Det finnes derimot kasuistikker som beskriver kutane reaksjoner – både irritativt kontakteksem (8–11) og allergisk kontakturtikaria (12–15). Publikasjonene som rapporterer irritativt kontakteksem beskriver uttalte erytematøse, vesikulobulløse, erosive og tidvis arddannende hudforandringer svarende til fleksurale hudområder – spesielt albuegropen. Sett i lys av det store DEET-forbruket i verden de siste 70 år, er antallet kasuistikker med kutane reaksjoner likevel fåtallige og dokumentasjonen anekdotisk. I tillegg utgjør hovedparten av de publiserte kasuistikkene gode eksempler på feil bruk av myggmiddelet, hvor produkter med høy DEET-konsentrasjon har blitt applisert på fleksurale hudområder eller hud dekket av tøy. Mange har også sovet med produktene på huden.

Systemiske reaksjoner

Av de mistenkte systemiske reaksjonene på DEET, er det nevrologiske bivirkninger

som kramper og encefalopati som har fått mest oppmerksomhet. Slike reaksjoner er svært sjeldne, og i flere av de publiserte kasuistikkene vanskelig gjøres vurderingen av årsakssammenheng av uklarheter i hendelsesforløpet: Differensialdiagnoser har vært manglende undersøkt og det har vært mistanke om feilbruk, intensjonelt peroralt inntak eller samtidig overdosering med legemidler/rusmidler (2, 16, 17). Alvorlige, dramatiske forløp, særlig hos barn, gjør at det likevel er viktig å være oppmerksom på muligheten for slike reaksjoner. Blant andre rapporterte systemiske bivirkninger nevnes også hodepine, svimmelhet og kvalme (3, 18).

Anbefalt bruk av DEET

Styrke

Virketiden av DEET avhenger av konsentrasjon, mengde og myggart. Temperatur, svette, vasking og mekanisk slitasje er andre forhold som kan redusere virketiden og kreve gjentatt applisering (19, 20).

Folkhelseinstituttet (FHI) angir at i konsentrasjoner under 20 prosent beskytter DEET i én til tre timer, mens ved bruk av høyere konsentrasjoner (50 prosent) varer beskyttelsen opp mot 12 timer (21). Amerikanske smittevernmyndigheter (CDC) oppgir at varigheten av myggmidlenes effekt når et tak ved konsentrasjon på 50 prosent (22). Ved bruk av konsentrasjoner ned mot 20 prosent, må man altså applisere DEET hyppig. I tillegg er det viktig å applisere tilstrekkelig mengde: I en studie med 200 personer som aktivt søkte råd om beskyttelse ved reise til endemiske områder for myggbåren sykdom, registrerte man at samtlige appliserte vesentlig mindre enn hva som trengs for god effekt (19).



Aldersgrense

Barn absorberer forholdsvis mer av det som appliseres på huden enn voksne. Det er derfor en generell anbefaling at myggmidler må brukes med større forsiktighet hos barn. Det er derimot ingen internasjonal konsensus hva angår aldersgrenser og konsentrasjonsanbefalinger. CDC angir at de fleste insektmidler kan brukes hos barn over to måneder (22). UpToDate oppgir at myggmidler med 10–30 prosent DEET synes trygt og effektivt hos barn eldre enn to måneder, forutsatt at produktene brukes som anbefalt (23). British National Formulary (BNF) for Children oppgir at myggmidler med 20–50 prosent DEET synes trygt og effektivt hos barn eldre enn to måneder (24). FHI angir at det til barn bør velges lavere konsentrasjoner enn det som anbefales til voksne (21). Dette er også i tråd med produktgodkjenningene hvor produkter med de laveste DEET-konsentrasjonene er godkjent for bruk på barn ned til 2 år, mens produkter med 50 prosent DEET kun anbefales brukt til voksne (6).

Vi mener det er rimelig å fortolke og praktisere de ulike anbefalingene ut fra risikoen for vektorbårne smitte i området man oppholder seg. I Norge bør man følge produsentens anvisninger og ikke anvende de mest konsentrerte produktene på barn. Ved reise til områder med smitterisiko kan mer konsentrerte produkter også tilrådes til barn og unge.

Graviditet og amming

I den norske produktgodkjenningen av myggmidler med mer enn 20 prosent DEET angis det at produktene ikke bør brukes av gravide og ammende (25). Det er ingen konkret vitenskapelig dokumentasjon for disse restriksjonene, men dette er en vanlig tilnærming når produsenten ikke kan dokumentere fravær av risiko. I retningslinjene fra FHI, UpToDate og CDC er det ingen restriksjoner for bruk av myggmidler med DEET til gravide og ammende. Generelt anbefales ammende å unngå applisering på områder som kan føre til at diebarnet får midlet i seg.

Det foreligger én randomisert, dobbelt-blindet studie på bruk av DEET hvor 449 av 897 gravide i andre og tredje trimester appliserte 1,7 g DEET daglig fram til fødsel. Det ble ikke observert negative effekter på overlevelse, vekst eller utvikling det første leveåret. DEET ble funnet i navlestrengsblod hos 8 prosent (26).

Applisering

DEET bør appliseres på eksponert hud og ikke brukes under klær. Periorbitale, periorale og fleksurale hudområder bør unngås, samt hendene til barn (for å begrense overfø-

ring til munn og øyne). Hos barn kan myggmiddelet i større grad påføres klærnes utside. Når man kommer innendørs og risikoen for myggstikk opphører, bør huden vaskes med såpe og vann. Det er ikke anbefalt å sove med DEET-produkter på huden (22).

DEET og solkrem

Myggmiddel og solkrem kombineres til stadighet. Den transdermale penetrasjonen av DEET seksdobles dersom myggmiddelet påføres under solkrem (2, 27). Samtidig applisering av DEET og oksybenzonbaserte solkremer, øker den transdermale penetrasjonen av begge virkestoffene (27), og reduserer solkremens effekt (2, 27). Deresom man ønsker å kombinere DEET og solkrem, er det anbefalt å applisere solkrem først, vente til solkremen har trukket inn, og deretter applisere myggmiddelet (27).

Takk til Øystein Horgmo (fotografmester, Universitetet i Oslo) for illustrasjoner.

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen interessekonflikter for noen av forfatterne.

REFERANSER

- Katz TM, Miller JH, Hebert AA. Insect repellents: Historical perspectives and new developments. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 58(5): 865–71.
- Nguyen QD, Vu MN, Hebert AA. Insect Repellents: An Updated Review for the Clinician. *J Am Acad Dermatol*. 2018; S0190–9622(18)32824-X
- Osimitz TG, Murphy JV, Fell LA, Page B. Adverse events associated with the use of insect repellents containing N,N-diethyl-m-toluamide (DEET). *Regul Toxicol Pharmacol*. 2010; 56(1): 93–9.
- Rysstad O, Skjeie H. [Different advice about non-medical malaria prophylaxis]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2003; 123(1): 82.
- Stubhaug T. DEET som malariaprofylakse – er norske retningslinjer hensiktsmessige? University of Oslo. [https://www.duo.uio.no/handle/10852/28934/Lest 06.05.20](https://www.duo.uio.no/handle/10852/28934/Lest%06.05.20).
- Agency EC. Information On Chemicals: European Union; 2020. <https://echa.europa.eu/information-on-chemicals/biocidal-active-substances/> Lest 14.05.20.
- Spencer TS, Hill JA, Feldmann RJ, Maibach HI. Evaporation of diethyltoluamide from human skin in vivo and in vitro. *J Invest Dermatol*. 1979; 72(6): 317–9.
- Lamberg SI, Mulrennan JA, Jr. Bullous reaction to diethyl toluamide (DEET). Resembling a blistering insect eruption. *Arch Dermatol*. 1969; 100(5): 582–6.
- Amichai B, Lazarov A, Halevy S. Contact dermatitis from diethyltoluamide. *Contact Dermatitis*. 1994; 30(3): 188.
- McKinlay JR, Ross V, Barrett TL. Vesiculobullous reaction to diethyltoluamide revisited. *Cutis*. 1998; 62(1): 44.
- Reuveni H, Yagupsky P. Diethyltoluamide-containing insect repellent: Adverse effects in worldwide use. *Arch Dermatol*. 1982; 118(8): 582–3.
- Shutty B, Swender D, Chermn L, Tcheurekdjian H, Hostoffer R. Insect repellents and contact urticaria: Differential response to DEET and picaridin. *Cutis*. 2013; 91(6): 280–2.
- Vozmediano JM, Armario J, Gonzalez-Cabrero A. Immunologic contact urticaria from diethyltoluamide. *Int J Dermatol*. 2000; 39(11): 876–7.

HOVEDBUDSKAP

- DEET er veldokumentert og trygt, men både kutane og systemiske bivirkninger er rapportert i sjeldne tilfeller
- DEET er spesielt indisert ved opphold i områder med risiko for myggbårne sykdom
- Tilbakeholdenhet med DEET anbefales i første trimester og på de minste barna
- DEET bør appliseres på eksponert hud, men periorbitale, periorale og fleksurale hudområder bør unngås
- Myggmiddelet vaskes av med såpe og vann
- DEET bør appliseres etter solkrem

- von Mayenburg J, Rakoski J. Contact urticaria to diethyltoluamide. *Contact Dermatitis*. 1983; 9(2): 171.
- Maibach HI, Johnson HL. Contact urticaria syndrome. Contact urticaria to diethyltoluamide (immediate-type hypersensitivity). *Arch Dermatol*. 1975; 111(6): 726–30.
- Chen-Hussey V, Behrens R, Logan JG. Assessment of methods used to determine the safety of the topical insect repellent N,N-diethyl-m-toluamide (DEET). *Parasit Vectors*. 2014; 7: 173.
- Swale DR, Bloomquist JR. Is DEET a dangerous neurotoxicant? *Pest Manag Sci*. 2019; 75(8): 2068–70.
- Sudakin DL, Trevathan WR. DEET: A review and update of safety and risk in the general population. *J Toxicol Clin Toxicol*. 2003; 41(6): 831–9.
- Hasler T, Fehr J, Held U, Schlagenhauf P. Use of repellents by travellers: A randomised, quantitative analysis of applied dosage and an evaluation of knowledge, Attitudes and Practices (KAP). *Travel Med Infect Dis*. 2019; 28: 27–33.
- Rodriguez J, Maibach HI. Percutaneous penetration and pharmacodynamics: Wash-in and wash-off of sunscreen and insect repellent. *J Dermatolog Treat*. 2016; 27(1): 11–8.
- Folkhelseinstituttet. Malariaveilederen. Forebygging mot myggstikk 2014. <https://www.fhi.no/nettpub/malariaveilederen/bakgrunnsinformasjon/3-6-forebygging-mot-myggestikk/> Lest 06.05.20.
- Prevention CDCa. Mosquitoes, Ticks & Other Arthropods 2019. <https://www.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/noninfectious-health-risks/mosquitoes-ticks-and-other-arthropods/> Lest 06.05.20.
- UpToDate. Prevention of arthropod and insect bites: Repellents and other measures 2019. <https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-arthropod-and-insect-bites-repellents-and-other-measures/> Lest 06.05.20.
- Paediatric Formulary Committee. BNF for Children 2019–2020. London: Pharmaceutical Press, 2019.
- Relis. Myggmiddel med diethyltoluamid (DEET) til gravide. https://relis.no/sporsmal_og_svar/6-7155?source=relisdb/ Lest 14.05.20.
- McGready R, Hamilton KA, Simpson JA, Cho T, Lixemburger C, Edwards R, et al. Safety of the insect repellent N,N-diethyl-M-toluamide (DEET) in pregnancy. *Am J Trop Med Hyg*. 2001; 65(4): 285–9.
- Gu X, Wang T, Collins DM, Kasichayanula S, Burczynski FJ. In vitro evaluation of concurrent use of commercially available insect repellent and sunscreen preparations. *Br J Dermatol*. 2005; 152(6): 1263–7.

■ CHRISTOFFER.AAM.INGVALDSEN@SUS.NO



Ville du trodd at pasienten var bedre enn deg som lege til å anslå langtidsrisikoen for sykdom forårsaket av høyt blodtrykk? Svenske forskere har undersøkt problemstillingen. De fant at legene overvurderte sannsynligheten for hjerte- og karkomplikasjoner – mens pasientene var nærmere sannheten ut ifra faktisk situasjon ti år senere. Den reelle risikoen for hjertesvikt viste seg å være 15 prosent. Her traff pasientene nesten blink, med 14 prosent, mens legene trodde risikoen var 24 prosent. Pasientenes gjennomsnittlige beregnede risiko for hjerteinfarkt var på 16 prosent og legenes på 26 prosent. Den reelle risikoen var åtte prosent. Legene var derimot flinkere til å estimere risikoen for død. Både pasienter og leger hadde problemer med å skille mellom lav- og høyriskopasienter etter korrigering for alder og kjønn. Studien, fra nyeste utgaven av *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, ble gjennomført for noen år tilbake da legene i Sverige ikke hadde tilgang til digitale verktøy for risikoberegning.

● <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2020.1753345>

KONSULTASJONER Stiller færre spørsmål



Allmennlege-pasienter stilte færre spørsmål til legen sin i 2016 enn i 2007. Det finner i hvert fall nederlandske forskere, som hadde forventet et stikk motsatt resultat. Gjennomsnittlig varighet på konsultasjonene hadde derimot økt. Og mens allmennlegene tidligere svarte på medisinske spørsmål, hadde pasientene i 2016 oftere spørsmål knyttet til mer praktiske, ikke-medisinske problemstillinger. Dette gjaldt særlig pasienter med lav utdanning. Studien bygger på analyser av 423 videoopptak fra konsultasjoner, og resultatene stod på trykk i *Patient Education and Counseling* i juni (Meijers et al).

● <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31983476/>

KOGNITIV SVIKT

De dårligste utredet av fastleger

Pasienter med kognitiv svikt som vurderes av fastlege eller av andre fagfolk i kommunen, skiller seg ut fra pasienter som utredes i spesialisthelsetjenesten i Norge. Det fant førsteforfatter Mona Michelet og medforfattere i en observasjonsstudie, nylig på trykk i *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.

Pasientene som ble utredet i primærhelsetjenesten var eldre, hadde lavere utdanning, dårligere kognisjon målt med MMSE enn de polikliniske pasientene – samt viste flere symptomer på depresjon. De som ble utredet i førstelinjetjenesten fikk også oftere en demensdiagnose.

● <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2020.1753334>



DIABETES-TEAM

Lite samhandling

Seks fastleger, tre sykepleiere og to helsesekretærer, som inngikk i fem ulike diabetes-team, er intervjuet av stipendiat Monika Sørensen ved Oslo Met. I konklusjonen skriver forfatterne at det ikke ble lagt så mye vekt på samarbeid; sykepleierne og sekretærene jobbet selvstendig. Ingen av legekantorene brukte pleieplaner for å involvere pasientene. Mens fastlegene mente at diabetes-teamene hadde ført til bedre struktur og kontinuitet, la sykepleierne og helsesekretærene mer vekt på betydningen av å lytte til pasientene og gi informasjon og støtte. Funnene er publisert i siste utgave av *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.

● <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2020.1714145>



HJEMMESYKEPLEIE

Manglende oppfølgingsbehov

Informasjon om psykososiale behov og fremtidig behov for oppfølging er sjelden lett tilgjengelig for hjemmesykepleiere som jobber med eldre over 65 år. Data fra en nasjonal web-undersøkelse blant 1612 sykepleiere viser at henholdsvis 4,5 prosent og 6,7 prosent at denne typen informasjon alltid eller veldig ofte var tilgjengelig. Til sammenligning svarte nær 43 prosent at opplysninger om medisiner alltid eller veldig ofte var tilgjengelig, og én av fem svarte det samme på informasjon om de eldres medisinske tilstand. Tilgjengeligheten på opplysninger hadde sammenheng med hvor godt sykepleierne vurderte samarbeidet med fastlegene. Forskere fra Senter for omsorgsforskning, NTNU Gjøvik står bak funnene som er publisert i *BMC Health Services*.

● <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32450876/>

ALLE FOTO: COLOURBOX

Back to basic ► Basisko

■ FRANCIS ODEH • ph.d, kommuneoverlege i Bodø og spesialist i nevrologi

Primærhelsetjenesten stilles stadig overfor nye krav om å løse oppgaver som tidligere ble håndtert i spesialisthelsetjenesten. Dette øker behovet for høyere kompetanse i primærhelsetjenesten.

I møte med pasienter som er sårbare for plutselige forverring i sin tilstand, trenger vi verktøy som oppdager forverringene tidlig, og som innehar en tverrfaglig kommunikasjonsform på tvers av helsetjenesteni-våene. ProAct er et slikt verktøy.

Med iverksettelse av Samhandlingsreformen i januar 2012, fikk kommunene et større ansvar i å gi tjenester nærmere folks bosted, og spesialist- og primærhelsetjenesten skulle inngå forpliktende samarbeidsavtaler. Kommunene merket raskt en sterk økning av pasienter som ble erklært utskrivningsklare før, uten nødvendigvis å være ferdigbehandlet. Dette medførte at flere spesialiserte helseoppgaver og -tjenester som tidligere ble håndtert i spesialisthelsetjenesten, ble forskjøvet over til primærhelsetjenesten. Dette førte igjen til en økning i antall reinnleggelser fordi man ikke forutså og imøtekom behovet for økt kompetanse i primærhelsetjenesten. Disse utfordringene meldte seg også i Bodø kommune. Sølvsuper helse- og velferdssenter er en kommunal institusjon med KAD-senger (kommunal akutt døgnenhet), lindrende avdeling og korttidsplasser. For å takle disse utfordringene i Sølvsuper, besluttet vi å starte et kvalitetsforbedringsprosjekt med implementering av ProAct. Prosjektet ble startet i august 2018, og ferdigstilt september 2019.

ProAct er utviklet for å utdanne helsepersonell i å tidlig identifisere, forebygge og behandle livstruende tilstander. Dette gjøres gjennom å utføre systematisk ABCDE-vurdering av alle pasienter, anvendelse av NEWS-score og ved å trene på strukturert kommunikasjon. NEWS (National Early Warning Score) er et validert verktøy for å tidlig identifisere pasienter med forverret



Sølvsuper helse- og velferdssenter i Bodø er en kommunal institusjon med KAD-senger (kommunal akutt døgnenhet), lindrende avdeling og korttidsplasser.

tilstand med vurdering og dokumentasjon av respirasjonsfrekvens, oksygensaturasjon, systolisk blodtrykk, puls, bevissthetsnivå og temperatur. For å sikre god muntlig kommunikasjon og rapportering mellom helsepersonell, anvendes ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation). Denne metoden sikrer at pasientinformasjon blir gitt og mottatt på en strukturert måte med et språk som er felles for alle parter og som ikke gir rom for fortolkninger eller misforståelser.

ProAct kurset er ett én-dagskurs for helsepersonell som består av en teoretisk del om ABCDE, NEWS og Isbar. Etter dette kommer en praktisk del med simulering hvor man øver på å håndtere akutte situasjoner ved bruk av verktøyene/metodene.

Etter kurset skal man ha lært å gjenkjenne risikopasienter og avdekke forverring, kunne vurdere, observere og iverksette adekvate tiltak, kommunisere strukturert og be om hjelp til rett tid og bidra til bedre journalføring og dokumentasjon. For mer informasjon kan man besøke ProAct sin nettside: <https://www.proactnorge.org/>

Våre erfaringer

Før implementeringen visste vi at kunnskap og praksis ved avdelingene i Sølvsuper var fragmentert, ulik og noen ganger tilfeldig, både innad i den enkelte avdeling, men også mellom avdelingene. Utføring og forståelse av kliniske observasjoner var personavhengig. Dette påvirket både pasientsik-

kompetanse satt i system



kerheten og kvaliteten på helsetjenesten. Dette ble demonstrert gjennom baselineanalysen vi utførte før implementeringen. Dataene fra analysen ble lagt frem for ledelsen, og gjennom denne synliggjøringen, ble beslutningen om innføringen av ProAct også forankret her. Dette var avgjørende for prosjektgjennomføringen. Underveis og etter implementeringen kjørte vi fortløpende datainnsamling og analyse som vi sammenlignet med baseline. Det ble raskt tydelig at ProAct-innføringen var en suksess, og det ble derfor besluttet at dette skulle innføres i samtlige av Bodø kommune sine helse- og omsorgsinstitusjoner.

Helsepersonellet som har deltatt, rapporterer om opplevelse av en økt faglig trygghet hvor gammel kunnskap har blitt satt i et system og tatt i bruk med en ny innfallsvinkel. Dette bekreftes i tilbakemeldingene fra tilsynsleger, legevaktleger og AMK som opplever en betydelig mer presis og strukturert informasjon i pasientrelaterte henvendelser de mottar fra pleiepersonalet. Pasienter og pårørende opplever en økt trygghet og tillit i tjenestene de mottar.

Diskusjon

ProAct har vært anvendt i spesialisthelsetjenesten både nasjonalt og internasjonalt. Ved å ta ProAct inn i primærhelsetjenesten har vi oppnådd en kompetanse som er lik den i spesialisthelsetjenesten. Dette har resultert i at vi på et tidligere tidspunkt fanger opp klinisk forverring, for således å kunne starte behandling på et tidligere stadium, og derved forhindre reinnleggelser til sykehusene. Lege-til-pasient-ratio i institusjoner i primærhelsetjenesten er betydelig lavere enn i spesialisthelsetjenesten. Dette medfører at ansvaret for tidlig oppdagelse av klinisk forverring hos pasienten faller på sykepleierne, og med ProAct er de utrustet med faglig trygghet og kunnskap til å kunne gjøre korrekte vurderinger. Med ISBAR har man sikret standardisert og korrekt kommunikasjonsform mellom sykepleier og leger, slik at kliniske beslutninger blir så treffsikre som mulig.

Mange leger har uttrykt bekymring over at det er en økende tendens til at man i stedet for å øke legedekningen i kommunene, utdanner spesialiserte sykepleiere som gis oppgaver som legene tradisjonelt har hatt, herunder også diagnostisering og behandlingsbeslutning. Med ProAct istandgjør man sykepleiere til å utføre kliniske undersøkelser som før tilfalt legene, og noen kunne argumentere med at dette er en tilsnikning av en kommende oppgaveglidning hvor de samme sykepleierne opplæres til også å stille diagnoser og igangsette behandling. Pr. i dag er det utilstrekkelig legedekning ved mange kommunale institusjoner, og fram til denne bedres, er ProAct et verktøy som bidrar til økt pasientsikkerhet og trygghet ved å heve sykepleierens faglige nivå.

I et pasientforløp er det flere helseaktører som er involvert, fra personell i kommunal oppfølgningstjeneste, ambulansepersonell, legevaktpersonell, leger i primærhelsetjenesten til helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Ved at alle benytter samme verktøy og kommunikasjonsform, bidrar dette til å øke sikkerhet, trygghet og behandlingskvalitet for pasient og pårørende. I tillegg forbedrer dette samhandlingen mellom de ulike aktørene og skaper trygghet også i disse treffpunktene.

■ FRANCIS.ODEH@BODO.KOMMUNE.NO

Med iverksettelse av Samhandlingsreformen i januar 2012, fikk kommunene et større ansvar i å gi tjenester nærmere folks bosted, og spesialist- og primærhelsetjenesten skulle inngå forpliktende samarbeidsavtaler.



Du har mottatt en melding fra Fylkesmannen

ENDELIG SOMMERFERIE. Første dag hos svigerforeldre, frokost, praten går, minutter blir til timer, herlig avslappet. Jeg kjenner det i hele kroppen at det blir godt med rolige dager og avstand til jobb. Plutselig høres et SMS-pip på telefonen, og jeg sjekker den midt i samtalen. «Altinn. Du har mottatt en melding fra Fylkesmannen i Trøndelag».

JEG KJENNER HJERTET gjør et hopp. I løpet av få sekunder brer følelsen av adrenalinen seg i hele kroppen. Den første tanken som slår meg: En klagesak? Jeg husker jula for noen år siden, den jula som ble så preget av det leie brevet, brevet som kom lille julaften – en klagesak. På tross av at saken føltes helt uten mening, og på tross av at jeg raskt konkluderte med det samme som Fylkesmannen flere måneder senere også skulle gjøre, nemlig at jeg ikke hadde gjort noen feil, så ble dette den julen hvor jeg hele tiden gikk og tenkte med uro på denne saken og grublet: Kunne jeg gjort noe annerledes? Og: Hvordan skal jeg formulere meg når jeg forsvarer meg? Stadig satte jeg meg ned og skrev nye utkast. Og nå, igjen, på første feriedag: Skal dette bli en slik sommer hvor kona ser på meg med medlidenhet når jeg er fjern, og vet hva jeg går og tenker på?

JEG FORSØKER Å FORTRENGE disse tankene. Nei, det er sikkert en bagatell, du har ikke gjort noe feil, det er sikkert noe annet. Jeg forsøker å delta i samtalen, men tankene kommer bare tilbake. Den kreftdiagnosen, her i våres, den kom jo litt sent, jeg burde kanskje ha vært mer pågående med den utredningen... Til slutt orker jeg ikke mer, unnskylder meg, reiser meg fra bordet, og sier jeg må sjekke noe.

JEG FINNER FRAM PC-EN. Altinn.no. Forsøker å logge meg inn. Pokker! Passordet ligger jo hjemme. BankID også. Jeg forsøker med økende hjertebank med BankID på mobil, må bytte passord, ny kode på mobilen, endelig, der ja, et uåpnet elektronisk brev fra Fylkesmannen. Jeg åpner det og leser. Det tar meg få sekunder å innse at min uro var ubegrunnet, det jeg har fått er bare en kopi av et brev til en pasient. Hun får beskjed om at hun på bakgrunn av en melding fra lege har mistet førerretten for bil. Uten å lese videre lukker jeg brevet, legger fra meg pc-en og puster lettet ut. Typisk meg! Alltid å tenke på det verst mulige først. Stresse seg opp for ingenting, hvor gammel skal jeg bli før jeg blir voksen?

JEG VENDER TILBAKE til frokosten og kaffekoppen og prøver å finne tilbake til velværet jeg kjente på før SMS-en fra Altinn.

LITT SENERE SAMME DAG går vi tur. Jeg forteller om det inntrufne til min ektefelle. I det jeg forteller, kommer jeg til å tenke på at dette brevet må skrives ut og så arkiveres i journalen til pasienten. Det får jeg ikke gjort før jeg kommer hjem fra ferien. Hvordan skal jeg huske det? Jeg legger

en stein i lomma, når jeg kommer hjem til svigerforeldrene mine skal den minne meg om å skrive en påminnelse på en lapp jeg kan legge i bagen med tingene mine, slik at jeg kan finne den når jeg vel hjemme pakker ut, og så huske å logge meg inn på Altinn, skrive ut brevet, ta det med på jobb, og legge det til skanning.

DET REGNET hele denne dagen. For de andre i familien var dette den feriedagen da det regnet hele tiden. For meg var det den feriedagen da jeg fikk en SMS fra Fylkesmannen.

Fylkesmannen sparte kroner 17 i porto.

NJÅL FLEM MÆLAND
Hollset legesenter Trondheim
nflem@online.no



Hun leser norske studier med falkeblikk

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

Scandinavian Journal of Primary Health Care får opptil 260 manuskript hvert år. De færreste blir publisert.

Hvilken forsker drømmer vel ikke om å få artikkelen sin på trykk i noen av de mest prestisjefylte vitenskapelige tidsskriftene! Få får drømmen oppfylt; et av de store tidsskriftene, *The BMJ*, oppgir på sin nettside at cirka halvparten av mottatte forskningsartikler blir sendt til ekstern fagfelleevaluering og hele 93 prosent av alle forskningsmanuskript blir ikke antatt for publisering.

Hvert år mottar det allmennmedisinske tidsskriftet *Scandinavian Journal of Primary Health Care* mellom 220 og 260 manuskripter til vurdering. Ifølge sjefredaktør Helena Liira blir bare 56 artikler, som oftest færre, akseptert for publisering. Det betyr at cirka 25 prosent av alle mottatte manuskript blir antatt.

Assisterende nasjonal redaktør for Norge, førsteamanuensis Anja Brænd ved Universitetet i Oslo, mener norske forskere er godt representert.

– I nordisk sammenheng er norske forskere godt synlig og godt representert i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* og på nordisk kongress i allmennmedisin, sier Anja Brænd til *Utposten*.

Norske studier mest lest

Blant de 30 mest leste artiklene i *Scandinavian Journal* har sju av dem norske navn på forfatterne eller medforfatter. Helt på topp troner en norsk studie fra 2012 av Karin Frydenberg og Mette Brekke. Dårlig kommunikasjon på tvers av behandlingsnivåer, og potensielt alvorlige konsekvenser for medisinerings har vekket stor interesse. Ar-



ALLE FOTO: LISBETH NILSEN

– Typisk må forskerne sende inn redigerte manus opptil flere ganger før de kan bli godkjent, forteller Anja Brænd, assisterende nasjonal redaktør i *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.

tikkelen har over 11 000 sidevisninger (views). Som en god nummer to følger nok en norsk studie, Hasse Melbys artikkel om labtester for lungebetennelse.

Seks av de mest siterte artiklene siste tre år har norske forfatternavn. En britisk studie ligger på sitatoppen, deretter en neder-

landsk, fulgt av norske Sture Rognstads artikkel fra 2009 om medisinerings av eldre. Rognstads studie er sitert 42 ganger siste tre år og totalt 140 ganger.

Og norske forskere står bak de tre mest leste studiene som er publisert i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* i som-

– I nordisk sammenheng er norske forskere godt synlig og godt representert.

ANJA
BRÆND



mermånedene fra mai til og medio august: Torunn Bjerve Eide med studie på forskjeller i nordisk allmennmedisin, Inga-Marthe Grønseth med undersøkelse om hva som motiverte fastleger til å velge og til å forbli i allmennmedisin, samt Hans-Christian Myklestul med studie om fastlegers bruk av ultralyd.

Bredt tilfang

Brænd, som også er leder av Nasjonal forskerskole i allmennmedisin, har vært tilknyttet *Scandinavian Journal of Primary Health Care* siden 2014.

– Vi sitter jo i fem forskjellige land og trefes ikke så ofte – vi blir som egne satellitter.

– Hva ser dere spesielt etter når dere vurderer studier for publisering?

– Det vil jo være generelle kriterier for hva som er gode studier rent vitenskapelig sett. Vi ser også etter studier som representerer noe nytt, som er viktige for allmenn-

medisinen, studier med resultater som kan brukes klinisk eller som på annen måte tilfører feltet noe nytt. Et godt eksempel på et område i faget som er i utvikling, og hvor det er relativt lite forskning fra før, er ultralydstudien til Myklestul, som ble mye lest i sommer. Også smale studier kan få stort gjennomslag.

Tidsskriftet publiserer studier fra hele verden, men er særlig opptatt av problemstillinger som er relevante for Norden.

– Vi får et bredt tilfang av studier, ikke bare fra allmennmedisinere – og desidert flest manuskript fra svenske forskere, bemerkter Brænd.

Prestisjepublisering

Det finnes mange aktuelle tidsskrifter for studier innen allmennmedisin.

– Et av de store allmennmedisinske tidsskriftene i Europa er *British Journal of General Practice*, men også *The BMJ* har mye allmennmedisinsk stoff, sier Brænd.

Et mye brukt mål på et tidsskrifts kvalitet og prestisje er impact factor (IF): Gjennomsnittlig antall ganger en artikkel er blitt sitert siste to år.

Bare 1,9 prosent av over 12 500 tidsskrift hadde i 2017 en impact factor på over ti. Cirka en tredel av tidsskriftene lå på mellom to og tre, ifølge *Journal Citations Report (JCR)* 2017.

The BMJs impact factor for 2018 er ifølge 2019-tall fra JCR på over 27. *British Journal of General Practice* kan skilte med 4,190 og *Scandinavian Journal of Primary Health Care* oppgir 2,160. Til sammenligning har *The Lancet* over 60.

Fagfellevurdering

Når et manus er kommet til redaksjonen i *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, er det sjefredaktøren som først leser gjennom.

– Noen blir avvist allerede da fordi de ikke er relevante for tidsskriftet eller åpen-

bart ikke holder mål rent metodisk. De som går videre i prosessen, sendes til den aktuelle nasjonale redaksjonen – det vil si at norsk redaktør, Svein Kjosavik, og assisterende redaktør, altså meg, får artikler fra norske forskere. Manuskript fra andre land vurderes av sjefredaktør.

Nasjonal redaktør og jeg fordeler manuskriptene og unngår å vurdere artikler fra eget institutt eller fagmiljø, forteller Brænd og fortsetter:

– Vi gjør en vurdering, og hvis vi mener en studie er god nok, skal den videre til fagfelleevaluering.

En fagfelleevaluerer, en referee, er en ekspert og uavhengig fagperson som skal vurdere manuskriptene. I det skandinaviske tidsskriftet benyttes minst to fagfeller til hver artikkel, og manuskriptene de får er anonymisert.

– Å finne fagfelleevaluerere er en morsom, men utfordrende og tidvis krevende jobb. Jeg må finne noen med relevant bakgrunn eller kompetanse på fagfeltet eller temaet, og vi bruker fagfeller fra hele verden. Vanligvis trenger en fagfelle forskningskompetanse, men det er ikke utelukket at vi også kan bruke for eksempel en fastlege uten bakgrunn fra forskning hvis vedkommende har spisskompetanse på området. I likhet med arbeidet mitt i tidsskriftet, er fagfelleevaluering også ulønnet – så vi er avhengig av at fagfolk har interesse og tid – og svarer på forespørselen vår.

Flere runder

Etter tilbakemelding fra fagfellene, foretar Brænd en samlet vurdering og sender en eventuell anbefaling om publisering videre til sjefredaktør.

– Den endelige beslutningen om prioritering og publisering tas av sjefredaktøren.

Proessen frem til beslutning om publisering er ofte omstendelig.

– Som oftest blir det flere runder mellom forskerne og fagfelleevaluererne, via meg. Det er veldig sjelden noe er ferdig ved første innsending. Typisk må forskerne sende inn redigerte manus opptil flere ganger før de kan bli godkjent. Den første runden kan ta et par måneder, deretter kan det gå ytterligere et par måneder. Og det kan ta opptil et halvt til ett år fra manus er mottatt til endelig godkjenning for publisering.

Ikke et feilfritt system

Det er et kvalitetsstempel når et tidsskrift bruker fagfelleevaluering – såkalt peer review.

– Seriøse tidsskrift har fagfelleevaluering. Det er ikke nødvendigvis et feilfritt system, men er med på å sikre at det gis en uavhengig vurdering. Noen tidsskrift gir innsyn i hvem som har foretatt fagfelleevalueringene. Hos oss er fagfelleevaluererne anonyme.

Flere tidsskrift benytter egne program som skanner for mulig plagiering av andres forskning. Sjefredaktøren i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* opplyser i en e-post at tidsskriftet dessverre ikke har et slikt program.

Derimot er alle publiserte artikler i tidsskriftet gratis og tilgjengelig for alle.

– Forfatterne må dekke kostnadene med publisering. For vårt tidsskrift koster en publisering 1500 euro, og 500 euro hvis førsteforfatter er medlem av landets faglige forening – som i Norge er Norsk forening for allmennmedisin.

Skiller seg ut

Brænd poengterer at det er mye mer som skiller studier innen allmennmedisin enn medisinske studier innen spesialisthelsetjenesten.

– I verdenssammenheng er allmennmedisinen veldig forskjellig både organisatorisk og vitenskapelig. I en del land er allmennmedisin ikke et eget akademisk fag. I de nordiske landene, i England, Skottland og Nederland står allmennmedisinen sterkt som klinisk og akademisk fag. Mens i for eksempel Italia er allmennmedisin ikke et eget fag på universitetet.

Flere av de store tidsskriftene har utspring fra USA, der helsetjenesten har en helt annen organisering enn i Norge.

– Norske forskere kan ha gode studier i allmennmedisin, men som ikke passer i den amerikanske virkeligheten. Dette vil jo ha betydning for hvilke studier de ulike tidsskriftene godkjenner for publisering. Det er viktig å forske på norske forhold, sett med norske briller, selv om dette kan være av liten interesse for andre land, fremholder Brænd.

Nå gleder hun seg til å se resultatene av PraksisNett, som er under etablering – en infrastruktur og et nettverk for kliniske data fra allmennmedisin.

– PraksisNett gir store muligheter for at det blir gjennomført mer enn før å gjøre store kliniske studier i allmennmedisin – studier som også vil være mer interessante for de store internasjonale tidsskriftene, sier Anja Brænd.

KILDER

- Taylor&Francis
- mdanderson.com
- Journal Citations Report
- thebmj.com
- wikipedia.org

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Følg denne lenken, og se hva The BMJ mener reduserer muligheten for å få antatt et manuskript: <https://www.bmj.com/about-bmj/resources-authors/bmj-right-journal-my-research-article>



SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE

- Tidsskriftet eies gjennom Nordic Federation of General Practitioners av de allmennmedisinske fagorganisasjonene i hvert av de fem nordiske landene – i Norge er det Norsk forening for allmennmedisin.
- Alle publiserte artikler er fagfellevurdert. Det betyr at minst to eksterne, uavhengige fagfolk vurderer manuskriptene som kan være aktuelle for publisering.
- Redaksjonen i tidsskriftet består av sjefredaktør og redaksjonssekretær, et editorial board med én nasjonal redaktør for hvert av de fem nordiske landene samt i tillegg én assisterende nasjonal redaktør fra hvert land.
- Utkommer bare digitalt, fire ganger i året – og med fortløpende publisering av utvalgte studier.
- Tidsskriftet har open access, som betyr at alle artikler kan leses gratis. Kostnadene for publisering betales av forfatterne.
- Impact factor (IF), gjennomsnittlig antall sitering pr. artikkel siste to år, er 2,160.

The 2020 Gorgas Course of Clinical Tropical Medicine

■ FRODE OOESTERLING • Fastlege ved Svingen legesenter og sanitetssjef i Cyberforsvaret

Tilfeldighetene og syklonen Idai ville det slik at jeg befant meg i Nhamatanda i Mosambik da jeg i april 2019 fikk vite at jeg var kommet med på The 2020 Gorgas Course of Clinical Tropical Medicine i Lima, Peru.

En av mine kanadiske Røde Kors-kolleger på feltsykehuset i Mosambik ble begeistret da jeg fortalte henne dette – ukene hun hadde tilbrakt på det kurset var nemlig de beste i hennes liv!

Kurset er et samarbeidsprosjekt mellom Universidad Peruana Cayetano Heredia og University of Alabama in Birmingham, USA. Det strekker seg over ni uker mellom januar og april hvert år. Kurset jeg deltok på var det 25. i rekka, noe som ble behørig markert med festmiddag. Kurset har 40 deltakere, finner sted i velegnede lokaler inne på universitetssykehuset, i tett tilknytning til sykehusets institutt for tropiske sykdommer.



Bilde fra «møte» i sykehuskorridoren før visitten tar til.

Sykehuset mottar pasienter fra hele Peru. Mer enn halvparten av landets overflate består av Amazonas-jungel. Dette gir instituttet godt tilfang av pasienter med tropiske sykdommer. Mange av infeksjonssykdommene pasienter fra Andesfjellene kan få, er sjelden vare for en norsk lege, som f.eks. pe-

ruansk vorte/Oroyafeber. Sykdommen kalles også Carrions sykdom etter den herostratisk berømte legestudenten Daniel Carrión fra Lima. Han inokulerte seg selv med innholdet i en slik peruansk vorte, med det resultat at han døde av utbredt infeksjon med bakterien *Bartonella bacilliformis*.

Her ser vi noen av kursdeltagerne er på legevisitt på et lokalt sykehus i Lima.





Kurset har 40 deltakere og finner sted i velegnede lokaler inne på universitetssykehuset, i tett tilknytning til sykehusets institutt for tropiske sykdommer.

Kursdagen

Kursdagen starter med at man går på «skolebussen» klokka 07.00. Sykehuset ligger i et område hvor man frarådes å bo under kurset. Bussen går derfor fra Miraflores, der det er trygt å ferdes ute hele døgnet. Forelesninger på engelsk begynner fra klokka 07.45 i velkjent Powerpoint-format, av internasjonalt ledende infeksjonsmedisinere innen sine felt, de fleste av dem peruanere. Det er en kort pause før visitten, der grupper på seks til sju kursdeltakere gjetes av en engasjert sisteårs legestudent til riktig avdeling. Der treffer man en lokal overlege som snakker godt engelsk. Så er det previsitt, samtale med og undersøkelse av pasienter, før man diskuterer mulige differensialdiagnoser, samt videre diagnostiske og terapeutiske tiltak. Lunsjen inntas på en av de mange små restaurantene på sykehusområdet, om man ikke har stått opp i otta for å ordne lunsjboks. Etter lunsj er det to timer med lab eller smågruppeundervisning, der mye av tida går med til å finne malaria- og andre parasitter i mikroskop under kyndig veiledning. Etter dette er det klart for dagens siste forelesning, før bussen tar deg hjem klokka 16.00.

Omtrent halvveis i kurset er det lagt inn en tur til Cuzco på 3500 meters høyde i Andesfjellene, der man går visitt på sykehusene i byen og har forelesninger om bl.a. høydesyke og det lokale sykdomspanoramaet. I Cuzco er det lagt inn en fridag der man f.eks. kan dra til Machu Picchu. Kurset avsluttes med fire dager i Iquitos i Amazonas, den største byen i verden som ikke

har veiforbindelse. I år ble den turen avlyst på grunn av koronakrisen, i likhet med den siste ordinære kursuka og den avsluttende eksamenen. Vi fikk heldigvis med oss sju av åtte kursuker, og kom gjennom pensum. Alt kursinnhold deles med deltakerne via Dropbox og appen Moodle.

Evaluerer av kurset

Førsteintrykket mitt av kurset var at jeg hadde havnet feil, at jeg hadde forvillet meg inn i opptaket av en episode av Grey's Anatomy. De andre deltakerne var unge og vakre, og de fleste var fra USA, Canada, Storbritannia, Australia og New Zealand. Jeg var nok eldst med mine 52 år, og det var ikke så mange andre deltakere med internasjonal arbeidserfaring.

I år var alle deltakerne leger (sykepleiere kan også søke), de fleste under spesialisering i infeksjonsmedisin, akuttmedisin, pediatri og allmennmedisin. Jeg var heldig å ha en kirurg på min kliniske smågruppe, hun bidro veldig konstruktivt, og dro oss ned på bakken igjen om resonnementene ble for vidløftige (– Why don't we just biopsy it?).

Styrken ved Gorgas-kurset er disse kliniske smågruppene hvor vi går visitt sammen. Man kommer tett på pasientene og reelle problemstillinger som man må forholde seg til. Diskusjonen i gruppa etter konsultasjonene og lab-undervisningen var svært lærerik.

Forelesningene var ikke like fantastiske. De var for mange og for varierende i kvali-

tet. Med noen unntak var de yngre foreleserne bedre enn de eldre, med mer strukturerte, gjennomarbeidede og oppdaterte presentasjoner. Gorgas bør vurdere å gjøre om formidlingen av deler av faktakunnskapen til nettkurs med tilhørende eksamen på nett før kursstart, da vil deltakerne stille bedre forberedt til den kliniske undervisningen, og kurset kan eventuelt kortes ned noe. Det fins flere gode lærebøker til selvstudium. Selv er jeg veldig fornøyd med Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases e-bok kjøpt på Amazon's Kindle Store.

Alternativer til kurset

Hvis du har ni uker og USD 8966,- til overs og behov for å lære mer om trope- og infeksjonssykdommer, er Gorgaskurset noe for deg. Diplomkursene i London og Liverpool er konkurrentene til Gorgaskurset. Disse kursene varer i tre måneder og gir minimal pasientkontakt.

Takk til Regional kompetansetjeneste for import- og tropesykdommer ved OUS for støtte på 20 000 kroner til kursavgiften. Kurset ble forhåndsgodkjent av Spesialitetskomiteen i allmennmedisin som tellende i etterutdanningen. Som spesialist i allmennmedisin har jeg derfor kunnet søke om støtte på inntil 20 000 kroner til dekning av utgifter til reise og opphold. Alle reiseutgifter dekkes, men opphold dekkes for maks en uke.

■ FRODE.OOSTERLING@GMAIL.COM

1603 – den offentlige helsetjenesten i Norge startet med en lege fra Bergen

■ HARALD SIEM

Etter en heroisk kamp mot pest i Bergen ble doktor Villads Nielsen Adamsen (1564–1616) fra Randers i Danmark i 1603 utnevnt til stadslege og lønnet av kongen av Danmark. Han var praktiserende lege i Bergen fra 1599.

Bergen ble rammet av pestepidemi fra 1599 til 1600. På den tiden var det tre leger i Bergen. En av legene rømte landet, en annen lukket seg inne, mens Nielsen ble på sin post og så til syke og døende pasienter. Han beskyttet seg med en kappe og en ansiktsmaske innsatt med urter. Hans innsats ble verdsatt av Christian IV. Nielsen ble den første offentlige lege i Norge.

En av de mange medisinske utfordringene på Villads Nielsens tid var de smittsomme epidemiske sykdommene. Pest er en aggressiv smittsom sykdom forårsaket av *Yersinia pestis*. Den forekommer i tre former, byllepest, lungepest og septikemisk pest.

Byllepest er den vanligste av disse tre. Smitten skjer ofte gjennom bitt fra lopper som overfører smitten fra rotter. Pasienten får smerter, høy feber, etterhvert byller, sjokk, delirium og med datidens medisinske behandlingsmuligheter, ble utgangen på sykdommen for mange døden.

Lungepest skyldes dråpesmitte fra pasienter med pestinfeksjon i lungene. Sykdommen ytrer seg som en lungebetennelse og har dødelig utgang i løpet av to til tre dager på grunn av åndedrettssvikt.

Hvilken betydning hadde dette for folkehelsen

Utnevnelsen av Villads Nielsen til statslege ble begynnelsen på det offentlige helsevesenet i landet. Etter det har myndighetene skritt for skritt organisert samfunnet slik at innbyggerne blir beskyttet mot sykdom. Når vi beskriver utviklingen av folkehelsearbeidet i Norge, er det derfor naturlig å begynne med Villads Nielsen.

Det offentlige helsevesen utenfor institusjon var ledet av statlig ansatte leger, etter hvert distriktsleger. Mot slutten av 1970 årene, før kommunehelseloven, var det omtrent 1000 offentlige leger i landet. Etter at loven ble innført, har tjenestene ho-

vedsakelig blitt lagt til kommunene og utføres av samfunnsmedisinsk helsepersonell.

I 2003 ble det feiret 400-års jubileum for det offentlige helsevesen i Norge.

Det er ikke lett å se for seg hvordan mennesker som levde under svært fattige kår på 1600-tallet og ble syke med bylle- eller lungepest, hadde det. Lidelsene må ha vært forferdelige og nøden stor.

Men vi husker bildene fra i vinter, fra Lombardia i Nord-Italia da covid-19-pandemien herjet som verst. Pandemien kom overraskende på landet, de rakk ikke å forberede seg, slik som Norge og andre europeiske land gjorde. Det ble kaotiske tilstander på sykehus. Men leger og sykepleiere ble på sin post.

Vi har i dag en helt annen risikoforståelse, smittevernutstyr og behandlingsmuligheter enn det dr. Nielsen hadde for hånden. Likefullt, dagens innsats mot den pågående pandemien viser det samme normative legeideal som preget Villads Nielsens virke for 400 år siden.

REFERANSER

- Wikipedia: Villads Nielsen
- 400 years and the way forward. Ministry of Health, Norway, 2003.

■ SIEMH@ONLINE.NO

Bergen på Villads Nielsen Adamsens tid. ILLUSTRASJON: «SCHOLEUSSTIKKET» 1580, HIERONYMUS SCHOLEUS



Et hjelpearbeid med mange muligheter



Arnhild Lauveng
Grunnbok i psykisk helsearbeid
 Det landskapet vi er mennesker i
 314 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo 2020
 ISBN 978-82-15-02662-6

Forfatteren er spesialist i klinisk i samfunnspsykologi og har en ph.d fra Universitetet i Oslo. Som kliniker har hun bred erfaring både med barn, ungdommer og voksne – både i spesialisthelsetjenesten og i samarbeidsprosjekter med kommuner.

Hun er en mye benyttet foredragsholder og underviser studenter blant annet i ulike helseutdanninger. Hun er dessuten forfatter av flere bøker. For tiden arbeider hun som forsker ved Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Kort sagt: Dette er en person det er verdt å lytte til.

Den aktuelle utgivelsen er presentert som en grunnbok for helseutdanningene – og da eksplisitt på bachelor-nivå. Så hvorfor en bokanmeldelse for leger i kommunehelsetjenesten?

I tillegg til at boken er svært godt skrevet, er det særlig de jordnære beskrivelsene av hverdagen i samarbeidet mellom pasienter og helsearbeidere som kan sette i gang mange refleksjoner hos en lege i kommunehelsetjenesten. Kjenner vi egentlig til hva vi henviser til når en av våre pasienter bør få mer eller litt annen hjelp enn det vi som leger kan tilby i praksisen vår? Og er vi fortløpige med hvordan hver unike pasient kan få et så godt utbytte som mulig i de aktuelle tjenestene for psykiske problemer?

Boken er lagt opp med en veksling mellom forståelsesmodeller av helse og sykdom, organisering av helsetjenesten, politikk og lovverk, brukermedvirkning og pårørende-spørsmål. Og ikke minst vesentlig omhandler den det mangfoldige arbeidet som gjøres overfor hver enkelt pasient i det daglige. Det er jordnært det som tas opp, illustrert både med aktuelt lovverk og levende beskrivelser av pasient- og behandler-

historier, alt tydelig atskilt tematisk og med fargelegging av de ulike tekstene. Hvert kapittel avsluttes med referanser til litteratur/forskning.

Det essensielle i ethvert møte mellom en hjelpesøkende og en helper betones fra ulike innfallsvinkler, og med grundig belegg for hva som er helt sentralt i arbeidet med mennesker som lider: Det relasjonelle.

Og nettopp dette trer fram både direkte og indirekte på en uvanlig levende måte gjennom boken, ikke minst gjennom alle fortellingene fra dagliglivet både i og utenfor institusjoner på de ulike nivåene av helsetjenesten. Det at både pasienter og helsearbeidere kommer til orde, gjør stoffet levende, troverdig, utfordrende, og det bidrar til stor respekt – og beundring – for begge parter i et arbeid som til tider kan være noe av det mest krevende i helsetjenesten vår.

Men boken «graver seg ikke ned» i elendighetsbeskrivelser. Tvert om. Her er det nettopp mulighetene som framheves og som utfordrer på en positiv måte. Dette er en uvanlig fagbok – en varm tilnærming – en bok som kan gi håp. Og for oss leger: en mulighet til å utvide vårt faglige perspektiv for nettopp pasienter som strever i livet sitt. Her er mye som kan inspirere også for en «vanlig doktor». For det handler om det boktittelen peker på: «Det landskapet vi er mennesker i».

En spennende bok som anbefales varmt.

ELI BERG

Utfordringer i kø



Morten Magelsen, Reidun Førde, Lillian Lillemoen, Reidar Pedersen (red.)

Etikk i helsetjenesten

249 sider

Gyldendal Norsk Forlag

Oslo 2020

ISBN 978-82-05-53460-5

Boken har bidrag fra hele 11 forfattere. I tillegg til redaktørene bidrar Elisabeth Gjer-

berg, Thor Willy Ruud Hansen, Bjørn Hofmann, Ingrid Miljeteig, Per Nortvedt, Berge Solberg, Eirik Joakim Tranvåg og Åge Wifstad. Fagbakgrunnen deres spenner fra sykepleie, medisin, sosiologi til filosofi. Flere av bidragsyterne har solid erfaring fra klinisk arbeid både i og utenfor sykehus, nasjonalt og internasjonalt. I tillegg har flere blant annet tilknytning til universitetsinstitutter for medisinsk etikk.

Spennvidden i tematikken kan illustreres med et avsnitt fra bokens bakside-tekst:

- «Hva gjør vi når helsepersonell, pasient og pårørende er uenige om behandlingen?
- Hvilken rolle spiller beslutningskompetanse i etikk og helselovgivning?
- Når er vi kommet dit at «nok er nok», og vi bør vurdere å avslutte livsforlengende behandling?
- Hvordan bør vi fordele knappe helseresurser – i klinisk praksis og i helsetjenesten mer overordnet?
- Hvilke etiske spørsmål reises av de nye mulighetene som bioteknologien gir?

Hvert kapittel innledes med en kasuistikk – som det så refereres tilbake til underveis i teksten. Dette bidrar til at boken gjennomgående har «beina i bakken», slik at enhver kliniker kan kjenne seg igjen i det som drøftes.

Tematikken favner bredt innenfor feltet medisinsk etikk, som antydnet ovenfor. Noen stikkord i tillegg: Informert samtykke, forhåndssamtaler, tvang, pasientinformasjon, taushetsplikt, etikk ved livets slutt, etikk ved helsehjelp til barn, abort og fosterdiagnostikk, folkehelse-etikk, organ-donasjon, etikk i et flerkulturelt samfunn, varsling, forskningsetikk med mer. Et eget kapittel tar for seg etikkrefleksjons-grupper og kliniske etikk-komiteer.

Oppramsingen ovenfor er kun antydninger om et innhold som både er engasjerende, jordnært og til stor ettertanke. Ikke minst utfordres leseren til refleksjon over egen praksis for eksempel som utøvende allmennpraktiker eller sykehuslege. Boken er delikat inndelt i korte tekst-avsnitt og med spørsmål til ettertanke og en solid referanseliste på slutten av hvert kapittel.

Boken vil kunne egne seg svært godt både for leger og andre helsepersonell-grupper, så vel i studiet som i videre- og etterutdanning innenfor medisin og helsefag. Men ikke minst viktig: Den kan sterkt anbefales for aktive klinikere – og da både som lesning «fra perm til perm», men den kan også fungere godt som oppslagsbok. Anbefales varmt.

ELI BERG

En stor og viktig bok



John Gunnar Mæland (red.)
Sykdommers sosiale røtter
 281 sider
 Gyldendal Akademisk
 Oslo 2020
 ISBN 978-82-05-52394-4

Dette er en stor bok – både i bokstavelig forstand og innholdsmessig. En solid gjennomgang av en tematikk som over de siste tiårene er blitt stadig mer overbevisende og vesentlig både for faget medisin, for forskere fra ulike fagfelt i samfunnet, for politikere og ikke minst for befolkningens ve og vel.

For å speile spennvidden i tematikken boken tar opp, vil jeg liste opp noen overskrifter fra teksten:

- På jakt etter sykdommers sosiale røtter
- Ulikhet og urettferdighet: Helsens sosiale fordeling
- Livsløpet og sosiale ulikheter i helse
- En god barndom varer hele livet: Betydningen av oppvekst for framtidig helse
- Jo mere vi er sammen - Sosial kontakt og samhold beskytter mot sykdom
- Én av oss? Migrasjon som helsedeterminant
- Natur eller kultur? Kjønnforskjeller i helse
- Makrobetingelser for helse: Hva betyr velferd, inntektsfordeling og økonomisk krise for folkehelsen?
- Livssjanser og kontroll: Psykososiale forklaringer på helseulikheter
- Kroppsliggjøring av erfaring og mening – Belastende erfaringers innvirkning på menneskets biologi
- Politikk for et sunnere samfunn
- Lokalt helsearbeid under omstilling: Fra sykdomsvern til helsefremmende lokalsamfunn

Ti forfattere fra henholdsvis medisin, sosiologi og psykologi har bidratt til dette mangfoldet av innganger til bedre å forstå hva som skaper sykdom og hva som kan bidra til god helse gjennom livet.

For dem som får skjerpet sin nysgjerrighet ut over det teksten eksplisitt tar opp, har alle forfatterne solide referanselister, både fra egen og andres forskning, historisk og i nåtid, nasjonalt og internasjonalt. Her er det bare å «forsyne seg»!

Hvem utfordres i denne boken? Det korte svaret er alle. Men om vi skulle dele opp utfordringene og forsøksvis plassere ansvar og muligheter, så vil fastlegene kunne

benytte kunnskapen direkte i sitt daglige virke, både på legekontoret, på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten f.eks., og som fengselslege og lege på sykehjem. Livshistoriens betydning for helse her og nå er solid dokumentert – og også stadig bedre klarlagt rent biologisk – slik at konsultasjonene hos fastlegen kan ha dette perspektivet med seg i ethvert møte med menneskene i deres daglige arbeid.

Spesialistene i sykehus vil utvilsomt kunne ha ekstra stort utbytte av tematikken boken tar opp – både om det skulle være aktuelt med sosiale eller biologiske «briller» for å kunne hjelpe pasienter optimalt.

Samfunnsmedisinere på ulike nivåer i helsetjenesten utfordres og støttes svært godt gjennom teksten – og ikke minst i forhold til de politiske føringene man arbeider under i tjenesten. Politikere av alle avskygninger, både lokalt og sentralt, vil ha mye godt stoff fra boken om de er genuint nysgjerrige på hvordan det politiske Norge skal kunne bidra til en bedret folkehelse på kort og lengre sikt. Her er det hele vår samfunnsideologi som kommer under lupen og utfordres.

Stor takk til John Gunnar Mæland og hans medskribenter for denne svært solide, framtidsrettede og jordnære framstillingen av hvordan vi som yrkesutøvere – sammen med politikere og forskere innen flere fagområder – utfordres til å tenke til dels radikalt nytt om hva som kan være bestemmende for god helse for enkeltpersoner og for folkehelsen i stort, nasjonalt og internasjonalt.

God lesning!

ELI BERG

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

HVA LESER..

Elisabeth Swensen

Hva leser du nå?

For tiden Beate Grimsruds siste roman *Jeg foreslår at vi våkner*, Arild Stubhaugs biografi *Stein Rokkan – fra periferi til sentrum* og Karin Hauganes essaysamling *Språk og erfaring*. Det korte svaret på hva leser du nå? er at jeg leser det jeg har for hånden. Parallelt og usystematisk. Bøker som befinner seg på et tilfeldig bibliotek en lang regnværsdag, på nattbordet eller gjenglemt i veska. Noen leser jeg langsomt, andre blar jeg frem og tilbake i. Jeg er dessuten en troløs leser som forlater bøker halvleste fordi de irriterer eller kjeder meg, eller fordi jeg rett og slett er for lat til å skjerpe oppmerksomheten. Ikke sjelden foretter jeg en bok jeg holder på med for deretter begeistret å gjenfinne den, litt som å møte en gammel venn: «neimen, der var du jo!». Gammel dame!

Hvorfor leser du akkurat denne boken?

Beate Grimsrud skriver nært sitt eget liv. *En dåre fri* som kom i 2010 handlet om psykiatri og overlevelse. For den ble hun nominert til Nordisk råds litteraturpris fra både Norge og Sverige. Den burde være obligatorisk lesing for alle hjelpere. *Jeg foreslår at vi våkner* kom ut i vår, kort tid før hun døde 57 år gammel av brystkreft. Vilde i romanen er en norsk forfatter, bosatt i Sverige, som får brystkreft. Sjelden har jeg lest noe så troverdig – uten selv å ha hatt kreft – og engasjerende om å bli syk, kjempe med nebb og klør mot skjebnen, ikke ville gi seg på harde møkka. Grimsrud var selv en habil bokser. Det er noe befriende i hennes uforsonlighet, ikke mye rosa sløffe der i gården.

Stein Rokkan (1921–1979) ble jeg nys-

gjerrig på fordi han åpenbart har gått litt under radaren her hjemme, samtidig som han var en internasjonal størrelse innen sitt fag, statsvitenskap. Rokkan var et såkalt flogvit fra Narvik som ble en internasjonal strateg og insitusionsbygger. Han var en del av kretsen rundt Arne Næss, ble forskningsleder ved Chr. Michelsens Institutt i Bergen og fra 1966 professor (uten doktorgrad!) ved Institutt for sammenlignende politikk ved universitetet der. En av hans unge disipler var for øvrig Frank Aarebrot.

Forfatteren Karin Haugane har en ekstremt personlig historie. Hun er oppvokst i et voldelig hjem der far til slutt drepte mor og deretter seg selv. I sin essaysamling *Språk og erfaring* spør hun hva diktningen kan si om virkeligheten og hvordan ekstreme erfaringer kan bearbeides i litteraturen. Hun vever sin egen erfaringsbakgrunn forsiktig inn i tekster om blant andre Gunvor Hofmo, Henrik Ibsen, Tomas Tranströmer og Paul Celan. Legekunst er å fortolke pasientens til dels uforståelige språk – kroppslig og verbalt – for sine erfaringer. Karin Haugane er en relevant læremester.

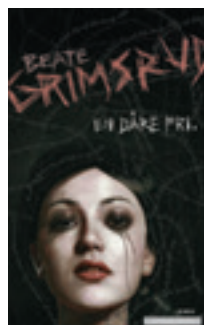
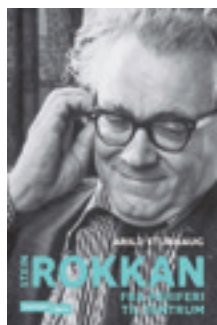


Hvor leser du?

Tilfeldig, over alt, i rykk og napp, mye og lite. Som barn satt jeg ofte på biblioteket og leste altfor voksne bøker. Som voksen dras jeg til biblioteker uansett hvor jeg er. De er gode gjemmesteder. Det føltes nesten som en guilty pleasure å innvie nye Deichman i Bjørvika på en ensom regnværsdag nylig, en hel dag, i selskap med tidligere nevnte Arild Stubhaug og Stein Rokkan. Ellers er kammerset innenfor kjøkkenet, med vedfyring og en overdimensjonert skinnsofa, et bra lested.

Hvilke bøker liker du å lese?

Her benytter jeg anledningen til å drive reklame for Tronsmo bokhandel i Oslo! Den er en frittstående oase der man enten kan kjøpe noe eller bare går rundt og lukte og bla. Ellers er det alltid stas å lese bøker som andre har valgt ut for meg, enten gaver eller anbefalinger. Jeg har en egen forkjærlighet for svenskspråklig litteratur, elsker å lese svensk på svensk (høyt innenat).



Har du en bokanbefaling til Utpostens lesere?

Nylig gjenleste jeg Kerstin Ekmans *Händelser vid vatten* (*Hendelser ved vann* i norsk oversettelse, Aschehougs paperback). Den er et mesterverk av en roman – lettlest, kompleks og spennende. Ekman fikk både Nordisk råds litteraturpris og den svenske Augustprisen for den. En sliten distriktslege, Birger, spiller en sentral og heltetodig rolle. Den satt, tenker jeg!

Medikamentindusert seksuell – aktuelt for begge kjønn

Seksuelle dysfunksjoner som følge av antidepressiva, anti-psykotika eller andre legemidler er velkjente bivirkninger.

Erektile dysfunksjoner, redusert libido eller manglende orgasme er ofte tabubelagte tilstander. Penispriapisme er lett synlig, mens klitorispriapisme ikke er like åpenbar. Medikamentindusert seksuell dysfunksjon kan skyldes flere legemidler og bør vurderes uavhengig av kjønn.

Medikamentinduserte patofysiologiske tilstander

Grunnleggende anatomiske strukturer, sentrale og perifere neurologiske impulser og molekylære signalveier i klitoris og penis påvirkes av flere legemidler. Penis ligner klitoris både anatomisk og fysiologisk og har samme erektile vevstrukturer. Utviklingsmessig fremstår penis som en modifikasjon av klitoris fra tuberkelanleggene i embryoet frem til et ferdig utviklet foster med mann-

lige kjønnsorgan. Frem til uke ni er de ytre kjønnsorgan-anleggene identiske hos gutter og jentefoster. Det er også de samme nevrologisk og molekylære signalveiene for tumescens (oppsvulming) i de erektile vevstrukturer hos menn og kvinner. Således virker også medikamentinduserte bivirkninger likt i de samme vevsstrukturene selv om bivirkningene fremstår anatomisk forskjellig. Acetylkolin og NO fører til vasodilatasjon og tumescens (oppsvulming) i begge organer. Noradrenalin hemmer tumescens ved å binde seg til alfa-1-reseptorer i glatt muskulatur i kar som fører til konstriksjon. I en patofysiologisk sammenheng med tanke på medikamenter er det ikke vesentlig om tumescens eller mangel på sådan foreligger i klitoris eller i penis.

Overordnede sentrale funksjoner i hjernen har også stor betydning for de fysiologiske mekanismene som fører til opphisselse, libido og tumescens. De sentrale overordnede funksjonene er relatert til anatomiske områder i hjernen, blant annet til medial amygdala, medialt preoptisk område, paraventrikulære nukleus og ventral

tegmentum. Det spinale nettverket som fremstår er en kobling mellom overordnede sentrale funksjoner i hjernen og perifere sensoriske funksjoner i de genitale områdene. Dopaminerge nevroner er blitt identifisert fra kaudale hypotalamus til autonome og somatiske kjerner lumbosakralt. Dette innebærer at dopamin kan forventes å delta i reguleringen av både autonome og somatiske komponenter i erektile reflekser (1,2). Medikamenter som griper inn i det dopaminerge systemets signalveier kan påvirke overordnede cerebrale funksjoner hvor tap av libido, redusert begjær, lyst og mangelfull orgasme kan være resultatet av hemming av dopaminerge motivasjons- og belønnings-signalveier. De farmakologiske behandlingsstrategiene som i dag foreligger ved manglende tumescens i erektile vev er rettet mot hemodynamiske prinsipper i mannens penis.

Den farmakologiske terapien i dag er lite opplevelsesorientert i forhold til seksualfunksjonen hos pasientene. Fokus for behandling er først og fremst prestasjonsorientert, hvor ereksjon i penis og penetra-

TABELL.

Bivirkninger / effekter av antipsykotika på fysiologiske mekanismer og seksualfunksjon (11, 12).

MEDIKAMENTEFFEKTER	FYSIOLOGISKE EFFEKTER	EFFEKTER PÅ SEKSUALFUNKSJON
Dopamin-reseptor antagonisme	Hemmet motivasjon og belønningsopplevelse	Redusert begjær/lyst
Dopamin D2-reseptor antagonisme	Hyperprolaktinemi	Redusert begjær, manglende opphisselse, manglende orgasme
Histamin-reseptor antagonisme	Sedasjon	Manglende opphisselse
Kolinerg reseptor antagonisme	Redusert perifer vasodilatasjon	Erektile dysfunksjoner
α-adrenerg reseptor antagonisme	Redusert perifer vasodilatasjon	Priapisme, redusert ereksjon/lubrikasjon, unormal ejakulasjon





dysfunksjon

ILLUSTRASJONSFOTO: SCANDINAVIAN STOCKPHOTO

sjonevne er målsettingen for behandlinger med for eksempel PDE5-hemmere.

Det perifere hemodynamiske fokuset i den farmakologiske behandlingen kan overskygge de mer overordnede årsaker til seksuelle dysfunksjoner. Slike årsaker kan være både emosjonelle og medikamentinduserte bivirkninger. Seksuelle dysfunksjoner som manglende orgasme, priapisme, redusert libido og nedsatt tumescens er kjente bivirkninger av flere legemidler. Redusert libido, redusert «tenning», manglende evne til å oppnå orgasme, eller smerter ved seksuell aktivitet kan oppstå gjennom hele livsforløpet, og temaet er ofte tabubelagt.

PDE5-hemmere er i dag en vanlig behandling av erektil dysfunksjon og nedsatt tumescens hos menn. Fysiologisk er det samme signalveier for tumescens i klitoris hos kvinner som hos menn i penis. Studier av 3000 kvinner med opphisselsesproblem har likevel ikke vist tilstrekkelig effekt av PDE5-hemmer for å få sildenafil godkjent på denne indikasjonen (3). Det er ikke et automatisk samsvar mellom subjektiv lystopplevelse/libido og de fysiologiske responser av tumescens i erektilett vev (4). Hos enkelte kvinner hvor man ikke kan seponere antidepressiv behandling kan muligens bivirkninger av SSRI reduseres ved bruk av PDE5-hemmere (5, 6).

Legemidler som øker risikoen for priapisme

Medikamentinduserte patofysiologiske tilstander som priapisme eller manglende tumescens (oppsvulming av erektilett vev) observeres lettere ved inspeksjon av penis enn klitoris. Det er mulig at klitoral priapisme som følge av medikamenter er en underdiagnostisert tilstand hos kvinner. De anatomi-

miske strukturene til klitoris er i størrelsesorden fra seks til ti cm når crura som ikke er synlig medregnes. Klitoris glans er 20–30 mm. Det vil si at mer enn 90 prosent av klitoris ligger skjult. Omfanget av klitoris' erektile vev skiller seg ikke i vesentlig grad fra penis. Det foreligger en vesentlig forskjell i den anatomiske oppbygningen av klitoris og penis. Klitoris har ikke et subalbuginealt lag mellom det erektile vevet og tunica albuginea. Ved fysiologisk tumescens svulmer klitoris opp, men blir ikke rigid som penis. Likevel kan det erektile vevet i klitoris også utvikle medikamentelt induert priapisme (7). Priapisme vil også hos kvinner oppleves som svært ubehagelig selv om tumescensen ikke er like synlig.

Flere legemidler og rusmidler kan være mulige årsaker til priapisme. Priapisme er rapportert etter bruk av antikoagulantia, antihypertensiva, antidepressiva, antipsykotika, PDE5-hemmere, intrakavernøse injeksjoner, alfablokkere, metylfenidat, atomoksetin og kokain. Ved forskrivning av legemidler bør fastlegene vurdere om bivirkningen foreligger hos pasientene, og om det er grunnlag for å endre dosering, seponere eller skifte legemiddel (8).

Priapisme hos pasienter som bruker antipsykotika forklares ved at enkelte antipsykotika har vesentlig blokkerende effekt på alfa-1-adrenerge reseptorer i arterier og arterioler i kavernosus og spongiosum (9). Dette kan forklare hvorledes kroppens fysiologiske konstriksjon av arterier oppheves og blodstrøm inn i kavernosus øker. Det er rapportert at 20 prosent av medikamentindusert priapisme skyldes antipsykotika. Priapisme og retrograde ejakulasjoner ved klozapin, risperidon og olanzapin skyldes muligens alfa-1-adrenerge og kolinerg antagonisme (10).

Antipsykotika og seksuelle dysfunksjoner

Seksuell dysfunksjon i alle faser av seksuell aktivitet (libido, opphisselse og orgasme) er velkjent ved antipsykotisk farmakologisk behandling. Antipsykotikas hemming av dopaminerg motivasjon og belønnings-signalveier kan føre til tap av begjær, alfa-adrenerg blokade og endret antikolinerg aktivitet kan føre til erektil dysfunksjon, forhøyede prolaktinnivåer kan gi forstyrrelse i begjær, opphisselse og føre til mangelfull orgasme (11, 12).

I en metaanalyse fra 2011 med primært endepunkt frekvens av seksuell dysfunksjon, og sekundært endepunktet frekvens av begjær-, opphisselse- og orgasmedysfunksjon ble det funnet signifikant forskjell mellom de forskjellige antipsykotika relatert til seksuell dysfunksjon. Forskjellene var delvis konsistente med dikotomien mellom prolaktinøkende og prolaktinsparende antipsykotika. Hyperprolaktinemi er påvist hos 60 prosent av pasienter som bruker haloperidol, hos 90 prosent for risperidon, 25 prosent for olanzapin og 10 prosent for kvetiapin. Prolaktinsparende antipsykotika som kvetiapin, ziprasidon, perfenazin og aripiprazol hadde en forekomst av seksuell dysfunksjon på 16–27 prosent, mens prolaktinøkende antipsykotika som olanzapin, risperidon, haloperidol, klozapin og tioridazin hadde en forekomst på 40–60 prosent (8, 13).

Generelt fremstår haloperidol og amisulprid med særlig høy forekomst og risiko for bivirkninger med seksuelle dysfunksjoner (SD), men også risperidon, paliperidon, klozapin og kvetiapin har høy forekomst. Dataene på olanzapin varierer fra høy forekomst av seksuelle dysfunksjoner til lav med store individuelle variasjoner, men seksuelle dys-

funksjoner er vanlige bivirkninger både ved bruk av olanzapin og ziprasidon. Bytte fra typiske/atypiske antipsykotika til ziprasidon var relatert til signifikant reduksjon i SD. Forekomsten av seksuelle dysfunksjoner synes som lavere ved bruk av aripiprazol, men seksuelle dysfunksjoner, heriblant klitorispriapisme, er registrert (11, 12).

Antidepressiva og seksuelle dysfunksjoner

Studier fra USA, Storbritannia, Mexico og Australia har estimert at 18–29 prosent av alle kvinner har problemer med å oppnå orgasme. Risikofaktorer er lav inntekt, dårlig helsestatus, lav utdannelse og depresjon og andre mentale lidelser. Det er to til fire ganger høyere sannsynlighet for at det blir rapportert problemer med orgasme hos deprimerede kvinner enn hos ikke-deprimerte kvinner (14, 15). Seksuell dysfunksjon anses å være vanlig forekommende for SSRI, venlafaksin og trisykliske antidepressiva (16). Hos kvinner med antidepressiva-indusert seksuell dysfunksjon synes det som om et tillegg av bupropion med høyere doser er den mest lovende farmakologiske tilnærmingen som hittil er undersøkt hos de pasientene hvor man har valgt å kontinuere den antidepressive behandlingen (17, 18).

SSRI-induserte bivirkninger relateres til seksuelle funksjoner hvor libido, begjær, tenning og orgasme blir påvirket. I en meta-analyse fra 2009 vises det en signifikant høyere forekomst av medikamentell behandlingsrelatert seksuell dysfunksjon hos pasientene behandlet med antidepressiva enn hos placebogruppen. Seksuell dysfunksjon som følge av antidepressiva er en viktig bivirkning fastlegene bør vurdere ved beskrivning av disse legemidlene. Anslag av forekomst av seksuell dysfunksjon varierer fra rundt 25 prosent til 80 prosent innen gruppene SSRI og SNRI. Det kan være stor variasjon mellom legemidlene i gruppen, men det kan ikke utelukkes at forskjellene også kan skyldes manglende rapportering eller metodevariasjoner. Seksuelle bivirk-

ninger er også beskrevet for trisykliske antidepressiva og monoaminoksidase-hemmere. Symptomene fremstår ofte som dose-avhengige. For noen antidepressiva, som bupropion, mirtazapin og moklobemid er det ikke funnet noen signifikant økt forekomst i forhold til placebo. Genetisk polymorfisme kan også være involvert hos den enkelte pasient (17, 19). Mangelfull evne til ejakulasjon hos menn med adekvat erekttil funksjon er en vanlig bivirkning av antidepressiva og noen alfa-adrenerge antagonist (for eksempel tamsulosin).

Det finnes flere behandlingsstrategier, både farmakologiske og adferdsterapeutiske, for å forsøke å bedre pasientenes tilstander av seksuell dysfunksjon. Det virker for øvrig lite avklart hvilken behandling som er den beste tilnærmingen for de forskjellige typene av seksuell dysfunksjon. Det er også uklare avgrensninger mellom de enkelte seksuelle dysfunksjonene og om det i det hele tatt dreier seg om forskjellige eller samsvarende diagnoser. Det synes som om perifert virkende farmakologiske behandling med sildenafil eller tadalafil for å påvirke de hemodynamiske forholdene i penis kan være en effektiv strategi for noen menn, for kvinner er dette uavklart (20, 21).

Konklusjon

Fastlegene har en unik mulighet til å dekke seksuelle medikamentbivirkninger. Ved valg og dosering av antidepressiva, antipsykotika og andre legemidler som kan føre til seksuell dysfunksjon bør forskriver være oppmerksom på at både kvinner og menn har både sentrale og perifere mekanismer som kan påvirke libido, lyst, opphisselse, tumescens og orgasme.

Ved medikamentindusert seksuell dysfunksjon anbefaler vi å redusere dose, ved mangelfull bedring å endre medikament, og dersom det er mulig vurdere muligheten for seponering av legemidlet. Ved alvorlige tilstander av priapisme må det aktuelle legemidlet seponeres umiddelbart og behandling med priapisme må startes.

REFERANSER

1. Rehman J, Melman A, et al. Pathophysiology of erectile dysfunction. *Impotence and Infertility* pp 3–18.
2. Peeters M, Giuliano F, et al. Central neurophysiology and dopaminergic control of ejaculation. *Neurosci Biobehav Rev* 2008; 32(3): 438–53.
3. Mayor S. Pfizer will not apply for a licence for sildenafil for women. *BMJ* 2004; 328(7439): 542.
4. Chivers M, Rosen R. Phosphodiesterase type 5 inhibitors and female sexual response: faulty protocols or paradigms? *J Sex Med* 2010; 7(2 Pt 2): 858–72. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01599.x.
5. Brown DA, Kyle JA, et al. Assessing the clinical efficacy of sildenafil for the treatment of female sexual dysfunction. *Ann Pharmacother* 2009; 43: 1275–85.
6. Nurnberg H, Hensley P, et al. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008; 300 (4): 395–404.
7. Female Genital Anatomy. <https://www.bumc.bu.edu/sexualmedicine/physicianinformation/female-genital-anatomy/>. Søkt 06.08.2020.
8. Devecj S, O'Leary et al. Priapism. Version 4.0. Graphic 54354. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 04.08.2020.
9. RELIS database 2020; spm.nr. 12895, RELIS Sør-Øst. (www.relis.no).
10. Cuomo A. Medication-associated sexual dysfunction in patients with mental illness. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-68306-5_21.
11. Jibson M, Marder S, et al. Second-generation antipsychotic medications: Pharmacology, administration, and side effects. Version 35.0. Topic 14776. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 04.08.2020.
12. La Torre A, Conca A, et al. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review part II: antipsychotics. *Pharmacopsychiatry* 2013; 46 (6): 201–8.
13. Serretti A, Chiesa A. A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *Int Clin Psychopharmacol* 2011; 26 (3): 130–40.
14. Leumann E, Glasser D, et al. A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. *Int J Impot Res* 2009; 21(3).
15. Bradford A, Stein M, et al. Female orgasmic disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Version 12.0. Topic 14810. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 04.08.2020.
16. Hirsch M, Birnbaum R, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors: Pharmacology, administration, and side effects. Tables. Version 18.0. Graphic 62488. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>.
17. Serretti A, Chieso A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29(3): 259–66.
18. Taylor M, Rudkin L, et al. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2013 May 31: (5).
19. Baldwin D, Foong T. Antidepressant drugs and sexual dysfunction. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 396–7.
20. Shifren J, Barbieri R, et al. Overview of sexual dysfunction in women: Version 47.0. Topic 5485. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Sett 10.08.2020.
21. Snyder P, Rosen R, et al. Overview of male sexual dysfunction: Version 28.0. Topic 6840. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Sett 10.08.2020.

HENNING ØKLAND

Spesialist i Indremedisin og Geriatri. Spesialrådgiver
RELIS Sør-Øst legemiddelinformasjonssenter
Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet



ILLUSTRASJONSTO: COLUORBOX

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

Velkommen og lykke till!  Tove Rutle – lagleder

Tilbake til drømmen om bedre tider

Jeg fikk utfordringen av min fine kollega Gro Henriksen som jeg har vært så heldig å få vikariere for. Det har vært et spennende år, og jeg har lært mye om livet som Oslo-lege. Nå vil jeg sende stafettpinnen videre til gamle trakter i Møre og Romsdal, og jeg utfordrer derfor min tidligere og dyktige veileder Thomas Bulling.

Diktet jeg har valgt er spesielt viktig denne sommeren. Vi er fortsatt i en pågående pandemi, og vi møter mange pasienter som enten har mistet noen de er glad i, mistet livsgrunnlaget sitt, eller går usikre tider i møte av andre grunner. Vi fastleger er ofte med på å hjelpe disse pasientene med å finne veien tilbake til drømmen om bedre tider. Jeg tror derfor de aller fleste kan kjenne seg igjen i diktet til Olav H. Hauge «Det er den draumen».

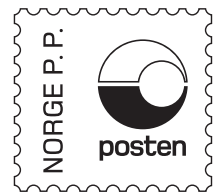
Hilsen fra
KRISTINE BRENDEN

Det er den draumen

Det er den draumen me ber på
at noko vedunderleg skal skje,
at det må skje –
at tidi skal opna seg
at hjarta skal opna seg
at dører skal opna seg
at berget skal opna seg
at kjeldor skal springa –
at draumen skal opna seg,
at me ei morgonstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um.

Fra Ulvik, der Olav H. Hauge bodde hele sitt liv. FOTO: MORTEN HERNÆS





Avsender:
RMR Utposten
Sjøbergveien 32
2066 Jessheim

Utposten ønsker sine lesere en
god høst

