

Utposten

6 2020
ÅRGANG 49

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Tolkeråd
Koronapandemien
sett fra Sverige
Leverandørkrisen

Barrierer i møte med
innvandrerpasienter

**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. OMSLAGSSIDE:

Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media

**07
MEDIA****TRYKT
I NORGE**Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Leser du arboglyfene?***Kristina Riis Iden***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****– Kommer du ikke videre, utforsk det!***Ermine Kale intervjuet av Lisbeth Nilsen***6 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Tolkens ti råd til helsepersonell***Esperanza Diaz, Wegdan Hasha og Parnian Bamanian***10 Kan vi oppnå mer læring etter de vonde hendelsene?***Pål Iden***13 Varighet av antibiotikakurer i allmennpraksis –kort er godt?***Ruth Davey Eig og Sigurd Høye***15 Rørosprosjektet (Helsevaktbilen)***Helge Lund, Lars Olav Mehl, Hege Liljedahl og Per Christian Juvkam***20 Tommel opp for leveransekrisen***Harald Sundby***22 Tilbake til røttene. Organisering av heldøgns kommunal legevakt i Steigen kommune***Einar Stødle***26 'Tsunamien på Vestvågøy'***Eva Muriel Kibsgaard Nordberg***30 Koronapandemien sett med øynene til en lege i Värmland***Hanne Guro Hauge***36 Gode henvisninger til rett bildediagnostisk undersøkelse***Eva G. Friberg***38 Resept for en febril planet***Knut Mork Skagen***41 KOLLEGAJØRNEN: Norsk radiologisk forening***Helga M. Brøgger intervjues***44 BOKANMELDelse: Nok en perle***«Hjertets bakvegg» anmeldt av Eli Berg***45 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 45****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**er
en på
ten.

Leser du arboglyfene?

Jeg elsker deg, leser jeg på kveldstur med hunden. Å lukte på trær er saliggjørende, det vet alle hundeeiere. Trærne rundt Mosvannet i Stavanger er majestetiske boketrær med glatt bark og stor krone. Når jeg stopper opp ved annethvert tre, ser jeg på innrissingene i barken. *Per + Kari* står det på et tre, gjerne med et hjerte rundt. *Jeg elsker deg*, står det på et annet.

Arboglyfer er symboler og bokstaver respekt inn i et tres bark, en form for kommunikasjon med dem som går forbi. *Per elsker nok Kari*, konkluderer jeg med, mens hunden min inhalerer dufter ved treets fot. Arboglyfene på boketrærne er tolkbare for meg. Derimot ville jeg ikke forstått arboglyfene som ble risset inn i ospetrær av baskere som hadde bosatt seg i USA. Med arboglyfene kommuniserte baskerne til andre baskere som måtte komme forbi. Budskapet var på baskisk, et språk som er vanskelig for andre å forstå. En lukket kommunikasjon for de utenfor, men åpen innad.

Kommunikasjon kan gjøres på mange måter, tilgjengelig eller komplisert, inkluderende eller ekskluderende, hyggelig eller kaldt. Vi kommuniserer på sosiale medier, småprater i butikken, skriver en tekst, polemiserer i en debatt, skjærer inn arboglyfer eller samtaler på fastlegekontoret.

På fastlegekontoret har vi verktøykassa, den velbrukte metaforen for fastlegens ulike remedier til bruk i konsultasjonen. Det viktigste verktøyet i kassa er samtalen.

Ifølge lov om pasient- og brukerrettigheter har alle rett til å forstå og bli forstått i konsultasjonen. Det er jo helt opplagt

for at pasienten skal kunne ta egne valg, forstå legens vurdering om aktuell behandling eller andre tiltak. Det handler om å forvalte egen helse. Det dreier seg om pasientens integritet.

For at fremmedspråklige pasienter skal få sine rettigheter i konsultasjonen ivaretatt, kan vi trenge hjelp av en kvalifisert tolk. I dette nummer av *Utposten* kan du lese Esperanza Diaz sin artikkel om skikk og bruk når det er tolk i konsultasjonen.

Les hennes artikkel, lær deg tolkerådene, fyll dem på i din verktøykasse og implementer dem i din praksis!

Tidligere forsker ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, psykolog Emine Kale, har forsket på konsultasjoner mellom immigrantpasienter og leger på et somatisk sykehus. Et av hovedfunnene i hennes doktorgradsarbeid var innvandrernes bekymring for ikke å få formidlet bekymringen sin. Det er en sårbar situasjon. Kale påpeker at det ikke bare er språk, men også kulturelle og subkulturelle forhold som spiller inn på egen forståelse av symptomer.

Legen skal, ofte med press på tid, dechiffrere pasientens bekymring. Uten bruk av tolk blir dette en vanskelig oppgave. Språket kan ekskludere, språket kan inkludere.

Kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter uten tolk er vanskelig. I en helt annen liga er hvordan kommunisere om den globale klimakrisen i en urolig verden med sterke populistiske ledere, på en måte som gjør at jordas befolkning tar det inn over seg.

Menneskeskapte aktiviteter har bidratt med hevelse av gjennomsnittstemperatu-

ren med 1,1 grad siden slutten av 1800-tallet. Umiddelbart fortøner det seg som et puslete tall. Men det er fryktelig dramatisk for det globale klimaet. World Health Organization (WHO) opererer med så sterke utsagn som at klimaendringene er «den største trusselen mot global helse i det 21. århundre». Vi kan alle gjøre noe, leser vi i artikkelen til Knut Mork Sagen, som er leder i legenes klimaaksjon. Det enkleste (men like fullt vriene) å begynne med, er å reise mindre, parkere bilen, finne fram sykkelen og redusere forbruket.

Leger har ofte en synlig rolle i lokalsamfunn, og vi blir hørt på. Det kan vi benytte til å kommunisere med andre om en varsom og respektfull forvaltning av naturen. Vi kan formidle at livskvalitet ikke handler om stadig økt forbruk. Så kan vi kanskje ta sats og fortelle pasientene om det helsebringende i å oppleve den vakre og livsbejaende hettemåkenes lyd, de rødlistete fuglene som kretser i endeløse sirkler over Mosvannet. Tror du ikke pasientene blir fristet til å gå seg en tur?

Kveldsturen rundt Mosvannet tar en snau halvtime. Hunden er fornøyd, hun har jo kommunisert med å lukte og tisse. Jeg er faktisk også ganske tilfreds med turens kommunikasjonsrepertoar. Jeg har lest arboglyfer, småpratet med andre hundeeiere, nikket til joggere og smattet til endene. Men nå skal jeg hjem og lese. På bordet ligger *Utposten* i helt fersk utgave, med vakkert forsidebilde og med mye godt lesestoff.

God lesing!

KRISTINA RIIS IDEN

– Kommer du ikke videre, **utforsk det!**

Emine Kale ■ INTERVJUET AV LISBETH NILSEN



Emine Kale, innvandrers fra Tyrkia, har brukt årevis som psykolog og forsker på å forstå hvilke barrierer helsepersonell opplever i møtet med innvandrerpasienter.

Som ung kom Emine Kale til Norge som innvandrer fra Tyrkia. Psykologistudenten strevde med språket og med å tilpasse seg i et nytt land. Hennes egne opplevelser gjorde henne interessert i hvilke barrierer helsepersonell møter i kommunikasjon med innvandrerpasienter.

I 2018, da hun var forsker ved Nasjonal kompetansesenhets for minoritetshelse (tidligere NAKMI), disputerte hun med en avhandling på nettopp dette temaet. En del av doktorgradsarbeidet omfattet 56 videoopptak av reelle konsultasjoner mellom lege og pasient på et somatisk sykehus. 30 av konsultasjonene var med immigrantpasienter. Kale har studert alle opptakene.

– Det var veldig interessant å finne at innvandrerpasienter som snakket godt norsk, i større grad uttrykte bekymring enn etnisk norske pasienter. Men vi så også at pasienter som snakket lite norsk, strevde med å uttrykke følelser og bekymringer. Mange innvandrerpasienter kan ha et språk for symptomer, men å formidle følelser, som redsel og bekymringer, blir vanskelig. Og i konsultasjonene vi har undersøkt hadde legene problemer med å fange opp hintene, sier Emine Kale til *Utposten*.

Pasientene uttrykte mer bekymring når

– Mange innvandrerpasienter kan ha et språk for symptomer, men å formidle følelser, som redsel og bekymringer, blir vanskelig. Og i konsultasjonene vi har undersøkt, hadde legene problemer med å fange opp hintene, sier psykologspesialist og ph.d Emine Kale.

ALLE FOTO: LISBETH NILSEN



legen var en kvinne, og motsatt stilte kvinnelige leger flere spørsmål enn mannlige leger. I flere konsultasjoner med innvandrere var det åpenbare språkproblemer.

– Legene gjorde mye riktig, men både de og pasientene strevde. En lege stilte samme spørsmål flere ganger til en pasient som konsekvent ikke svarte på spørsmål om samtykke til å gjennomgå en undersøkelse. Kanskje hadde ikke pasienten ord til å forklare at han var redd for undersøkelsen, eller det var andre grunner til at han ikke klarte å si nei. Situasjonen forble uavklart i konsultasjonen.

Pasienters språkangst

Det kanskje mest interessante funnet i doktorgradsarbeidet, ifølge Kale, var innvandrernes bekymring for ikke å få formidlet bekymringen sin.

– Jeg så hvordan alt fokus ble rettet mot å kunne formidle bekymringen. Psykoterapiforskning om tospråkligheit viser at det å ikke beherske språket godt nok, kan gi angst for ikke å klare å uttrykke seg. Da blir dette hovedbekymringen.

– Hvordan kan fastleger fange opp en sånn bekymring?

– De kan anerkjenne det og si til pasienten: «Jeg forstår det kan være vanskelig å uttrykke seg på et annet språk, og at man lett kan føle seg usikker.» Legen kan også formidle hva det gjør med legen selv at det er språklige utfordringer: «Jeg blir usikker på om du forstår meg, og om jeg forstår deg.»

Kun én av legene i videoopptakene i Kales studie formidlet til pasienten at de ikke forstod hverandre og snakket om konsekvensene av språkutfordringen.

– Hvis pasienten gjentar seg, kan det være et uttrykk for usikkerhet, et tegn på at han ikke finner ord for det han vil si. Da kan du si: «Jeg merker at vi har utfordrin-

ger med kommunikasjonen og at det stresser deg (og meg). Vi kan prøve så godt vi kan i denne timen (eller alternativt foreslå å avbryte), og vi kan sette opp ny time med tolk.» Forskning viser at metakommunikasjon, kommunikasjon om kommunikasjonen, også er noe pasienter etterlyser i større grad, sier Kale.

Den vanskelige pasienten

– Når vi ser hva som gjør kommunikasjon med innvandrere vanskelig, kommer språket opp som nummer én, sier hun og fortsetter – Og det jeg ser og som forskningen viser, er at språk ikke er en sexy, men en åpenbar og elementær forklaring på kommunikasjonsproblemer. Men språkproblemer forklarer ikke alt. Hadde vi snakket samme språk, ville vi ikke hatt kommunikasjonsproblemer, og slik er det jo ikke. Også kulturelle og subkulturelle forhold spiller inn, som ulike oppfatning av sykdom, behandling og autoriteter.

Fastleger forteller henne at de klarer å snakke med pasienter til tross for språkbarrierer, og at de kommer langt med å bruke hendene og peke.

– Men kanskje kommer likevel pasienten igjen og igjen med samme problem, dukker opp på ØH-timer, følger ikke legens anbefalinger og blir ikke bedre. Da er pasienten blitt en vanskelig pasient. Noen av disse pasientene kommer til meg. De sier de ikke klarer å finne de rette ordene for å kunne forklare om opplevelser, bekymringer og følelser – fordi de ikke snakker samme språk, sier Kale.

Påvirker forventningene

Hun mener det er viktig at legene tenker over hvordan kommunikasjonen er.

– Mange fastleger er flinke til dette, er godt drillet på kommunikasjon og på

tolkebruk. Men dette er arbeid som må gjentas. Det å være reflekterende og oppmerksom er avgjørende. Kommer du ikke videre, utforsk det! Ikke slå deg til ro med at pasienten nikker, men spør om pasienten kan oppsummere det dere er blitt enige om.

Når språket er på plass, kan de kulturelle barrierene utforskes.

– Hvis du synes pasienten er skeptisk, spør: «Hva tenker dere i deres kultur om slike plager? Hva kaller dere dette? Hva slags behandling ville du fått i deres kultur?» Vi har alle, uansett etnisitet, vår egen bagasje og agenda som farger oss. Mange innvandrere bruker også leger i hjemlandet sitt og har lettere tilgang der til spesialister. De kan være skeptiske til norske leger, norsk helsevesen og behandlingen som gis i Norge. På Folkehelseinstituttets nettside finnes heftet *Kulturformidlingsintervju*, utarbeidet av tidligere NAKMI. Her kan fastleger finne tips til spørsmål.

Terapi med 100 ord

Emine Kale opplevde nesten daglig utfordringer i pasientkommunikasjon som klinisk psykolog ved en poliklinikk i en av Oslos multikulturelle bydeler.

– Jeg husker spesielt et møte med en klient som var sterkt traumatisert som barn. Hun uttrykte seg med kanskje bare 100 ulike ord på en kombinasjon av engelsk og norsk. Hun var sterkt imot å bruke tolk og sa at hun da ikke ville møte opp til timene hvis jeg bestilte tolk. Den eneste måten å hjelpe henne på, var å ikke bruke tolk, og hun møtte opp og sa hun var takknemlig for hjelpen hun fikk. Dette var et unntak. Jeg mener at fastleger bør ha en sjekkliste for kommunikasjon som kan hjelpe dem i å vurdere når det er nødvendig å bruke tolk. Og jeg vil råde fastleger å etablere en pool av tolker de samarbeider godt med.



– Det er et grovt overgrep å kategorisere innvandrere som sykere eller vanskeligere pasienter, sier Emine Kale.

Vil avlive mytene

Kale er hovedforfatter på rapporten *Mental Health Challenges of Immigrants in Norway*, en litteraturgjennomgang av forskning på psykisk helse hos innvandrere i Norge. Rapporten fra 2017 konkluderer med at immigranter i Norge er en veldig heterogen gruppe.

– Det er veldig mange myter om innvandrere og psykisk helse og helseplager. Mytene handler blant annet om at etniske minoriteter er sykere og har flere psykiske lidelser enn den generelle befolkningen. Det er et grovt overgrep å kategorisere alle innvandrere som sykere eller vanskeligere pasienter. Det er en grunn til at myter oppstår, og da må vi sjekke fakta, som vi finner i forskningen, sier Kale, som også understreker at det mangler tall på forekomsten av psykiske lidelser hos innvandrere.

– Vi må se på landbakgrunn og på subgrupper. Ulikhetene blant innvandrere er større enn ellers i befolkningen. Ifølge rapporten oppgir noen innvandrergupper høyere forekomst av psykiske plager. Men dette kan være uttrykk for høyt psykososialt stress. Mange innvandrere kommer til fastlegen med en hel «pakke», og det kan lett skje at fastlegen blir lei av gjentatte ganger å høre om problemer knyttet til bosituasjon, arbeid og bekymringer rundt barna sine. Mange har jo dårligere levekår

enn de fleste norske familier. Det er viktig at legene kjenner livssituasjonen og ser hele bildet. Det største problemet ved kommunikasjon med etniske minoriteter er at helsepersonell ikke ser hele mennesket, bare symptomene.

– Hvordan kan fastlegene gi god hjelp til disse pasientene?

– Ikke moralisere eller dømme, men utforske og sortere ut hva som er hva og hva fastlegen har kompetanse til å forstå. Hvem andre kan bidra til å hjelpe, hvilke tråder kan jeg som fastlege trekke i? Jeg gjør også dette i spesialisthelsetjenesten, hjelper folk med å sortere hva jeg kan og ikke kan hjelpe dem med, og hjelpe dem til å bli bedre problemløser.

Underbruker helsetjenester

En annen myte ifølge Kale, er at innvandrere går oftere til legen. Norske studier har vist at noen grupper av innvandrere bruker legevakt og fastlege hyppigere enn befolkningen generelt.

– Men de fleste innvandrere bruker mindre helsetjenester i både primær- og spesialisthelsetjenesten enn befolkningen ellers.

En norsk studie publisert i *BMC Health Services Research* i 2014 (Straiton et al) fant

at innvandrere i mindre grad enn etnisk norske oppsøkte fastlege for psykologiske problemer.

– Det er et underbruk av psykologiske og psykiatriske helsetjenester, og vi vet ikke om dette er «valgt» underbruk eller om det skyldes andre grunner, sier Kale.

Spør om traumer

Sverre Varvin og Olaf Aasland stod bak en studie i *Tidsskriftet* i 2009 der 28 prosent av fastlegene vurderte sin egen kompetanse som lav i møte med flyktninger. Flertallet av fastlegene sa det var vanskelig eller helt umulig å få råd og hjelp fra spesialister, og halvparten av legene hadde dårlig erfaring etter å ha henvist pasienter til psykiatrien. Én av to leger kjente ikke til om pasientene hadde vært utsatt for traumatiske opplevelser som overgrep eller tortur.

Danske forskere fant i en studie publisert i *European Journal of Public Health* i august i år, at bare halvparten av innvandrene som hadde gjennomgått traumatiske opplevelser, hadde fått spørsmål om dette fra fastlegen sin. Kvinnelige leger stilte slike spørsmål oftere enn sine mannlige kolleger.

– Bør fastlegen stille direkte spørsmål ved mistanke om at pasienten har opplevd traumatiske opplevelser?

– Ja, umiddelbart tenker jeg at det er relevant informasjon når det gjelder helse og helseplager. En høy andel av dem som har gjennomgått traumatiske hendelser, utvikler PTSD, posttraumatisk stresslidelse, og tilhører en risikogruppe for alvorlige helseproblemer, svarer Kale og føyer til:

– Men det er viktig hvordan og når du som fastlege stiller slike spørsmål og at du begrunner hvorfor du spør. Denne typen utforskning krever tillit, at det er en etablert kontakt, en god allianse mellom deg og pasienten.

– Det er jo ikke gitt at pasienten ønsker å svare på slike spørsmål – eller at de helst ikke vil snakke med fastlegen om denne delen av livet sitt?

– Nei, det er ikke sikkert pasienten vil fortelle. Men jeg har også sett forskning som viser at noen innvandrere ikke vet at de kan snakke med fastlegen sin om slike problemer. Psykoedukasjon er et stikkord. Jeg mener det er viktig at fastlegene snakker om hva som er deres rolle.

– Vil ikke noen fastleger være redde for konsekvensene av å åpne opp om traumatiske hendelser?

– Jo. Fastlegene må kunne utforske traumerelaterte symptomer, men være forsiktig med å be pasienten fortelle om traumatiske hendelser i detalj. Og legen må tenke på hva hun gjør hvis pasienten blir dårligere av å snakke om dette, hvor pasienten kan henvises og hvor lang tid det tar å få hjelp.

Vanskeliggjør likeverdige tjenester

Emine Kale innleder doktoravhandlingen sin med et sitat fra Haruki Murakamis roman *Hard-boiled Wonderland and the End of the World*:

Fairness is a concept that holds only in limited situations. Yet we want the concept to extend to everything in and out of phase. From snails to hardware-stores to married life. Maybe no one finds it, or even misses it, but fairness is like love. What is given has nothing to do with what we seek.

Språkproblemer som ikke blir løst, gjør det vanskelig å oppfylle helseminister Bent Høies visjon om pasientens helsevesen, mener psykologen.

– Språklige barrierer kan forringe kvaliteten av tjenestene, kan bidra til at kvaliteten på behandlingen blir dårligere og i verste fall føre til alvorlige helsemessige konsekvenser for pasienten. Disse barrierene gjør det vanskeligere å få til pasientsentrert behandling og nå målet om likeverdige helsetjenester, poengterer Emine Kale.

I dag er hun avtalespesialist i Oslo. I flere år jobbet hun som psykolog tilknyttet et fastlegekontor.

– Jeg har enorm respekt for jobben fastlegene gjør. Fastlegene har et enormt potensial for å spille en stor rolle i livet til innvandrere som trenger ankerpunkt. Fastlegen er der år etter år, har muligheten til å bli kjent med folk og kan hjelpe i en tidlig fase.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

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

Tolkens ti råd til helsepersonell

■ ESPERANZA DIAZ

Professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS), Universitetet i Bergen (UiB) og spesialist i allmennmedisin

■ **WEGDAN HASHA** • Stipendiat ved IGS, UiB

■ **PARNIAN BAMANIAN** • Avdelingsleder ved Tolketjenestene i Bergen kommune

Innledning

Taletolker er avgjørende for å kunne tilby likeverdige helsetjenester til fremmedspråklige pasienter (1). Bruk av profesjonell tolk øker pasientens tilfredshet, etterlevelse av råd og reduserer bivirkninger (2), men underforbruk er fortsatt vanlig (3, 4). Større legekontor bruker godkjent tolk hyppigere enn mindre praksiser, noe som er blitt relatert til bedre rutiner (4).

Den nye *Forskrift om nasjonal retningslinje for medisintutdanning* inkluderer eksplisitt kommunikasjon gjennom tolk som en ferdsighet medisinstudentene skal beherske (5). Samtidig er undervisning om temaet mangelvare og tolkens perspektiv sjeldent ivaretatt (6, 7). For å planlegge slik undervisning sammen, inviterte tolketjenesten i Bergen kommune Universitetet i

Tolkene ønsker å bli behandlet med profesjonalitet og respekt som yrkesutøvere.

SAMMENDRAG

BAKGRUNN

Denne artikkelen presenterer tolkenes refleksjoner rundt samarbeid med fastlegene.

MATERIALE OG METODE

Spørreskjema med spørsmål om tolkene selv, tolking de gjennomfører og kjenne-tegn av gode og dårlige fastlegesamtaler, etterfulgt av diskusjon i plenum og en avsluttende del hvor tolkene ble bedt om å gi «tre råd til fastlegene».

RESULTATER

Trettiseks profesjonelle tolker svarte på undersøkelsen. I alt 18 tolker mente at fastlegene tilrettela for gode tolkekon-sultasjoner, i stor eller veldig stor grad. Tolkene ønsket selv å bli behandlet med mer profesjonalitet og respekt som yrkesutøvere, og at pasientene skulle få bedre informasjon om tolketjenestene. De hyppigst nevnte faktorene som bidro til gode konsultasjoner, var at legen snakket tydelig med pauser (30), nok tid til konsultasjonen (28) og at oppdraget ble gitt i god nok tid (20). Det motsatte var tilfellet når legen snakket i lange sekvenser uten pauser (21), ved dårlig tid til konsultasjonen (17) og når legen var forsinket (15).

FORTOLKNING

Våre funn tyder på at det finnes forbedringspotensial i det profesjonelle samarbeidet mellom tolk og fastlegen, i informasjon gitt til pasienter om rettighetene og tilbud av tolketjenesten, så vel som i selve gjennomføringen av konsultasjoner med tolk.

HOVEDFUNN

- Tolkene ønsket seg mer gjensidig respekt og profesjonalitet fra legene.
- Fremmedspråklige pasienter burde få bedre og mer systematisk informasjon om tolketjenestene.
- Det finnes fremdeles forbedringspotensial for å oppnå optimal kommunikasjon gjennom tolk.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Bergen til et lunsjmøte med de faste tolkene i februar 2020. Vi ønsket å vite mer om erfaringene fra tolkenes jobb med fastlegesamtaler, med vekt på å forstå hva de trenger for å utføre jobben sin på en optimal måte.

Materiale og metode

Etter innhentet samtykket, delte vi ut et spørreskjema med spørsmål om tolkene selv, tolking de gjennomførte og hva som kjennetegnet gode og dårlige fastlegesamtaler de tolket i. Deretter hadde vi en semi-strukturert samtale i plenum om tolkenes erfaringer i forbindelse med

- ❶ behov og rutiner ved bestilling av tolk
- ❷ tolkning i komplekse konsultasjoner
- ❸ det spesifikke med å tolke for fastleger.

Avslutningsvis ba vi tolkene om å skrive ned tre råd til fastlegene. Dataene ble lagret i Excel og er presentert med enkle deskriptive tall. Rådene ble samlet i en liste med «Tolkenes ti råd til fastlegene». Etisk godkjenning var ikke nødvendig da vi ikke hentet inn pasientopplysninger.

Resultater

Det var 44 deltakere på møtet, hvorav åtte jobbet med bestilling av tolketjenestene eller i ledelsen, og 36 profesjonelle tolker svarte på spørreundersøkelsen (TABELL 1). De fleste tolket ukentlig, og både unge og eldre med kort og lang erfaring var representert. Den viktigste faktoren for utfallet av konsultasjonen var legens måte å snakke på: tydelig og med pauser var bra, men utydelig tale (ofte skandinaviske leger eller leger med spesielle dialekter) og i lange sekvenser var knyttet til dårlige konsultasjoner. Kontinuitet i tolkens relasjon med legen og/eller pasienten, god tid til en rolig konsultasjon og det at legen holdt avtalt tid var viktige positive faktorer. Å få informasjon på forhånd om tema for konsultasjonen var ønskelig, gjerne med kilder tolken kunne bruke for å forberede seg. Ifølge deltakerne burde legen ikke spørre tolken om personlige meninger, men tolkene svarte gjerne på faglige spørsmål som hadde med tolking å gjøre. Tabell 2 på side 8 viser en bearbeidet liste over de samlede ti råd til fastlegene for å forbedre kommunikasjon gjennom tolk.

TABELL 1.
Demografi
og erfaring
som tolk.

		ANTALL (%) / GJENNOMSNITT (RANGE)
Kjønn (n=33)	Kvinner	16 (48)
	Menn	17 (52)
Alder (n=33)	<35	6 (18)
	35-44	8 (24)
	45-54	10 (30)
	55+	9 (27)
År som tolk (n=34)		12 (1-33)
Tolkefrekvens (n=35)		
	Hver uke	17 (29)
	Hver måned	16 (46)
	Sjeldnere	2 (6)
Tolkeform oftest benyttet (n=36)		
	Fremmøte	5 (14)
	Telefon	25 (69)
	Begge	6 (17)
Tolkeform vurdert som best egnet for pasienten (n=33)		
	Fremmøte	15 (45)
	Telefon	14 (42)
	Begge	4 (12)
Gode konsultasjoner var kjennetegnet ved (n=36)		
	Legen snakket tydelig og i korte sekvenser med pauser	30 (83)
	Det var nok tid til å ha en rolig konsultasjon	28 (78)
	Beskjed om oppdraget i god tid (versus samme dag)	20 (56)
	Informert på forhånd om hva konsultasjonen dreide seg om	14 (39)
	Hadde tolket for den samme legen før	11 (31)
	Hadde tolket for den samme pasienten før	11 (31)
	Kun ett tema ble tatt opp under konsultasjonen	3 (8)
	Samtale med legen alene før konsultasjonen	3 (8)
	Samtale med pasienten alene før konsultasjonen	2 (6)
	Legen spurte om råd eller personlig mening	0 (0)
	Hadde en samtale med legen alene etter konsultasjonen	0 (0)
Dårligere konsultasjoner var kjennetegnet ved (n=36)		
	Legen snakket i lange sekvenser uten pauser for tolking	21 (58)
	Ikke nok tid til å ha en rolig konsultasjon	17 (47)
	Legen var forsinket	15 (42)
	Legen var vanskelig å forstå	12 (33)
	Det ble tatt opp flere temaer i konsultasjon	12 (33)
	Ikke informert på forhånd om hva konsultasjonen dreide seg om	9 (25)
	Beskjed om oppdraget på kort varsel	8 (22)
	Legen spurte om råd eller personlig mening	4 (11)
	Ingen samtale med lege alene før konsultasjonen	4 (11)
	Ingen samtale med pasienten alene før konsultasjonen	4 (11)
	Ingen samtale med legen alene etter konsultasjonen	2 (6)
	Kjente ikke legen fra før	0 (0)
Fastlegen legger til rette for god tolking i (n=33)		
	Veldig stor grad	3 (9)
	Stor grad	15 (45)
	Noen grad	14 (42)
	Liten grad	1 (3)

Diskusjon

Tolkenes hovedbudskap er at de ønsker å bli behandlet med profesjonalitet og respekt som yrkesutøvere. De mener at gjensidig respekt og dialog er den beste oppskriften for at helsetjenestene skal klare å tilby pasientene likeverdige tjenester.

I samsvar med våre funn har en tidligere svensk studie avdekket utfordringer relatert til avklaring av tolkens rolle i samarbeid med helsepersonell, tidsaspektene ved oversettelsesarbeidet og problemer med kulturelle ulikheter (8). En systematisk oversikt peker også på tillit og respekt som forutsetninger for et velfungerende samarbeid, og konkluderer med at institusjonell anerkjennelse av tolkenes rolle er avgjørende for å få en riktig balanse mellom tillit, kontroll og makt (9).

Tolkene bekreftet at innvandrere selv ikke vet nok om sine rettigheter, og at spesielt eldre regner med at de må betale tolketjenestene selv og velger deretter (10). I Norge er bruk av taletolk knyttet til helsepersonells plikt til å gi likeverdige helsetjenester. Helsepersonell har ansvar for å bestille tolk ved behov, og kommunen skal dekke utgiftene. Tolkene mente at pasientenes rett til informasjon om tolkerettigheter burde bli bedre ivarettatt.

Deltakerne opplevde det som uprofesjonelt når de ble spurt om kulturelle råd som privatpersoner. Tolkens rolle som kulturell formidler varierer fra land til land (2, 9), men de norske retningslinjene påpeker at kvalifiserte tolker skal «(...) tolke innhol-

det i alt som sies, intet fortie, intet tillegge, intet endre». Ifølge deltakerne faller derfor det utenfor tolkens oppdrag å utføre andre funksjoner (3).

Stress med tid kjennetegnet samarbeidet med fastlegene. Særlig planlegging av ekstratid, inkludert tid til å presentere tolkens rolle, bruk av korte sekvenser og direkte henvendelser til pasienten er anbefalt (1). At tolken på forhånd kan få overordnet informasjon om temaet for konsultasjonen er ansett som fordelaktig for å kunne forberede seg, siden tolkene ikke har spesifikk helsetekniske kompetanse (11). Likevel mener våre informanter at det fortsatt er behov for forbedring på alle disse faktorene.

Tolken er prisgitt legens profesjonelle og styrende rolle, både for hvordan møtet skal foregå, samt hva som blir journalført av opplysninger. Avklaring og håndtering av rollene i konsultasjoner med familiemedlemmer eller i forbindelse med samarbeidsmøter, var vurdert som en avgjørende del av legens rolle, spesielt i telefonkonsultasjoner.

Forslagene til legekantorene for å forbedre kvalitet på telefonkonsultasjoner, var å bruke riktig utstyr av god kvalitet, og å informere tolken om hvem som var til stede i konsultasjonen, og hva som skjedde i rommet. Skjermtolking har vært anbefalt, men blir sjelden benyttet (12), noe som kanskje kan bli forandret etter erfaringene knyttet til koronapandemien.

Helsesektoren benytter seg i stor grad av tolker fra de laveste nivåene i Nasjonalt tolkeregister (13). De fleste tolkene har

ikke norsk som morsmål, og de skandinaviske språk har mange lokale varianter som kan være krevende, spesielt per telefon. Denne utfordringen er sannsynligvis større desto lavere kvalifikasjonsnivå tolken har og burde tas tak i på systemnivå.

Denne studien har sin styrke i å trekke frem erfaringer til en stor andel av de faste tolkene som jobber i tolketjenesten i Bergen kommune, men inkluderer hverken legenes eller pasientens synspunkter, og heller ikke tolker utenfor Bergen, noe som kan begrense generaliserbarheten geografisk og til førstelinjehelsetjenesten.

Våre funn tyder på forbedringspotensial i det profesjonelle samarbeidet mellom tolkene og fastlegene. Undervisningstilbudet om samarbeid med tolk for medisinstudenter og praktiserende leger bør dermed styrkes.

REFERANSER

1. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. 2011.
2. Juckett G, Unger K. Appropriate use of medical interpreters. *Am Fam Physician*. 2014; 90(7): 476–80.
3. Sagli G. «Når trenger jeg å tilkalle tolk?» Forskning om tolking i helsetjenesten ("When do I need to call for an interpreter?" Research about interpretation in health care services). *FLEKS – Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice*. 2015; 2(1).
4. Kongshavn T, Aarseth S, Maartmann-Moe K. Allmennlegers bruk av tolk (GPs' use of interpreters). *Utposten*. 2012; 5: 25–8.
5. Lovdata. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter 2020 [Available from: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-21>].
6. Vargas Pelaez AF, Ramirez SI, Valdes Sanchez C, Piedra Abusharar S, Romeu JC, Carmichael C, et al. Implementing a medical student interpreter training program as a strategy to developing humanism. *BMC Med Educ*. 2018; 18(1): 141.
7. Pechak C, Summers C, Velasco J. Improved Knowledge Following an Interprofessional Interpreter-Use Training. *J Allied Health*. 2018; 47(3): 159–66.
8. Fatahi N, Mattsson B, Hasanpoor J, Skott C. Interpreters' experiences of general practitioner-patient encounters. *Scand J Prim Health Care*. 2005; 23(3): 159–63.
9. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. 2013; 91(2): 131–40.
10. Fryer CE, Mackintosh SF, Stanley MJ, Crichton J. 'I understand all the major things': how older people with limited English proficiency decide their need for a professional interpreter during health care after stroke. *Ethnicity & health*. 2013; 18(6): 610–25.
11. Hadziabdic E, Hjelm K. Working with interpreters: practical advice for use of an interpreter in healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2013; 11(1): 69–76.
12. Hansen JPB. Kunnskapsoppsummering. Skjermtolking – når tolken er et annet sted. *Tolkesentralen*; 2015.
13. IMDI. Undersøkelse om tolkene i nasjonalt tolkeregister 2013 – Oppdragsmengde og arbeidsvilkår. 2014.

■ ESPERANZA.DIAZ@UIB.NO

TABELL 2. *Ti råd til fastlegen.*

FØR KONSULTASJONEN
1. Gi systematisk informasjon om tolketjenesten til pasienter som kan ha bruk for det. Forklar pasientens rettigheter til gratis tolk og tolkens rolle, inkludert taushetsplikt.
2. Sett av god tid. Tolken må introdusere seg selv og tolkerollen i begynnelsen.
3. Informer tolken om temaet for konsultasjonen på forhånd. Riktig forståelse og fagspråk sparer tid og misforståelser
4. Vis respekt for tolkens tid og ressursbruk. Varsle tolken om forsinkelser og avlysninger så snart du vet det vil skje.
UNDER KONSULTASJONEN
5. Behandle tolken med profesjonalitet og respekt som yrkesutøver. Tolking er et selvstendig fag, og tolken er fagperson. Styr konsultasjonen, og la tolken styre tolkingen.
6. Bruk godt utstyr under telefonsamtalene. Vær obs på ting som kan bråke (tastatur, skriver). Husk at telefontolken ikke kan se legen eller pasienten eller om det er flere personer i rommet, og er avhengig av god lyd.
7. Snakk i korte sekvenser og la tolken tolke ferdig før du fortsetter. Snakk tydelig, spesielt under telefonkonsultasjoner.
8. Kommuniser med pasienten gjennom tolken, og ikke med tolken om pasienten.
9. Styr samtalen, spesielt om det er flere involvert. Avklar rollene på forhånd.
10. Sørg for at pasienten har forstått alt. Still gjerne kontrollspørsmål under samtalen for å forsikre deg om at viktige punkter er forstått.

Kan vi oppnå mer læring etter de vonde hendelsene?

■ PÅL IDEN • Leder av Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten – Ukom

Den nyopprettede Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten skal undersøke noen av de alvorligste uønskede hendelsene i helse- og omsorgssektoren. Målet er at vi gjennom samarbeid med helsetjenesten kan høste kunnskap som kan bidra til forebygging.

På tross av et iherdig arbeid med å sikre kvalitet og forebygge feil, rammes hvert år et betydelig antall pasienter av alvorlige uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten.

Medieoppslag, tilsynsrapporter, pasient-skade-statistikker og ulike kvalitetsmålinger underbygger at omfanget av alvorlige pasientskader er betydelig. Disse alvorlige uønskede hendelsene rammer ikke bare pasienten og de pårørende, men også indirekte helsepersonellet. Et helsepersonell kan være preget av skyld- og utilstrekkelighetsfølelse i lang tid etter å ha vært involvert i en alvorlig pasientskade.

Det er grunn til å anta at et betydelig antall helsepersonell hvert år forlater kurativ virksomhet grunnet belastninger knyttet til uønskede hendelser i pasientbehandlingen.

Stiller vi de rette spørsmålene?

Selv om neppe alle disse hendelsene kan forutses, forhindres, eller oppdages i tide, er likevel en betydelig andel av hendelsene forebyggbare.

La oss begynne med spørsmålet: «Stiller vi de rette spørsmålene når vi gransker disse hendelsene?»

Samfunnets behandling av alvorlige uønskede hendelser i helsetjenesten gjennom medias blikk, tilsynets oppdrag og iblant også politiets inntreden, har i stor grad bestått i å etterspørre hvem som har ansvaret når noe går galt: «Har legen opptrådt forsvarlig?», eller: «Har lederen skjøttet sitt lederansvar og styrt virksomheten forsvarlig?»

I *Utposten* nr. 2/2020 gir seniorrådgiver Hege Raastad i Statens helsetilsyn en oversikt over varselordningen og plikten til å

varsle Helsetilsynet ved alvorlige hendelser. Artikkelen redegjør for hvilke hendelser som skal varsles og om hvordan tilsynsmyndigheten behandler disse varslene. Som Raastad skriver, skal Helsetilsynet «...vurdere ansvaret til virksomhetens ledelse og involvert helsepersonell, og om kravene i helselovgivningen er overholdt.»

Tilsyn har følgelig en viktig rolle i å trekke grensene for forsvarlig praksis, tydeliggjøre pasienters krav og rettigheter, gi tilbakemelding til virksomheter som ikke driver forsvarlig, og «luke ut» helsepersonell som ikke oppfyller minstekrav til faglig standard.

Det er likevel ikke tilstrekkelig å sette de alvorlige uønskede hendelsene inn i en juridisk kontekst. Man må også lokalt og nasjonalt høste læring av det som går galt.

Lokalt trengs gode prosesser som håndterer disse vonde hendelsene, og nasjonalt trengs deling av kunnskap som gir trygghet helse- og omsorgstjenester. Å peke på en virksomhet eller et helsepersonell som har opptrådt uforsvarlig i den aktuelle situasjonen, genererer ikke slik kunnskap.

Ukom skal prøve ut ny undersøkelsesmetodikk

Behovet for større grad av læring etter alvorlige uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten, er hovedbegrunnelsen for at Ukom ble opprettet.

Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (1) ble vedtatt av Stortinget i 2017, og Ukom ble satt i drift i 2019 etter en lang prosess. Opprettelsen var politisk omstridt, og mange høringsinstanser var lunkne eller negative til en undersøkelseskomisjon. Et argu-

ment som gikk igjen blant skeptikerne var at vi jo allerede har Helsetilsynet og Fylkesmannen som gransker alvorlige hendelser, og opprettelsen av Ukom er dermed å anse som et nytt, unødvendig, «byråkratisk» ledd. Blant tilhengerne var pasientorganisasjoner og pasientsikkerhetsmiljø, som hilste velkommen en uavhengig kommisjon som kan innta et pasientnært perspektiv, og som også kan se helseforvaltningen i kortene, herunder tilsynsmyndigheters rolleutøvelse og departementets eierstyring.

Ukom har nå vært i drift et år, metodeverk er under utvikling, og vi leverte i juni 2020 våre tre første publikasjoner. Disse kan leses på vårt nettsted: www.ukom.no. Undersøkelseskomisjonen er lokalisert i Stavanger og består av en operativ stab på 20 ansatte. Ukom er administrativt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, men er faglig uavhengig. Staben er tverrfaglig sammensatt, med kompetanse innen helsefag, (medisin, sykepleie og vernepleie), sikkerhetsfag, pasient- og brukererfaring, organisasjonspsykologi, statsvitenskap, helseøkonomi, juss, helseteknologi, vitenskapsteori og gravende journalistikk. Vi har dessuten ansatt en stab av deltidsansatte klinikere for å sikre bredden i fagkompetanse og geografisk nedslagsfelt. Tilfanget av hendelser som vi undersøker henter vi fra de samme varslene som Helsetilsynet mottar, fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utenom dette har vi en hjemmeside der pasienter, pårørende og helsepersonell kan melde sine bekymringer om alvorlige forhold eller hendelser via en sikker kanal. Vi ønsker også melding om nærhendelser der alvorlig skade ble avverget.

Høye skuldre i helsetjenesten

I vårt arbeid møter vi helsepersonell og ledere fra store deler av helsetjenesten. Det som har slått oss gjennom vårt første år i undersøkelseskomisjonen, er den dype engstelsen vi ser blant helsepersonell for å havne i en situasjon som skader en pasient. Denne engstelsen knytter seg også til myn-

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten

Vi undersøker alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold for å bedre sikkerheten til pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten.



Rapportene
fra Ukom publiseres
på deres nettsted
www.ukom.no

dighetenes involvering og samfunnets dom. Blant helsepersonell oppleves ikke myndighetenes håndtering av disse vonde hendelsene nødvendigvis som støttende. Snarere tvert om: myndighetenes involvering oppleves ofte som en tilleggsbelastning, noe som fører til høyere skuldre. Resultatet er at uheldige hendelser i mindre grad enn ønskelig hentes fram og deles i fagmiljøene. Alvorlige hendelser forties, og tilbakemeldingssløyer for læring og refleksjon uteblir. Rutiner og dokumentasjonskrav innføres, nærmest for å ha ryggen fri. Systemene for ivaretagelse av de rammede familiene, og indirekte rammet helsepersonell, blir også mangelfulle.

Dette er et tankekors, ettersom utrygge helsepersonell også gir mindre trygge tjenester.

Kan vi lære av andre sektorer?

I andre sektorer, som innen luftfart og veitrafikk, har man lenge arbeidet med sikkerhet ut fra et læringsperspektiv, og ikke bare ut fra en juridisk tilsynsramme.

Ukom skal nå forsøke en tilsvarende undersøkelsesmodell i vår sektor. I utgangspunktet forsøker vi å identifisere alvorlige hendelser som kunne ha inntruffet på ethvert legekantor, enhver legevakt eller enhver tilsvarende sykehusavdeling, hen-

delser som kan si noe om helsetjenesten generelt.

Vårt utgangspunkt er at helsepersonell hver dag går på jobb for å gjøre en best mulig innsats. Helsepersonellet selv er den som gjennom sin kompetanse, sin evne til å handle og til å finne sin plass i et team, sørger for at tjenestene oppnår kvalitet og trygghet for pasienten. Alvorlige uønskede hendelser rammer oftest pasienter tilfeldig, treffer helsepersonell vilkårlig, og er ikke uttrykk for at et helsepersonell er spesielt udugelig eller slurvete. Tilfeldigheten er at nettopp dette helsepersonellet var på vakt denne dagen.

Det sentrale spørsmålet blir da: «Hva bidro til at det gikk som det gikk, på tross av at du gjorde så godt du kunne i situasjonen?» eller: «Hvorfor ga det mening for deg å handle som du gjorde der og da?»

I vårt oppdrag skal vi aktivt ikke lete etter hvem som har skyld, men søke bakkenforliggende årsaker til at det kan gå galt i helsetjenesten. Vår lov gir oss taushetsplikt overfor politi, tilsynsmyndigheter og også arbeidsgivere, dersom helsepersonellet er tjent med det.

En ny tilnærming til alvorlige uønskede hendelser

Er det mulig å gå inn i disse hendelsene med en helt ny tilnærming? Det er ikke

mange som har arbeidet med alvorlige uønskede hendelser med en undersøkelseskommissjonstilnærming, ei heller internasjonalt. England er i gang med noe liknende, og noe inspirasjon kan hentes derfra. Ellers er det nok i andre næringer at modellen er prøvd ut, og hvor erfaring kan høstes. I vår metodeutvikling har vi derfor tatt utgangspunkt i hvordan man arbeider i andre sektorer, så som transport og industri.

Noen prinsipper for den metoden vi nå prøver ut:

- **tematisk tilnærming:** En enkelthendelse vurderes ikke for seg, men settes i en sammenheng der vi søker å beskrive hvordan helsetjenesten fungerer i stort.
- **informasjonsinnhenting gjennom samtale med involverte:** Pasienter, pårørende, helsepersonell og ledere inviteres til reflekterende samtale.
- **felles refleksjon rundt observasjoner og konklusjoner:** Sammen med pasientrepresentanter, pårørende, involvert helsepersonell, og fagmiljø for øvrig formulerer vi et hendelsesbilde og en fortolkning som ivaretar ulike perspektiv. Et virkelighetsbilde kan ikke tegnes i et lukket rom.
- **anonymisering av hendelsessted i våre rapporter:** For å få fram det som er av generell læringsverdi, framstiller vi ikke

hendelsene som forårsaket av lokal svikt. Vi opplyser derfor normalt ikke om hendelsessted i våre rapporter, dette også av hensyn til pårørende som ikke ønsker eksponering, og en avdød pasient som ikke kan gi sitt samtykke.

- **narrativ-tematisk metode:** Våre rapporter henvender seg til et helt fagfelt eller et tjenesteområde i helse- og omsorgstjenesten med læringspunkter og tilråding. Rapporten er ikke en ekstern bedømmelse av kvaliteten på det stedet der hendelsen tilfeldigvis fant sted.

Bakenforliggende årsaker

Hva forstår vi så med bakenforliggende årsaker til alvorlige uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten?

For å belyse det, kan vi ta utgangspunkt i våre tre første publikasjoner.

Den første rapporten handler om «Hanna», en ung kvinne som var innlagt på en psykiatrisk akuttpost under skjerming. Etter tolv dagers innleggelse blir hun funnet død på madrassen sin på gulvet på pasientrommet. Obduksjonen konkluderer med blandingsforgiftning med ulike nevroleptika og benzodiazepiner i kombinasjon. Det dreier seg ikke om et selvmord, men et antatt sykehus-påført overmedisinering-dødsfall. I rapporten trekker vi fram flere aktuelle læringspunkter:

- bygningsmessige forhold kan innvirke på psykotiske pasienter, støy og ugjestmilde omgivelser kan gi økt uro
- mange involverte behandlere og miljøpersonale uten en samkjørt behandlingsplan øker risikoen for forverring av psykosetilstanden
- medisineringsmåte må ikke bli eneste behandlingsvirkemiddel hos urolige, psykotiske pasienter. Miljøterapeutiske tiltak er viktig basis-behandling
- det er viktig med en helhetlig medisinsk vurdering av både somatiske og psykiske helseforhold hos pasienter innlagt i psykisk helsevern
- pasienter kan ha i kroppen flere legemidler enn det behandlende lege er klar over
- rutiner for somatisk overvåking anbefales hos pasienter i psykisk helsevern som behandles med hurtigvirkende medikamenter i injeksjonsform

Rapporten stiller også spørsmål ved godkjenningsordningen for bygg innen psykisk helsevern, og gir noen enkle råd om hvordan man med jevne mellomrom bør sørge for et utenfor-blikk på egne lokaler, og refleksjon rundt de forholdene som pa-

sienter møter i avdelingen under skjerming.

Den andre rapporten tar for seg 20 måneder gamle «Lukas» som i løpet av fire døgn med feber først har gjentatte kontakter med fastlegekontoret og legevakten, og som deretter innlegges på lokal barneavdeling. Lukas dør til slutt av pneumokokk-meningitt med forhøyet hjernetrykk, uten at diagnosen blir stilt før få timer før dødsfallet, for sent til å snu den alvorlige sykdomsutviklingen.

Akutte alvorlige infeksjoner hos barn kan være dramatiske og ikke alltid mulige å stoppe, men kan vi redde flere? Rapporten tar for seg noen fenomener som vi anbefaler at fagmiljøene arbeider videre med:

- Behandlingskjeden fanger ikke godt nok opp bekymringsnivået i de foregående ledd:
 - foreldrenes bekymring innhentes ikke, og brukes ikke systematisk i vurderingen
 - fastlegens bekymring om alvorlighet går tapt underveis, og «portvaktrolle» overprøves av ambulanse, AMK og vaktlege på sykehus
- Begrepet «allmenntilstand» er ikke entydig definert, og er ulikt forstått hos klinikerne. Alle snakker om «dårlig allmenntilstand» som et faresignal hos febersyke barn, men hva omfatter dette begrepet?
- Telefonråd på legevakt er ikke tydelige nok på hvilke faresignaler som skal tilsi legevurdering straks. Gjentatte kontakter står i fare for å bli møtt som om det er første kontakt.
- Systematisk observasjon med tanke på akutt forverring av tilstanden hos innlagte barn, er ikke innført slik som hos voksne.

Rapporten tar også for seg at det dominerende sykdomsbildet ved meningitt er et annet i dag enn tidligere, og at fravær av tegn som nakkestivhet og petekkier kan skje tillegges for stor vekt i å utelukke akutt bakteriell meningitt. Vi er i dialog med fagmiljøer som kan ta videre tilrådingene i denne rapporten.

Den tredje publikasjonen har vi kalt en *pasientsikkerhetsmelding*. Denne er sendt til alle sykehusdirektører og kommunedirektører som sitter med ansvaret for helsebygg i Norge.

Gjennom vårt første år med mottak av varsler, opplevde vi gjentatte meldinger om fall fra usikrede vinduer og usikrede balkonger i helsebygg. Vi mottok varsler om dødsfall og alvorlige skader fra psykiatriske sykehus, somatiske sykehus og kommunale sykehjem. Ofrene i disse ulykkene

var gjerne psykotiske pasienter, demente eller somatisk svekkede i en deliriumtilstand. Et vindu eller en usikret balkong blir feiltolket som en vei ut. Enkle og billige tiltak, som ettermontering av vindussperrer og forhøyede balkongrekkverk, kan forebygge mange av disse ulykkene, som årlig trolig medfører minst ti dødsfall og et antall alvorlige skader i norske helsebygg.

Flere rapporter på vei

Ukom er nå i gang med flere større undersøkelser. Vi ser på en hendelse der fastlegens henvisning til BUP ble avvist to ganger hos en 17-åring som deretter tok sitt eget liv. Vi undersøker tragedien der en flyktningmor gikk på havet med sine tre små barn. Vi ser om det kan finnes felles trekk i hendelser der pasienter innen psykisk helsevern begår drap. Vi undersøker for tiden hendelser knyttet til løftehjelpemidler, nasogastriske sonder, legemiddeladministrasjon, for å nevne noen.

Se hendelser i sammenheng

Det som er sjeldent et sted, kan vise seg som et stort problem om man ser enkelthendelser i sammenheng med hverandre. Dersom oppmerksomheten bare rettes mot de umiddelbare årsakene rundt hver enkelt hendelse, vil konklusjonen lett bli: «Helsepersonellet passet ikke godt nok på».

Utvider man søkelyset, vil man finne helt andre årsaker og risikoforhold som gjør at helsehjelp kan gå galt. Det kan dreie seg om faglige kunnskapshull, mangler i utdanningene, risiko knyttet til teknologi eller utstyr, uklart lovverk, manglende prioriteringer eller rolle-utøvelse hos kontroll og tilsynsmyndigheter.

Vi håper at Ukom sin tilnærming vil gi ny kunnskap som kan bidra til å forebygge alvorlige pasientskader. Vi ønsker at vårt arbeid skal bidra til å styrke helse- og omsorgstjenestens egen evne til å håndtere disse vonde hendelsene, slik at pårørende blir bedre ivaretatt og helsepersonell kjenner seg mindre alene.

Pasientsikkerhetsarbeid er et samarbeidsprosjekt mellom ulike aktører som stadig må vurdere hvordan egen rolleutøvelse bidrar til tryggere helse- og omsorgstjenester.

REFERANSER

1. Lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56>

■ WWW.UKOM.NO ■ PAL.IDEN@UKOM.NO

Varighet av antibiotikakurer i allmennpraksis – kort er godt?

■ RUTH DAVEY EIG

Lege og rådgiver, Antibiotikaserteret for primærmedisin

■ SIGURD HØYE

Allmennlege, førsteamanuensis og leder for Antibiotikaserteret for primærmedisin

Antibiotikaresistens er på fremmarsj både nasjonalt og globalt. Fremtidens folkehelse avhenger av vår felles innsats mot antibiotikaresistens, og begrensning av antibiotikaforbruk er et essensielt steg på veien. Da er det viktig å ikke bare avstå fra antibiotika når det ikke er indikasjon, men også å forskrive så korte kurer som forsvarlig er.

Allmennleger har en nøkkelrolle i arbeidet mot antibiotikaresistens; de yter helsehjelp til det brede lag av befolkningen, og det er i allmennmedisin størstedelen av antibiotika forskrives. De nasjonale faglige retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten (www.antibiotikaiallmennpraksis.no) er et av våre fremste verktøy for å sikre korrekt og evidensbasert antibiotikabruk. Disse gir beslutningsstøtte for både nye og erfarne allmennleger, som alle navigerer i et vanskelig farvann mellom hensyn til pasientens ønsker og behov, risiko for komplikasjoner, behandlingssvikt og bivirkninger, og samfunnsmessige hensyn.

Anbefalt varighet av antibiotikakurer ved ulike infeksjoner har historisk sett vært basert på tradisjon, ekspertuttalelser og mer eller mindre tilfeldige beslutninger tatt ved legemiddelindustriens utprøving av nye legemidler. Til tross for dette har tradisjonens angivelse for varighet av antibiotikakurer i mange tilfeller blitt videreført uavkortet og tilnærmet uimotsagt i flere tiår.

Sannheter og myter

Det har lenge vært en etablert og velkjent «sannhet» både hos pasienter og leger at å

korte ned kurer eller avslutte antibiotikabehandling tidlig øker faren for resistensutvikling. Denne påstanden har røtter helt tilbake til Sir Alexander Flemings Nobelprisforedrag (1), hvor han tok opp risikoen for at inadekvat dosering eller varighet av penicillinbehandling kunne stimulere resistensutvikling hos sykdomsbakterien, slik at denne senere kunne gi fatal sykdom. Dette bygger på teorien om at sykdomsbakterier utvikler resistensegenskaper under antibiotikabehandling av en infeksjon de selv har forårsaket. Dette kan forekomme ved for eksempel tuberkulose eller gonorré.

I dag vet vi imidlertid at antibiotikaresistens hos normalflorabakterier som gir opportunistiske infeksjoner er et langt større problem. Eksempler på dette er resistens hos gule stafylokokker, enterokokker eller E.coli. Resistens her oppstår og selekteres for i vår egen rikholdige normalflora under behandling med antibiotika for hvilken som helst årsak, og kalles derfor «utilsiktet seleksjon» (2). Siden blir man kolonisert med resistente normalflorabakterier som kan gi infeksjon på et senere tidspunkt. Bakteriene kan også sende resistensegenskaper videre til andre bakterietyper via horisontal genoverføring. Slik kan resistensegenska-

pene som selekteres frem senere «vandre» til nye patogener, med alvorlige konsekvenser for infeksjonsbehandling. Risikoen for slik «utilsiktet seleksjon» av antibiotikaresistens øker jo lengre normalfloraen er under påvirkning av antibiotika. Jo lengre antibiotikakur, jo større risiko for resistens, tvert imot det sir Alexander Fleming tenkte på da han advarte mot resistens og oppfordret til «If you use penicillin, use enough!».

Kliniske studier

I tillegg til frykt for resistensutvikling, har risiko for terapissvikt og infeksjonskomplikasjoner blitt brukt som argument for lange antibiotikakurer. Senere års forskning på området viser imidlertid at denne frykten ofte er overdrevet. En svensk studie fra 2019 (3) sammenlignet penicillin fire ganger daglig i fem dager med tre ganger daglig i 10 dager for streptokokkhalsbetennelse. Resultatet var like god effekt av kortere kur og ingen forskjell i komplikasjoner eller residivrate. Tilsvarende studier er publisert for en rekke andre infeksjoner. En oppsummering av ni systematiske oversiktsartikler publisert i 2017 (4) fant ingen forskjell i behandlingseffekt ved kort sammenlignet med lang antibiotikakur i allmennpraksissetting ved streptokokkhalsbetennelse, otitis media og cystitt hos barn, eller bakteriell sinusitt, ukomplisert cystitt, pyelonefritt og pneumoni hos voksne.

Funn i slike studier er imidlertid ikke automatisk og umiddelbart overførbart til norske forhold. Kunnskap om forsvarlig og

nødvendig lengde på antibiotikakur må jobbes frem for hver enkelt diagnose, hvert enkelt medikament og differensieres for ulike pasientgrupper.

Reviderte retningslinjer

De nasjonale faglige retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten revideres jevnlig for å sikre at de i så stor grad som mulig er basert på oppdatert viten heller enn utdaterte tradisjoner. I juni 2020 gjennomgikk retningslinjene en lett revisjon, der anbefalt varighet av antibiotikakur for flere infeksjoner er kortet ned i tråd med resultater fra forskning som den som er nevnt her. Heller enn å anbefale et intervall, har man nå i større grad en spesifikk dose og kurlengde å forholde seg til. Dette gjelder blant annet sinusitt, pneumoni og hudinfeksjoner. I revisjonen er også anbefalingene for dosering tydeliggjort. Vi tror dette gjør retningslinjene tydeligere, klarere og enklere å bruke. Det arbeides fremdeles med å vurdere hvorvidt funnene i den svenske studien om streptokokkhalsbetennelse nevnt over (3) skal få konsekvenser for norske retningslinjer.

Når det er sagt, er det fremdeles allmennlegen som har tøylene; retningslinjene er et hjelpemiddel heller enn en ubestriden fasit. Behandlingsvalg skal tilpasses pasienten og den kliniske settingen. Enhver behandlingsstrategi bør involvere oppfølging av infeksjonen og behandlingseffekt, eller instruks til pasienten om hvordan forholde seg ved terapisivikt. Dette er også i enkelte tilfeller tatt hensyn til i retningslinjene; i de reviderte anbefalingene om varighet av antibiotikabehandling hos eldre med cystitt anbefales tre dagers kur for sykehjemspasienter, mens hjemmeboende eldre anbefales behandling i fem dager. Dette er på grunn av mindre mulighet til å følge klinikk og behandlingseffekt tett nok i akuttfasen av infeksjonen hos hjemmeboende eldre.

Å revidere retningslinjer og anbefalinger er et møysommelig arbeide der man må undersøke diagnose for diagnose, og preparat for preparat. Det er et kontinuerlig behov for forskning fra allmennpraksis for å avklare optimal dosering og behandlingsslengde for en rekke infeksjoner – og for å undersøke om mindre resistensdrivende

behandlingsformer fungerer like bra som den tradisjonelle antibiotikakuren. Det har vært diskutert om allmennlegen skal anbefale at antibiotikakuren kan avsluttes når pasienten føler seg frisk (2). Det er mulig dette kommer inn i fremtidige retningslinjer – men ikke før forskning har vist at en slik strategi er trygg og effektiv.

REFERANSER

1. Nobel Lecture, December 11, 1945, Alexander Fleming. <https://www.nobelprize.org/uploads/2018/06/fleming-lecture.pdf>
2. Llewelyn MJ, Fitzpatrick JM, Darwin E, et al. The antibiotic course has had its day. *BMJ*. 2017; 358: j3418.
3. Skoog Ståhlgren G, Tyrstrup M, Edlund C, et al. Penicillin V four times daily for five days versus three times daily for 10 days in patients with pharyngotonsillitis caused by group A streptococci: randomised controlled, open label, non-inferiority study. *BMJ*. 2019; 367: l5337.
4. Dawson-Hahn EE, Mickan S, Onakpoya I, et al. Short-course versus long-course oral antibiotic treatment for infections treated in outpatient settings: a review of systematic reviews. *Fam Pract*. 2017; 34(5): 511–519.

■ R.D.EIG@MEDISIN.UIO.NO
■ SIGURD.HOYE@MEDISIN.UIO.NO



Rørosprosjektet (Helsevaktbilen)

■ HELGE LUND • Kommuneoverlege | LARS OLAV MEHL • Fastlege Røros | HEGE LILJEDAHL • Fastlege Røros | PER CHRISTIAN JUVKAM • St. Olavs hospital HF

Kommune og helseforetak har i fellesskap ansvar for en forsvarlig helseberedskap, og skal sammen sikre koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (Akuttmedisinforskriften).

Dette krever et godt gjensidig samarbeid om planlegging og praktiske ordninger. Det er behov for flere modeller for dette.

Bakgrunn internasjonalt

I flere land (blant annet Storbritannia, USA og Canada) er begrepene MIH (SE RAMME) og CP (SE RAMME) etablert som løsninger som kan bidra til en mer helhetlig og bruker-vennlig helsetjeneste. Innholdet tilpasses lokalsamfunnets behov, men styrker stedlig beredskap i griskrendte strøk og utnytter samlet lokal kapasitet. Forebyggende arbeid, og pasientrettet arbeid som kommunen har ansvar for, er naturlige elementer. Modellen innebærer et mer omfattende samarbeid

mellom kommunal helsetjeneste og ambulansetjeneste enn det som sees i Norge.

NOU 2015:17 (kap 14.3.4) berører dette, og viser til et praktisk eksempel fra Skottland, uten at det fremmes klare forslag for nye modeller.

Bakgrunn lokalt – helseberedskap og akuttmedisinsk kjede

Både kommune (Helse og omsorgstjenesteloven §3.2: Legevakt, heldøgns akuttmedi-

MOBIL INTEGRERT HELSETJENESTE (MIH)

- Helsetjeneste leveres i fellesskap av kommunen og helseforetaket.
- MIH betyr at de mobile tjenestene i lokalsamfunnet planlegges og ytes i samarbeid, ut fra brukerbehov, og møter befolkningen der den ferdes og bor. Lokale helseinstitusjoner inngår som en viktig ressurs.
- Akuttmedisinsk beredskap ivaretas som en del av de mobile tjenestene.
- Flere kategorier helsepersonell kan bidra.

'COMMUNITY PARAMEDIC' (CP)

'Community paramedic' er et begrep som brukes om en jobbrolle som bygger på tradisjonell ambulansearbeider/paramedisinerrolle, utvidet med helseoppgaver i den lokale helsetjenesten, og i tett samarbeid med andre lokale ressurser. Dette kan være bistand til legevakt, omsorgstjenestene, forebyggende arbeid, og oppfølging av kjente brukere i lokalsamfunnet.

Jobbrollen tar utgangspunkt i lokale ressurser og behov.

Den lokale paramedisineren vil vanligvis være ansatt i et helseforetak. Kompetansen bygges i samsvar med oppgavene.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLAUREBOX

sinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste) og helseforetak (Spesialisthelsetjenesteloven § 2.1: Akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulanse/luftambulansetjeneste) har ansvar for akuttmedisinsk beredskap.

Helseforetakets observasjon i vårt område er at en robust og forsvarlig lokal helseberedskap må basere seg på et daglig tett samvirke mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette vil kreve en involvering av prehospitallt personell i et utvidet virkefelt av relevante helseoppgaver. Et systematisk og daglig samarbeid med annet helsepersonell i kommunen er formålstjenlig fra brukersynspunkt. De nære utfordringene for helsetjenesten er blant annet å dekke økende behov, og samtidig levere tjenester som fremstår enhetlige overfor pasienter og pårørende. Dette krever samvirke – som motsats til fragmentering – og en gjensidig involvering i hverandres arbeidsoppgaver.

For de prehospitale tjenestene – oftest assosiert med ambulansetjenesten – vurderes det som nødvendig å utvikle løsninger som ivaretar stedlig helseberedskap og behovet for pasienttransporter separat. Utfordringene i områder med avstand til enten legevakst og/eller sykehus er at bered-

skapen systematisk forsvinner med ambulansen når den transporterer pasient ut fra sitt stasjonerte område. Samtidig erfarer vi at en del transporter kan løses med andre løsninger enn en akuttambulans, og slike løsninger må utvikles. Det er behov for en større differensiering i løsninger.

Beredskap i grisgrendte strøk innebærer en risiko for at personell på vakt får en stor andel passive timer i vakt, og relativt lite innslag av klinisk arbeid. Dette representerer en utfordring både når det gjelder faglig utvikling og når det gjelder ressursutnytting.

Etablering av prosjekt på Røros

På den bakgrunn er det etablert et pilotprosjekt for Røros legevaktdistrikt og Røros kommune i samarbeid med Klinik for akutt- og mottaksmedisin (KAM), St. Olavs hospital, og Helsedirektoratet, heretter kalt Rørosprosjektet.

Formål er å se på samarbeidsmodeller mellom kommune og helseforetak for en endret utnyttning av ambulanspersonell og transportløsninger som en del av den akuttmedisinske behandlingsskjede.

Røros kommune har legevaktsamarbeid med Os og Holtålen kommuner. Innbyggertallet i vaktområdet er ca. 10 000, men en stor reiselivssektor representerer et stort tillegg i belastning.

På oppstartstidspunktet for prosjektet hadde Røros to ambulanser i drift. Røros-ambulansen besto av én «døgnbil» sju dager i uken og én «dagbil» kl. 09.00–18.00 fem dager i uken. Det hadde i flere år kommet signaler fra Helse Midt-Norge / St. Olavs hospital (Klinik for akutt- og mottaksmedisin – KAM) at det var aktuelt å fjerne dagbilen av økonomiske årsaker og på grunn av svak ressursutnyttelse. Dette ble lagt frem for helsemyndighetene i kommunen, og det ble enighet om å etablere en ordning med helsevaktbil for å ivareta beredskap og kompetanse når dagbilen forsvant. Målsetting er å opprettholde kvalitativ god beredskap i distrikt ved å realisere ny funksjonalitet, samt å prøve ut nye modeller for økt kompetanse. Dette vil igjen gi bedre ressursutnyttelse og økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Prosjektet har en intensjon om å se på muligheter for at distriktstjenester i ambulansetjenesten kan bidra ut over de tradisjonelle arbeidsoppgavene de har i dag. Marginal oppdragsmengde utfordrer kvaliteten på de tjenestene som ambulansetjenesten leverer.

Helsevaktbilen ble startet opp 1/9-2017.

Den er bemannet med paramedics som har arbeidstid kl. 10.00–22.00 på hverdager. I tillegg noen dager i året hvor en forventer økt press på akuttberedskapen (påske og Rørosmartnan spesielt). Utover deres vakttid kan helsevaktbilen benyttes av legevaktlegene.

Prosjektet ble organisert med styringsgruppe og referansegruppe, samt flere arbeidsgrupper. Hovedaktører var Helse Midt-Norge / St. Olavs hospital (KAM), Helse-direktoratet og Røros kommune.

Vi ønsket blant annet å se på:

- ❶ Hensiktsmessig ressursutnyttelse
- ❷ Vil tjenesten medføre færre sykehusinnleggelser?
- ❸ Et fremtidig hensiktsmessig tilbud til kommunens helse- og omsorgstjenester og legevakst?
- ❹ Flere oppgaver

Det daglige arbeidet

Helsevakta bidrar på en rekke områder og avlaster en presset allmennlegetjeneste. Helsevakta reiser på forespørsel fra lege, hjemmetjenesten eller psykiatritjenesten ut til pasienter som har vansker med å komme seg til legesenteret. De gjør en klinisk vurdering og tar vitale parametere. Etter konferanse med lege kan det tas blodprøver og urinprøve. Ved tilstander som ikke krever innleggelse eller videre vurdering hos lege, kan en organisere videre behandling i hjemmet. Et eksempel er antibiotikabehandling ved enkle infeksjoner som cystitt. Om det er behov for vurdering hos lege, har helsevakta mulighet til å ta med seg en sittende pasient til legesenteret. Hvis ambulansetransport er nødvendig blir helsevakta hos pasienten i påvente av ambulanse.

Mange pasienter med psykiske lidelser og rusavhengighet sliter med angst. Dette gjelder også ved alvorlig somatisk sykdom som langtkommet kols, hjertesykdom og kreft. Disse pasientene begynner nå å kjenne de som jobber på helsevaktbilen. Ofte er det tilstrekkelig at helsevakta reiser ut, gjør en vurdering og tar en beroligende samtale. Noen ganger avtaler de et oppfølgingsbesøk. Ved akutte hendelser og psykiatriveurderinger rykker lege ut sammen med helsevakta. Legen hentes da på legesenteret.

På travle dager med knapp bemanning har helsevakta også bidratt praktisk med blodprøvetaking, tatt ekg og hjulpet til på skadestua på legesenteret.

På legevakst fra kl. 15.00–22.00 bidrar helsevakta med blodprøvetaking, gipsing, frakte pasienter til røntgen etc. I hektiske peri-

Mobil integrert helsetjeneste på Røros. FOTO: P. C. JUVKAM





oder med mye turister, som i påsken, er helsevaktbilen bemannet også på helgedager. Den er alltid bemannet på helligdag hvis denne faller på en mandag–fredag.

Helsevakta har nå et prosjekt sammen med frisklivskoordinator i kommunen hvor en skal gjøre kartlegging og sette inn fallforebyggende tiltak i kommunale boliger.

Om bilen

Personell fra ambulansetjenesten bemanner helsevaktbilen og er til stede fra kl. 10.00–22.00 på alle hverdager. På lørdag og søndag disponerer legevaktlegen bilen. Bilen er utstyrt med tilsvarende hjertestarter og overvåkingssenhet som er i ambulansen (Corpul3). EKG kan sendes til. St. Olavs hospital før drøfting med kardiolog. Det er apparat for å ta CRP og blodsukker, samt mulighet for å ta med apparat for å måle Hb og INR. Det er utstyr for ivaretagelse av

skadd pasient som vakuumpjelle, utstyr for sutur og bandasjemateriell. Det er en egen bag i bilen med utstyr for hastefødsel. Medikamentvesken har innhold tilsvarende den i ambulansen, og noen ekstra medikamenter som legevakta hadde tidligere. Bilen er utstyrt med kartsystem/kommunikasjon som er koblet opp til AMK (TransMobile®). Ved akutte oppdrag legges posisjon direkte inn fra AMK og gjør det lett å finne fram ved utrykning. Den kan i tillegg brukes som en ordinær GPS.

Erfaringer så langt

Allmennlegene ved Røros legesenter har stor nytte av helsevakta. Helsevakta utfører en rekke oppgaver og avlaster legetjenesten i en hektisk hverdag, slik det er beskrevet i tidligere avsnitt.

Spesielt LIS1 og de yngre legene opplever det som en trygghet å ha helsevakta

tilgjengelig på vakt. Det å være alene på vakt i et stort distrikt som fersk turnuslege er noe mange gruer seg for. Da er det god støtte i en erfaren ambulansearbeider som kjenner utstyret, prosedyrer og geografien i distriktet. Vi tror det vil virke rekrutterende i allmennmedisin og kanskje særlig i distriktene. Legenes vurdering er at det er behov for kompetanse på paramedisiner/sykepleiernivå.

I et distrikt med bikkjekalde vintre er det å ha en utrykningsklar velutstyrt bil i oppvarmet garasje en nødvendighet for å yte gode akuttmedisinske tjenester.

Oppsummert har helsevakta bidratt til økt trygghet for legene på vakt, praktisk hjelp på dagtid og legevakt, økt kvalitet på det akuttmedisinske tilbudet og økt frekvens av hjemmebesøk på legevakt, samt en trygghetsfaktor for hjemmetjenesten i vurdering av pasienter. Således er det et viktig bidrag i «pasientenes helsetjeneste». Det har vært vanskelig å dokumentere at antall innleggelser er redusert, men vårt inntrykk er at det er tilfellet. De som bemanner helsevaktbilen forteller at de har bedre innsyn i helsetjenesten samlet sett, og også har fått økt kompetanse gjennom det tverrfaglige arbeidet.

Prosjektet selv gjør en kvantitativ data-samling/evaluering inneværende halvår, og NTNU Samfunn er i arbeid med en kvalitativ evaluering.

Prosjektet skal arbeide med videreføring i drift i fellesskap mellom helseforetak og kommune fra 1.1.2021.

Vi opplever stor nytte for hele kommunens helse- og omsorgstjeneste, kanskje særlig for den akuttmedisinske beredskap. De forebyggende oppgaver er ikke utnyttet tilstrekkelig ennå, så den veien blir nok til mens vi går. Rørosprosjektet viser at dette er et tilbud som bør tilbys i resten av landet. Det viser en god samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

■ HELGE.LUND@OS.KOMMUNE.NO

Les
Utposten på nett og papir
www.utposten.no

Tommel opp for leveransekrisen

■ HARALD SUNDBY • Fastlege, Kalvskinnet legesenter, Trondheim

Å være fastlege synes jeg ofte får fram det beste i oss – en kontinuerlig oppøving i og krav om leveranse av avansert medisin: empati, grensesetting, dobbel- eller trippelroller, skjønnsforvaltning, oppdatering, improvisasjon, kommunikasjon, utholdenhet og raushet.

Og mye mer. Hver dag. Et mangfoldig og meningsfullt yrke med et viktig samfunnsoppdrag. Jeg og mange med meg er stolte over faget vårt.

Men for et år eller to siden fikk jeg bakoversveis. Jeg registrerte tildragelser som gjorde meg både oppbragt og nysgjerrig. Det ble i en periode leveransetørke på Sobril. I hele landet. Preparatet var ikke å få tak i på noe apotek. Vi har hatt leveranseproblemer på flere typer medisiner de siste årene, og dette har frustrert oss. Det har vi gitt til kjenne i ulike sosiale medier: «Helt håpløst av Staten!» 🙄 Men så er vi ferdige med følelser og over i samarbeid om løsninger: «Takk for gode tips.» 👍

Når det gjelder Sobril-tørken ble reaksjonen en annen. Ingen sure fjes og tommel ned. Nesten ingen tips. Tvert om en liten bataljon av smilefjes og like mange tommer opp.

«Kollektiv nedtrapping!» 😊 «Nå slipper vi maset!» 😊 «Måtte dette vare lenge!» 😊

Det rareste av alt: Jeg kjenner en del av kollegene bak disse smilefjesene. Jeg vet de er blant de beste kolleger og hel ved tvers igjennom.

Tid for analyse

I møte med noe som er rart må nysgjerrigheten aktiveres. Min første fortolkning: Her ble det sannsynligvis litt emosjonelt. La oss derfor prøve å holde hodet kaldt og tunga rett i munnen. Dette vet vi alle: Sobril er et *anxiolytikum*, av gruppen benzodiazepiner. Ifølge *Felleskatalogen* er indikasjonen søvnvansker, samt nevroser og psykosomatiske lidelser preget av angst, uro og spenning.

Vi kjenner også mer enn godt til denne, én av flere forsiktighetsregler: På grunn av fare for tilvenning bør preparatet gis i et begrenset tidsrom. Men vi har alle pasienter som står på og har stått på Sobril eller andre benzodiazepiner fast og lenge. Eller av og til. Dette gjelder nok også mange av «tommel opp for plutselig mangel»-legene. Noen av disse pasientene kan ha utviklet større eller mindre grad av avhengighet. Sann er det bare. Ikke helt greit og kanskje ikke så bra for helsen. Men mange lever normale liv og synes det er av god nytte.

Mer kjent stoff fra *Felleskatalogen*:

«Hvis avhengighet utvikles, vil plutselig opphør av behandlingen medføre abstinenssymptomer. Det kan være hodepine, muskelsmerter, voldsom angst, spenning, rastløshet og irritabilitet. I alvorlige tilfeller: Sviktede orientering og selvoppfattelse, følelsesløshet og parestesier i ekstremitetene, overfølsomhet for lys, lyd og fysisk kontakt, hallusinasjoner eller epileptiske anfall.»

Altså: Medisinsk sett er brå seponering uheldig og bekymringsfullt. For mange fastleger oppleves plutselig leveransesvikt like fullt kjærkomment og gledelig.

Analysen fortsetter: Vi vet alle at angst, smerte, søvnvansker og stressreaksjoner er folkesykdommer som kan gi høyt lidelsesstrykk og betydelig funksjonstap, gjerne i onde sirkler. Vi vet også at denne typen lidelse i større grad rammer våre sårbare pasienter: de med ensomme liv, de med omsorgssvikt og traumer, de med en narkoman sønn, de med en voldelig mann, de som har ramlet ut, de som har elendig økonomi, de som er trakassert. De med vanskelige liv.

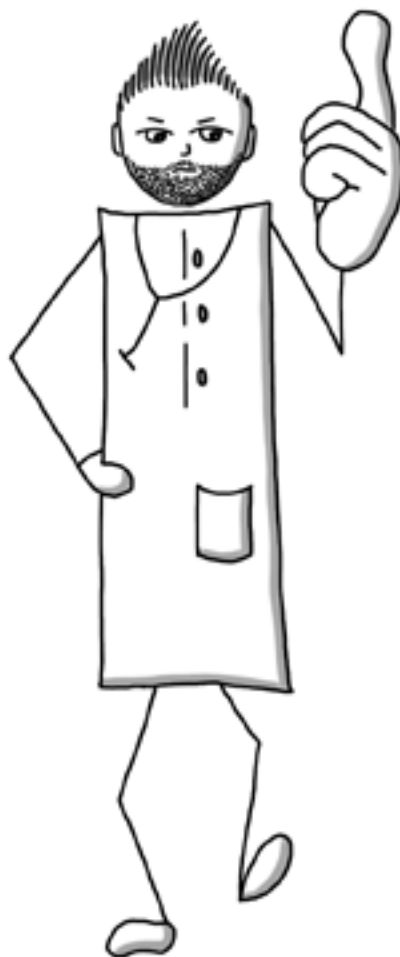
Dilemmamedisin

Eller vet vi egentlig nok om det? Det vi i alle fall vet er at disse pasientene, som alle andre, trenger respekt, tillit og støtte – ikke kollektiv nedtrapping og baksnakking med smilefjes-forakt. Den reaksjonen kan muligens tolkes som et uttrykk for at her er allmennmedisinsk faglighet kommet litt i bakgrunnen og erstattet av mer irrasjonelle impulser og vurderinger.

Jeg tror dette dreier seg om følelse av *ubehag*. Når vi kolleger diskuterer tunge faglige utfordringer kommer det nær uten unntak opp problematikk rundt pasienter som bruker vanedannende medisiner av forskjellige slag, mer eller mindre fast. De medikamentavhengige. Vi oppfatter dem som krevende pasienter og de gir oss det ubehaget. Hva er det de krever av oss? Hvorfor havner de så høyt på ubehagslista?

Vi tar det fra starten, med «resept nummer én»: Veien inn til den resepten er individuell: Angst, stressreaksjoner og smerte kan være tilstander med høyt symptom- og lidelsesstrykk. På det verste kan det oppleves som uutholdelig og «truende». 11 på en skala til 10. Stressaktivering påskrudd og døren inn til onde sirkler vidåpen. «Jeg hater å gå til legen, men hva gjør jeg nå?»

De gode nyhetene: Vi kan tilby hjelp. Vi har blant annet medisiner som oftest raskt og effektivt kan lindre. De dårlige: ikke mer enn i to til fire uker. Etter det vil videre forskrivning fort ende opp som legepåført avhengighet og bjørnetjenester. Det ønsker ingen av oss å tilby. Men hva om symptomene fortsetter? Da står vi oppradd. Både lege og pasient. Og løfter vi blikket mener jeg at vi fastleger har havnet i en slags gisselrolle, med forventninger til oss som vi ikke kan oppfylle. For bak symptomene finnes ofte baktepper som knapt lar seg påvirke fra legekontoret. I alle fall ikke på 15 minutter på en torsdag. Noen er allerede nevnt. Vanskelige liv. Ingen raske løsninger på boks.



Never blame the victim

Så da blir det vanskelig for legen også. Ubegagelig vanskelig. Jeg tror det sjelden er i slepphendt likegyldighet. Vi ender opp med å utvide indikasjonsområdet til de vanedannende medisiner på uheldige måter som etablerer medikamentavhengighet. Jeg tror det er i opprødd hjelpetrang.

Vi er avmektiggjorte i nær uløselige og ofte medikaliserte dilemmaer, med urealistiske forventninger både fra pasienter, oss selv og samfunnet. Og et tungt ansvar.

Pasienten sitter på stolen foran deg og har det dårlig. Håndter det! Det der er stress. Litt lite mestringsfølelse og laber arbeidsglede. Og noe av det tyngste, slik leger ofte er skrudd sammen: Skam er utilstrekkelighetsfølelsens onde fetter. Men, det vi aldri må glemme: Reaksjonene vi kjenner på er dypest sett pasientens avmakt. Og skam. Og lidelse. Og stress. De sliter mer enn oss. Never blame the victim.

Jeg tror mange kan kjenne på noe av dette ubehaget for hver resept Sobril man signerer. I alle fall gjør jeg ofte det. Særlig blant yngre kolleger mener jeg å se berøringsangst for både medisinerne og pasientene. Ikke så rart, for på et vis er det nærmest blitt et sikkert tegn på unnnfallen dumsnillhet for mange. Men, unge kollega, sånn er det ikke. Et dilemma er et valg der alle løsninger oppleves som dårlige. Da gjelder det å velge det som der og da framstår som det minst dårlige. Krevende analyser og krevende valg. Og lite tid. Sagt på en annen måte: utfordrende klinisk skjønnssforvaltning. Og mye tvil.

Moraliseringsfellen

Tvilen kan være ubegagelig. På det verste utmattende. Den kan begynne å leve sitt eget cerebrale liv i trafikk mellom frontalcortex og de dypere emosjonelle kjerneområder. Til lenge etter arbeidstid. Da er det nesten lettere når det ikke er noe valg. Da er det tid for aksept. Take it or leave it. Krevende det også. For pasienten. Men vi slipper tvilen.

Smilefjesene da Sobril forsvant fra apotekhyllene tror jeg uttrykte lettelse. Dilemma-pause. Pause i forhandlingene om forskrivning, for nå var det ikke lenger noe å forhandle om. Lykke til med cold turkey! Men det som det også dessverre ble tomme opp for, tror, jeg kan ha vært kollektiv moralisering på grensen til forakt.

Jeg forsøkte meg faktisk med en forsiktig kritisk kommentar, men ventet i unngåelse og uro i to dager før jeg gikk på sosiale medier igjen. Klimaet virket litt utrygt. Å banne i den menigheten? Skulle aldri ha gjort det. Frykt for avvisning fra flokken sin trigger stress og skam. Hilsen dr. Fastlege Hverdagspsykolog. Det gikk bra. Men er det noe av dette klimaet vi også tilbyr våre sårbare pasienter? På deres vegne knytter det seg i magen.

For tiden jobber jeg på en smerteklinikk, og har gjort meg mange interessante erfaringer. En av dem, ikke overraskende: Ja, det er store utfordringer og følelser rundt vanedannende medisiner. Noen ganger kommer det helt ut av kontroll. To slags opioider i høye doser, fire Valium og to Imovane. Med sikkerhet ikke bra for helsen. Vi vet at mange av oss, kanskje de beste, kan havne der. Empati kan være opprødd balansegang i dilemma-land. Snubletråder utlagt. Da må det samarbeides. Jeg møter lettete fastleger når de forstår at det er re-



ILLUSTRASJON:
MARIT T. MOSENG

spektfull støtte å få og ikke moralisering. Skuldre ned på både fastlege og pasient. Skammen luftet. Så kan vi starte samarbeidet om løsninger. Avansert og viktig smerte-, avhengighets- og allmennmedisin.

Men jeg har også møtt mange nesten like bekymrede fastleger der dosen har vært tre Paralgin Forte daglig og én Imovane, stabilt over tid. «Denne pasienten har jeg overtatt, har sett henne to ganger og jeg er ubekvem med forskrivningen.» Greit nok, men er det dette som er første prioritet? Skuldre ned, ta deg tid. Bygg relasjon og bli enige om felles mål. First things first. Pasientens opplevde helseutfordringer først. Noe sånt sier eller skriver jeg, og ser nesten tilsvarende lettelse. Ryggen fri. Da har jeg gjort jobben min. Men hvor kom den frykten fra?

Dette er *ikke* skrevet som et forsvar av langtidsbruk av vanedannende medisiner. Oftest er det en bjørnetjeneste for kronikere. Men de smilefjesene gjorde meg litt opprørt, og det var godt å få sagt det. Jeg foreslår litt kollektiv opptrapping – av kollegial ærlig utlufting av dilemmaene, avmakten og tvilen. På vegne av – og med klokke respekt for de virkelig avmektiggjorte: Pasientene.

Bli med på det! Tommel opp! Smilefjes med svetteperle.

■ HA-SU2@ONLINE.NO

Tilbake til røttene

Organisering av heldøgns kommunal legevakt i Steigen kommune

■ EINAR STØDLE • Kommuneoverlege og fastlege i Steigen kommune

Organisering av et forsvarlig og bærekraftig legevakttilbud i Distrikts-Norge er en meget krevende øvelse, og er preget av en dragkamp mellom ønsket om en tjeneste av høy kvalitet med nærhet til befolkningen, og samtidig en bærekraftig vaktbelastning for de involverte legene.

Mange distriktskommuner står i en vanskelig økonomisk situasjon, og kostnader knyttet til drift av legevakt blir derfor også et sentralt element.

Fra 1. januar 2020 valgte Steigen kommune å bryte ut av interkommunalt legevaktssamarbeid til fordel for heldøgns kommunal legevakt. Denne artikkelen beskriver den forutgående prosessen fra mitt ståsted som medisinskfaglig ansvarlig ved Nord-

Salten interkommunale legevakt og kommuneoverlege i Steigen. Kanskje kan noen av våre tanker og vurderinger være av interesse og nytte for andre kommuner i liknende situasjon.

Steigen kommune er en middels stor Nordlands-kommune med 2600 innbyggere. Kommunen er lokalisert nord i Salten, og grenser mot Hamarøy i nord, Sørfold i øst og Bodø i sør. Hele regionens geografi er

preget av fjell og fjorder, hvilket bidrar til lange reiseavstander, selv om avstandene i luftlinje kan være korte. Fra kommunesenteret sentralt i Steigen er det tre timers kjøretur til Bodø, hvor nærmeste sykehus er lokalisert. Legetjenesten i Steigen besto inntil årsskiftet 2019/20 av 2,6 fastlegeårverk og to LIS1-leger.

Frem til og med 2019 var legevaktstjenesten i Steigen organisert med kommunale

Brennviksanden sett fra Kråktind. FOTO: REIDAR BERG





Steigentunet med Kråktinden i bakgrunnen. FOTO: GJERT-ARE VALBERG

legevakter på dagtid og kveld (08.00–22.00). På nettene (22.00–08.00) og i helg (fredag 15.30–mandag 08.00) inngikk kommunen i interkommunalt samarbeid om legevakt, «Nord-Salten legevakt», med Tysfjord og Hamarøy. Den interkommunale legevakten var lokalisert på Innhavet i Hamarøy kommune og ble åpnet i 1999, med et samlet nedslagsfelt på ca. 6500 innbyggere. Reisetid til interkommunal legevakt-sentral for majoriteten av Steigens innbyggere var 40–90 minutter.

Særlig tre faktorer gjorde at kommunestyret i Steigen i november 2018 ba administrasjonen om å utarbeide alternativer for fremtidig legevakttilbud for Steigens befolkning fra 1.1.20:

- Fra 1.1.20 opphørte Tysfjord kommune som følge av kommunereformen, og kommunens areal ble delt mellom nye Narvik kommune og nye Hamarøy kommune. Disse endringene i kommunestruktur ville hatt stor betydning for Nord-Salten legevakt sitt virkeområde, og gjeldende avtaleverk måtte gjennomgått omfattende revidering. Ny kommunestruktur ville blant annet medføre at legevaktens utgifter deles på to kommuner i stedet for tre, befolkningen i legevaktens nedslagsfelt blir mindre, samt at færre leger deltar i vaktordningen.
- 1.1.20 trådte akuttmedisinforskriftens kompetansekrav i kraft, hvilket gjør at uerfarne leger og LIS1-leger alltid skal ha tilgjengelig bakvakt med mulighet for utrykning ved behov. Helsedirektoratet har anbefalt maksimal utrykningstid for bakvakt til å være én time. I vår region

var det kun en liten andel av legene som pr. 1.1.20 oppfylte kompetansekravene i akuttmedisinforskriften, og for de fleste av disse ville en utrykningstid på én time være vanskelig å overholde.

- Kommunale akutte døgnopphold (KAD) er fra 1.1.16 et lovpålagt tilbud i alle kommuner (1). KAD-tilbud stiller krav om lege i beredskap, og krav til utrykningstid gjør at denne vaktfunksjonen må ivaretas av egen lege i Steigen i de tidsrommene hvor legevakten er lokalisert på Innhavet.

Som kommuneoverlege i Steigen fikk jeg i november 2018 oppdrag fra rådmannen om å lede utarbeidelsen av saksfremlegget.

Hva skal og bør en legevakt være?

Kommunehelsetjenestelovens § 3-1 (2) beskriver kommunenes plikt til å tilby legevaktstjeneste:

«Kommunen skal tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder organisere legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste, psykososial beredskapstjeneste».

Kommunenes ansvar er ytterligere utdypet i akuttmedisinforskriften (3), og her understrekes også utrykningskravet: Kommunene skal:

«... tilby en ordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst én lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet

- a) vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp.
- b) diagnostisere og behandle akutte medi-

sinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henviser til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.»

Det er en klar nasjonal tendens til økende grad av sentralisering av legevaktstjenesten, og interkommunal legevakt er blitt den dominerende organisasjonsform. I 2016 ble det registrert 182 legevakter i Norge, hvorav 55 prosent interkommunale og 45 prosent kommunale (én kommune). I 2007 var det til sammenlikning 230 registrerte legevakter i Norge. Kun 80 av landets kommuner hadde i 2016 ren kommunal legevakt, og 11 av landets fylker har null til to rene kommunale legevakter. Utviklingen er et resultat av en tydelig politikk fra sentrale helsemyndigheter. Et akuttutvalg foreslo i NOU 1998:9 å vurdere en sammenslåing av flere vaktdistrikter, og dette ble fulgt opp i St.meld. nr. 43 (1999–2000) *Om akuttmedisinsk beredskap* (2000) som konkluderte med at det bør gis tilskudd til interkommunalt samarbeid om legevakt. Bakgrunnen for dette er at interkommunalt samarbeid teoretisk gir muligheter for større bemanning, bredere fagmiljø, og mer robuste organisasjoner. Når flere deler på kostnadene, ligger det også til rette for utvikling av kvalitet og fagutvikling.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har utført ulike studier i løpet av 2013 og 2014 som viser at avstand til legevakt er en avgjørende faktor for hvordan innbyggerne bruker legevakt-

tjenesten; bruk av legevakt er omvendt proporsjonalt med avstand til legevakt, uavhengig av hastegrad. Ulikhetene i kontakt- og konsultasjonsratene kan heller ikke forklares ut fra demografiske eller sosioøkonomiske forhold. I perioden 1995–2013 er andelen sykebesøk fra legevakt redusert fra 685 000 til 67 000 pr. år, hvilket tilsvarer en ca. 90 prosent reduksjon. Også hva angår sykebesøk er det et tydelig mønster i at sykebesøksraten er omvendt proporsjonal med avstanden til legevakt.

I den siste «legevaktmeldingen» (NOU 2015:17 *Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*) (4) gjorde et regjeringsoppnevnt «akuttutvalg» en gjennomgang av hele den akuttmedisinske kjede i Norge, inkludert legevakttjenesten. I meldingen fremkommer det at det er lite dokumentasjon på at interkommunalt samarbeid om legevakt har ført til økt kvalitet i tjenesten, og at en lege på vakt, nedleggelse av legevakstasjoner og lang reisetid er blitt en realitet for mange innbyggere:

Utdrag fra akuttutvalgets konklusjon om dagens legevakttjeneste (s. 132):

«Bemanningen i mange interkommunale legevakter er lav og med høy vikarbruk i mange distrikter. Få sykebesøk fra legevakt og lav legedeltakelse i utrykning til akuttmedisinske situasjoner, forteller om en tjeneste som på mange måter har utviklet seg bort fra å behandle dem som trenger det mest. I stedet er legevakt for en stor del en

stasjonær tjeneste som gir medisinsk hjelp til pasienttilfeller med lav hastegrad. (...) Akuttutvalgets inntrykk er at legevakt er i ferd med å bli en svak tjeneste i den akuttmedisinske kjede. Utvalget tror det er uheldig om utviklingen av legevakttjenesten fortsetter i samme spor.»

Denne konklusjonen var dessverre svært treffende for legevaktsituasjonen i Nord-Salten, særlig på nettene og i helger/helligdager, og gjorde at det var nødvendig å se på alternative måter å organisere legevakttjenesten for Steigens befolkning.

Den videre saksprosessen

I den videre saksprosessen besluttet man å gå videre med to alternativer for organisering av legevakttjenesten:

- ① Heldøgns kommunal legevakt med beredskapsvakt («hjemmevakt») utenfor ordinær arbeidstid, eller
- ② fortsette med uendret legevaktsorganisering med kommunal legevakt på dagtid og interkommunal organisering på natt, helg og helligdag.

Hovedkonklusjoner fra saksfremlegget som ble lagt frem i desember 2018

- En lokal legevakt i Steigen vil være en forbedring av det akuttmedisinske tilbudet til befolkningen i Steigen, og særlig til sårbare grupper som barn og eldre.
- Den formelle kvaliteten på legevaktdrift

ten (HMS, internkontroll, journal, ledelse, kvalitetsarbeid, bakvaktordning, hjelpepersonell) vurderes å bli av en høyere kvalitet enn ved dagens organisering.

- Økonomisk sett vil nesten enhver form for lokal organisering av legevakt gi lavere kostnader enn kostnadene Steigen kommune vil ha ved videre drift av Nord-Salten legevakt og lokal KAD-ordning fra 1.1.20.
- Utfordringen er å finne en organisering av tjenesten som sikrer en vaktbelastning for legene som gjør at Steigen kommune i fremtiden vil kunne rekruttere og beholde leger.

Med bakgrunn i de klare fordeler en heldøgns kommunal legevakt ville ha for Steigens befolkning, vedtok kommunestyret i desember 2018 at administrasjonen skulle arbeide videre med dette alternativet, hvor man også skulle belyse ulike alternativer for en bærekraftig og robust legetjeneste. En arbeidsgruppe bestående av kommuneovertlege, rådmann, og helse- og omsorgsleder gjennomførte den videre saksutredningen. I det videre saksarbeidet ble det sett på ulike modeller for ansettelse av leger, avspaseringsordninger, timesatser, samt tilskuddsordninger.

Man sto tilslutt igjen med tre alternativer for fremtidig organisering av legetjenesten, hvor alle disse alternativene ville være billigere enn å fortsette med interkommunal legevaktsamarbeid.

TABELL 1. Positive og negative aspekter ved henholdsvis «delvis interkommunal legevakt» og «heldøgns kommunal legevakt».

	POSITIVE ASPEKTER	NEGATIVE ASPEKTER
Interkommunal legevakt på natt og helg/helligdag	- Fornuftig «kompromiss» mellom tilgjengelighet og vaktbelastning på hverdager. - Mindre vaktbelastning, særlig i tidsrommet 22.00–08.00. - Bedre timebetaling. - Mindre behov for vikarbruk ved fravær av kortere varighet.	- Lang reisevei for både personell og pasienter til interkommunal sentral. - Lege kan i liten grad delta på utrykning. - De mest sårbare pasientene (sykehjem) blir i stor grad vurdert og behandlet telefonisk grunnet reisevei. - Legevaktlege har kun tilgang på begrenset journal. - Behov for egen KAD-vaktlinje i Steigen grunnet lang reisevei. - Vanskelig å overholde bakvaktkravet i akuttmedisinforskriften. - Behov for betydelig oppgradering av fasilitetene, samt ressurser til hjelpepersonell og internkontroll.
Heldøgns kommunal legevakt	- Befolkningen får økt nærhet til en viktig akuttmedisinsk tjeneste. - Legevakten vil benytte legekontolets lokaler hvor legen er kjent, og man har gode internkontrollrutiner. - Lokalisering i samme lokale som sykehjem gjør at man alltid har annet personale tilgjengelig ved behov. - Lege har tilgang på pasientjournal for kommunens innbyggere, og kjenner ofte pasienten fra tidligere. - KAD-seng ivaretas av legevaktlege. - Legevaktlege kan i større grad delta på utrykning og sykebesøk. - Turnusleger og uerfarne leger vil ha en mer «reell» bakvaktordning, hvor bakvaktlege raskere kan rykke ut ved behov for bistand.	- Økt vaktbelastning for de lokale legene, særlig nattestid, samt at lønn pr. vakt går ned fordi beredskapsvakt/hjemmevakt har dårligere lønnsvilkår enn tilstedevakt.

ALTERNATIV 1: Fortsette med uendret legebe-
manning i Steigen (2,6 fastlegeårsverk + to
turnusleger), eventuelt med omgjøring av
1 turnuslegehjemmel til fastlegehjemmel

ALTERNATIV 2: Fortsette med dagens legebe-
manning, og i tillegg ansette en ny lege i
deltidsstilling. Denne deltidslegen arbei-
der to uker hver fjerde uke, og arbeider
mye legevakt i sine arbeidsuker.

ALTERNATIV 3: Fortsette med dagens legebe-
manning, og i tillegg opprette ny 100 pro-
sent fastlegeavtale. Man får da totalt 3,6
fastlegeårsverk + to turnusleger i Steigen.

Generelle anbefalinger fra arbeidsgrup-
pen uavhengig av valg av alternativ:

- Uavhengig av hvilket alternativ man
velger, anbefaler arbeidsgruppen at man
innfører økt beredskapsgodtgjørelse ut-
over standard satser (SFS 2305) i uhen-
siktssmessige tidsrom (netter og helger).
Dette vil fungere som rekrutteringstil-
legg + kompensasjon for ivaretagelse av
KAD-seng. Ivaretagelse av KAD-seng er i
utgangspunktet en kommunal tjeneste
som ikke automatisk kan legges inn un-
der legevaktens oppgaver.
- I henhold til særavtalen mellom legefø-
ringen og KS (SFS 2305) (5) skal lege-
vaktlege egentlig kunne ha fri påfølgende
arbeidsdag ved utrykning etter kl. 23,
men i praksis blir dette vanskelig å etter-
leve. Det anbefales derfor i stedet at man
innfører en kompensasjon i form av opp-
tjening av avspasering.
- Det anbefales at man etablerer to timers
åpningstid på legesenteret med hjelpe-
personell i helgedagene for å dirigere
henvendelser av mindre hast hit. Dette
vil gjøre at legevakt på kveld og natt for-
beholdes akutte hendelser, hvilket vil
være avgjørende for å kunne ha en bære-
kraftig lokal legevaktordning.
- Det anbefales at legetjenesten har døgn-
kontinuerlig tilgang på egnet legevaktbil.

Arbeidsgruppen valgte etter en totalvurde-
ring å anbefale alternativ tre som innstil-
ling i kommunestyrebehandlingen, og det-
te ble også vedtatt. Fra 1.1.20 ble det derfor
opprettet en ny fastlegeavtale i kommunen
tilknyttet ALIS-Nord-prosjektet (6).

Oppsummering

Artikkelen beskriver deler av saksutred-
ningen som lå til grunn for at Steigen kom-
mune fra og med 1. januar 2020 valgte å gå
tilbake til heldøgns kommunal legevakt,
etter drøyt 20-års deltakelse i interkommu-
nalt legevaktssamarbeid. Opprettelsen av
Nord-Salten legevakt i 1999 var et viktig
tiltak for å sikre bærekraft i legetjenesten i



Nord-Salten legevakt har frem til 1. januar 2020 dekket de tre kommunene Steigen, Hamarøy og Tysfjord på netter og i helg/helligdag. FOTO: GJERT-ARE VALBERG

de tre kommunene Steigen, Hamarøy og
Tysfjord, som på den tiden hadde færre le-
ger, og desentraliserte legekantor. Legetje-
nesten i de tre kommunene har dessverre
likevel i mange år vært preget av liten sta-
bilitet, med høy turnover av fastleger, og
mye vikarbruk. Det har også fra samar-
beidskommunenes administrasjon vært
lite fokus på daglig drift av den interkom-
munale legevakten. Til sammen har dette
gjort at akuttutvalgets konklusjon fra
NOU 2015:17 (4) om dagens legevakttje-
neste (se over) ble svært beskrivende for
legevaktsentralen. – En viktig påminnelse
om at drift av legevakttilbud er et kontinu-
erlig arbeid! I tillegg er det med årene til-
kommet krav om KAD-tilbud i alle kom-
muner, og kompetansekrav til lege i vakt,
hvilket stiller ytterligere utfordringer til
små kommuner i griskrendte strøk.

En lokal organisering av legevakt i Stei-
gen uten interkommunalt samarbeid ville
åpenbart ha mange fordeler for Steigen
kommune, også økonomiske. Imidlertid
ville en slik lokal organisering, uavhengig
av hvilket alternativ man valgte, gi økt
vaktbelastning for de lokale legene, særlig
nattetid. Vaktbelastningen blir imidlertid
ikke dramatisk mye større enn ved
interkommunal organisering, og så lenge
Steigen kommune klarer å rekruttere og
beholde leger i sine stillinger, fremstår lo-
kal legevaktorganisering som bærekraftig.
Legevakt er bare en av svært mange fakto-
rer som avgjør om leger ønsker å komme
til, og bli værende, i Steigen, og i andre dis-
triktskommuner, jf. «Recruit and retain»-
rammeverket (7). Systematisk arbeid med
å «rekruttere og beholde» fastleger ble der-
for en viktig anbefaling i arbeidsgruppens
saksfremlegg.

Erfaringene med den nye legevakttjenes-
ten i kommunen etter seks måneders drift
har vært svært positive. Systematisk arbeid
med god tilgjengelighet ved fastlegekon-
tor på dagtid, og tydelige signaler til be-
folkningen om at legevakt utenfor ordinær
åpningstid er forbeholdt tilstander som
ikke kan vente til neste virkedag, har gjort
at legevakt på kveld og natt oppleves å bli
brukt til det det er tiltenkt; – en legevakt
for alle, men ikke for alt! I mange områder
av landet vil interkommunalt samarbeid
være en hensiktsmessig og god måte
å organisere legevakttilbudet på, men for
endel områder i vårt langstrakte land kan
dette føre til både høyere utgifter og dårli-
gere kvalitet på legevakttjenesten.

REFERANSER

1. Kommunens plikt til Øyeblikkelig hjelp døgn-
opphold. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold/Kommunenes-prosent20plikt-prosent20til-prosent20-prosentC3-prosentB8yeblikkelig-prosent20hjelp-prosent20d-prosentC3-prosentB8gnopphold.pdf> /attachment/inline/92f525bc-b877-485e-b7bc-66670d00886f:87df71do3c45off1bae72c213db0fb4a07b13a6f/Kommunenes-prosent20plikt-prosent20til-prosent20-prosentC3-prosentB8yeblikkelig-prosent20hjelp-prosent20d-prosentC3-prosentB8gnopphold.pdf
2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
3. Akuttmedisinforskriften
4. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>
5. <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/avtaler-for/leger-ansatt-i-kommunen/KS-leger-ansatt-i-kommunen/sentrale-avtaler/sfs-2305-Saeravtalen/>
6. ALIS-Nord prosjektet. https://www.alis-nord.no/?lang=no_NO
7. <https://www.nsd.mn/recruit-retain-rammeverket-og-den-norske-case-studien/>

■ EINARSTODLE@YAHOO.NO

'Tsunamien på Vestvågøy'

■ EVA MURIEL KIBSGAARD NORDBERG • *Kommuneoverlege i Vestvågøy, forsker, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, NSDM/UiT*

Smitten slo tilbake som en tsunami



Slik omtalte *Dagbladet* vårt lokale smitteutbrudd i slutten av august. En journalist hadde visstnok tilbrakt fire dager i vår kommune for å fortløpende dokumentere hvordan et smitteutbrudd utenfor de sentrale strøk forløper.

I TYPISK TABLOIDFORMAT, med foto av enkeltpersoner og overskrift med deres fornavn og alder i parentes, dannet disse et pandemiens ansikt, enten de var på 11. overtidstime på jobb i koronatelefonen eller det var en av dem som hadde fått påvist covid-19. De illustrerte med sine historier hvilken menneskelig innsats og kostnad viruset Sars-Cov-2 krever av oss.

Dette utbruddet startet med en telefon mandag 17. august fra mikrobiologisk avdeling i Bodø. Vi hadde smittesporings-team på plass, men den første telefonen til personen som har fått påvist smitte skal fortsatt gjøres av kommuneoverlege. Det skulle vise seg at denne personen hverken hadde reiseanamnese eller noen annen mistanke om smittekilde. Det var også få nærkontakter foruten arbeidsplassen. Utfordringen var likevel stor da arbeidsplassen var en av kommunens to sykehjemsin-

stisjoner. Vår indekspasient kunne altså enten ha blitt påført smitte på jobb, eller selv ha brakt smitte inn i institusjonen.

VI BESLUTTET å sette i gang en bred sporing. I tillegg til indekspasientens nærkontakter, sporet vi også lenger bakover i tid, med håp om å finne smittekilde og for å hindre eventuell spredning i sykehjemmet. Ut fra indekspasientens symptomdebut satte vi et tidsrom tilsvarende inkubasjonstiden for viruset, som ifølge WHO er fem til seks dager. Samtlige besøkende og ansatte i denne perioden ble kontaktet samme kveld og bedt om å teste seg. Beboerne ble også testet. Heldigvis kom så å si alle prøvesvar negative tilbake. I dagene som fulgte skulle vi likevel få stadig flere tilfeller. Sent torsdagskveld var det ikke mulig å gjøre ferdig smittesporingsarbeidet, og vi så derfor ingen annen løsning

enn å midlertidig stenge enkelte skoler og en barnehage. Vi måtte kjøpe oss tid til å skaffe oversikt over alle nærkontakter.

Vi kom tidlig i kontakt med FHI sitt smittesporingsekspertteam – som i tiden fremover skulle være en god sparringpartner når vi skulle legge vår lokale strategi. Nordlandssykehuset var tilgjengelige for oss og bistod blant annet med nok testmedier. Fylkeslegen ble også fortløpende orientert. Vi merket at plattformene som var etablert allerede i mars, hadde sin funksjon.

VI RAKK ALDRI å lese *Dagbladets* artikler om kommunen, men fikk med oss bilder og overskrifter. Det var godt å se at mobiliseringsen lokalt fikk en oppmerksomhet den virkelig fortjente.

Selv kjente vi på et ekko fra mars. Da vi som tre kommuneoverleger i kombistilling brått fikk aktiv døgnerberedskap, og alt som rørte seg i kommunen skulle ha råd og føringer fra lokal smittevernmyndighet. De siste ukene frem mot lockdown den 12. mars, hadde vi allerede arbeidet med å få på plass og delta i plattformer for samarbeid, både i og utenfor vår egen kommune.





Øydis Hana (t.h.) og Eva Muriel Kibsgaard Nordberg (t.v.) er kommuneoverleger i Vestvågøy sammen med Øystein Tollåli, som hadde ferie under smitteutbruddet.

Det lokale smittevernet måtte skjerpes, og logistikken rundt håndtering av mulige smittede måtte finnes ut av. Parallelt vurderte vi kontinuerlig lokal og regional risiko og holdt oss oppdatert på stadig ny kunnskap om viruset og medfølgende endringer av råd og retningslinjer. Med vinterturisme, særlig fra østasiatiske land, kjentes alt dette temmelig uoverkommelig for en kommuneoverlegeressurs som til sammen utgjorde 90 prosent.

VI OPPDAGET RASKT nødvendigheten av at kommuneoverlegen var til stede for lokalbefolkningen. Det var viktig å kunne tilpasse nasjonale føringer for smittevern til konkrete lokale forhold, og også å melde tilbake om de utfordringene som var gjeldende for oss her i Vestvågøy.

Taktskiftet vi fikk mandag 17. august kom etter en smittevernmessig forholdsvis rolig sommer. Mai måned gikk i hovedsak med til å støtte reiselivsnæringen i å få på plass sine bransjestandarder. I juni og juli fulgte vi opp noen bekymringsmeldinger omkring smittevern på serveringssteder. I begynnelsen av august skulle vi få noen nye tilfeller, men disse var avgrenset til en mindre klynge personer med smitte sporbar ut av kommunen.

Denne mandagen stod vi overfor et sporadisk tilfelle. Der og da ante vi ikke omfanget. Det var starten på en ny runde med lite søvn, drastiske, men nødvendige avgjørelser, og en stadig påminnelse om bredden i arbeidsoppgavene man har som smittevernaverlig under en pågående pandemi.

KOMMUNEN KLARTE å oppskalere testkapasiteten til seks prosent av befolkningen per dag i denne perioden som strakte seg over 14 dager. Smittesporingsteamene fungerte godt, etter hvert også med nyttig digitalt smittesporingsverktøy. Det er nesten surrealistisk å tenke tilbake på mars og april da koronatelefon, testing og smittesporing utelukkende ble gjort av oss kommuneoverleger – i kombistillingene våre, på ettermiddagstid, kveld og i helger. Vi husker fortsatt den første gangen vi skulle utføre en koronatest. Vi parkerte utenfor huset der vedkommende bodde. På trappen i vinterkulde og mørke bestemte vi hva som skulle være ren og uren sone før vi gikk i gang med påkledningen. Vi skulle oppdage at pusten ga frost på innsiden av visiret, noe som var både komisk, uprak-

tisk og stressende. Slike erfaringer gjorde det imidlertid enklere for oss å delegere oppgaver videre etter hvert som kommunen ansatte personell. Vi visste så godt hva oppgavene gikk ut på og kunne enkelt følge opp og veilede.

MOBILISERINGEN vi nå har sett i Vestvågøy springer ut fra disse små stegene opprinnelig gjort av få mennesker med stadig flere lagspillere. Laget vokste seg stort og effektivt. Samarbeidet innad i beredskapsgruppen og på tvers av ulike kommunale enheter, med god støtte fra Nordlandssykehuset, Fylkeslegen, Folkehelseinstituttet og alle gode kolleger i de ulike uformelle foraene, gjorde det mulig for oss å komme gjennom denne bølgen. Om noe skulle omtales som en tsunami er det alle involvertes vilje til å bidra – både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Når pandemien etter hvert legger seg, vil evnen til lagspill forhåpentligvis stå styrket tilbake. Vi har oppdaget nye måter å samarbeide på, på tvers av fag, sektorer og kommunegrenser. Og vi har sett at potensialet som ligger i dette, er mye større enn summen av det vi kan få til hver for oss.

■ EMK.NORDBERG@GMAIL.COM

Koronapandemien sett med øynene til en lege i

■ HANNE GURO HAUGE • Medicinskt ledningsansvarig läkare, Sjukhuset i Arvika, region Värmland

Fredag 13. mars kl. 14.30.

Medlemmene i krisberedskapsledelsen på Sjukhuset i Arvika satt samlet til Skypem te med tilsvarende ledelse på de andre to sykehusene i Värmland (Sjukhuset i Torsby og Central-sjukhuset Karlstad), innkalt av den regionale krisberedskapsledelsen. Beslutningen var tatt om at Region Värmland skulle etablere særskilt sjukvårdsledning og gå opp i f rst rkningsl ge. Også Värmland hadde fått hjem en busslast med turister fra Alpene, og smittesporings-arbeidet var i full gang. Rapportene fra Stockholm og Italia talte sitt tydelige språk – det var på tide å st lsette seg .

Hvordan påvirket pandemien grenseregionen Värmland, og hvorfor iverksatte Sverige mindre inngripende tiltak enn Norge og mange andre land? Jeg har ikke noe fasit-svar på det siste spørsmålet, men noe av forklaringen finnes i lover, forskrifter og organisering, men også i den kollektive svenske mentaliteten. Jeg vil forsøke å beskrive det litt nærmere, ispedd noen refleksjoner, samt litt om effekter av pandemien lokalt og privat.

SOM 'INNVANDRET' i Sverige siden 2003 er jeg antagelig som innvandrere flest. S nn noenlunde integrert, men ingen helblods svenske. Med norsk ektemann som arbeidspendler over grensen snakker vi norsk med barna, vi følger mer norske enn svenske nyheter, vi spiser veldig lite falkorv. men desto mer brunost, og til jul medbringes pinnekjøtt og ribbe. S nn noenlunde integrert snakker og skriver jeg mest på et hjemmesnekret svensk, er blitt godt kjent med mitt lokalområde, og ganske godt kjent med regionen – ettersom jeg i fem års tid var sjef for medisinsk klinikk på sykehuset.

Jeg satt på møtet den 13. mars i rollen som medicinskt ledningsansvarig läkare (  fagansvarlig) og lurte på hvordan vår lille avkrok ville rammes. Jeg sier avkrok, for i Sverige er Arvika en liten by ute i periferien. Men mitt perspektiv ser litt annerledes ut; her stopper toget Stockholm–Oslo, det

er fire mil til norskegrensa og mindre enn to timer til Gardermoen. Vi kom hit så jeg skulle slippe å vente på turnus i Norge i sin tid, og så bare ble vi her «inntil videre». Jeg har jobbet på sykehuset hele tiden, og i de årene jeg var klinikk-sjef, hadde jeg også rollen som leder av krisberedskapsledelsen. Etterpå fortsatte jeg som medisinsk ansvarlig, og har deltatt i å utarbeide v re lokale planer. Sjukhuset i Arvika er lite, og de fleste av oss har doble og triple roller. Vi har døgnåpent akuttmottak, to sengeposter og intensiv for medisinpasienter – akutt kirurgi/ortopedi legges inn i Karlstad. I motsetning til i Norge, er det ikke d gnlegevakt. Allmennlegene har beredskap for dødsfall og vurdering av tvangsinnleggelse i psykiatrien. I v re tre grensekommuner med ca. 44 000 innbyggere, er det fem legekontor.

MYE HAR BLITT FORBEDRET etter tsunamikatastrofen i Thailand i 2004, der mange svensker døde. Den viste at krisberedskapen i Sverige var altfor dårlig på mange område. Vi har øvd på naturkatastrofer (det har jo vært en og annen besværlig storm her også...) og togulykker, men en pandemi med et nytt virus? Det var helt ukjent terreng for meg, og det viste seg at det var det for de fleste. Nesten ingen regioner hadde beredskapsplaner for andre pandemier enn sesonginfluensaen. Jeg tenker at det er en av de store lærdommene vi må

ta med oss på alle nivåer – vi var altfor dårlig forberedt. Folkhälsomyndigheten uttalte i starten av februar at det var lite sannsynlig for spredning av smitte i Sverige, og regjeringen mente beredskapsplaner lokalt, regionalt og nasjonalt for å håndtere pandemisk influensa, var gode nok for andre pandemier. Joda, vi vet hva vi skal gjøre ved de årlige utbruddene av sesonginfluensa, men det nye koronaviruset kan, i etterp kl skapens lys, ikke sammenlignes. Særlig ikke at det blir så langvarig. Sverige har, som de fleste andre land, rustet ned, så beredskapslagrene var ganske tomme. Det har dog de siste par årene pågått arbeide for å styrke det sivile forsvaret igjen, og forslaget på resiliente sykehus er for eksempel lager for tre måneder av medisiner (nå har vi lager for kanskje 14 dager av det vi bruker daglig...).

31. JANUAR 2020 fikk Sverige sitt første sikre tilfelle av covid-19, en person som hadde vært på reise i Kina. Dette fikk mye oppmerksomhet, men deretter var det ganske stille fram til vinterferien i slutten av februar, da brakket det l s. Uka opp mot 13. mars hadde derfor vært preget av nyheter om virusets framferd i alle slags media, WHO hadde konstatert at virusutbruddet var blitt en pandemi, og det første dødsfallet i Sverige skjedde den 11. mars i Stockholm, som var blitt et episentrum. Med bakgrunn i dette etablerte nå samtlige regi-

Värmland



oner særskild sjukvårdsledning med koronapandemi som den særskilte hendelsen, med beredskapsnivå förstärkningsläge, som jeg tror tilsvarer «gul respons» – ressurser må omfordeles for å rekke til, i katastrofläge rekker ikke ressursene til.

Særskild sjukvårdsledning har mandat til å fatte vedtak som gjelder den særskilte hendelsen på tvers av linjevirkksomheten i sitt geografiske område. Det lokale, inkluderte sykehuset vårt, og primærhelsetjenesten i de tre grensekommunene Arvika, Eda og Årjäng samt Säffle. I rollen som medisinskt ansvarlig har jeg hatt ansvar for prioritering og beslutninger som gjelder medisinske innsatser i en særskilt hendelse. Fra 13. mars tok jeg også rollen som sjukvårdsledare, altså som leder for den særskilda sjukvårdsledningens arbeid, en dobbeltrolle jeg hadde fram til 31. august.

Den regionale særskilda sjukvårdsledningen gav oss et tydelig oppdrag om å etablere tre spor inn i helsevesenet for pasientene: Pasienter med og uten luftveis-symptom, samt bekreftet covid-19. Det impliserte store og omfattende endringer som måtte løses raskt, og uten denne formen for kriseledelse, hadde ikke det vært mulig. Jeg tror de fleste av oss sitter igjen med en opplevelse av at når det virkelig gjelder så er ingenting umulig! På kort tid åpnet vi opp ny sengepost, akuttmottak og poliklinikk for pasienter med luftveis-symptom, og legekontorene etablerte til-

svarende. Dette krevde både ombygninger og mye nytt utstyr, samt omfordeling og omskolering av personell. Særlig intensivkapasiteten ble det brukt mye tid og ressurser på å skalere opp. På dette tidspunktet var det stor usikkerhet i prognosene, og simuleringene fra Folkhälsomyndigheten om hvor mange intensivpasienter vi skulle dimensjonere for gav oss mildt sagt hodebry. Sverige er god på kvalitetsregister, og det Svenska intensivvårdsregistret fulgte utviklingen i realtid. Alle regioner og kommuner handlet smittevernutstyr som gale før vi fikk på plass «ordning och reda» i forsyningslinjene. Festlig å bruke forsvarets beskyttelsesmaske på akuttmottaket før vi fikk nok godkjente visir og munnbind...

MED RUNDT BORDET i den regionale ledelsen satt smittskyddsläkaren i Värmland. Smittevernlegene er ansatt regionalt. Svensk lovgivning tillater ikke kommunene å ansette leger, og dette tror jeg er en viktig forskjell mellom Sverige og Norge. De 21 smittevernlegene tetnet til nettverk dem imellom, samt opp mot Folkhälsomyndigheten for å kunne formidle samme budskap ut til regionene. Kompetanse samlet på en større enhet i regionen tror jeg sikret enhetlige gode instruksjoner og retningslinjer. Den assisterende smittevernlegen jobbet tett på virksomhetene både i kommunene og region sammen med sine hygiensykepleiere. Dette var viktig for å

sikre at vi klarte å holde på de tre sporene og forhindre at smitte spredte seg til pasienter og personell internt i helse/omsorgssektoren. De utbruddene vi har hatt blant personal i Värmland har nesten alle kunnet spores tilbake til smitte mellom personell. Noen har gått på jobb med symptomer, og andre har lagt fra seg hjernen på utsiden av personalrommet. Man sitter for tett og glemmer basale hygienerutiner. Rutinene for bruk av smittevernutstyr skapte tidlig opphetede diskusjoner både i sosiale medier og innad vår egen region. Verneombudet truet med å stanse arbeidet på Centralsjukhuset. Mange mente at når man vet for lite om virusets egenskaper og smitteveier bør forsiktighetsprinsippet råde. Det tok veldig mye energi, og jeg synes at her burde myndighetene kommet «folket på gølv» mer i møte initialt for å skape tiltro og arbeidsro.

JEG ER IKKE SIKKER på om smittevernarbeid i Värmland ville blitt bedre om smittevernlegen var ansatt kommunalt. Derimot tror jeg at det kan ha utgjort en forskjell at den høyeste medisinske kompetansen i kommunene ikke er leger.

Den høyeste medisinske kompetansen i kommunene er en medisinsk ansvarlig sjuksköterska. Det er ulikt i regioner og kommuner imellom i hvor stor grad sykehjem, primær- og spesialisthelsetjenesten er drevet privat, men alt er fortsatt regio-

nalt og kommunalt politisk styrt. I møte med koronapandemien ble kommunene glemt i mange regioner – og også fra de nasjonale myndighetene. Mangelen på medisiner og smittevernutstyr var i starten enorm. I Stockholm måtte sykehjemmene levere fra seg utstyr inn til intensivavdelingene, og man brukte 100 millioner på å bygge opp et feltsykehus for intensivbehandling (som aldri ble brukt!) uten å samtidig tilføre sykehjemmene nødvendig utstyr, medisiner og kompetanse.

Noe av det som har sviktet mest i Sverige – som også statsepidemiologen Anders Tegnell har kommentert – var at man ikke klarte å beskytte de skrøpelige eldre. Det private Familjeläkarna har ansvaret for legeinnsatsene på over 70 sykehjem i Stockholm, og selskapets sjef og lege Stefan Amér sendte 18. mars et skarpt brev til regionens ledelse om tingenes tilstand:

«Smittspridningen har tagit fart på våra äldreboenden i regionen. Under dagen har 20 äldre multisjuka patienter på 16 av våra boenden konstaterats positiva för covid-19 (...). Sannolikt har vi betydligt fler fall i morgon.»

SMITTEN RAKK Å KOMME INN på sykehjemmene i Stockholm rundt 1. mars etter vinterferien før man hadde skjønnet omfanget av virusets spredning i Alpene. Men når det var et faktum, ble det etter manges mening håndtert fundamentalt feil. Leve- og døde av utstyr hadde fått beskjed om at regionen skulle prioriteres, og fortvilte sykepleiere rapporterte om at de hadde smittevernutstyr som rakk for to timer av gangen. Amér tror at det delvis kan forklares med at på tross av at Sverige for lenge siden har overført store og tunge ansvarsoppgaver innen helse- og omsorg til kommunene, så er det fortsatt en utbredt oppfatning om at de syke skal inn til sykehus – en mangelfull innsikt om at man også på utsiden av sykehuset gir avansert helsehjelp til syke eldre. Jeg tror også kompetansemangel er en viktig faktor her, og det ser ut som at den svenske regjeringen nå satser penger på utdanning for de mange ufaglærte.

DET HØYE ANTALLET dødsfall i Sverige må kommenteres. Det har blitt pekt på at vi registrerer dødsfallet som covid-relatert om pasienten har fått påvist koronavirus innen 30 dager før dødsfallet, slik at statistikken inkluderer pasienter som dør med, men ikke av, covid-19. Dette forklarer så klart bare en liten del, og det er viktig å finne årsakene før vi får neste pandemi. En faktor som allerede er gjenstand for granskning, er hvordan legene tok stilling til behand-

lingsbegrensning av sykehjemspasientene. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som utfører tilsyn i helse- og omsorgssektoren, har gjennomført en stor granskning av hvorvidt det ble utført individuelle vurderinger av lege. Granskningen viser at i noen regioner gjorde man innledningsvis en generell prioritering: De som bodde på sykehjem skulle ikke sendes inn til sykehus. Mange har uttrykt seg sterkt kritisk mot dette, blant annet professor i geriatri Yngve Gustafsson, som hevder at eldre ble nedprioritert, og mange døde uten å ha fått en korrekt vurdering og behandling.

Spørsmålet om behandlingsbegrensning kom tidlig opp også hos oss. Jeg ba allmennlegene om å sikre en aktuell vurdering av hver enkelt i sykehjem, men så ingen grunn til at beboerne skulle vurderes annerledes på grunn av pandemien. Hos oss gis ikke intravenøs væske og oksygen ute i kommunene, med visse unntak. Så de som man vurderte kunne tilgoderegge seg sykehusets behandlingsmuligheter, de skulle sendes inn. Støtte fra etikkgruppa i regionen kom på plass etter hvert, men kapasiteten holdt for alle som trengte sykehusbehandling.

Om kommunene hadde hatt en lege som personalets og pasientenes advokat i spørsmålene om pasientsikkerhet, etikk og prioriteringer – hadde det da blitt annerledes initialt? Jeg tror det. Det finnes både leger og politikere i Sverige som har tatt til orde for at det bør utredes om man skal endre loven.

Jeg nevnte så vidt Anders Tegnell, og kommer ikke utenom å reflektere litt rundt statsepidemiologens – og Folkhälso-myndighetens – betydning. Vi har alltid sagt «Söta bror» om Sverige. Storebror. Den litt trauste, kjedelige storebroren der alt skal utredes i det uendelige før beslutninger kan tas. Det skal være «ordning och reda». Dette bildet har jeg hatt av Sverige, også før jeg flyttet hit. Men noe jeg ikke visste, var at den svenske grunnloven garanterer at folket får bevege seg fritt i fredstid, den forhindrer dermed tvangsisolering og lockdown. Jeg har oppfattet at man ikke er interessert i en grunnlovsendring. En annen ting jeg ikke var klar over var den store tiltroen til profesjonelle autoriteter som man har her. Meningsmålinger viser at i starten av pandemien hadde over 70 prosent tiltro til Folkhälsomyndigheten og over 60 prosent tiltro til det politiske styrets håndtering av pandemien. Andelen med tiltro har minsket noe i den oppfølgningen som ble gjort i starten av september, men er likevel svært høy til tross for de høye dødstallene.

HELT FRA STARTEN av rådde borgerfred, og politikerne lot profesjonen stå i front for informasjon og innføring av tiltak – slik er loven utformet i Sverige, den gir mye makt til de uavhengige myndighetene. Tegnell & co fikk derfor fatte beslutningene om hvilke tiltak Sverige skulle innføre i møte med koronapandemien. Helt fra starten av har han vært tydelig på at omfattende lockdown med tvangsisolering og stenging av virksomheter ikke er veien å gå, uansett hva grunnloven tillater eller ikke. Han uttalte nylig til *Financial Times* at lockdown er som å bruke hammer for å drepe en flue. I stedet har Sverige, ifølge Tegnell, valgt å implementere strategier som er holdbare over tid, som år, om det trengs. Å åpne og stenge virksomheter og grenser hele tiden skader mer enn det er til gagn for å bekjempe pandemien, mener han, og det resulterer bare i at befolkningen går kraftig lei, det er ødeleggende for både skolebarn og næringsvirksomhet.

I NORSKE TABLOIDE MEDIA oppfatter jeg at Tegnell har blitt framstilt som en riksmolbo, og at i Sverige har det vært business as usual. Det stemmer ikke. Det har ikke vært morsomt å lese norske nyheter og kommentarfelt med all hets mot den strategien som ble valgt. Selv om ingen virksomheter ble påtvunget å stenge, har smitteverntiltakene bidratt til at det er synlig overalt at vi lever i en pandemi. I vår hadde videregående og universitet/høyskoler distanseundervisning, og det ble innført et maksantall på 50 personer på sammenkomster, hvilket gjorde at kulturlivet ble rammet hardt, likeså idrettsarrangement.

Alle over 70 år, samt mennesker med sykdommer som gav økt risiko ved koronasmitte, ble sterkt anbefalt å isolere seg, og alle ble oppfordret til å holde avstand, begrense nærkontakter og unngå trengsel. Vi fikk klare direktiv om å ikke innkalle de mest sårbare pasientene til kontroll om det ikke var absolutt nødvendig, og mange av de vi likevel innkalte våget ikke komme.

Sammenfattet synes jeg det ikke er så stor forskjell om man ser til de anbefalingene som befolkningen har fått. Men det ble tillempet en linje som bygget på tillit til befolkningen med individuelt ansvar og en langsom innføring og justering av tiltakene.

Hvordan har legeprofesjonen reagert på den linjen Sverige har valgt? Det tror jeg også har kommet fram i norske media, at alle har ikke vært enige i Tegnells tillitsbaserte linje om selvisolering og distansering. Mange har tatt kraftig til orde for mer omfattende bruk av smittevernutstyr, karantenetiltak lignende de norske og lock-

down. For oss som bor langs norskegrensa i Värmland hadde en omfattende lockdown i midten av mars hatt null effekt. Vi hadde på mitt sykehus to pasienter i slutten av mars, som var knyttet til reise utenlands, men deretter var det veldig lite smitte før i midten av mai. Snarere er det kanskje sånn at vi tjente på at Norge stengte grensa? Men jeg tror – som en del hevder – at vi sluttet med omfattende smittesporing for tidlig. Informasjon til nærkontakter ble i stor grad overlatt til den smittede, med unntak av pasienter i kommunal helse/omsorg og sykehus, men er nå reetablert for alle. En positiv konsekvens er at prøvetakingsmulighetene var godt utbygget med korte svarstider da det ble et høyere trykk i august.

EN TING JEG SYNES ER TRIST er hvordan man i Norge har praktisert angiveri og offentlig gapestokk for å påføre skamfølelse, særlig i sosiale medier. Jeg har også reagert på at tiltakene ble framstilt som dugnad. For meg er dugnad frivillig, ubetalt arbeid, og jeg synes ikke dugnad er rett begrep. Dugnadsånden varer neppe evig om den ikke gjelder en hjertesak, og man blir trøtt av å holde trykket oppe. Det har skjedd her også, noe økt smitte i slutten av sommerferien er et bevis på, og det gjelder både unge og eldre. Jeg kan ikke si at jeg har sett den typen hets her, selv ikke om de som mot bedre vitende klumpet seg sammen på Västkusten i slutten av sommeren. Vi sitter dog med samme utfordring: å kommunisere slik at befolkningen fortsetter å respektere anbefalingene.

Så Värmland rustet altså opp for et skrekksenario med bildene fra Italia på netthinnen. Sammenlignet med de hardest rammede regionene i øst har koronapandemien i Värmland så langt bare vært en flau bris, og helsevesenets kapasitet har aldri vært truet. I stedet har vi skapt enormt mye arbeid for oss selv med det som har blitt kalt både «vårdskuld» og «koronaskuld» – alle disse pasientene som ikke fikk komme på mange måneder som nå står godt plassert i lange ventelister. Primærhelsetjenesten kunne tidligere enn sykehusene utvikle den ressurskrevende økte kapasiteten, siden pasientene med luftveissymptom uteble. De har dermed ikke like mye å ta igjen.

Å lede vår særskilda sjukvårdsledning er noe av det mest utfordrende og intensive jeg har gjort. Det ble lange dager og konstant tvil om jeg hadde kontroll og om vi tok de rette beslutningene. Min dekanus under studietiden i Trondheim pleide å si at etableringen av det nye medisinstudiet i



FOTO: FRANKIE FOLGANTINI / WIKIMEDIA COMMONS

– Mine egne opplevelser gjør at jeg lener meg mot Tegnells linje, sier Hanne Guro Hauge.

1993 kunne sammenlignes med at båten blir til mens vi ror – og litt samme følelsen var det her, det var en helt enorm informasjonsmengde om covid-19 som skulle konsumeres nærmest time for time, og hundrevis av små og store beslutninger som skulle tas. Presset om å sikre intensivkapasiteten var det mest utfordrende i starten. Utover våren og sommeren har det vært et nesten like utfordrende arbeid å etablere en slags ny normalitet med ulike spor for pasientene. Det arbeidet pågår fortsatt, og Värmland har for eksempel bestemt seg for å beholde vertskap ved inngangene til 31. januar, slik at bare pasienter og i en viss grad pårørende slipper inn på sykehus og legekontor.

PÅ DET PRIVATE PLAN endte vi opp med at min far var «koronafast» hos oss. Han kom på besøk 9. mars og skulle bli til påske, men ble helt til starten av juni, da Norge hadde minsket karantenedagene til ti. Det var sårt å ikke få besøke venner og øvrig familie som planlagt. Da Norge åpnet grensene mot Värmland i slutten av juli, valgte vi å dra på besøk til familie, som

viste seg å være en helt riktig vurdering da det ble siste gang vi fikk være sammen med min mams 92-årige mor. Hun døde kort tid senere, og da Norge igjen åpnet grensene for Värmland, kunne hele familien reise og delta i begravelsen. Men vi følte oss som ubudne gjester og kjente på reiseskammen med våre svenske bilskilt. Det er vanskelig å ta innover seg at man ringer politiet når man ser en bil med utenlandske bilskilt, enda vanskeligere å forklare hvorfor dette skjer til barna våre. Min personlige erfaring er at det koster mye å ikke få treffe familie og venner fysisk – det kan aldri være en unødvendig reise for å være sammen med den nærmeste familien. Og når man treffes, så holder man litt avstand og følger rådene om håndvask etc. Jeg opplever også at det gode åpne forholdet mellom våre to land har fått seg en knekk. Forhåpentligvis får vi gode svar på hvordan vi best skal fortsette å leve med denne pandemien og møte den neste. Mine egne opplevelser gjør at jeg lener meg mot Tegnells linje.

■ HANNE.GURO.HAUGE@KAGH.NO

Gode henvisninger til rett bildediagnostisk undersøkelse

■ EVA G. FRIBERG • Fagdirektør medisinsk strålebruk, avdeling strålevern og måltjenester, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA)

Unngå unødvendige bildediagnostiske undersøkelser. Det er hovedbudskapet i en pågående bevissthetskampanje om rett bruk av bildediagnostikk fra Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet.

Hvert år utføres det mange unødvendige og uhensiktsmessige bildediagnostiske undersøkelser i Norge og Europa. Dette er bekymringsfullt, fordi slike undersøkelser fører til unødig bruk av helseressurser, fare for overdiagnostikk og uønsket stråleeksponering, noe som er forbundet med en liten risiko for utvikling av kreft senere i livet.

Høyt forbruk av CT og MR

Det er stort behov for å øke bevisstheten blant helsepersonell når det gjelder riktig bruk av bildediagnostikk. Slik konkluderte en europeisk aksjonsuke i 2016 der Norge og 16 andre land deltok. I tillegg må kvaliteten på henvisningene til bildediagnostikk bedres, var konklusjonen.

En rapport fra Riksrevisjonen i 2017 indikerer et høyt forbruk av CT- og MR-undersøkelser i Norge med begrenset eller uklar nytteverdi (1). Rapporten pekte på at kvaliteten på mange henvisninger som radiologene mottar, spesielt fra fastleger, ikke hadde god nok kvalitet. Manglende informasjon om pasientens sykdomsbilde og klinisk problemstilling gjorde det vanskelig for radiologer å vurdere om det var behov for bildediagnostikk, og hvilken undersøkelse som ville gi best svar for å stille en diagnose. Tilsvarende kartlegginger i andre europeiske land peker i samme retning.

God pasientdialog

I november 2019 lanserte Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) en

kampanje for å øke bevisstheten rundt riktig bruk av bildediagnostikk. Kampanjen er rettet mot henvisende leger, og målet er å redusere antallet unødvendige og uhensiktsmessige bildediagnostiske undersøkelser. Det skal gjøres ved å fokusere på økt kunnskap og dialog med pasientene.

Fysioterapeuter, manuellterapeuter, kiropraktorer og gynekologer er identifisert som viktige interessenter i kampanjen. Den er også formidlet til alle landets helseforetak, sykehus og røntgeninstitutter. I alt 19 land deltar i kampanjen som er i regi av de europeiske strålevernmyndighetene (HERCA).

Kampanjen tilbyr legene en digital verktøykasse som de kan bruke i dialogen med pasientene. Verktøykassen inneholder informasjon om strålerisiko og syv nøkkel-spørsmål som legene bør tenke igjennom før de henviser til bildediagnostisk undersøkelse:

7 spørsmål før henvisning

- ❶ Hvis jeg allerede har stilt pasientens diagnose, hva er tilleggsverdien av en bildediagnostisk undersøkelse?
- ❷ Bør pasienten min få utført enda en bildediagnostisk undersøkelse i tillegg til den som nylig har blitt utført?
- ❸ Bør jeg henviser pasienten min til røntgen eller CT dersom andre bildediagnostiske undersøkelser uten bruk av ioniserende stråling gir like god diagnostisk avklaring?
- ❹ Er pasienten min klar over at en CT-undersøkelse ikke er uten risiko?
- ❺ Hvordan kan henvisningen min sikre at pasienten får den mest hensiktsmessige bildediagnostiske undersøkelsen?
- ❻ Har jeg husket å spørre om mulig graviditet der dette er relevant?
- ❼ Hva bør jeg vurdere før jeg henviser et barn til en bildediagnostisk undersøkelse?

Hva er en nyttig undersøkelse?

Undersøkelser som har betydning for videre diagnostisering og behandling av pasienten ansees som nyttige. Ofte er en klinisk undersøkelse tilstrekkelig til å vurdere videre håndtering og oppfølging av pasienten.

Undersøkelser som primært har til hensikt å berolige pasienten vil i et klinisk perspektiv være unødvendig.

Det er viktig å innhente relevante bilder fra undersøkelser som nylig er utført ved andre helseinstitusjoner for å unngå at undersøkelser tas om igjen.

Pasienter med kronisk sykdom kan ha behov for gjentagende undersøkelser for å følge med på sykdommens utvikling. Nasjonale handlingsplaner og retningslinjer utarbeidet av Helsedirektoratet inneholder ofte anbefalinger om god medisinsk bildepraksis for denne typen pasienter.

Pasienter kan etterspørre spesifikke undersøkelser. I noen tilfeller har de ikke realistiske forventninger til undersøkelsen. Da er det viktig at legen formidler korrekt informasjon.

Velg riktig undersøkelse

Vær bevisst på forskjellene mellom ioniserende og ikke-ioniserende bildediagnostiske avbildningsteknikker. Når ikke-ioniserende avbildningsteknikker gir like god eller bedre diagnostisk informasjon, bør disse velges for å unngå uønsket stråleeksponering av pasienten.

Nasjonale handlingsplaner og retningslinjer gir nyttig informasjon om rett valg av undersøkelsestype. Henvisningskriterier for bildediagnostiske undersøkelser er en annen god kilde for veiledning og hjelp til å velge den mest hensiktsmessige undersøkelsen ut fra pasientens kliniske symptomer.

- Røntgen- og CT-undersøkelser er godt egnet til å avbilde skjelett samt vev, organer og strukturer med store tetthetsforskjeller.



Hvis jeg allerede har stilt pasientens diagnose, hva er tilleggsværdien av en bildediagnostisk undersøkelse?



Bør pasienten min få utført enda en bildediagnostisk undersøkelse i tillegg til den som nylig har blitt utført?



Bør jeg henvise pasienten min til røntgen eller CT dersom andre bildediagnostiske undersøkelser uten bruk av ioniserende stråling gir like god diagnostisk avklaring?



Er pasienten min klar over at en CT-undersøkelse ikke er uten risiko?



Hvordan kan henvisningen min sikre at pasienten får den mest hensiktsmessige bildediagnostiske undersøkelsen?



Har jeg husket å spørre om mulig graviditet der dette er relevant?



Hva bør jeg vurdere før jeg henviser et barn til en bildediagnostisk undersøkelse?



Risiko forbundet med eksponering for ioniserende stråling

FIGUR DIREKTORATET FOR STRÅLEVERN OG ATOMSIKERHET

- CT er en av de bildediagnostiske undersøkelsene som gir høyest stråledose, og pasienten er ikke alltid klar over risikoen som er forbundet med strålingen. CT-undersøkelser gir generelt mer klinisk informasjon enn konvensjonelle røntgenundersøkelser, men medfører ofte økt stråledose. Henvis derfor kun til CT dersom en vanlig røntgenundersøkelse ikke kan gi tilstrekkelig klinisk informasjon.
- MR- og ultralydundersøkelser er godt egnet til å avbilde bløtdeler og strukturer med små tetthetsforskjeller.
- Vurder alltid om MR eller ultralyd kan benyttes for å unngå at pasienten eksponeres for uønsket stråling.

Skriv gode henvisninger

En god henvisning skal inneholde grunnleggende informasjon om pasienten, kliniske opplysninger og relevant pasienthistorikk, tydelig klinisk problemstilling som ønskes besvart, informasjon om tidligere relevante bildeundersøkelser, informasjon om graviditet/amming, samt kontaktinformasjon til henvisende lege for supplerende informasjon.

Gode henvisninger er en forutsetning for at radiologene skal kunne velge rett bildediagnostisk undersøkelse for å besvare den kliniske problemstillingen og stille riktig diagnose hos pasienten. Jo tydeligere det kliniske spørsmålet og annen relevant informasjon er, desto mer målrettet kan undersøkelsen gjennomføres.

Gravide og barn er mer strålefølsomme

Fostre, babyer og barn er mer sensitive for stråling enn voksne, siden organene deres fortsatt er i utvikling. I tillegg har barn lengre forventet levetid, noe som øker sannsynligheten for at en stråleindusert kreft rekker å manifestere seg før pasienten dør av andre årsaker.

Organer under utvikling og økt vanninnhold i kroppen vil kunne påvirke de diagnostiske bildene. Tolkning av slike bilder krever ofte spesiell kompetanse i barneradiologi, og det vil ofte være nødvendig å henvise til egne barneradiologiske avdelinger. Egne henvisningskriterier for barn bør konsulteres ved behov.

Gravide pasienter er ofte bekymret for om røntgen- og CT-undersøkelser er skadelig for fosteret. Korrekt og god dialog med pasienten er derfor viktig for å redusere unødvendig bekymring under graviditeten.

Det er viktig å avdekke graviditet eller mulig graviditet før det henvises til bildediagnostikk med ioniserende stråling, altså røntgen- og CT-undersøkelser. I noen tilfeller kan det være tilrådelig å utsette undersøkelsen til etter svangerskapet eller vurdere alternative undersøkelsesmetoder som MR og ultralyd for å beskytte fosteret.

Hvis røntgen- eller CT-undersøkelsen ikke kan utsettes, må dosen til fosteret minimeres. Dette ivaretas ved radiologisk avdeling når graviditeten er kjent. I nødssituasjoner vil hensyn til mors liv veie tyngre enn mulige stråledoser til foster.

Fosterets risiko for stråleskader i svangerskap

Et foster er mest følsomt for stråleskader i første trimester under organdannelsen. I denne perioden vil celledokker i hurtigvoksende vev kunne føre til vekstreduksjon, misdannelser og hjerneskade ved stråledoser til fosteret på over 100 mGy.

Det er kun omfattende og/eller gjentagende CT-undersøkelser av abdomen eller bekkenområdet som kan føre til så høye stråledoser. God radiografisk teknikk og dosereduserende tiltak kan bidra til å redusere risikoen.

Risikoen for stråleskader hos foster etter bildediagnostiske undersøkelser er i utgangspunktet lav, og det er normalt ingen indikasjon for provosert abort hvis det skjer en utilsiktet eksponering av fosteret.

Det er kun ved undersøkelser der fosteret er i primærstrålen at dosen til fosteret er av betydning. Undersøkelser av ekstremiteter, hode og lunger kan stort sett gjennomføres selv om pasienten er gravid. Undersøkelser av abdomen og bekken kan imidlertid føre til potensielt høye fosterdoser.

Generelt lav helserisiko

Stråledosene fra diagnostiske røntgen- og CT-undersøkelser er generelt lave. Akutte stråleskader er derfor svært sjeldne, og risikoen for stråleindusert kreft senere i livet for den enkelte pasient er liten. Det er likevel viktig å huske på at risikoen på befolkningsnivå vil kunne få betydning. Avveining av strålerisiko opp mot klinisk nytteverdi er derfor en viktig del av vurderingene som må gjøres før det henvises til bildediagnostikk som røntgen og CT.

Så lenge undersøkelsen er nødvendig og gjennomført med korrekt teknikk, vil de kliniske fordelene overstige strålerisikoen. Men hvis pasienten blir henvist til unødvendige undersøkelser uten klinisk nytteverdi, er undersøkelsen kun forbundet med en risiko som ikke er akseptabel.

Korrekt og balansert informasjon om strålerisiko sett opp mot klinisk nytteverdi er viktig for å kunne diskutere valg av bildediagnostisk undersøkelse av pasienter og sette strålerisiko i riktig perspektiv. CT-undersøkelser gir generelt høyere doser enn konvensjonelle røntgenundersøkelser. Undersøkelser av abdomen/bekkenområdet er forbundet med høyere risiko enn undersøkelser av ekstremiteter, siden flere strålefølsomme organer blir bestrålt. MR- og ultralydundersøkelser fører ikke til stråleskader, siden disse avbildningsteknikkene ikke benytter ioniserende stråling.

REFERANSER

1. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av poliklinisk bildediagnostikk. 2017.

■ EVA.FRIBERG@DSA.NO

Resept for en febril planet

■ KNUT MORK SKAGEN • Lege i spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri, St. Olavs hospital. Styreleder, Legenes klimaaksjon

Er det plass til en hel klode inn på behandlingsrommet? Helsepersonell kan gjøre mye for å bidra til et mer levelig klima.

Den globale gjennomsnittstemperaturen har økt med 1,1 °C siden slutten av 1800-tallet. Stigningen fortsetter nå i en takt på ca. 0,2 °C hvert tiende år (1). Det er umulig å si hvor stor oppvarmingen kommer til å bli, nettopp fordi prosessen drives av noe så uberegnelig som menneskelig aktivitet. FNs miljøprogram estimerer ut fra dagens politikk, en oppvarming på ca. 2,7 °C innen 2100 (2), men som alle andre spådommer, er denne skjør. Alt fra 2 °C til 4 °C er høyst realistiske scenarier. I beste fall kan økonomisk og teknologisk utvikling snu eller kompensere for en større utslippsøkning. I verste fall utløses irreversible tilbakekoblingsmekanismer i karbonsyklusen allerede ved en oppvarming på 2 °C, som på sikt kan gjøre kloden lite gjestmild for mennesker (3).

Alle barn født i dette århundret vil oppleve helt andre klimatiske forhold enn det som fram til århundreskiftet ble regnet som

normalen. Global oppvarming er ikke noe som *kommer til å skje*, men en gjennomgripende prosess vi står midt oppe i. Den er også svært skadelig for liv og helse. World Health Organization (WHO) har omtalt global oppvarming som «den største trusselen mot global helse i det 21. århundre» (4), og Verdens legeforening (WMA) erklærte høsten 2019 klimakrise (5). De oppfordrer alt helsepersonell til å engasjere seg i arbeidet for å bremse den globale oppvarmingen og forebygge de helseskadene som følger (BOKS 1).

Helsepersonell har ingen direkte myndighet over nasjonale utslippsmål. Som gruppe har vi likevel påvirkningskraft på flere nivåer: hos styringsmyndigheter, i profesjonsutøvelsen og hos den enkelte pasient. Nettopp fordi klimagassutslipp er så tett knyttet til alle samfunnets aktiviteter, kan innsats på samtlige nivåer ha reell innvirkning.

Primum non nocere

Framfor alt ikke skade. Helsevesenet står for mellom én til fem prosent av verdens klimagassutslipp, og for to til ti prosent av de nasjonale klimagassutslipp i høyinntekts-

land (6). Skal helsepersonell kreve en atferdsendring hos pasienter og politikere, må vi også feie for egen dør. Det er ingen nyhet at helsevesenets iver etter individets tilfriskning må balanseres mot potensielle samfunnsmessige bivirkninger. Dette viser seg på flere fronter: i kampen mot antibiotikaresistens, i prioriteringen av strenge koronatiltak versus andre behandlingsbehov, og i arbeidet for å skape et helsevesen der klimagassutslippene går i null.

Det finnes gode data på klimafotavtrykket til norsk spesialisthelsetjeneste, som siden 2018 har publisert årlige rapporter om samfunnsansvar. Sunnaas sykehus har stått fram som et eksempel til etterfølgelse, med en halvering av klimagassutslipp i perioden 2013–19 (7).

Det er ikke gjort tilsvarende målinger av klimafotavtrykket til allmennpraksis eller kommunehelsetjeneste. I Storbritannia har man kommet lenger på området. General Practice Council (GPC), en del av den britiske legeforeningen, har nylig publisert en veileder i bærekraftig og klimavennlig allmennpraksis (8). Veilederen baserer seg på et såkalt forbruksbasert klimaregnskap, som ikke bare måler direkte utslipp, men

BOKS 1

KLIMAKRISE ER EN HELSEKRISE (16–18)

Hete. Hetebølger forventes å øke i hyppighet, intensitet og varighet. Ekstrem hete er direkte helseskadelig og har en høy samfunnskostnad i form av tapte arbeidstimer.

Naturkatastrofer. Oversvømmelser, ekstremvær og skogbranner rammer oftere og hardere i en varmere verden. Ytterligere 10 millioner mennesker kan bli utsatt for flomrisiko ved en temperaturøkning fra 1,5 °C til 2 °C.

Underernæring. Ekstreme værutslag truer matsikkerhet i flere regioner, og kan snu flere tiår med positiv utvikling.

Infeksjonssykdommer. Klimaendringer øker risikoen for zoonoser og nye pandemiske sykdommer. Det forventes økning i vektor- og vannbårne infeksjoner; stadig større områder har gunstige forhold for spredning av malaria, denguefeber og kolera.

Migrasjon og konflikt. Både havstigning og hete vil tvinge et stort antall mennesker på flukt.

Psykisk helse. Det rettes økende oppmerksomhet mot de psykiske konsekvensene av endringer i økosystemer og landskap. I tillegg kommer de psykiatriske skadevirkninger av naturkatastrofer og hete.



også de indirekte utslippene forbundet med produksjon og anskaffelse av varer og behandling av avfall.

Medikamentbruk står for så mye som 65–90 prosent av klimagassutslippene fra britisk allmennpraksis, og er den nest største kilde til klimagassutslipp for hele National Health Service (NHS). Dette skyldes i all hovedsak produksjon. Farmasøytisk industri står for omtrent 55 prosent høyere CO₂-utslipp enn verdens bilprodusenter til sammen (9). Inhalasjonsaerosoler har en tilleggseffekt ved bruk, da drivgassen består av hydrofluorkarboner, en gruppe svært potente klimagasser. Førsteprioritet for en klimavennlig allmennlegetjeneste er, ifølge GPC, å redusere unødvendig medikamentbruk og erstatte de mest klimaskadelige medikamentene.

Å fjerne medikamenter er ikke alltid et alternativ. Når man ser bort fra medisinsk behandling, er de største utslippene ved britisk allmennpraksis forbundet med transport og reise. Det er liten grunn til å tro det fortoner seg annerledes i Norge. Veit

trafikk står for 16 prosent av Norges totale klimagassutslipp, og halvparten av dette kommer fra personbiltrafikk. Koronaepidemien har gitt alle ledd i helsevesenet en sjokkinnføring i bruk av videoteknologi til pasientkonsultasjoner. Større andel videokonsultasjoner, samt klimavennlige valg av transportmidler, er begge mulige bidrag til utslippsreduksjon.

Blodtrykk, puls og CO₂-avtrykk

Det sitter langt inne for de fleste behandlede å trekke global folkehelse inn i en pasientsamtale. Det vil være særdeles dårlig behandling å påføre enkeltpasienter ansvar for globale kriser når de søker råd og hjelp for helseutfordringer i eget liv. Samtidig mener nesten 70 prosent av nordmenn at de selv har et ansvar for å kutte i klimagassutslipp (10). De trenger saklige forklaringer på hvordan de kan gjøre dette på en måte som også ivaretar egen og andres helse.

Kjøttkonsum er et av områdene der en omlegging av private vaner kan ha store

positive konsekvenser for klimafotavtrykket. Kjøttproduksjon fra drøvtyggere er assosiert med betydelige klimagassutslipp. Nordmenn spiser i snitt ca. 545 gram ferdig tilberedt rødt kjøtt ukentlig. En halvering av dette tallet vil redusere Norges nasjonale klimagassutslipp med sju til åtte millioner tonn CO₂-ekvivalenter – nærmere 15 prosent (11). For de fleste nordmenn vil en slik kostholdsending også gi betydelig helsegevinst (12).

Å erstatte fossilbil med gange eller sykling gir også positive utslag for helse og klimafotavtrykk. De mange helsefordelene ved fysisk aktivitet er godt kjent. Redusert bilbruk er samtidig en gavepakke for folkehelsen, med lavere klimagassutslipp, mindre støy og mindre luftforurensning.

Et friskt perspektiv på klimadebatten

Klimakrisen løses likevel ikke på legekontoret. Det er et viktig og nødvendig mål å gjøre helsevesenet like klimanøytralt som alle andre virksomheter, men realiteten er



Faktorer som ekstremvær, skogbranner og infeksjonssykdommer er blant faktorene som fører til at klimakrise også er en helsekrise. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

at både lokale og internasjonale samfunnsstrukturer er bygd på et fundament av fossil energi. Til tross for avtaler og løfter var 2018 og 2019 de to årene med hittil høyeste CO₂-utslipp på verdensbasis (13).

Klimadebatten har fram til nå vært dominert av miljøorganisasjoner, politiske aktører og de med økonomiske interesser i enten grønn eller fossil energi. Et helseperspektiv kan løfte blikket fra rent økonomiske eller naturbevarende hensyn, til et bredere humanitært perspektiv. Under koronaepidemien har helsepersonell bidratt til en viktig demokratisk debatt om kostnadene ved samfunnsinngripende tiltak versus helsemessig gevinst. Det har vært en tydelig vilje hos både befolkning og beslutningstakere til å prioritere langsiktig helse over kortsiktig inntekt. Den samme

innsatsviljen trengs om man skal lykkes med å bekjempe de alvorligste følgene av global oppvarming.

Evidensbasert aktivisme

World Organization of Family Doctors (WONCA) lanserte i fjor *Declaration calling for family doctors of the world to act on planetary health* (14). Her oppfordres allmennleger til å engasjere seg i arbeidet for et leve-
lig miljø, både gjennom det internasjonale initiativet *Clinicians for Planetary Health* og gjennom tilsvarende lokale grupper.

Behovet for å samle norsk helsepersonell og helsefagstuden-
ters innsats mot klimaendringer og naturødeleggelse førte sommeren 2020 til opprettelsen av foreningen *Legenes klimaaksjon*. Foreningen har sitt opphav i kampanjen *Leger krever klimahandling nå!*, som høsten 2019 samlet nærmere 1200 underskrifter fra leger og med-
sinstudenter (15).

Legenes klimaaksjon lanserer i høst en serie klimaresepter – anbefalinger til forskjellige målgrupper både innenfor og utenfor helsevesenet om hvordan man best forebygger skadelige klimaendringer og samtidig ivaretar menneskelig helse. Anbefalingene til helsepersonell er enkle på papiret, men krever aktiv innsats for å bli meningsfull handling (BOKS 2). Forfatteren håper at flere kollegaer slutter seg til dette initiativet for en friskere verden.

REFERANSER

1. UNEP. Emissions Gap Report 2019. [Internett]. [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.unenvironment.org/resources/emissions-gap-report-2019>
2. Norsk klimastiftelse. Klimavakten. [Internett]. [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: <https://energiog-klima.no/klimavakten/global-temperatur/>
3. Steffen W, Rockström J, Richardson K, m.fl. Trajectories of the Earth System in the Anthropocene. *PNAS*. 2018; 115(33): 8252–8259.
4. WHO. Climate change and human health. [Internett]. 2015 [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/globalchange/global-campaign/cop21/en/>
5. WMA. WMA Resolution on Climate Emergency. [Internett]. 2019 [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-climate-emergency/>

6. Lenzen M, Malik A, Li M, m.fl. The environmental footprint of health care: a global assessment. *The Lancet Planetary Health*. 2020; 4(7): 271–279.
7. Sunnaas Sykehus. Halvering av klimagassutslipp. [Internett]. 2020 [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.sunnaas.no/om-oss/nyheter/halvering-av-klimagassutslipp>
8. General Practice Council. Sustainable and environmentally friendly general practice. [Internett]. 2020 [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.bma.org.uk/media/2570/bma-sustainable-and-environmentally-friendly-general-practice-report-june-2020.pdf>
9. Belkhir L, Elmeligi A. Carbon footprint of the global pharmaceutical industry and relative impact of its major players. *Journal of Cleaner Production*. 2019; 214: 185–194.
10. forskning.no. De fleste mener de har ansvar for å kutte klimagassutslipp. [Internett].; 2019 [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/klima/sporreundersokelse-de-fleste-mener-de-har-ansvar-for-a-kutte-klimagassutslipp/1614549>
11. Miljødirektoratet. Klimakur 2030. [Internett]. 2020 [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.miljodirektoratet.no/klimakur>
12. Helsedirektoratet. Samfunnsgevinster av å følge Helsedirektoratets kostråd. [Internett]. 2016 [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsgevinster-av-a-folge-helsedirektoratets-kostrad/Samfunnsgevinsterprosent20avprosent20prosentC3prosentA5prosent20prosentC3prosentB8lgeprosent20Helsedirektoratetsprosent20kostprosentC3prosentA5d.pdf/_attach ment/inline/aedaf6ba-fa35-4fcf-9e86-cb936ca6ccb4f43531d1bb8588
13. Global Carbon Project. Carbon Budget and trends 2019. [Internett]. 2019 [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.globalcarbonproject.org/carbonbudget>
14. WONCA. Declaration calling for family doctors of the world to act on planetary health. [Internett]. 2019 [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.wonca.net/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Environment/2019prosent20Planetaryprosent20health.pdf>
15. Legenes klimaaksjon. [Internett]. 2020 [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.legenesklimaaksjon.no>
16. The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change. *The Lancet*. 2018; 392: 2479–514.
17. Haines A, Ebi K. The Imperative for Climate Action to Protect Health. *N Engl J Med*. 2019 jan; 380: 263–273.
18. UNEP. Preventing the next pandemic. [Internett]. 2020 [hentet 11. aug 2020]. Tilgjengelig fra: <https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/32316/ZP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

■ KNUT@LEGENESKLIMAAKSJON.NO

BOKS 2

KLIMARESEPT FOR HELSEPERSONELL

1. Reduser klimafotavtrykk i egen praksis

- Bruk mindre medikamenter, og erstatt klimaskadelige medikamenter.
- Bruk mindre medisinsk materiell.
- Bruk klimavennlig transport til deg selv og pasienter. Suppler med videokonsultasjoner.

2. Samarbeid med pasienter om helse og klima

- Gjør informasjon om klimaendringer og helse tilgjengelig på ventearealer.
- Snakk aktivt med pasienter om forbindelsene mellom klima og helse.
- Sett pasienter i gang med helsebringende klima- og miljøtiltak, og tilby oppfølging.

3. Engasjer deg lokalt og nasjonalt

- Meld deg inn i en organisasjon eller nettverk for helsepersonell.
- Sett deg inn i kommunens klimaplan.
- Skriv leserinnlegg eller delta i aksjoner.



Norsk radiologisk forening

Helga M. Brøgger

Overlege, MSK-radiologisk enhet, Ullevål,
Oslo Universitetssykehus

**Velkommen til kollegahjørnet, Helga M. Brøgger,
Leder i Norsk radiologisk forening**

Hvor mange radiologer har vi i Norge?

Norsk radiologisk forening har 1342 ordinære og assosierte medlemmer.

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

Radiologi er en teknologitung spesialitet. Vi jobber hver dag for å ta bedre bilder, og flikker på våre MR og CT-protokoller slik at vi kan gi endre bedre svar på det våre kolleger ute i klinikken lurer på. Dette er en kontinuerlig faglig utvikling som jeg håper fastleger har glede og nytte av.

I mange land har de innført obligatorisk elektronisk klinisk beslutningsstøtte for klinikere som henviser til radiologiske undersøkelser. Dette er verktøy som kan hjelpe henvisende lege med beslutningen om en undersøkelse er indisert og berettiget.

I Europa er det flere land som har valgt å bruke den europeiske radiologforeningens sitt verktøy som heter «ESR iGuide». I USA er det et tilsvarende verktøy som heter «ACR Select». Vi mener at det kan være nyttig for allmennpraktikere å bruke et slik verktøy for å ta gode samvalg om diagnostikk sammen med pasientene. Dette har vi også spilt inn til helsemyndighetene, som er klar over at slike verktøy, som kan gi riktigere bruk av radiologressurser, finnes. Det er dessverre en del kostnader forbundet med slike løsninger, som nok gjør beslutningen om å ta dem i bruk vanskeligere. Det er viktig at en eventuell innføring av slike verktøy skjer i tett samspill med fastlegene, at løsningene er robuste, enkle å ta i bruk og lett lar seg integrere med EPJ.

Sist, men ikke minst, tilbudet av mer eller mindre gode produkter som benytter kunstig intelligens (KI) øker stadig innenfor radiologi. Hvilken betydning og følger dette får for allmennpraktikere er noe usikkert, men håpet er kanskje at vi, ved å bruke disse nye verktøyene klokt, kan undersøke flere pasienter, granske bildene raskere, samt få bedre kunnskap om hvor-



dan vi skal prioritere ressursene i en radiologisk avdeling, slik at det gir størst helsegevinst for befolkningen.

Har deres forening diskutert oppgavefordeling mellom radiologer og fastleger?

Vi har i liten grad diskutert oppgavefordeling mellom radiologer og fastleger. Diskusjonen om horisontal oppgaveglidning involverer nok oftere ulike kirurgiske spesialiteter. Vi har snakket litt om bruk av ultralyd i allmennpraksis (point-of-care-ultrasound/PoCUS). Dette er en spennende utvikling. Fastleger kjenner sine pasienter godt, og brukt på riktig måte og med klar klinisk indikasjon, kan ultralyd være et nyttig verktøy for dem.

Legeforeningen har kjørt kampanjen «Gjør kloke valg» mot overdiagnostikk og omtaler også strålevernets kampanje. Hva er deres viktigste tips til fastlegene i denne sammenhengen?

Norsk radiologisk forening har hatt et veldig godt samarbeid med allmennprakti-

kerne i forbindelse med kampanjen «Gjør kloke valg». Jeg fikk anledning til å samarbeide med Stefan Hjørleifsson i forberedelsene til et emnekurs i «Gjør kloke valg» i regi av Innlandet legeforening i vinter. Jeg lærte mye av de gode diskusjonene rundt problemstillingen overdiagnostikk.

Jeg har fått inntrykk av at fastlegene har hatt glede av våre «Kloke valg» anbefalinger, at de har hjulpet dem til å kunne ta gode diskusjoner med pasienter om berettigelse. Det er viktig med gode måter å snakke sammen om dette på. Vi som radiologer må forstå fastlegers arbeidshverdag. En ting er å utarbeide råd og retningslinjer, men det er jo i det virkelige liv, på legekantoret, at dette skal praktiseres. Vi må sammen finne gode løsninger slik at vi bruker ressursene på de pasientene som trenger det og som har nytte av dem.

Vårt styremedlem Åsmund Straum har hatt dialog med Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet om deres kampanje for rett bruk av bildediagnostiske undersøkelser.

Nok en perle



May Sissel Vadla
Hjertets bakvegg
 138 sider
 Forlagshuset Publica
 Sandnes 2020
 ISBN 978-82-84-16062-7

Nok en perle av en bok fra forfatter og kollega May Sissel Vadla. Den forrige utgivelsen, *Det som sies høyt*, ble presentert i *Utposten* nr. 5/2019. Også *Hjertets bakvegg* er skrevet i romans form, men kunne like gjerne vært kategorisert som saksprosa, god som noen.

I boken inviteres vi inn på en blomsterbu-

tikk. Innehaveren Brit på 65 år er i ferd med å legge ned blomsterutsalget, en arbeidsplass som beskrives slik at leseren nærmest både ser og kjenner lukten av de vakre blomsteroppsatsene hun lager til nærmiljøet, noen til glede, andre for å lindre sorg.

Det som særlig gir boken et driv utenom det vanlige, er fortellingene om noen av kundene Brit møter på slutten av yrkeslivet, møter som bidrar til at boken lokker til en kontinuerlig lesning fram til siste side. Det kan rett og slett være vanskelig å legge boken til side.

Et grep som gjør teksten ekstra levende, er at forfatteren veksler mellom her og nå og et påfølgende kapittel om hva som skjedde for en uke eller en måned siden i butikkens lokaler. Sentralt i fortellingen er koppper med kanel-te på bakrommet.

Noen sentrale utsagn er for eksempel at «livet kom ikke med en innholdsfortegnelse», eller som hun skriver at det kan ligge «landminer i andre menneskers bakgård». Og Brit tar sjansen på å holde en åpen dør til mennesker hun kan ane at kommer til butikken for mer enn blomsterkjøp.

Hun vet med seg selv at livet kan være skjørt. Beskrivelsen hennes av vargtimen er treffende i så måte: «Når vargtimen er over, vet hun hva som venter. Månen prø-

ver fortvilet å lysne tankene hennes, men den har til alle tider vært for svak. Så de kommer, tanker i flokk, som renner ut fra hjertes mørke bakvegg. Minner som forvrenses på sin vei opp fra underbevisstheten.»

Underveis i boken får vi beskrivelser og refleksjoner over menneskelige møter som gjerne kunne vært pensum for enhver lege. Stillferdige, uvanlige og jordnære fortellinger fra hverdager vi kan kjenne igjen både fra legepraksis og egne liv.

En av Brits kunder sa så treffende hva det kan handle om når møter mellom mennesker bli livgivende: «Og du så meg. Du så rett gjennom meg, og jeg vet ikke hva du så, men du tok imot meg som jeg var».

Det handler kanskje om det den fransk-litauiske filosofen Emanuel Levinas (1906-95) formidlet gjennom et langt liv, nemlig at de genuint menneskelige møtene kan skje uten at vi har planlagt dem. Vi treffes rett og slett av den Andre – og det fordrer et tilsvarende ansvar for den andre – i ytterste konsekvens for den Andres liv.

Jeg fornemmer at det nettopp er dette perspektivet som ligger gjemt som en skatt i boken til kollega Vadla.

Boken anbefales.

ELI BERG

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

HVA LESER..

Karin Frydenberg



Hva leser du nå?

Jeg har nettopp avsluttet *Tilbake til Lemberg*, en prisvinnende sakprosabok av Phillipe Sands. Dessuten er jeg halvveis i Annie Ernauxs *Årene*, også den prisvinnende, av en som omtales som en av Frankrikes beste nålevende forfattere. Helt tilfeldig har de noen fellestrekk og handler om nyere historie, men på meget forskjellig vis. Den første leste jeg i sommer, tung på en måte, på grunn av stort persongalleri, litt vanskelig jus, og en for meg ukjent del av historien, særlig om det østlige Europa. Men den beskriver mellomkrigstiden og krigen så sterkt og inntrykksfullt at jeg føler jeg har fått ny innsikt i jødernes brutale historie i Europa fra 1. verdenskrig til nå. Forfatteren viser det gjennom å nøste frem enkeltstjebner, og ved å studere og grave i sin bestefars etterlatte papirer og bilder. Bestefaren vokste opp i Polen i Lemberg/Lwov/ Lviv i nåværende Ukraina. Dette var i områder der store, brutale og dramatiske omveltninger fant sted både i mellomkrigstiden og under krigen. Det ble farlig for jøder å bo der, og bestefaren rømte til Paris like før 2. verdenskrig. Sand graver frem flere glemte familiemysterier, og avdekker den brutale og systematisk diskriminerende behandlingen av jødene. Men han forteller også om enkeltpersoners heltemot, alt med Lemberg (Lviv) i sentrum. Byen skiftet navn, statstilhørighet og den var etter hvert også hjemsted for nazistenes sjefjurist, Hans Frank. Sand vever frem et persongalleri, mange med bakgrunn fra Lemberg (Lviv) og stedets omgivelser. To jurister, Lemkin og Lauterpracht, som har studert der og arbeidet fra henholdsvis England og USA og var sentrale i utviklingen av juridisk tekning for å kunne felle nazistene i Nürnberg-prosessen. Denne juridiske tenkningen er fortsatt sentral i dag når det

er snakk om menneskerettigheter, rasisme og folkemord. De to arbeidet med hver sine vinklinger, fra hver sine ståsteder: Hvordan kan loven bidra til å hindre massedrap? Beskytt enkeltmennesket, sier Hersch Lauterpacht. Beskytt gruppen, sier Raphael Lemkin. Lauterpacht arbeidet for å få frem den enkeltes strafferettslige ansvar gjennom å legge vekt på grunnleggende menneskerettigheter, mens Lemkin ville ha inn begrepet folkemord. Selv om de arbeidet for hver sin løsning, bidro arbeidet deres sammen til å felle noen av de alvorligste naziforbryterne som hadde arbeidet for å virkeliggjøre Hitlers «die Endlösung».

Ernauxs *Årene* er helt annerledes i stilen, og annerledes enn noen annen bok jeg har lest. Den er selvbiografisk og beskriver forfatterens liv, og Europas historie, flettet i hverandre i bilder. Først gjennom å studere foto, senere gjennom beskrivelser av oppvekst, liv og historie i familien i etterkrigstidens Frankrike. Sosiale og økonomiske endringer skildres skarpt og kritisk. Dessverre går jeg glipp av mange tidsreferanser da de er franske og sier meg lite, men jeg skjønner nok til at jeg rives med! Hun beskriver seg selv midt i slektenes gang, generasjonenes endring og materialismens fremvekst, kjølig og klart, oftest som bilder eller filmer. Jeg har fortsatt 70 sider igjen og vil ikke skynde meg! Da går jeg glipp av detaljene i denne annerledes boken.

Hvorfor leser du disse bøkene?

Jeg er glad i å lese, men leser ganske periodevis etter som jeg finner noe bra, og har egentlig best likt pageturnere som Lars Myttings *Svøm med de som drukner*, Carsten Jensens *Vi de druknede*, Jette A. Kaarsbøl *Den lukkede bok*, eller mye av den psykologiske

krimmen av Karin Fossum. Så at jeg nå havnet med bøkene nevnt ovenfor

som er nokså annerledes, er litt tilfeldig, gaver og så lå de der når jeg trengte noe å lese... Men så har de gitt så mye, særlig er jeg begeistret for *Tilbake til Lemberg* som føles som en viktig videreutdanning!

Hvor leser du?

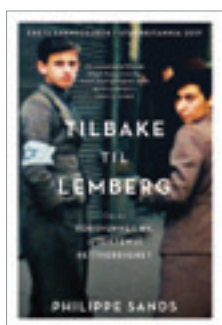
Helst i en god stol, men mest på ferie, og da blir det ikke «godstolen». Helst må feriens ro senke seg før jeg får hensatt meg i en bok. Jeg får dessverre ikke til å lese på sengen mer etter at jeg med alderen har begynt med briller.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Jeg sa litt om det ovenfor, men ellers venter jeg ennå på Erik Fosnes Hansens fortsettelse av *Beretninger om beskyttelse*. Den var slik en bok skal være, den løftet meg, og jeg følte at jeg tok del i noe unikt og stort. Jeg vil at bøkene skal få meg på innsiden av menneskene og at jeg føler meg slukt, kommer inn i et nytt univers, gjerne får nye innsikter, men det er ikke et mål i seg selv.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Alt jeg har nevnt, og alle bøkene til Jon Kalman Stefansson! Han har fått meg hensatt i en ny sfære. Han skriver poetisk og varmt aksepterende om islandske mennesker midt i heftig natur. Av ham anbefaler jeg aller helst *Sommerlys*, og så kommer *natten*. Ellers er boken om Hildegard von Bingen av Anne Lise Marstrand-Jørgensen, en annerledes bok om en spennende kvinne som levde på 1100-tallet, en tysk benediktinerabbedisse, komponist og mystiker.



RELIS

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

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

5 kjappe om Felleskatalogen og graviditet/amming

RELIS får hyppig henvendelser som gjelder bruk av legemidler ved graviditet og amming, både fra helsepersonell og fra gravide/ammende via Trygg Mammamedisin. Vårt inntrykk er at mange har lest i *Felleskatalogen* eller i pakningsvedlegg, og sett at legemidlet ikke bør brukes under graviditet/amming, eller kun bør brukes «med forsiktighet».

Formålet med denne artikkelen er å informere om begrensningene som er knyttet til produsentenes informasjonstekster om graviditet/amming, samt å informere om hvilke kilder som anbefales som alternativer.

1 Hva er forskjellen på Felleskatalogen, pakningsvedlegg og preparatomtale (SPC)?

- Felles for preparatomtale, *Felleskatalogen* og pakningsvedlegg er at de er skrevet av legemiddelprodusentene, men de skal også være i henhold til regelverk fra Statens legemiddelverk.
- Legemiddeltekstene i *Felleskatalogen* utarbeides i samarbeid mellom legemidelfirmaene og Felleskatalogens redaksjon. De skal være basert på myndighetsgod-

kjente preparatomtaler (SPC), og all viktig sikkerhetsinformasjon må være med i Felleskatalogtekstene (1). Pakningsvedleggene er myndighetsgodkjent informasjon som er rettet mot legemiddelbrukerne.

2 Hvorfor står det så ofte i Felleskatalogen at gravide eller ammende ikke skal bruke legemidler?

- Av etiske grunner mangler det ved markedsføringstidspunkt som oftest kliniske studier av både effekt og sikkerhet ved bruk av legemidler hos gravide og ammende. Tekstene i preparatomtalen (og dermed også i *Felleskatalogen*) utformes etter et bestemt regelverk som setter krav til hva som skal ligge til grunn for å anbefale bruk til gravide og ammende, noe

HOVEDBUDSKAP

- Felleskatalogtekstene er skrevet av produsentene og gir ofte unødige restriktive råd om legemiddelbruk ved graviditet og amming, blant annet på bakgrunn av myndighetskrav og juridiske hensyn.
- Produsentnøytrale kilder reflekterer oppsamlet erfaring og kunnskap etter markedsføring og er baserte på medisinske vurderinger om risiko ved bruk av legemidler under graviditet og amming.

som bidrar til at disse tekstene ofte er restriktive hva gjelder slik bruk. I tillegg bidrar ofte også juridiske hensyn til dette, ved at legemiddelprodusentene gjerne ønsker å være på den sikre siden (2, 3).

• I *Felleskatalogen* refereres ofte til resultater fra dyrestudier, fordi det som sagt mangler kliniske studier vedrørende graviditet og amming. Vi vil understreke at funn fra dyrestudier ikke automatisk kan overføres til mennesker, og at de derfor har svært begrenset nytteverdi for å vurdere eventuell fosterskadelig effekt (2).

TABELL 1. Tekster fra Felleskatalogen for ulike generika med xylometazolin (slimhinneavsvellende neseppray), sammenlignet med informasjon om xylometazolin fra Legemiddelhåndboken.

FELLESKATALOGEN OG LEGEMIDDELHÅNDBOKEN		
Otrivin Xylometazolin-hydroklorid Norfri	GRAVIDITET: Pga. mulige systemiske vasokonstriktive effekter anbefales ikke bruk under graviditet.	AMMING: Det er ikke sett negative effekter på barn som ammes. Forsiktighet bør likevel utvises da overgang i morsmelk er ukjent. Bør kun brukes etter anbefaling fra lege.
Otrivin med mentol	GRAVIDITET: Pga. potensiell systemisk vasokonstriktoreffekt skal preparatet ikke brukes under graviditet.	AMMING: Overgang i morsmelk er ukjent. Forsiktighet skal utvises og preparatet skal kun brukes i samråd med lege
Zymelin	GRAVIDITET/AMMING: Kan brukes under graviditet og amming i terapeutiske doser.	
Xylometazolin	GRAVIDITET: Ingen holdepunkter for at bruk av slimhinneavsvellende nesedråper/nesespray medfører risiko for fosteret.	AMMING: Opplysninger om overgang til morsmelk mangler. Risikoen for påvirkning av barnet anses som svært liten. Kan brukes av ammende i terapeutiske doser.



• Generiske preparater med identisk virkestoff kan på grunn av manglende harmonisering av preparatmtaler ha svært ulike råd angående graviditet og amming i Felleskatalog-teksten. Dette fører til tilfældigheter i hvilke råd som gis, avhengig av hvilket produkt man slår opp på, og er også en grunn til at Felleskatalogen er lite egnet som kilde ved rådgiving av gravide og ammende. I tabell 1 gis et eksempel som gjelder ulike generika av xylometazolin, dvs. reseptfri nesepespray som brukes ved tett nese/forkjølelse. Til sammenligning står det i Legemiddelhandboken at bruk av xylometazolin er forenlig med både graviditet og amming (4).

3 Hvorfor kan andre kilder gi mindre restriktive råd for bruk av legemidler under graviditet og amming?

• Ettersom gravide og ammende av ulike grunner kan ha behov for legemidler, får vi etter hvert gradvis mer erfaring med og kunnskap om slik bruk etter markedsføring, oftest gjennom observasjonelle studier. Slik kunnskap samles over tid i litteraturen, inkludert spesialoppslagsverk og databaser, og gjengis i produsentnøytral informasjon, mens preparatmtalene sjelden oppdateres med hensyn til å inkludere slik kunnskap (3). Informasjonen i Fel-

leskatalogen om bruk under graviditet og amming er derfor som regel utdatert og kan også være direkte misvisende.

• Boks 1 viser et eksempel på uklar og motsigelsesfull informasjon fra Felleskatalogen. Til sammenligning er også råd fra RELIS om samme legemiddel tatt med her, noe som illustrerer forskjellene mellom produsentavhengig og -uavhengig informasjon om graviditet.

4 Hvilke kilder skal jeg bruke for avgjørelser om behandling av gravide eller ammende pasienter?

• Som nevnt over bør produsentnøytrale kilder foretrekkes. Her er noen eksempler på kilder om graviditet/ammig som er fritt tilgjengelige på nett:

- Legemiddelhandboken (4). Ved bruk av Felleskatalogen på nett og i app er det nå implementert lenke til informasjon fra Legemiddelhandboken vedrørende graviditet og amming.
- RELIS (6). Både mulig å søke opp tidligere svar og å stille spørsmål og få individuelt tilpasset svar.
- Svenske Janusinfo (7, 8) har monografier som man finner ved å klikke på enten «Fosterpåverkan» eller «Amning».
- Amerikanske Lactmed (9) har monografier om amming og legemiddelbruk.

• Nytteverdien av behandlingen bør i hvert enkelt tilfelle vurderes på lik linje med den eventuelle risikoen som man finner beskrevet i ulike kilder. Individuell nytte/risiko-vurdering bør danne grunnlaget for bruk av legemidler under graviditet og i ammeperiode.

5 Hva skal jeg si til mine pasienter som er gravide eller ammer og som vil vite mer om legemidler?

• Trygg Mammamedisin (10) er RELIS sin tjeneste for gravide og ammende som har spørsmål om medisiner. Vi gir her individuelt svar tilpasset forhold som vi får beskrevet fra den enkelte kvinnen. Vi gir ikke behandlingsråd, og har lav terskel for å henvise til legekontakt. I tillegg har vi publisert flere råd om bruk av legemidler mot noen vanlige plager ved graviditet og i ammeperioden.

• Ved forskrivning vil vi også oppfordre til å informere gravide/ammende om at informasjonen de finner i pakningsvedlegg ofte vil avvike fra de råd som leger og annet helsepersonell gir, som beskrevet over, og oppfordre til å se bort fra denne kilden. Vi har spesielt på Trygg Mammamedisin sett at mange spør fordi de har lest i pakningsvedlegget etter at de har hentet ut medisinen og blir bekymret eller usikre fordi det står noe annet der enn det legen sa.

REFERANSER

1. Felleskatalogen. Om Felleskatalogen, Disclaimer. <https://www.felleskatalogen.no> (Lest: 8. september 2020)
2. Arguello B, Salgado TM, et al. Assessing the information in the Summaries of Product Characteristics for the use of medicines in pregnancy and lactation. *Br J Clin Pharmacol* 2015; 79(3): 537–44.
3. Brown E, Hotham E, et al. Pregnancy and lactation advice: How does Australian Product Information compare with established information resources? *Obstet Med* 2016; 9(3): 130–4.
4. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. <http://legemiddelhandboka.no/>
5. Widnes SF, Heitmann K. Pollenallergi hos gravide og ammende – hva er trygg behandling? www.relis.no/pollenallergi/ (Sist oppdatert: 21. februar 2020).
6. RELIS- Produsentuavhengig legemiddelinformasjon for helsepersonell. www.relis.no/
7. Källén K, Winblad B. Janusmed fosterpåverkan. <https://www.janusinfo.se/beslutsstod/janusmedfosterpaverkan/>
8. Avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset. Janusmed amning. <https://www.janusinfo.se/beslutsstod/janusmed-amning/>
9. National Library of Medicine (USA). Drugs and Lactation database (LactMed). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>
10. Trygg Mammamedisin. www.tryggmammamedisin.no

SOFIA FROST WIDNES
Cand.pharm., ph.d, RELIS Vest

KRISTINE HEITMANN
Master i farmasi, ph.d, RELIS Vest

BOKS 1. Ulike informasjonstekster om legemidler ved graviditet.

Felleskatalogens tekst om graviditet for allergimedisinen Alerius (desloratadin)
Data indikerer ikke potensial for misdannelser eller føto-/neonatal toksisitet. Dyrestudier har ikke vist teratogen effekt. Bruk under graviditet anbefales likevel ikke.

RELIS om legemidler til gravide og ammende med pollenallergi:

Annengenerasjons antihistaminer (inkludert Alerius) er førstevalg når systemisk behandling er indisert hos gravide og ammende (5).

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

Hjemmekamp

Før jul 2019 ble jeg femti år, og oppdaget at jeg var i ferd med å bli en gammel suring – uenig i nesten alt.

Blant de mange tingene som irriterte meg var den planlagte nedleggelsen av Ullevål sykehus, planlagt riving av Y-bloka, at NSB måtte bli Vy og at Statoil måtte bli Equinor. At NRK måtte flytte fra Marienlyst, at ambulansefly ikke kunne fly og at ingen ansvarlige politikere ville ta inn over seg at fastlegeordningen var i krise.

Midt opp i all denne misnøyen som jeg

dyrket, arrangerer min ektefelle og mine voksne barn en overraskelsesfest for meg med gode venner og kolleger. Og jeg tenkte da på et dikt av Trygve Skaug som jeg vil dele. For akkurat da kjentes det som om det var hjemmekamp – og jeg tror mange av oss i fastlegekorpset trenger å kjenne på den følelsen. Spesielt nå hvor ordningen er under press, pandemien utfolder seg og KS ikke synes at ubegrenset arbeidstid for leger er noen større sak. Det er viktig å ikke miste motet og la seg overvelde av de utfor-

dringene vi står i, for vi må tro at det i fremtiden kommer noen hjemmekamper. For hver dag går vi til en jobb der vi møter mennesker som kommer med sine unike fortellinger, fortellinger som nesten bare vi får høre. Det handler om en enorm tillit vi blir gitt, og det handler om hva vi velger å fokusere på – for vi kan velge å gå på hjemmekamp.

Hilsen fra

THOMAS ALEXANDER BULLING

**du mener
livet er en kamp
jeg er enig
men rett som det er
er det hjemmekamp
og vi topper laget
har sola i ryggen
medvind
alle heier på oss**