

Utposten

5 2021
ÅRGANG 50

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Medisinens
mørke bakgårder

Psoriasis
'Gjeteren' Peter Prydz
Reisebrev fra Grønland

UTPOSTEN**v/Kristin Olavsdotter Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 971 44 063

E-POST: korutle@gmail.com

**REDAKTØRENE
AV UTPOSTEN****Inga Marthe Grønseth**

MOBIL: 980 83 115

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

Kjell-Arne Helgebostad

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@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

Kari Thori Kogstad

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no

Njål Flem Mæland

MOBIL: 994 09 959

E-POST: nflem@online.no

Therese Renaa

MOBIL: 906 40 095

E-POST: thereserenaa@gmail.com

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

FAGLIG MEDARBEIDERE:**Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDEFOTO:

Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media



NO - 1470



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER: Kart eller terreng, hva stemmer?*Kari Thori Kogstad***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Gjeteren Peter***Peter Prydz intervjuet av Kari Thori Kogstad***6 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Helgelandslegen –et rekrutteringsprosjekt***Britt Blaunfeldt-Petersen og Anette Fosse***10 Vekstutviklingen hos barn påvirkes av mors vekt***Lisbeth Nilsen***13 Kols-syke særlig utsatt ved forverring ved luftforurensning***Lisbeth Nilsen***18 Det primærmedisinske paradoks***Njål Flem Mæland***20 Tanker om medisinenes mørke bakgårder***Johanna Laue et al***24 DET FØRSTE REISEBREVET: Førsteinntrykk fra Quagortoq***Veronica og Eik Kolstrup***27 Komplekse problemstillinger – allmennlegens ekspertområde***Artikkelomtale ved Kari Thori Kogstad***30 Kliniske retningslinjer er vanskelig å implementere***Lisbeth Nilsen***33 FASTLEGES TILBAKEMELDING: Faglig autonomi er viktig***Lisbeth Nilsen***34 BEHANDLING AV MILD TIL MODERAT PSORIASIS: utfordringer og muligheter***Christian Anker***35 Samtykke til helsehjelp***Bjarte Hitland***36 Framtidsfullmakt for de framoverlente***Cato Innerdal***40 KOLLEGAGHJØRNET: Norsk forening for arbeidsmedisin***Kjersti Skantze intervjues***41 FAGGRUPPER: Faggruppe for svangerskap og barns helse***Kari Løvendahl Mogstad***42 Familiær hyperkolesterolemi kan gi tidlig hjerteinfarkt***Marianne Klevmoen***43 BOKANMELDelse: Utfordringer i hverdagen***«Helsefagenes etikk» anmeldt av Eli Berg***44 BOKANMELDelse: Trenger vi en egen bok om dette temaet?***«Helsespråk» anmeldt av Eli Berg***45 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 45****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Kart eller terreng, hva stemmer?

«Hvor ble akademikeren i meg av?»

Dette spørsmålet har antakelig flere enn meg stilt seg etter å ha entret allmennmedisinens arena. For meg var spørsmålet i mange år plagsomt. En litt misfornøyd erkjennelse av at jeg ikke klarer å ha det store bildet oppe når jeg sitter med enkeltindividet foran meg på kontoret, seig langsomt inn. Hvis du forblir i allmennpraksis, vil mange komme til en slags forsoning med det, vi vet at vi gjør noe bra, og det får da holde. Innimellom vil kurs, lesing av artikler og rekruttering av pasienter til forskning gi en påminnelse om at en fortsatt forstår «number needed to treat». Det gjør igjen at en i hvert fall opprettholder en viss tro på at i gitte rammer – og hadde jeg bare ikke hatt alle disse pasientene som stadig kommer og lurur på alt mulig – så hadde jeg kunnet fungere akademisk.

Å løse et klinisk mysterium vil på samme vis for mange fastleger bidra til å bevare troen på at analysens og deduksjonens kraft fortsatt finnes i oss. Jeg registrerer at kolleger har prosjekter med kvalitativ forskningsdesign, og det kan være interessante tema, men det løfter seg aldri opp til «number needed to treat»-nivå. Hvorfor er det slik? Er det allmennmedisinen det er noe galt med? Må den skjerpe seg og bli mer objektiv, eller er det forskningen som må endres, slik at

den passer til allmennmedisinen.

Er det kartet eller er det terrenget som må endres?

Jeg har nå med stor glede lest en 25 år gammel artikkel som kastet både nytt lys, ny forsoning og ikke minst en stolthet og fornyet kamplyst over meg. Kanadieren Ian McWhinney skriver i *The importance of being different* allerede i 1996 at allmennmedisin er den eneste disiplinen som definerer seg ut fra relasjon. Relasjonen er altså a priori innhold og sykdom. Han beskriver videre at allmennmedisinen tenker mer i individtermer enn abstrakt når det gjelder pasienter. Ser allmennlegen en pasient, blir han minnet på en annen pasient. Allmennleger snakker om faget sitt ved å snakke om pasienter. De har nærhet til pasienten. Abstraksjon krever avstand.

McWhinney trekker også fram en passiar fra Umberto Ecos store roman *Rosens navn*. I min frie omskrivning her, vil dyr på beite være nettopp det når observasjonsposten er langt unna. Kommer du nærmere ser du at det er både hester og kyr det dreier seg om. Kommer du helt nært, gjenkjenner du en hest du til og med kan navnet på og kjenner eieren til. Der er vi fastleger. Vi kjenner både hesten og eieren og kanskje kona, naboen og kollegaen og sønnen. Og alt dette vil ligge i bakhodet vårt når døra på legekontolet åpnes for en av dem.

Forskningen i allmennmedisinen må derfor også finne metoder som evner å omfavne den nærheten vi fastleger opererer i. Og den nærheten skal vi ikke skamme oss over! Den skal vi være stolte av. Vi er i terrenget og erfarer hver dag at det er som det er, det er ikke noe galt med det! Det er kartet som må tegnes om.

Den gode nyheten til fastlegen i drabantbyen og på den ytterste post, og til alle mellom der, er at her er det allerede gode krefter i sving. Akademia ved flere av universitetene er godt i gang med å se på mer helhetlige forståelser av individet. Den biopsykososiale modellen er utarbeidet, og den legger til grunn at enkeltindivids erfaringer setter seg i kroppen, og den tegner et bilde av mennesket der prosesser foregår parallelt i tanker og på cellenivå. Resultatet av dette møter vi mange ganger hver dag inne på kontoret

Fru Hansen og herr Hosseini er verdt våre kloke blikk, og de er verdt relevant forskning. De er to av veldig mange «persons – not numbers – we need to treat clever and well»

KARI THORI KOGSTAD

REFERANSE

1. The importance of being different, Ian R McWhinney, British Journal of General Practice, July 1996.

Gjeteren Peter

Peter Prydz ■ INTERVJUET AV KARI THORI KOGSTAD

Peter Prydz gjeter mange flokker. Hans legeliv spenner over det fjerde tiåret i allmennmedisinsk tjeneste i samme by. Han er nærmest evig tillitsvalgt for fastlegeflokken og har i flere perioder vært aktiv i Norsk forening for allmennmedisin. I tillegg har han en stilling i Legeforeningen der han utdanner stadig nye kull gruppeveiledere i allmennmedisin.

Peter Prydz stakk i 2013 av med tittelen årets Finnmarkslege. Nylig mottok han Legeforeningens skribentpris for artikkelelen «Firkantkommuner og utkantkommuner» som med spiss penn, skrått blikk og klar tale setter ord på mye av det fastlegekrisen handler om.

Han svarer uten å nøle – ja, til å bli intervjuet, men framholder at han ikke er så glad i dobbelttimer ettersom de fort ender med for mye informasjon å håndtere. Han foretrekker enkelttimene. *Utpostens* blad-

fyk kan ikke la seg stoppe av denne innsigelsen og avklarer at en anledning for å treffes er akkurat nå i slutten av mai – når han er på Hurdalssjøen hotell for å dra i gang kurs for nye gruppeveiledere i allmennmedisin. Han er likevel fram til intervjudagen litt usikker på sitt eget oppmøte. Et tre centimeter stort ryggprolaps mer enn kiler både natt og dag, og nevrokirurgen er klar med skalpellen til uka. *Utpostens* medarbeider får fatt i Peter, før kirurgen, i veilederkursets lunsjpause.

Skribenten og historiefortelleren

Rikdommen i mulig intervjumateriale er stor, så intervjueren spør han like gjerne hva han har mest lyst til å snakke om.

– *Utposten!* kommer det kjapt. – *Utposten* har jeg hatt et forhold til helt fra turnus i 1983, og jeg har vært abonnent fra da av. Jeg har lest bladet med stor glede, selv om balansen mellom allmennmedisin og samfunnsmedisin ikke alltid har vært like finstemt. Totalt sett er jeg likevel svært fornøyd med tidsskriftet.

Utpostens utsendte bemerker at han må jo ha gjort mer enn å lese bladet. Et kjapt søk viser at han gjennom årene totalt har fått ti artikler på trykk. Han smiler – jo da, jeg har også vært glad i å skrive i bladet. Det har stor bredde og det tar imot historiefortellinger, og begge deler passer meg. Artiklene jeg har levert spenner over mye ulikt – som faget vårt gjør. Jeg er en historieforteller på godt og vondt. Det er sånn jeg ser verden, og sånn jeg ser faget vårt. Familien min kan få litt nok av historiene jeg serverer dem, de har kanskje hørt dem før, men jeg kan ikke la være. Narrativ medisin ligger for meg, jeg serverer gjerne historier for

å underbygge et poeng framfor å vise til forskningsresultater.

– Men du leser også siste nytt innen forskning? Det ser sånn ut når en leser det du har skrevet, skyter *Utpostens* bladfyk inn.

– Ja da, det gjør jeg. Peter trekker pusten – Medisinen hviler på to like lange bein. I det ene finnes naturvitenskapen, i det andre, humanistiske beinet, har fortellingen stor plass.

Utsikt og innsikt fra kaia i Hammerfest.

Står du på kaia i Hammerfest og kikker utover, ser du Snøhvitalegget og bak dette igjen venter Barentshavet, Bjørnøya og Svalbard. Står du på kaia og ser innover brygga, oppdager du legekantoret og hjemmet til Peter Prydz.

Utpostens medarbeider har ved en tidligere anledning vært så heldig å bli servert en kaffekopp hjemme hos intervjuobjektet, og kan bekrefte at han virkelig bor på brygga i nabohuset til legekantoret sitt. – Ja det er jeg veldig fornøyd med, sier Peter. Jeg har de siste åra fått litt problemer med bevegelsesapparatet, og da er kort veg alfa og omega både med og uten krykker.

Det forstår vi godt. Men hvordan havnet han her i verdens nordligste by?

I dag bor det 12 000 innbyggere i Hammerfest. Mange av byens befolkning holder enten til i eneboliger på Prærien (det største boligfeltet) eller på kaia i urbane blokker som gir assosiasjoner til Barcode. Framskritt, utvikling og endring har preget byen. Hammerfest var den første byen i Norge som fikk elektrisk gatelys! Her må det bo framoverlente, innovative folk, tenker jeg og ber han fortelle om sin historie i byen.

– Jeg begynte som kommunelege 2 i Hammerfest i 1985, forteller den erfarne allmennlegen, med det litt alvorlige smilet. – Da var det et felles kommunalt legesenter, åtte allmennleger og to turnusleger, hvor alle var på fastlønn. Jeg levde i mange år godt med dette, men begynte mot tusenårsskiftet å kjenne på en mistriivsel når det gjaldt drift. Kommuneledelsen interesserte





Idrett har vært en viktig arena for meg. Favorittdistansen var 800 meter, forteller Peter.

seg ikke for utviklingen vi ønsket oss og utfordringene vi sto i, bortsett fra at de selv ikke likte å vente lenge på time. Gradvis kom tanken at det var andre muligheter å organisere seg på, som kunne være bedre. Da fastlegeordningen ble innført i 2001, og privat praksis ble hovedform, grep jeg muligheten. Vi var da tre kolleger som plukket hverandre, vi fikk turnuslege og vi dannet et nytt legesenter. Det ble begynnelsen på en opptur og noen veldig fine år. Med fastlegeordningen fikk hele allmennmedisinen et løft, det kom mange flere inn i faget, og vi fikk mye bedre betingelser.

– Jeg byttet til nytt legesenter og ny liste like etter fylte seksti år. Jeg ønsket å kunne gå til jobb på mine eldre dager. Lista jeg da overtok hadde vært drevet av vikarer i mange år, og det var god plass på den. En del av pasientene mine fulgte etter, men langt fra alle. Flere av dem som ikke fulgte meg og som jeg hadde vært lege for i 20-30 år, forklarte meg personlig at de var så fornøyd med personalet på legesenteret, at de heller ville bytte lege enn senter. En interessant observasjon, sier Peter og smiler lurt. – Tryggheten for mange pasienter kan åpenbart ligge like mye hos helsesekretærene og sørvisen de gir, som hos legen!

Peter kikker litt ut i lufta og humrer litt. – En annen sak er at de kunne jo regne seg fram til at jeg ikke hadde så veldig mange år igjen i tralten.

Peter deler alle historier. Både de han til sin egen forbauselse har spilt en hovedrolle i, og de han til sin kanskje enda større overraskelse viste seg å ha en birolle i.

Blir du fortere kjent med folk når du med 30 års erfaring skal bli kjent med nye pasienter, vil intervjueren vite? Peter trekker på det. – Ja, jeg vet nok litt mer hva jeg skal se etter. Jeg spør – hvordan lever du? Det er et nøkkelspørsmål for meg. Og da svarer folk litt forskjellig. Og alt mulig. Takk bare bra, for eksempel. Hvem de lever med, hva de jobber med, hva som bekymrer dem og hvor de kommer fra, kan de også svare med.

Oppveksten

Utpostens bladfyk, som har en over snittet interesse for barndom, kan ikke dy seg og spør Peter om hva det var i oppveksten som kunne peke mot fastlegelivet. Han tar en bitteliten tenkepause, men er raskt tilbake ved formuleringene.

– Jeg var en skoleflink gutt, preget av en

intellektuell far og jeg var nok det en kan kalle «nerdete». Familien flyttet fra Bærum til Tromsø da jeg var 16 år. Jeg var første generasjons universitetsbarn, og vi var en stor gjeng som kom det året og ble godt tatt imot og raskt inkludert i byen. Jeg kom inn i en ungdomskultur som var helt annerledes enn den jeg kom fra. I Tromsø møtte jeg det jeg vil kalle et scenisk miljø. Det var unge som lett eksponerte seg, de var opptatt av kultur, musikk og politikk, og dette påvirket meg i stor grad. Det var uvant, men jeg likte det godt.

– Så var det en annen arena som ble viktig for meg, og det var idretten. Jeg drev med friidrett på høyt nivå, jeg var mellomdistanseløper med 800 meter som beste distanse. Idretten favnet folk fra alle sosiale sjikt, og det tror jeg dyttet meg i retning av større interesse for mennesker av alle slag.

Intervjuer har erfaring med Peter fra veilederutdanning. Da han der skulle si noen ord om sin egen bakgrunn, kom han med at han trodde han var mer glad i bøker enn mennesker, men at han en dag oppdaget at det var motsatt. Han minnes på dette nå, og bekrefter – jo da, det var akkurat slik det var. Og det er sant at det kom som en stor overraskelse på meg!



Peter har over 40 års erfaring som tillitsvalgt.



På veilederutdanning med Bente Aschim og Lene Kroken.

Den tillitsvalgte

Peter har vært tillitsvalgt i fire tiår. – Ja, jeg har forhandlet mye. Jeg har vært opptatt av solide, bærekraftige ordninger for allmennlegetjenesten og husker godt min første forhandling under fire øyne på 80-tallet med den legendariske ordføreren Arnulf Olsen. Da fikk vi til studiepermisjonen vi har her i Hammerfest, som er en lønnet permisjon i fire måneder hvert tredje år. Ordningen overlevde også innføringen av fastlegeordningen, men er reforhandlet mange ganger. Jeg tenker vi legerne i Hammerfest har møtt respekt fordi vi har stått for kontinuitet, og vi har vist kommuneledelsen at vi er seriøse og har felles interesser med dem. Innimellom har vi vært frustrerte, men alt i alt ser jeg tilbake på mange år med godt samarbeid med mye forståelse.

Peter har nylig bemerket i sosiale medier at han i mange år har vært opptatt av faglig utvikling, etterutdanning, veiledning og gjensidige forutsigbare avtaler, men at han nå mener det er penger og bare penger vi må snakke om for å berge fastlegeordningen. – Ja det skrev jeg, fordi jeg mener det nasjonalt er helt sant. Det er det som trengs nå. Vi har kompetanse og folk, men vi må få midler nå.

I kronikken «Firkantkommuner og utkantkommuner», som Peter fikk skribent-

prisen for, er et av hovedpoengene at kommuner har vanskeligere for å gi den nyutdannede jenta fra nabohuset ei anstendig lønn, mens å svi av det tredobbelte på dårlige vikarløsninger, gjøres uten å blunke. Jenta fra nabohuset vil antakelig ha blitt i kommunen og kunnet sørge for stabilitet, hvis hun blir respektert og verdsett. Vi spør Peter hvorfor det er slik. Han svarer kjapt – misunnelse. God gammel-dags primitiv misunnelse.

Har Peter fått noen tilbakemelding fra myndighetene, altså KS, på teksten han fikk pris for?

– spennende spørsmål, svarer Peter. Jeg sendte den til *Kommunal Rapport* nylig etter anbefaling. Bortsett fra at en venstrepolitiker i Troms har bemerket at det var lesning som var saklig og til ettertanke, har det vært tyst som i graven. Jeg skal sjekke igjen nå (tar opp mobilen og sjekker) – nei. Fortsatt stille i fjøset. Den sank som en stein.

Beitemarkene

Hva er det som driver denne mannen? Hva er drivkreftene når han står opp om morgenen?

Han nøler ikke; – det er å komme seg på jobb. Jeg har en veldig interessant jobb med å hjelpe folk med deres kortsiktige og

langsiktige helseproblemer. Jeg har ikke så store ambisjoner om å helbrede, for meg er det en liten del av jobben, men morsomt når det skjer.

Jeg liker å bidra til at folk sjøl finner bedre veier å gå. Jeg er glad i folk jeg møter og trives med omtrent alle.

Hva er hemmeligheten med det, vil *Utpostens* bladfyk vite.

– Tja, det handler vel om innlevelse og Kierkegaard; det å finne ut hvor den andre står og så stille seg der. Det synes jeg er like spennende hver gang.

Intervjuren lurte på hvordan dette foregår. Finner du noe å like ved de som ikke er så lett å like?

– Ja jeg leter etter den positive driven hos dem, den som gjør at de kanskje kan løfte seg.

Jeg lar professor Niels Bentzens ord bli mine: I allmennpraksis behandler vi ikke astmatikere og diabetikere. Vi er rådgivere for folk vi kjenner eller skal bli kjent med, med astma og diabetes.

Og hvor henter denne karen påfyllet sitt?

– Tja. Han trekker litt på det. – Påfyllet har vært knyttet til fysisk aktivitet. Turer på fjellet med joggesko, fjellsko og skistøvler har vært viktig. Nå setter fysikken grenser, men jeg kjøpte meg en svær båt i fjor, en 27 fot Minor/Sargo (han staver og sjekker at



Peter er glad i den 27 fot store båten Minor/Sargo, som han skaffet seg i 2020.

landkrabba av en intervjuer har fått det med seg). Det er en finsk motorbåt med fire køyeplasser og to hundre og søtti hestekrefter (intervjuer synes det høres ut som mange hester i en eneste båt, og får bekreftet at det er det). Så er jeg gjerne opp til seks uker på Hvasser om sommeren i ei hytte jeg er fjerde generasjon i. Da går jeg inn i en helt annen modus og i den henter jeg påfyll.

Hammerfestværingen

Peter griper ordet: – Jeg fikk forresten også den samme ordføreren jeg nevnte tidligere, med på å bygge et friidrettsanlegg like etter at han hadde godtatt studiepermisjonen jeg fortalte om – for jeg var veldig engasjert i den lokale idretten.

Jeg kom til Hammerfest i 1980 på femteåret i studiet i praksis, og etter det har jeg egentlig aldri sett meg tilbake. Jeg kom hjem til det som skulle bli min by.

Hva var det med Hammerfest, vil *Utpostens* medarbeider vite. – Mye var som Tromsø, men alt var mindre og mer oversiktlig, og det likte jeg godt. Det var et sted hvor mange kom fra andre steder. Det var inkluderende, raust og morsomt å leve der fra første dag.

Jeg stiftet familie der og fikk to barn og etter hvert har jeg fått fire barnebarn, og tre av dem bor i byen. Jeg har i det store og det hele både når det gjelder yrket mitt og livet

ellers inkludert idretten, hatt stor motivasjon for å gi noe tilbake til byen.

Vårt intervjuobjekt med prolaps har snart sittet tida ut, og vi må avrunde. Det er likevel noen enkle nære ting det er fristende å spørre en mann som har levd et rikt liv om.

Hva er han aller mest glad for å ha gjort – og hva er han aller mest glad for at han ikke har gjort?

Peter nøler ikke. – Jeg er aller mest glad for at jeg har fått de barna og barnebarna jeg har fått. Så er jeg veldig glad for at jeg fant fram til allmennmedisin. Det er ikke gitt her i livet å finne noe som passer så godt for akkurat deg.

– Så er jeg veldig glad for at jeg **ikke** flyttet fra Hammerfest. Det har vært anledninger hvor det har vært aktuelt, men jeg er veldig glad for at jeg ble. Jeg føler meg enormt hjemme der.

Gjeteren

Bladfyken må helt til slutt teste ut en hypotese. Gjennom mangeårig kjennskap til mannen og ikke mindre etter forberedelse til intervjuet, blir tanken om at Peter er en gjeter forsterket. Det er en rød tråd av fel-



Peter har aldri angret på at han ble værende i Hammerfest, der han også har størstedelen av familien.

leskapsorientering under alt han foretar seg. Han har hatt og har mange flokker han passer på; det store legekontoret sitt tidlig i karrieren, oss som har gått gruppeveilederutdanning, på de nærmere hundre han selv må ha hatt i gruppeveiledning (han har sin niende gruppe nå) og familie. Nasjonalt er alle fastleger hans flokk. Han passer på og korrigerer kursen hvis flokken velger ugrei sti. Ikke for å framheve seg selv, men for å fremme fellesskapet.

Er du en gjeter, Peter? Kan du kjenne deg igjen i det, vil intervjueren vite

Peter svarer: – Hm Kanskje noen synes jeg gjeter for mye, for tett på... men jeg skjønner jo at det er positivt ment når du sier det.

– Nylig sparket jeg i gang interessegruppa for diabetes i allmennmedisin. Det var kanskje typisk en gjeteraktivitet, ja. Det var veldig pent sagt det med gjeter, så takk for det.

Jeg skal tenke mer på om jeg er det. Takk for stunden.

Så må Peter med den vonde ryggen strekke seg i en liten halvtime før den nye flokken av gruppeveiledere skal gjetes gjennom resten av dagen. De må ikke gå seg vill. Det passer gjeteren Peter på.

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

Helgelandsslegen – et rekrutteringsprosjekt

■ **BRITT BLAUNFELDT-PETERSEN** • Fastlege og spesialist i allmennmedisin, kommuneoverlege og enhetsleder for helse i Hattfjelldal, praksislærer for stadium III legestudenter, gruppeveileder for LIS 1 på Helgeland samt gruppeveileder for spesialistkandidater i allmennmedisin

■ **ANETTE FOSSE** • Leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), spesialist i allmennmedisin, phd, tidligere mangeårig fastlege og sykehjemslege i Rana

På Helgeland har kommuneoverlegene tatt initiativ til et samarbeid mellom kommunene og lokalsykehuset om å tilby sammenhengende ansettelse fra LIS1-LIS3. På den måten kan interesserte unge leger allerede i løpet av sykehusturnus få avtale om et fullt spesialiseringsløp i allmennmedisin. Kommuneoverlege gjennom mange år i Hattfjelldal, Britt Blaunfeldt-Petersen, er primus motor og forteller gjerne om prosjektet.

I oktober 2020 var Helgeland kommuneoverlegeforum samlet på Lovund. Bekymringen var stor. Det var 15 vakante fastlegestillinger, pensjonsavgang i vente for flere av legene som hadde utgjort den stabile stammen i årevis, og betydelige rekrutteringsproblemer. Det hadde ikke vært uvanlig at en og annen stilling stod ledig, men nå var fastlegekrisen tydelig, med økende legemangel i både små og store kommuner.

Kommuneoverlegene vet at det er mange ungdommer fra Helgeland som utdan-

ner seg til leger. Flertallet forsvinner ut av regionen og til sykehusjobb etter endt utdanning. Tromsø-studentene som kommer til Helgeland på utplassering gir uttrykk for at allmennmedisin er spennende, og de gir læringserfaringene fra primærhelsetjenesten høyt skår. Men, når de kommer tilbake til kommunene som LIS1, har de allerede takket ja til sykehusjobb. Mange av de unge legene forteller at fastlegeyrkets rammebetingelser, arbeidsmengde og usikkerhet gjør at det virker tryggere å søke seg inn i sykehusverdenen.

Kommuneoverlegeforum på Helgeland bestemte seg for at de ikke kunne sitte stille og se på at unge, entusiastiske leger velger bort spesialiteten allmennmedisin. Hva kunne gjøres for å få tak i noen av dem før sykehusene fester grepet? Svaret: Vi må skape en trygg og forutsigbar vei inn i allmennmedisin og distriktsmedisin, og sørge for at de får vite om denne muligheten allerede før de får tilbud om LIS1-plass på sykehuset. Prosjektet «Helgelandsslegen» var unnfanget.

Tidkrevende og positivt forankringsarbeid

Det gikk med mye tid til å finne ut av regelverk, avtaler og nødvendige aktører. Pro-

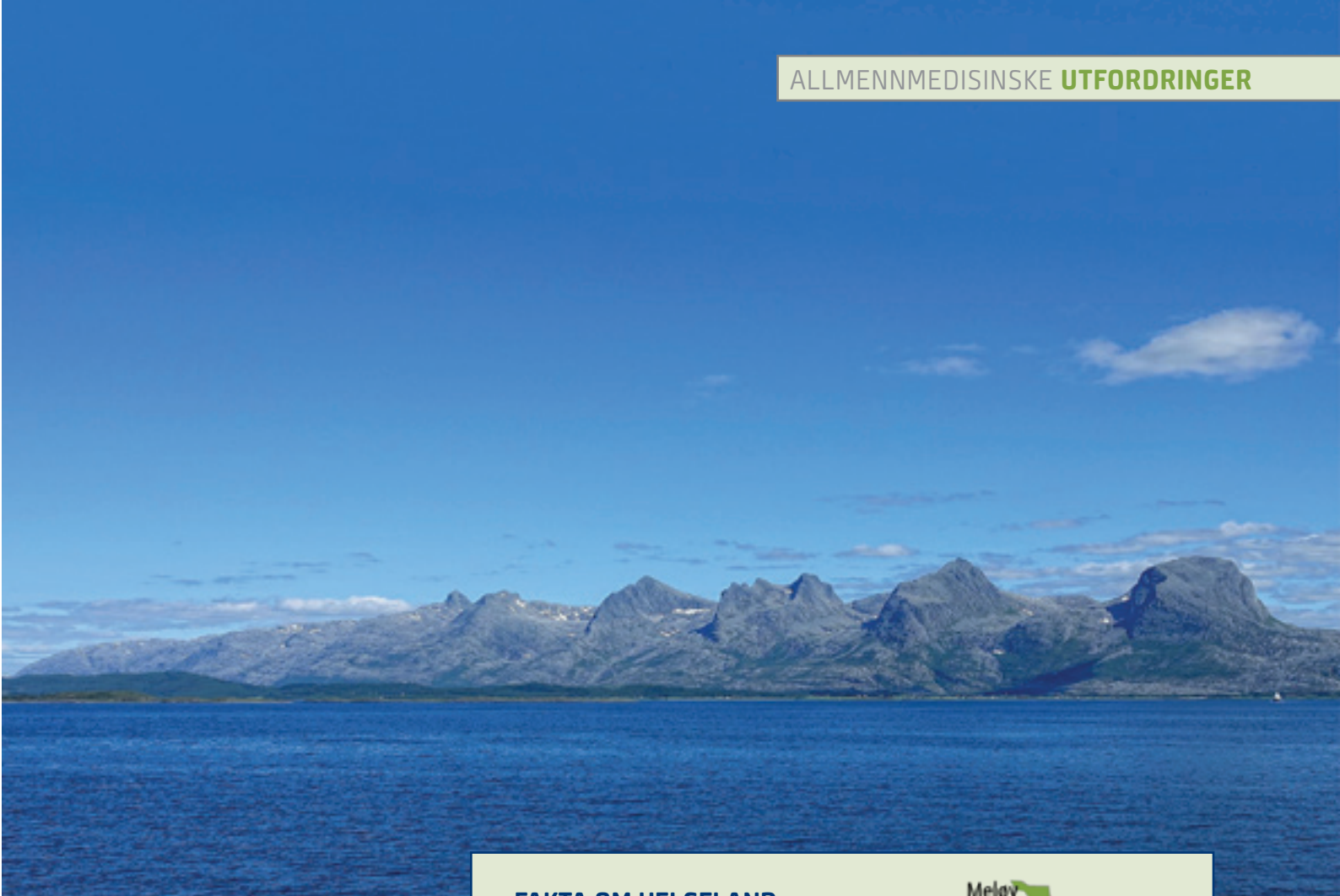
sjektansvarlig Britt Blaunfeldt-Petersen, mangeårig kommuneoverlege og fastlege i Hattfjelldal, kontaktet HOD, Helsedirektoratet, Legeforeningen, KS, Helgelandssykehuset, Universitetet i Tromsø, Statsforvalteren, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og ALIS Nord. Alle stilte seg positive til prosjektidéen.

I løpet av de siste årene har det kommet flere nye forskrifter med betydning for rekruttering av leger til primærhelsetjenesten generelt og distriktskommuner spesielt:

- Søkknadsbasert turnustjeneste fra 2013 ga turnuslegene mulighet til å velge bort distriktskommuner, og sykehusene fikk stor makt til å plukke ut de kandidatene de ønsket. Kommunene var lite 'på' og lite involvert.
- I 2017 kom kompetanseforskriften med krav om at man må være spesialist eller under spesialistutdanning for å kunne jobbe som lege i primærhelsetjenesten.
- Ny forskrift for spesialistutdanning fra 2019 la strengere føringer for rammer og innhold i spesialistutdanningen, med blant annet tydelige krav om strukturert veiledning og supervisjon. Kommunene fikk ansvar for individuelle utdanningsplaner og for å legge til rette for at allmennleger i spesialisering kan gjennomføre utdanningsløpet.



Prosjektansvarlig Britt Blaunfeldt-Petersen.



ILLUSTRASJONS FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

De nye forskriftene om kompetanse og spesialistutdanning ga et godt utgangspunkt for å få kommunene med på prosjektet «Helgelandslegen». Mange kommuner ser at de må strekke seg for å kunne oppfylle utdanningsansvaret, og for å sikre en god og stabil legedekning. Ideen med «Helgelandslegen» er at det skal tilbys en pakkeløsning med utdanningsmessige, faglige og økonomiske incentiver, og at det skal bli attraktivt å søke på slike stillinger. Det krever at kommunene prioriterer å bruke ressurser på dette. Kommuneoverlegeforum har presentert planen for regionrådene på Helgeland, og har fått bred støtte.

Konkurranse eller samarbeid?

Helgelandssykehuset og kommunene på Helgeland fisker i samme vann etter leger, samtidig som også sykehuset har rekrutteringsutfordringer. Dagens LIS1-ordning gir sykehuset en fordel når det gjelder å plukke ut LIS1-kandidater til sykehusjobber. Kommuneoverlegenes forslag om å øremerke noen av LIS1-stillingene til fast kobling mot kommunal LIS3 kunne derfor være uønsket sett fra sykehusets side. Sett fra sykehusets side kunne kommuneoverlegenes forslag om å koble noen av LIS1

FAKTA OM HELGELAND

Helgeland er den sørligste regionen i Nord-Norge. Regionen har ca. 85 000 innbyggere fordelt på 19 kommuner med 400 til 25 000 innbyggere og fra én til ca. 30 primærlegestillinger pr. kommune. Spredt befolkning fra kyst til fjell. Næringsveier er bl.a. fiskeoppdrett, fiskeri, tungindustri, kraft, jordbruk, skogbruk, turisme og offentlig virksomhet. Helgelandssykehuset består av tre lokalsykehusenheter (Rana, Sandnessjøen, Mosjøen) og ett DMS (Brønnøysund).

- Sykehusenhet
- DMS



KARTILLUSTRASJON: STINA AASEN, LØPPELUTALANNE. KARTGRUNNLAG: KARTVERKET (CC-BY-SA 4.0), NO. BEARBEJDET AV MEDIA

stillingene til videre LIS3 i kommunen svekke egen rekruttering. Ledelsen ved Helgelandssykehuset ser at en svekket fastlegeordning vil øke belastningen på sykehuset, og stiller seg derfor positive til et samarbeid om etablering av et visst antall koblede LIS1-LIS3 til førstelinjetjenesten. Intensjonen er at samarbeidsavtalen mellom helseforetaket og kommunene skal utvides med tanke på en felles agenda for rekruttering av leger, der kommunenes behov for framtidige fastleger understrekes.

Også kommunene på Helgeland er konkurrenter når det gjelder å rekruttere fast-

leger. Kommunene tilbyr ulike lønns- og arbeidsvilkår. Prosjektet «Helgelandslegen» legger ikke opp til en samordning av disse. Det betyr at kommunene må være i dialog for å ikke spenne bein for hverandre.

Innholdet i «Helgelandslegen»

- skreddersydd spesialistutdanning:

- Tilbyr et tilrettelagt og helhetlig utdanningsløp fra endt medisinstudium til ferdig utdannet spesialist i allmennmedisin; med strukturert veiledning og supervisjon, trygg oppfølging under lege-



Evaluering av prosjektet er påanlagt i samarbeid med NSDM, her representert ved leder Anette Fosse.

vakt, og forutsigbar institusjonstjeneste (det er allerede inngått avtale med Helgelandssykehuset om at alle LIS3 i regionen skal få nødvendig institusjonstjeneste)

- Attraktive utdanningsmessige, faglige og økonomiske insentiver
- Opp mot halvparten av LIS1-stillingene kobles til LIS3 i kommunene
- Tidlig innsats: Kontakte legestudentene på studiestedet og bruke femteårspraksisen på fastlegekontor målbevisst til å introdusere legestudentene for prosjektet

- Prioritere søkere med lokal tilknytning
- Stillingsannonser for LIS1 kan (foreløpig) ikke annonsere direkte med koblet LIS1-LIS3-stilling (jfr. Hdir), men den kan informere om prosjektet «Helgelandslegen» og etterspørre kandidatens preferanser for videre jobb i sykehus eller primærhelsetjeneste
- Intervjuene med LIS1-kandidater må fokusere på interesse for primærhelsetjeneste
- Når listen over aktuelle LIS1 som har takket ja til plass i Helgelandssykehuset er klar, skal oversikt over de kandidatene som har meldt interesse for allmennmedisin sendes til Kommuneoverlegeforum. Alle interesserte Helgelandskommuner kan deretter invitere kandidatene til intervju, omvisning, samtale om arbeidsvilkår og så videre.

Prosjektet er to-årig med oppstart 1. september 2021 og med Kommuneoverlegeforum Helgeland som prosjektleder. Det er forankret i OSO/Helsefelleskap Helgeland, og i ledelsen ved Helgelandssykehuset. Hver kommuneoverlege har forankret prosjektet i sin kommune. Det er også et frittstående samarbeid med ALIS Nord.

Det planlegges evaluering i samarbeid med NSDM. Interessante oppfølgingspunkter vil være hvor mange som rekrutteres, hvor lenge de blir værende og erfaringer fra bl.a. rekrutterte leger, veiledere, kommunal administrasjon og helseforetaket. Tanken er at prosjektet kan ha overføringsverdi til andre regioner og til rekruttering av andre faggrupper, f.eks. sykepleiere.

Erfaringer og råd

Arbeidet med å utvikle prosjektet har vært tidkrevende. Ingen av legene i Kommuneoverlegeforum hadde egentlig tid til dette midt i en travel kommuneoverlege- og fastlegehverdag. Arbeidet ble likevel gjennomført fordi det er helt avgjørende å sikre rekruttering og stabilitet i legetjenesten på Helgeland. Motivasjonen er styrket av mange positive signaler både nasjonalt, regionalt og lokalt. Helsedirektoratet utga våren 2021 en rapport om del 1 av spesialisthelsetjenesten (tidligere turnustjenesten) (1), og har blant annet nevnt muligheten for å koble LIS1 og LIS3. Her er noen råd til andre som vil prøve noe lignende:

- Hopp i det!
- Begynn ved å snakke om det med kommunen, mellom kommunene, med helseforetaket og mellom kommuner og helseforetak
- Ta kontakt med både administrasjon, tjenestenivåer og kliniske miljøer
- Ta utgangspunkt i eget lokalsykehusområde der man er kjent
- Det må bygges felles kultur og forståelse for prosjektet blant de som intervjuer LIS1

REFERANSE

1. Helsedirektoratet. Spesialistutdanning for leger - LIS1. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Report No.: Publikasjonsnummer: IS-3002.

■ ANETTE.FOSSE@UIT.NO

UTPOSTEN
- en viktig arena for
utvikling av primærmedisinen

Vekstutviklingen hos barn påvirkes av mors

■ LISBETH NILSEN • Frilanser

Svangerskapsdiabetes og mors vekt før og under graviditet har betydning for barnets vekst de første levemånedene og flere år frem i tid. Og faktorene slår likt ut for ulike etniske grupper, ifølge norsk forskning.

I en ny studie publisert i *Acta Paediatrica* i fjor høst, har Ingun Toftemo sett på barnets vekstutvikling de første fire til fem leveårene, og sammenhengen mellom tre ulike faktorer hos mor: Overvekt før graviditet, vektøkning i svangerskapet og svangerskapsdiabetes.

Dataene er hentet fra STORK G-prosjektet (se faktaboks), hvor 59 prosent av de gravide har etnisk minoritetsbakgrunn.

– Vi har ikke visst så mye om hvordan disse ulike faktorene virker inn på veksten hos barnet. Vi ville sortere ut om faktorene var avhengige av hverandre, og hvordan de påvirket utviklingen av kroppsmasseindeks hos barna, sier Ingun Toftemo, som er fastlege i Lillehammer og stipendiat ved Avdeling for allmennmedisin, institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo.

Hun fant mer enn én klar sammenheng:

– Alle tre faktorene, mors vekt før svangerskapet, høy vektøkning hos mor under graviditeten og svangerskapsdiabetes har noe å si, men på hver sin måte og på ulike tidspunkt. Og faktorene slår ut på samme måte for de ulike etniske gruppene.

Avansert statistikk

Forskerne har sett på vektutviklingen av barna over tid ved bruk av avanserte metoder og statistikk (linear mixed models). Effekten av svangerskapsdiabetes var det artikkelforfatterne var aller mest spent på.

– Her viser forskningen sprikende funn på hvordan svangerskapsdiabetes påvirker vektutviklingen hos barnet. Flere observasjonsstudier har vist at svangerskapsdiabetes hos mor fører til høyere kroppsmasseindeks hos barnet ved fødsel, men det fant

ikke vi. Dette skyldes trolig at mødrene ble tidlig diagnostisert og behandlet for sin svangerskapsdiabetes, og at mange hadde relativt mild sykdom.

Men barn av mødre med svangerskapsdiabetes hadde en langsommere økning i kroppsmasseindeks de første seks levemånedene enn barn av mødre uten svangerskapsdiabetes, og en hurtigere vekst i kroppsmasseindeks etter halvt-årsalder og frem til fylte fire–fem år.

– Dette mønsteret er viktig for helsepersonell å være klar over. Det kan for eksempel være lett å tenke at disse barna bør få mormelkt tillegg, men antakelig er ikke det nødvendig, for vi finner at barna henter seg inn igjen vektmessig.

Mors vekt

Et annet hovedfunn i studien, var hvilken påvirkning overvekt hos mor har på barnets vekt.

– Mødre som hadde fedme før de ble gravide, fikk barn med høyere kroppsmasseindeks ved fødselen. Disse barnas kroppsmasseindeks forble høyere fram til barnet var fire–fem år. Og barn født av mødre som hadde lagt på seg mye i løpet av svangerskapet, fikk en raskere vekst i kroppsmasseindeks fra seks måneders alder, forteller Toftemo.

– Av de 734 barna ble 50 av dem eksponert for to av de tre risikofaktorene, mens bare tre barn var eksponert for alle risikofaktorene hos mor. Hva tenker du om det?

– Dette var kanskje litt overraskende, men føyer seg inn i det vi finner, at alle faktorene har en effekt hver for seg.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

– Var det noen andre funn som overrasket dere?

– Det var dette vi trodde vi kom til å finne. Men det var spennende å se at barna som var eksponert for svangerskapsdiabetes hadde en langsommere vekst i kroppsmasseindeks – en «catch-down» vekst – de første seks månedene, og at dette også var tilfellet for barn som hadde normal fødselsvekt.

– Hva ser ut til å være den aller sterkeste risikofaktoren hos mor for overvekt senere hos barnet?

vekt



Flere observasjonsstudier har vist at svangerskapsdiabetes hos mor fører til høyere kroppsmasseindeks hos barnet ved fødsel, men det fant ikke norske forskere i sin studie. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Vi har ikke visst så mye om hvordan disse ulike faktorene virker inn på veksten hos barnet, sier Lillehammer-fastlege og forsker Ingun Toftemo. FOTO: KIRSTI HOVDØ

– Fedme og overvekt hos mor øker risikoen for svangerskapsdiabetes. Samtidig ser vi at mødre med sør-asiatisk bakgrunn har den høyeste risikoen for svangerskapsdiabetes til tross for at de har lavere forekomst av overvekt og fedme.

Etniske forskjeller

Ifølge artikkelforfatterne er dette den første longitudinelle studien som, i en multi-kulturell befolkning i et europeisk land, har sett på sammenhengene mellom svangerskapsdiabetes hos mor, fedme hos mor før graviditet, mors vektøkning i svangerskapet og barnets kroppsmasseindeks ved fødsel og frem til fylte fire til fem år.

I 2018 var Toftemo førsteforfatter av en studie, publisert i *BMC Public Health*, med grunnlag i samme datamateriale. Studien viste at fire-femåringer med bakgrunn fra Midtøsten og Nord-Afrika hadde nesten

dobbelt så stor risiko for overvekt som barn med europeisk bakgrunn. Resultatene var justert for flere faktorer som blant andre svangerskapsdiabetes, mors kroppsmasseindeks og barnas vekt ved fødselen.

– Hvor mye kan ulike sosioøkonomiske faktorer forklare av forskjellene ut ifra etnisitet?

– Vi justerte også for utdanning, kosthold og fysisk aktivitetsnivå hos mor. Og selv da var forskjellen mellom ulike etnisiteter signifikant. Men andre studier viser at utviklingen av overvekt hos barn har sammenheng med sosiokulturelle faktorer, som med inntekt og med familiesituasjon, svarer Toftemo og føyer til:

– Vi vet at personer fra Sør-Asia, har en annen kroppssammensetning enn europeiske, og har mindre indre organer og mindre muskelmasse, og dermed relativt økt andel fett. Sør-asiater har høy forekomst av type 2-diabetes, selv om de er slanke. Vi vet at sør-asiatiske barn er mindre ved fødsel og senere, og i STORK G-materialet vårt fant vi at drøyt ett av fire barn med bakgrunn fra Sør-Asia var definert som tynne sammenlignet med ti prosent av barn med europeisk opphav.

– Det gir ikke studien vår svar på, men i denne aldersgruppen kan det se ut som om fedme hos mor har mest å bety. På lengre sikt kan jo det bli annerledes. Dessuten, kombinasjonen av flere faktorer sammen, kan være ekstra problematisk.

Hver fjerde av kvinnene i STORK G var overvektige da de ble gravide, og 14,3 prosent hadde fedme.

– Hva vet dere om sammenhengen mellom overvekt og fedme hos mor og risikoen for svangerskapsdiabetes?

– *Det er ikke tilstrekkelig å tenke at forebygging av overvekt hos barn er noe bare helsetjenesten skal jobbe med.*

INGUN TOFTOMO,
FASTLEGE OG FORSKER

Screening for svangerskapsdiabetes

I STORK G-materialet var forekomsten av svangerskapsdiabetes på 12,5 prosent – som betyr at hver åttende gravide kvinne var rammet.

– Dette er et høyt tall. Vanligvis snakker vi om en forekomst mellom fem og ti prosent. At andelen er så høy i vårt materiale, skyldes delvis at vi har inkludert mange kvinner fra Sør-Asia og fra Midtøsten.

Med de nyeste nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorg fra 2018, kom anbefalinger om at glukosebelastning ved svangerskapsuke 24–28 burde tilbys et større antall gravide enn det som var tilfellet med de eldre retningslinjene.

Bakgrunnen for en slik screening av svangerskapsdiabetes var studier som viste at svangerskapsdiabetes ble oversett hos en stor andel gravide når blodsukkerkontroll bare ble gjennomført hos kvinner med sterke risikofaktorer. Anbefalingen møtte kritikk fra blant andre flere fastleger.

– **Hvorfor var en del fastleger negative til denne typen screening?**

– Jeg tror mye bunner i redsel for overdi-

agnostisering. Gjennom vår forskning viser vi imidlertid at svangerskapsdiabetes har betydning for barnets vekst.

Ikke bare helsetjenesten

– **Hvordan kan fastleger bruke resultater fra forskningen din i praksis?**

– Mange fastleger jobber som helsestasjonsleger og følger opp barns vekst der. Det fine er at fastlegene ofte har fulgt mor over tid, både før, under og etter svangerskap. Hvis mor har fedme, hatt svangerskapsdiabetes eller går opp i vekt under svangerskapet, er det grunn til å følge opp både mor og barnet. Samarbeid med helse- sykepleier og jordmor er viktig.

Fastlegeforskeren er også opptatt av at andre enn fastlegene, helse- sykepleierne og jordmødrene engasjerer seg.

– Vi ser altså at utvikling av fedme hos barnet starter før mor blir gravid. Denne kunnskapen er viktig for å forebygge overvekt hos barn, og det er veldig viktig at de ulike instansene i primærhelsetjenesten samarbeider. Jeg mener vi i tillegg må ha et bredere samarbeid som også inkluderer barnehager, skoler, næringsliv og kommunenes arbeid. Det er ikke

tilstrekkelig å tenke at forebygging av overvekt hos barn er noe bare helsetjenesten skal jobbe med. Kommunene må prioritere dette, og så handler det også om en politisk vilje – om å bedre folkehelsen på lang sikt.

Følges videre

Doktorarbeidet til Ingun Toftemo er støttet finansielt av Allmennmedisinsk forskningsfond. Nå venter hun på klarsignal for disputas og søker om postdoc-stipend for å følge barna videre.

Foruten kvantitative studier, er planen også å gjennomføre kvalitative studier hvor etniske minoritetsforeldre intervjues og fokusgrupper med fastleger, jordmødre og barnehagelærere.

– Barna i studien har nå vært igjennom helsekontrollene i første og i tredje klasse. Det blir spennende å se om svangerskapsdiabetes hos mor slår ut på barnas kroppsmasseindeks ved denne alderen. Vi fant ikke at fire-femåringene som var eksponert for svangerskapsdiabetes hadde økt risiko for overvekt, men kanskje har de det ved 11 års alder. Men dette vet vi ikke sikkert ennå.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

FAKTA OM STORK GRORUDDALEN (STORK G)

- En befolkningsbasert, multi-etnisk kohort-studie av 823 gravide.
- Deltakerne ble inkludert i perioden 2008–2010 ved helsestasjoner i Groruddalen i Oslo, hvor 59 prosent av befolkningen har minoritetsbakgrunn.
- I prosjektet inngår data fra tre ultralydundersøkelser under svangerskapet, data ved fødsel og fram til barnet er tre til fire måneder, data fra helsestasjoner på barnas vekt, lengde og hodeomkrets frem til fylte fire-fem år.
- Noe under halvparten av kvinnene i STORK G var førstegangsfødende. Over 85 prosent av barna fikk morsmelk 14 uker etter fødsel, og 69 prosent fikk bare morsmelk.
- Det pågår nå et prosjekt kalt STORK G2, som er en oppfølgingsstudie av mødrene i STORK G.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLAURBOX

Kols-syke særlig utsatt for forverring ved luftforurensning

■ LISBETH NILSEN • Frilanser

Flere får symptomer på luftveisinfeksjon på dager med stigende verdier av utendørs luftforurensning, og kols-syke hadde mer enn fire ganger økt sannsynlighet for å oppsøke lege for luftveislager på dager med økte NO₂-verdier.

Økende verdier av utendørs konsentrasjon av nitrogendioksid (NO₂) har signifikant sammenheng med rapporterte symptomer på luftveisinfeksjon. Når nivået av nitrogendioksid var på det høyeste, var risikoen for plager i luftveiene nær doblet.

Selvrapportert kols var forbundet med 1,7 ganger høyere sannsynlighet for luftveissymptomer ved økt forurensning, og med 1,8 ganger hos røykere.

Kols var den sterkeste prediktoren – og den eneste signifikante faktoren – for å oppsøke lege ved luftveissymptomer på dager med høy luftforurensning; Kols-syke hadde 4,3 ganger høyere sannsynlighet for å ta kontakt med legen enn på dager med lavere NO₂-verdier.

Funnene er hentet fra masteroppgaven til medisinstudent Maria Bøyum Halvorsen ved Norges arktiske universitet, UiT – og fra senere analyser.

– Det er viktig å være klar over at luftforurensning kan være en forklaring på luftveissymptomer. Vi må tenke at det ikke alltid er infeksjon når kols-syke blir dårli-

gere. Vi regner med at cirka 30 prosent av kols-forverringer skyldes noe annet enn infeksjon, som for eksempel forurensning, sier UiT-professor emeritus Hasse Melbye til *Utposten*.

Han har vært veileder for Maria Bøyum Halvorsen.

Overraskende funn

Rapporterte luftveislager den dagen deltagere møtte opp til helseundersøkelsen, er sammenstilt med forurensningsverdier som ble målt i Tromsø den samme dagen.

Røyking, kols og astma var signifikante prediktorer for tung pust, men det var ingen signifikant sammenheng mellom tung pust og utendørs luftforurensning – og heller ingen forskjeller relatert til alder eller kjønn.

– Det var litt interessant at luftveissymptomene, irritasjon i luftveiene, var viktigere enn påvirkningen på pusten. Vi gjorde en analyse, som ikke er med i masteroppgaven, der vi så på spirometri-målinger. Da



– Vi regner med at cirka 30 prosent av kols-forverringer skyldes noe annet enn infeksjon, som for eksempel forurensning, sier professor emeritus i allmenntillegns, Hasse Melbye. FOTO: PRIVAT

fant vi en så vidt signifikant sammenheng mellom luftforurensning og lungesfunksjon målt med spirometri. Men vi fant ingen statistisk signifikant sammenheng

– Mange med kols er ganske dårlige, og når utgangspunktet ikke er bra, skal det lite til før man merker forskjell.

HASSE MELBYE, PROFESSOR EMERITUS



Hovedkilden til luftforurensning fra nitrogendioksid i norske byer er eksos fra veitrafikk, spesielt fra diesebiler. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

med mer rapportert tung pust. Kols slo sterkere ut i en multivariat analyse enn tung pust alene. Mange med kols er ganske dårlige, og når utgangspunktet ikke er bra, skal det lite til før man merker forskjell, svarer Melbye.

Astma

I studien inngår data fra de 7.480 som i del 2 av den 7. Tromsøundersøkelsen, svarte på spørsmål om tung pust. I alt oppga 11,4 prosent at de den siste uken hadde vært mer tungpustet enn vanlig, og 14,4 prosent hadde siste uke hatt symptomer på luft-

veisinfeksjon – hvorav 1,5 prosent av den grunn hadde oppsøkt lege.

Astma ga noe høyere sannsynlighet for å ta kontakt med lege på dager med økende NO₂-verdier, men sammenhengen var ikke signifikant. Og astma var heller ingen signifikant prediktor for å rapportere luftveissymptomer ved mer forurensning.

– **Hvordan forklarer dere at folk med astma ikke ble mer plaget ved større luftforurensning?**

– Forskjellen mellom astma og kols var litt overraskende og merkelig. Det kan tenkes at de med kols har mer slimproduksjon,

og at det påvirker luftveiene mer. De fleste med astma er ikke så dårlige som dem med kols. I multivariate analyser vil den sterkeste faktoren slå ut den mindre sterke – slik selvrapportert kols slår ut astma. Noen har rapportert at de både har astma og kols, men dette gjaldt et mindretall.

Mulig konfunder

Konsentrasjonen av nitrogendioksid var under grenseverdien for luftforurensning i Norge da Tromsøundersøkelsen ble gjennomført.

– Funnene våre indikerer at NO₂ har effekt på lungehelse ved lavere verdier enn de som står beskrevet i lovverket. Men vi kan jo ikke helt utelukke at luftveissymptomene skyldes noe annet enn forurensning. Det var høyest NO₂-nivåer om vinteren, og da er det også mer virusinfeksjoner. Økt smitte, samtidig som det er mest forurensning, kan være en såkalt konfunder. Studien har ikke tatt høyde for perioder med mer virusinfeksjon, sier Melbye.

Nitrogendioksid hadde større effekt på luftveisplager enn svevestøv.

– Svevestøv er et mer helårs-problem, og særlig om våren er det mye asfaltstøv. Vi så

– *Funnene våre indikerer at NO₂ har effekt på lungehelse ved lavere verdier enn de som står beskrevet i lovverket.*

HASSE MELBYE, PROFESSOR EMERITUS

FAKTA OM STUDIEN FRA TROMSØ

- Har brukt data fra den 7. Tromsøundersøkelsen, del 2 (2015–2016), hvor 8346 over 40 år deltok (oppmøte på 90,2 prosent).
- Deltagerne svarte på spørsmål om de hadde hatt økende tung pust eller symptomer på luftveisinfeksjon de siste sju dagene.
- De 7480 som svarte på spørsmål om tung pust, ble inkludert i studien.
- Svevestøv og nitrogendioksid (NO₂) ble målt ved to ulike målestasjoner i Tromsø, og rapporterte luftveissymptomer ble sammenstilt med forurensningsdata fra Norsk institutt for luftforskning (NILU).
- For å se etter sammenheng mellom mål på luftforurensning og symptomer på luftveisinfeksjon og tung pust, ble det brukt logistisk regresjon, der det er kontrollert for alder, kjønn, røykestatus, selvrapportert kols, selvrapportert astma og barometertrykk.

en tendens til økning i risiko for luftveissymptomer ved økende konsentrasjoner av svevestøv, men den var ikke signifikant – selv om konsentrasjonen flere ganger i løpet av studien lå over grenseverdiene.

– Hva mener du kan gjøres fra et samfunnsmedisinsk ståsted for å redusere helseplagene av luftforurensning?

– Man kunne i hvert fall tenke seg en varslings om luftforurensning, noe vi ikke har i Tromsø i dag. En påminnelse om å holde seg inne for dem med kols og astma kunne vært bra. Stort sett har forurensningen blitt mindre, og kanskje har vi vært så optimistiske at vi ikke har sett behovet for å varsle på dager med økt forurensning.

Spesiell metode

I Tromsøundersøkelsen ble det spurt om symptomer på luftveisinfeksjon siste syv dager. Analysene i masteroppgaven sammenlignet døgnmålinger av forurensning den dagen deltagerne møtte til helseundersøkelsen – og ikke for hele siste uke.

– Men tilsvarende funn er blitt gjort når vi brukte gjennomsnittsmål for siste uke, legger Melbye til.

Eksposering for nitrogendioksid og svevestøv ble målt ved målestasjoner hvor trafikkbelastningen er høy og hvor folk flest ikke oppholder seg. Derfor er målingene ikke helt representative for forurensningsnivået til den generelle Tromsø-befolkningen.

– I og med at såpass få oppholdt seg her, styrker dette funnene i studien – de som har vært i nærheten av målestasjonene har vært enda mer utsatt. Det tyder på en ganske sikker effekt på luftveissymptomer ved økt forurensning, mener Melbye.

Flere andre studier har også sett på sammenheng mellom luftforurensning og luftveissymptomer, med litt sprikende funn.

– Det trengs mer forskning på helsepåvirkningen av både NO₂ og svevestøv, kommenterer Melbye.

Han mener Tromsø-studien er særlig interessant på grunn av metoden.

– Det er spesielt å koble luftforurensningsdata fra samme dag som deltagerne rapporterte symptomer. Jeg tror ikke så mange andre forskere har gjort akkurat det.

Les masteroppgaven til Maria Bøyum Halvorsen på: <https://munin.uit.no/handle/10037/15718>

■ BETHNIL17@GMAIL.COM



ON THE EDGE

General practice for future generations

22nd NORDIC CONGRESS OF GENERAL PRACTICE
STAVANGER, NORWAY • JUNE 21-23 2022

Velkommen til den 22. nordiske kongress i allmennmedisin 21.–23. juni 2022!

Koronapandemien gjorde det umulig å gjennomføre nordisk kongress i 2021. Nå er vaksinene kommet, og vi satser på at det blir lettere å møtes neste år. En nordisk kongress skal – i tillegg til det faglige programmet, ha et stort fokus på sosiale møter mellom allmennleger, forskere og andre deltakere. I juni 2022 planlegger vi et flott faglig og sosialt arrangement. Kongressens keynote speakers er presentert på vår hjemmeside www.ncgp2022.no. Høsten 2021 kan du sende inn abstracts til posters, foredrag, seminarer og workshops for kongressen.

Dere som var med på nordisk kongress i Tromsø i 2011, husker hvilken fantastisk kongress det var, med deilig sommervær og mange flotte opplevelser. Vi satser på at kongressen neste år blir minst like spektakulær og spennende, *the best Nordic Congress* – ever!

Olav Thorsen
Leder for Hovedkomitéen

Gunnar Tschudi Bondevik
Leder for Vitenskapelig komité

Det primærmedisinske

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør, Utposten

Noen ganger forlater jeg fastlegekontoret med en følelse av meningsløshet. Hvorfor er jeg her? Har jeg gjort noe nyttig i dag? Ikke har jeg reddet liv, og ikke har jeg gitt betydningsfull behandling. Jeg har bare vært en søppelbøtte for fortvilelse og et skjold som skal beskytte andre i helsevesenet. Gjør jeg i det hele tatt noen nytte annet enn å beskytte de ekte legene, organspesialistene, mot å bli overbelastet av banaliteter?

La oss i søken etter et svar starte med å gjøre oss to tankeeksperimenter. Vi tenker oss først et helsevesen med bare primærhelsetjeneste, et helsevesen uten høyspesialisert medisin. Vi innser fort at mye vil kunne håndteres, slik som hverdagens bekymringer og småplager. Dessuten kan vanlige medisinske problemer som ikke krever avansert utstyr, håndteres. Alle som vi i dag ikke henviser – og det er jo de aller fleste, samt en del av dem vi nå henviser, ville kunne få god behandling med liten risiko for feil. Men ille ute er den som da får et rumpert aortaaneurisme eller en sjelden hematologisk sykdom. Så kan vi tenke oss det motsatte, et helsevesen med kun spesialister. Her går pasientene selv direkte til organspesialisten etter eget ønske. Spesialisten vil ta hånd om de tilstander og sykdommer som spesialisten er trent til. Ved plutselig synstap på grunn av netthinne-løsning vil man enkelt kunne oppsøke øyelege og få hjelp med tilstanden uten noen mellomledd. Hvorfor gjør vi det ikke bare slik? Svaret ligger i tittelen: Det primærmedisinske paradoks (1).

ET PARADOKS er en tilsynelatende selv-motsigelse, slik som i Ibsens «Evig eies kun det tapte» (2). Vi skal nå konstruere paradokset. Dersom man studerer enkeltsykdommer og sammenligner oppfølging og resultat hos spesialist og hos allmennlege, vil man finne at spesialisten i større grad oppnår fastsatte mål, altså bedre resultater. En kols-pasient som går årlig til lungelege, vil i større grad få utført spirometri. Denne kols-pasienten vil også i større grad ha medisinerings i overensstemmelse med gjeldende retningslinjer. En gruppe diabetespasienter som kun går til endokrinolog vil i snitt ha lavere HbA_{1c}, og i større grad nå blodtrykksmål. Likevel, og her kommer pa-

radokset: Totalt sett vil befolkningen likevel ha dårligere helse. Det vil dessuten være større helseulikhet. Et slikt helsevesen vil også koste mer enn et helsevesen med en godt utbygd primærhelsetjeneste (3).

ETTER DENNE PÅSTANDEN reiser det seg to spørsmål. Det første er: Hvordan kan vi vite at det er slik? Vi vet det fordi eksperimentet i de to tenkte helsevesener utføres hver dag. Noen land, (og noen stater i USA), har motsatt andre land (og andre stater i USA) en sterk primærhelsetjeneste, andre har nærmest ingen. Man ser da i befolkningsstudier at en sterk primærhelsetjeneste systematisk gir bedre befolkningshelse, mer likt fordelt og til en lavere kostnad (3,4). Paradokset er altså at når man studerer enkeltsykdommer, så lykkes spesialistene best, mens når man studerer befolkningshelsen, så lykkes man likevel bedre med en sterk primærhelsetjeneste. Dette reiser det neste spørsmålet: Hvorfor er det slik? Med andre ord: Hvordan kan vi forklare paradokset? Hvordan er det mulig å være dårligere på enkeltsykdommer, men likevel bedre på hele helsen?

EN FORKLARING på paradokset kan vi gi dersom vi tenker oss følgende helt vanlige sykehistorie: Per er utsatt for et fall på jobben. Etter dette får han vondt i ryggen. Smertene blir først noe bedre, men fremgangen stopper opp, han syns faktisk han er blitt verre. Han blir bekymret, tenker at noe er ødelagt i ryggen og begynner å bevege seg forsiktig for ikke å utvikle mer skade. Han blir sykemeldt og henvises – siden det var et traume – til ortoped. Ortopeden finner ikke noe galt ved sin undersøkelse, heller ikke på røntgen. Ortopeden bestiller MR før ny samtale med Per. MR viser heller ikke noe som forklarer smerte-

ne. Under samtalen med ortopedene nevner Per at han nå har like vondt i nakken. Siden nakken «ikke er mitt område» (sitat fra epikrisen i en ganske lik historiel!) henviser derfor ortopedene til nevrokirurg. Etter noen måneders venting får Per time der. Det tas også her MR, med litt småfunn av tranghet og slitasje, men intet som forklarer smertene. Per sier til nevrokirurgen at han nå har vondt også utover i armene, og dette gjør at nevrokirurgen henviser til nevrografi. Denne viser heller intet galt. Nevrokirurgen velger da å henvise ham til nevrolog, «siden det er utstrålende smerter», som det står i epikrisen. Heller ikke nevrologen finner noe galt, men siden Per nå har vondt mer eller mindre overalt blir han henvist til revmatolog. Etter mer venting får han time her. Revmatologen finner ingen tegn til betennelsessykdom, og foreslår paracet og ibux – som Per alt har brukt i lang tid. Hele dette forløpet tar et par år, og i mellomtiden er Per blitt mer og mer plaget og må nå ha hjelp selv til enkle oppgaver i eget hjem.

DET VI SER ILLUSTRERT HER er at en høyspesialisert leting etter årsak til smerter ikke fører fram. I mellomtiden kronifiseres tilstanden. Den behandlingen som kunne ha hjulpet – kombinasjonen av trening og kognitiv intervensjon mot bevegelsesfrykt, blir ikke gitt. Vi ender med massiv medisinsk innsats og samtidig kronifisering. Dersom Per hadde hatt en alvorlig bruddskade, en svulst i ryggen eller en sjelden nevrologisk sykdom, så ville han ha hatt nytte av utredningen. Men de aller fleste med ryggvondt har ikke slike tilstander, og vil forverres av ørkesløs detaljutredning. Vi forstår nå hvorfor befolkningen som helhet kan komme til å lide under en rent spesialisert helsetjeneste.

paradoks



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

DYPEST SETT handler dette om rett type tiltak til rett person. Det er noe vi alle, både i primær- og i spesialisthelsetjenesten, bør ha in mente. Det hadde i vår historie vært mulig for allmennlegen å styre unna henvisning. Etter at et vanlig røntgenbilde hadde utelukket brudd, kunne det ha vært startet behandling uten mer tidsspille. Det hadde også vært mulig for ortopedene å avslutte utredningen ved første kontakt. Det betyr altså at både primærlegen og spesialisten kan handle slik at pasienten håndteres med en innsats som passer til tilstanden.

I ET STADIG MER KOMPLEKST og høy-spesialisert helsevesen vil det være et økende behov for en primærlege som ser alle aspekter av pasientens plager, og som primært har tanke for det vanlige, og ikke for det sjeldne (5, 6). For meg som primærlege er det primærmedisinske paradoks derfor en påminnelse om at jeg må avslutte utredninger i tide, og beskytte folk mot unødvendige og kompliserte intervensjoner. En trussel mot et slikt riktig balansert helsevesen er et «ryggen fri»-helsevesen, hvor frykten for å overse sykdom gjør at pasientene utredes for mye (7). Jeg må da innse at jeg av og til vil overse sykdom og forsinke diagnoser. Dessverre er det mitt inntrykk at epikriser og journalnotater i økende grad ikke er orientert mot å hjelpe pasienten, men mot å beskytte helsepersonellet selv mot kritikk. Beslutninger og notater er fattet og formulert med tanke på hva som kan være nyttig for legen selv (eller helseforetaket) ved en klagesak, mer enn at de hjelper pasienten med å finne en vei ut av problemene sine. Dette skrives derfor også med tanke på at tilsynsmyndighetene må ta inn over seg at vi opererer i et felt med grader av usikkerhet. Vi behandler mennesker med komplekse sympto-

mer, hvor definerte, fastsatte prosedyrer ikke alltid lar seg anvende. I et slikt landskap må det brukes et skjønn som totalt sett hjelper mer enn det skader.

Barbara Starfield, selv pediater, har formulert og oppsummert sin egen livslange forskning slik: «There is lots of evidence that a good relationship with a freely chosen primary-care doctor, preferably over several years, is associated with better care, more appropriate care, better health, and much lower health costs». (8)

DETTE EGENTLIG GANSKE ENKLE budskapet er det mange som ikke har forstått. Det gjelder kanskje spesielt politikere som synes å tro at helse er noe som kan reduseres til enkle reparerbare enkeltdeler. Illusjonen er: Jo mer helsevesenet undersøker, og jo mer det griper inn i den enkeltes liv, desto bedre blir helsen. Og: Tiltak på spesialisert nivå er bedre enn på ikke-spesialisert nivå. Dette er altså et falsum.

I trygdemedisinsk sammenheng, som i uføresaker, er de klassiske læreboksykdommene som store deler av medisinestudiet er viet til, relativt sjeldne. De fleste uføresaker handler om tilstander som er lite tilgjengelig for behandling fra høyspesialisert medisin, slik som muskelsmerter, uforklarlig slitenhet, personlighetsproblematikk, avhengighet, vanskelig definerbare psykiske lidelser – og kombinasjoner av disse tilstandene (9, 10). En term som helseplage kan være vel så beskrivende som begrepet sykdom. Nettopp her ser vi i hvor stor grad endeløs utredning på sub-spesialistnivå medfører kronifisering. I tråd med dette er det også sjelden at NAV etterspør spesialisterklæringer (11), klok av skade, kan man vel si.

ALTSÅ KAN JEG, på en dag hvor jeg har følt meg som vrang portvokter, usikker

multitasker, ryddehjelp i folkets rare tanker, og lege for bagateller, trøste meg selv: Jeg har levert den viktigste innstasen for at vi skal få et optimalt helsevesen til en lavest mulig kostnad. Ja, jeg leverer jevnt og trutt dårligere på enkeltparametere enn organspesialisten. Men jeg leverer likevel totalt sett bedre helse ved å beskytte pasienter flest fra forvirrende utredning og fra unødvendig og fragmentert kontakt med helsetjenesten. Jeg kan også trøste meg med at min utholdenhet, som jo nettopp er det som gir pasientene kontinuitet, i seg selv gir dem et lengre liv (12).

REFERANSER

1. Kurt C Stange, The Paradox of Primary Care, *Ann Fam Med* 2009 Jul; 7(4); 293–299.
2. Henrik Ibsen, Brand, 1866, sluttscenen i fjerde akt.
3. StarfieldB, ShiL, MacinkoJ. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3): 457–502.
4. StarfieldB. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract*. 2001; 51: 303–309.
5. OpdalPO, MelandE, HjørleifssonS. Dilemmas of medical overuse in general practice – a focus group study. *Scand J Prim Health Care*. 2019; 37(1): 135–140.
6. Wonca Europe [Internet]. Position paper on over-diagnosis and actions to be taken. 2018 [cited August 2020]. <https://www.woncaeurope.org/kb/overdiagnosis-and-action-to-be-taken-%E2%80%93-position-paper-2018> [Google Scholar].
7. Njål Flem Mæland, Utposten nr. 1 2021, «Klagesakene som ikke havner hos fylkeslegen».
8. Geoff Watts. Barbara Starfield, *The Lancet*, 2011; Volume 378, Issue 9791.
9. Camilla C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health* 2002; 30: 20–29.
10. Georg Espolin Johnsen, Utposten nr. 2, 2016, side 12–16.
11. Georg Espolin Johnsen, Hva er NAV uten fastlegen? Fastlegeordningen 2.0 side 52. <http://www.flo20.no/wp-content/uploads/2018/03/Håndboka2.0.pdf>
12. Pereira GrayDJ, Sidaway-LeeK, WhiteE, et al. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018; 8(6): e021161.

Tanker om medisinen

■ JOHANNA LAUE • Førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

TORSTEN RISØR | TORDIS SØRENSEN HØIFØDT | UNNI RINGBERG | MARIT NYMOEN AASBRENN
ODA MARTINE STEINSDATTER ØVERHAUG | KRISTINE ELVEVOLD ANDREASSEN | HÅVARD SØNDENÅ

Koronapandemien utfordrer samfunn verden over. Viruset smitter uavhengig av status, hudfarge og legning, og selv prinser og presidenter rammes. Likevel skaper pandemien de største utfordringene blant dem som har minst motstandskraft fra før – både som individer og som samfunn. I dette essayet vil vi vise at det er medisinenes mørke bakgård som i disse dager blir synlig.

Denne artikkelen tar utgangspunkt i observasjoner vi har gjort i vårt kliniske arbeid som leger. Alle observasjonene har det til felles at de handler om at noen pasienter og samfunnsgrupper får dårligere helsehjelp enn andre, selv om de ofte har en betydelig sykdomsbyrde.

Vi har brukt metaforen *medisinens bakgård* for å sette ord på dette fenomenet – at noen og noe har en mer fordelaktig plass i den medisinske verden enn andre eller annet, uten at det kan forklares med forskjeller i personlig lidelse eller konsekvenser for samfunnet. Bakgården er en mørk plass bak et hovedhus, og i bakgården samles alt som ikke passer helt inn i hovedhuset. Av og til går vi inn i den mørke bakgården og prøver å rydde opp. Ofte vet vi ikke helt hvordan vi skal angripe oppgaven. Med medisinske øyne handler det om pasienter som vi ikke vet hvordan vi skal hjelpe, som lider av plager vi ikke har god behandling for i vår medisinske verktøykasse. Det handler om et hjelpeapparat som er godt tilpasset noen pasienter og helseplager, mens det ikke kan gi et tilfredsstillende tilbud til andre.

Våre observasjoner er nært knyttet til de sosiale ulikhetene i helse som vi i økende grad finner i våre samfunn (1) og til «The inverse care law» (2). Noen mennesker er sykere enn andre, og disse finner vi oftest i nederste ende av den sosiale gradienten. Ifølge loven om «inverse care» får oftest de menneskene som trenger mest helsehjelp, minst av den eller den er av dårlig kvalitet.

Hvorfor er det slik, og hvordan skal vi håndtere det? Hvilke drivere finnes for dette i det rike og demokratiske norske sam-

funnet? Vi tror de aller fleste leger kjenner på den samme usikkerheten som oss overfor disse spørsmålene, men at det samtidig finnes et ønske om å lyse opp medisinenes mørke bakgård. Med denne artikkelen ønsker vi å tre ut i bakgården og se oss om. Kanskje finnes det allerede kunnskap og forståelse der, som vi går glipp av fordi det er mørkt.

Hvem og hva kan vi finne i bakgården og hvorfor?

Det finnes mange ulike mennesker i den mørke bakgården. Flyktninger med komplekse helseutfordringer er et godt eksempel (3). De har måttet flykte fra hjemlandet, og har en økt risiko for å utvikle komplekse helseproblemer – på grunn av forhold før og under flukten og situasjonen de havner i når de kommer til mottakerlandet. Det er lett å føle avmakt som helsepersonell i møtet med kliniske problemstillinger som skyldes sosiale og politiske forhold. Det kan føles ubehagelig å ikke strekke til, og det er lett å tenke at det er pasientene som er «vanskelige» (4). I den samme «vanskelig»-kategori kan det være mennesker fra andre etniske minoriteter, mennesker med psykiske plager eller rusproblemer, hjemløse på gata, mennesker som ikke er sterke i skrift og tale, eller mennesker som av ulike grunner i det lengste unnlater å søke helsehjelp for sine plager.

I tillegg til de nevnte pasient- og samfunnsgrupper finnes en rekke helseproblemer og lidelser i bakgården. De kan ramme hvem som helst uavhengig av hvilken

gruppe de tilhører, men de rammer oftest de som allerede har økt risiko for å havne i bakgården (5). Det gjelder for eksempel langvarige muskel- og skjelettplager eller andre smertetilstander, diffuse somatiske plager eller en rekke psykiske plager. Disse skaper hodebry for oss leger fordi vi ofte ikke finner en god medisinsk forklaring, og fordi vi ikke kan tilby en effektiv behandling. Plagene tilhører heller ikke én enkelt medisinsk spesialitet, og det finnes (derfor?) sjeldent et helhetlig hjelpetilbud. Pasienter med slike, gjerne medisinsk uforklarte plager, har høyere risiko for å havne mellom flere stoler i det offentlige hjelpeapparatet. Dette gjelder særlig dem som lever i sosiale forhold som gjør det vanskelig å kreve den hjelpen de trenger (5).

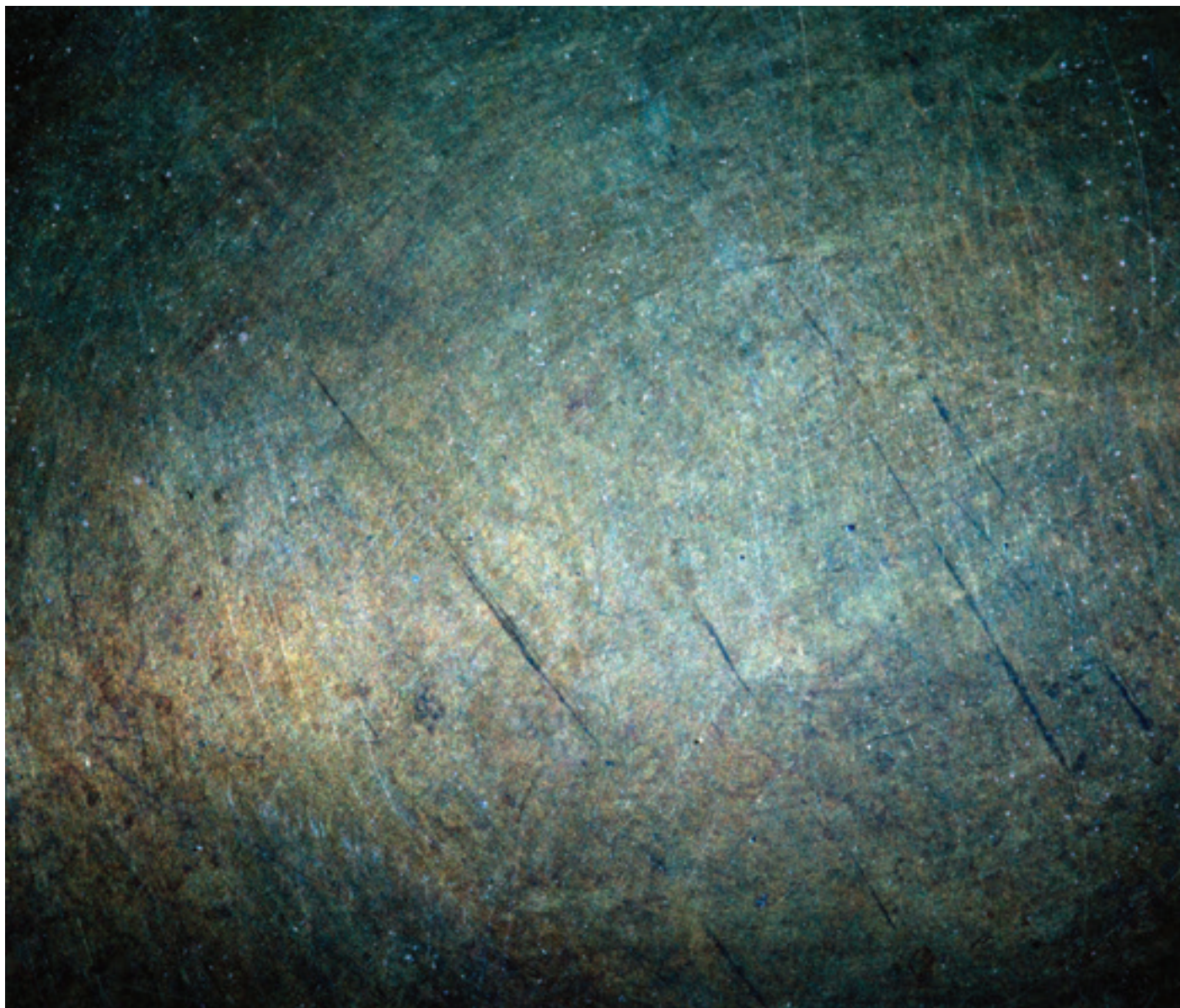
Strukturell vold – bakgårdens og hovedhusets byggmester

Nå har vi orientert oss litt i bakgården og sett hvem eller hva som kan finnes der. Eksemplene våre er ikke altomfattende, eller bofast i bakgården til enhver tid. Det kan se ut til å være tilfeldigheter som gjør at noen eller noe finnes i eller trer inn og ut av bakgården. Men å si seg fornøyd med å skyldes på tilfeldigheter, fratar oss også muligheten til å gjøre noe med det, for hvordan kan man påvirke tilfeldigheter?

At noen er sykere enn andre, kan skyldes biologiske og genetiske faktorer, men ofte er det sosiale helsedeterminanter som bestemmer forekomst og konsekvens av sykdom (6). Enkeltindivider har liten påvirkningskraft på disse helsedeterminantene. Man velger ikke i hvilke sosiale omgivelser man blir født inn i, og det kan være vanskelig å komme ut av den posisjonen. Også her kan man argumentere for at tilfeldigheter spiller en rolle. Sosiale ulikheter har ofte sine røtter i urettferdig og systematisk forskjellsbehandling (7). Når vi erkjenner dette, er det lettere å identifisere hva som må til for å få til endring.

Begrepet «Strukturell vold» ble innført av den norske samfunnsforskeren Johan Galtung i 1969 (8). Politiske, økonomiske,

mørke bakgårder



ILLUSTRASJONSFOTO: CAL QUARBOX

juridiske eller kulturelle forhold i et samfunn kan føre til urettferdig og unødvendig lidelse for noen individer eller grupper. Den «strukturelle volden» opererer ofte gjennom byråkratiserte hverdagsrutiner i for eksempel helse- og velferdstjenester (9), av ansatte i disse tjenestene som egentlig bare følger regler og forskrifter. Dermed

blir den usynlig, og til en viss grad legitimert, både for dem som (ubevisst) utfører den og for resten av samfunnet. Den kan være vanskelig å oppdage, selv når den kjennes på egen kropp.

«Strukturell vold» som konstruksjon tas for gitt. Ut fra et medisinsk perspektiv er det særlig relevant å belyse hvordan dette kan

føre til og opprettholde helseproblemer, hindre tilgang til adekvat helsehjelp og dermed gi økt sykdomsbyrde og dødelighet (10).

Legers og helsetjenestens rolle

Vi leger møter konsekvensene av «strukturell vold» når den gir symptomer og syk-

dom (11). Vi tror at det er blant annet urettferdigheten og de manglende mulighetene vi har til å gjøre noe med den, som skaper følelsene av ubehag og avmakt når vi møter pasienter eller problemstillinger fra bakgården. Det er lett å snu seg vekk fra ubehaget og tre tilbake inn i det lyse og ryddige hovedhuset, der vi føler oss bekvemme og har kontroll. Men ved å se bort fra urettferdig lidelse, bidrar vi selv til at bakgården opprettholdes og kanskje bygges ut.

Sammensatte og kroniske sykdommer hvor det mangler en hurtig, effektiv og medisinsk teknologisk behandling, har lavest prestisje blant leger (12). Dette er typisk de helseproblemene vi finner i bakgården. Vi vet også at leger – mer ubevisst enn bevisst – forskjellsbehandler pasienter på bakgrunn av deres sosiale eller etniske bakgrunn (13). Det er også vanlig blant oss leger å søke forklaringer til sykdom og muligheter for løsninger i pasienters atferd: for eksempel når vi mener at pasienter er non-compliant eller har en helseskadelig livsstil som de ikke klarer å endre. Dermed ansvarlig- og skyldiggjør vi pasi-

enten og ignorerer grunnleggende strukturelle aspekter (14).

Mye av dette skjer ubevisst, og vi vet fra egen praksis hvor krevende det kan være å unngå denne fallgruben. Men det er mulig at våre enkelthandlinger uforvarende er med på å skape den mørke bakgården. Det er også nettopp det som karakteriserer strukturell vold: At den er en del av vårt daglige liv, av måten vi praktiserer våre jobber på, den er skjult i det som vi tar for gitt.

Mange av oss leger er nokså bevisste på urettferdige strukturelle årsaker til våre pasienters helseplager og strekker oss langt, utover det kliniske og utover det som man kanskje kan forvente, for å hjelpe dem som har minst ressurser til å hjelpe seg selv. I slike tilfeller kan det være helse- og sosialtjenestene som forskjellsbehandler pasienter uten at dette er intensjonen. Et eksempel er at fremmedspråklige pasienter kan ha et dårligere tilbud fordi det ikke er tilrettelagt for bruk av tolk. En lavterskel psykologtjeneste forskjellsbehandler om den ikke kan tilby egne tjenester til fremmedspråklige. NAV og Pasientreiser, og kanskje til og med den økende bruken

av digitale løsninger i allmennpraksis, er andre eksempler. Alle er systemer som krever en relativ høy grad av (digital) kompetanse for å få det man har krav på, og dermed vil de med færrest ressurser få minst ut av disse tjenestene.

Kan den mørke bakgården bli et grønt sted for nytenkning?

Vår hensikt med artikkelen er ikke å bidra til kategorisering av mennesker som «sårbare», «vanskelige» eller «ressurssvake». Vi ønsker heller ikke å svartmale vårt helssystem, som sammenlignet med andre, er meget godt. Vår metafor *medisinens mørke bakgård* skal skape oppmerksomhet rundt underliggende årsaker til helseulikhet og samfunnsproblemer. Også politikere snakker mye om innovasjon og endring i helse- og sosialtjenestene for å møte dagens og morgendagens utfordringer, som for eksempel «eldrebølgen» og integrasjon av flyktninger. Men det må mer til enn synliggjøring og et ønske om endring, for å få til forbedringer som faktisk tjener dem systemet har stuet bort i bakgården.

En suksessfaktor for positiv utvikling er å skape endringsprosesser sammen med den det gjelder. I dette tilfellet de som er, eller har vært, i bakgården. Det er de som best kjenner til utfordringene og vil kunne foreslå passende løsninger. Dette innebærer også å anerkjenne potensialet, kreativiteten og skaperkraften til mennesker som de fleste ser på som marginaliserte og ressursvake. I mange byer har bakgårder eller andre «problemområder» blitt til grønne møteplasser i samarbeid mellom bydelsbeboere og ledere. Å involvere dem det gjelder i utviklingsprosessene, førte ikke bare til bedre og mer helsefremmende bydeler. Det betød også at menneskene som bodde der ble anerkjent som viktige og ressurssterke. Dette er i seg selv helsefremmende. Menneskene i bakgården er ikke ressursvake, men de er blitt fratatt muligheten til å bruke sine ressurser. De fleste vil ofte finne mer kreative løsninger på problemer de støter på enn de som er i hovedhuset – og sjelden har behov for kreative løsninger siden hovedhuset allerede er tilrettelagt for dem. Flyktninger har som nevnt klart seg gjennom krig, flukt og livet i eksil. Dette vitner om store ressurser, erfaringer og skaperkraft. De har funnet løsninger på store utfordringer.

Vi har som leger høy legitimitet og større handlerom enn mange andre i helsetjenesten og i samfunnet ellers. Kan vi omsette dette i mer målrettet innsats som bidrar til at også medisinenes mørke bakgårder endrer seg til noe positivt? Et første steg kunne være at vi blir bedre til å faktisk lytte til våre «vanskelige» pasienter, pasientene med problemer vi ikke helt klarer å gripe fatt i. Da vil det nok komme frem at mange av de «vanskelige» pasientene heller er i en vanskelig situasjon. For oss leger vil dette også bety å ta et steg ut av det kliniske rommet og ut i samfunnet rundt oss. Et utvidet medisinsk blikk (15), vil gjøre det lettere å



ILLUSTRASJONSTO: COLOURBOX

avdekke underliggende årsaker til lidelse. Det vil også gjøre det lettere å finne løsninger sammen med pasienten – for de vet ofte selv best hva som kan hjelpe. Om vi kan klare å gjøre lege-pasientmøtet til et slikt innovativt bakgårdsmøte, tror vi det

kan avdekke viktig kunnskap for å totalrenovere strukturen i både hovedhuset og bakgården.

■ JOHANNA.LAUE@UIT.NO

REFERANSER

1. Kinge JM, Modalsli JH, Overland S et al. Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005–2015. *JAMA* 2019; 321(19), 1916–1925.
2. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 297 (7696), 405–412.
3. Laue J, Risør T. Refugees and healthcare services. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019. doi: 10.4045/tidsskr.17.0628
4. O'Dowd T. 'Heartsink' patients in general practice. *Br J Gen Pract* 2011; 61(588), 437–438.
5. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities. Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009; 301: 2252–2259.
6. Marmot M, Friel S, Bell R et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008; 372(9650), 1661–1669.
7. Braveman PA, Kumanyika S, Troutman A. Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice. *Am J Public Health* 2011, 101(Suppl1), 149–155.
8. Galtung J. Violence, Peace, and Peace Research. *J Peace Res* 1969; 6(3), 167–191.
9. Gupta, A. Bureaucracy, Structural violence and Poverty in India. Durham, London: Duke University Press. 2012.
10. Farmer P. Partner to the poor. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. 2010.
11. Farmer P, Nizeye B, Stulac S et al. Structural violence and Clinical Medicine. *PLoS Med* 2006; 3(10).
12. Album D, Johannessen L EF, Rasmussen EB. Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. *Soc Sci Med* 2017; 180, 45–51.
13. Chapman EN, Kaatz A, Carnes M. Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities. *J Gen Intern Med* 2013; 28(11), 1504–1510.
14. Shapiro J. 'Violence' in medicine: necessary and unnecessary, intentional and unintentional. *Philos. Ethics, Humanit. Med* 2018; 13(7).
15. Holmes S. The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States. *Soc Sci Med* 2012; 74(6), 873–881.

DET FØRSTE REISEBREVET

Førsteinntrykk fra Qaqortoq



In medias res husker jeg Rønnaug, norsklæreren min på ungdomsskolen, kalte det, når man starter midt i en historie. Og det er jo det vi gjør. Vi kommer inn midt i historien til Grønland, grønlandere og alt her borte. Historien pågår, og så prøver vi å forstå den, når vi ramler midt inn i den.

Jeg husker Rønnaug mente at det var et vanskelig litterært virkemiddel. Man blir litt forvirret. Prøver å forstå hvordan det hele henger sammen, hvordan det startet, og hva som egentlig skjer.

Vi er altså litt forvirret. Det hele er veldig lite dansk, og samtidig er alt på en måte dansk. Dansken ligger over Grønland, som en slags paternalistisk klam hånd. Så kommer vi sånn litt skrått inn fra siden som nordmenn, og prøver å forstå. Selv om pappa alltid har snakket dansk hjemme, så forstår jeg aldri når noen skal si et personnummer (CPR-nummer), telefonnummer, blodtrykk eller puls. Så *det* sliter jeg med å forstå, og hvorfor det har vært fire drap det siste året, i en region med 6000 innbyggere. Og hvorfor aborttallene er skyhøye, og hvorfor det er 400 ganger

mer tuberkulose her enn blant etniske nordmenn i Norge. Og hvorfor legedekningen er omtrent 25 prosent av den danske, og hvorfor nesten alle legene her er danske, men ikke snakker grønlandsk.

Men for å ta det litt fra starten.

Qaqortoq er den største byen i region Sydgrønland. Den ble grunnlagt av en fyr fra Senja, Anders Olsen, en gang på 1800-tallet. Han kalte den for Julianehåb. Da hadde vikingene allerede vært her og bygd kirker og laget et helt lite samfunn som de etterlot noen hundre år etter. Det er usikkert hvorfor de gjorde det, men det gjorde de. En teori er at det ble kaldere her. For det er kaldt her. Vi ligger på høyde med Bergen, men temperaturen er som på Finnmarksvidda.

Så skrev Kim Larsen sangen «Kap Farvel til Ūmanarssuaq».

Der kom et skib
til Julianehåb.
Da det lagde til,
stod der skæbner på spil.

REFRENG:

Det er den hvide mand,
send ham hjem.
Han vil stjæle dit land,
send ham hjem.
han ta'r din sjæl i pant,
hvis han kan.
Han vil drikke dig fuld
og røve dit guld.
Han vil skænde din brud
og slå ihjel din Gud.

REFRENG:

I Danmarks land
var han en lille mand,
men i Upernavig
blev han mægtig og rig.

Jeg er usikker på om min grønlandske sjef, Efa Olsen, er i slekt med Anders. Efa er uansett veldig frustrert over de grønlandske selvstyremyndigheter og forsøket på å ta tilbake sitt stjalne land, for å parafrasere Kim Larsen. Økende fokus på grønlandsk kultur og språk har dessverre gjort at det

danske språk blir nedprioritert, og dermed at utdanningsmuligheter blir stadig færre. Dette fører igjen til økende arbeidsløshet og fattigdom etter en periode med vekst og økende andel utdannende. For å bøte på dette, blir helsesektoren nedprioritert, mens utdanning på grønlandsk får stadig mer penger. De gamle snakker for det meste dansk, men de yngre snakker hverken dansk eller engelsk. Kun grønlandsk. Noen sektorer betales fortsatt fra Danmark. For eksempel er politiet lønnet og styrt fra Danmark.

Dekktrekking på Lufthavnveien.
Mot slutten av artikkelen får du vite
hvorfor den har fått dette navnet.





Utsikt over byen fra Prinsessen.

Det er tre politimenn pr. lege i Grønland. Til sammenligning er det 0,6 politimenn pr. lege i Norge.

Når vi kommer ridende på vår høye hest, i Anders Olsens fotspor, er det lett å være dømmende. Men uansett hvor kulturrelativistisk man forsøker å være, er ikke en økning i hasjrelatert tuberkulose et sunnhetstegn i et samfunn. Dette er altså når ungdommer med tuberkulose deler bong, eller hasjpipe, og smitter hverandre med tuberkulose.

Vi er fire leger som arbeider på legekantoret (ambulatoriet), legevakten og sengeposten. Den har atten senger, og vi kan ha alt fra døende kreftpasienter til fødende kvinner, og alt imellom. Det er keisersnitt og aborter, diabeteskontroller og tuberkulosekontroller, røntgen og kjølerom. Det arbeider for tiden fire sykepleiere på sengeposten, inkludert en avdelingsleder. Det er altså én sykepleier pr. vakt, bortsett fra natt, da er det ingen.

Her om dagen stod Veronica og jeg og klødde oss i hodet over hvordan vi skulle

koble til infusjonspumpen, da vi skulle gi Actilyse, en slags Plumbo for tette blodårer, til en mann som lå foran oss med et stort hjerteinfarkt. Da sundhetsassistenten kom opp fra lageret etter å ha funnet noen deler vi trengte, var hele helsevesenet på regionssykehuset i Qaqortoq samlet inne på dette rommet. Ingen av oss hadde gjort dette før, og vi hadde ikke rett utstyr til å gjøre det. Etter medisinen dalte pasientens blodtrykk ned til 75/50, og pulsen til 38. Veronica måtte sitte

hele natten ved sengen hans, med EKG-overvåkning og en hjertestarter ved siden av seg. Det var en lang natt, men han kviknet til etter hvert. Etter et par dager fikk vi endelig et helikopter til å fly ham til flyplassen, og

så videre til Nuuk. Det er ikke forsvarlig, men vi lærer mye, og gjør så godt vi kan.

Dette er skyggesidene. Det vi eksponeres for hver dag på sykehuset. Heldigvis har det vært mye sol den siste tiden. Fjell, fjord, snø, fargerike hus, herlige folk som hilser på oss på gaten, trening med crossfit-gjen- gen, og lomvi og hvalkjøtt til salgs på utendørsmarkedet.

Lomvier på
«Brettet»,
det lokale
markedet.



Asina, Paneeraq og Veronica håndterer ventestress.

Selv om mye av tiden tilbringes på jobb, med hverandre eller den danske diasporaen, har vi blitt litt kjent med noen grønlandere. Sist helg var vi på kaffemik. Det er virkelig grønlandsk. Kaffemik er en hel dag med kaffe og kaker, så stikker man innom når man vil, så lenge man vil. Vi hadde med glitterneglelakk til sundhetsassistentens seksåring på hennes kaffemik. Da hun sa qujanaq, så svarte vi illillu. Qujanaq er takk, men q uttales som en gutteral k, helt nederst i halsen. Illillu er ingen årsak, men dobbel l uttales som en lespelyd bakerst på tungen. Det er gøy ord.

Vi får også litt tid til det sportslige. Det er skiløyper som trækkes noen kilometer utover Lufthavnveien, rett utenfor stue-

døra vår. Det er ingen lufthavn der, men planen var å bygge den en gang i fremtiden, derav veien og navnet.

Vi har også starta Qaqortoq klatreklubb, med god hjelp fra klatrere og klatresentre i Norge. En liten klatrevegg er bygd, men den stod ubrukt fordi de manglet instruktører og utstyr. Så nå får vi noen kasser med klatresko og seler i alle størrelser.

Dette håper jeg kan bli en liten mestringsarena for ungdom som ikke helt mestrer så mye annet her i livet.

Vi har det bra, og gleder oss til fortsettelsen!

*Hilsen
Veronica og Eik*



Morgenmøte med legestaben, Charlotte (gynekolog), Efa (sjef) og Jonas (litt anestesilege).

NÆRT, ENKELT OG KOMPLEKST

Møtet mellom pasient og fastlege er gjerne nært og personlig. Er det likevel slik at det kan finnes et vitenskapelig teorisystem som favner mye av det som skjer i dette lukkede rommet? Denne korte presentasjonen peker mot en artikkel der dette temaet spennes ut. Jeg vil anbefale Utpostens lesere å ta en titt. Kanskje løftes ditt akademiske selvbylde en lille smule etter lesningen... Kanskje er det som skjer inne på norske legekontorer hver dag mer likt livet i ei maurtue, enn det at en og en er to?

KARI THORI KOGSTAD

Komplekse problemstillinger – allmennlegens ekspertområde

Linn O. Getz, Stefán Hjörleifsson, Niels Saxtrup og Lotte Hvas har skrevet en *originalartikkel* som er publisert i *Det norske medisinske selskaps tidsskrift Michael* 1/2021.

En sterk primærhelsetjeneste er assosiert med bedre helse i hele befolkningen – dette er godt dokumentert gjennom internasjonal forskning. Det betyr dermed at kliniske generalister i helsetjenestens førstelinje kan tilby noe mer, og noe annet, enn summen av biomedisinsk delkunnskap som kunne vært levert av «smale og dype» spesialister, som i praksis vet mer om hvert enkelt fagområde.

At det faktisk er slik, har skapt økt interesse for tankegangen og arbeidsformene hos medisinske generalister. Artikkelen hensikt er å bidra til økt forståelse og vitenskapelig anerkjennelse av allmennlegens faglige kompetanse, hvor håndtering av sammensatte og uavklarte symptombilder og problemstillinger står sentralt. Forfatterne mener at kompleksitetsteori kan bidra til å forene naturvitenskap med humanistiske perspektiver på helse, sykdom og terapeutiske prosesser i helsetjenestens førstelinje. De gjennomgår relevante begreper innen kompleksitetsteori som understøtter allmennmedisinsk tenkning og praksis, slik den allerede er etablert. Samtidig kan mer kunnskap om kompleksitetsteori gi økt inspirasjon og blikk for nye muligheter i møte med uoversiktlige problemstillinger i klinisk hverdag.

Artikkelen inneholder en rekke kliniske eksempler, inkludert en grundig omtale av en kasuistikk der pasienten har vanskelig regulerbar diabetes type 2.

Artikkelen er tilgjengelig på nettsiden www.michaeljournal.no. Den kan fritt lastes ned.

Originalartikkel

Linn O. Getz, Stefán Hjörleifsson, Niels Saxtrup, Lotte Hvas

Komplekse problemstillinger – allmennlegens ekspertområde

Michael 2021; 18: 17–39.

En allmennlege er en generalist. I litteraturen omtales generalisttilnærmingen gjerne som biopsykososial, personsentert eller holistisk. Uansett navn innebærer det en kombinasjon av generell biomedisinsk kunnskap og individuell kjennskap til den enkelte pasienten eller familien. Relasjoner, livserfaringer og sosiale levekår påvirker helse og sykdom i vesentlig grad gjennom livsløpet. I helsetjenestens første linje står håndtering av sammensatte og uavklarte symptombilder og problemstillinger sentralt. Målet med denne artikkelen er å bidra til økt forståelse og vitenskapelig anerkjennelse av allmennlegens kompetanse ved hjelp av kompleksitetsteori. Kompleksitetsteori gir et nytt perspektiv på medisinske arbeidsteknikker og har skapt stor interesse for avansert helse

Sammenliknet med sykdomsbehandling kan allmennlege tilby like spesialisert behandling som spesialist, men rammes av gjennom livsløpet og tjeneste på befolkningsnivå for å til lavere kostnad, sammenliknet med spesialist (1). Det ser ut til at klinisk kunnskap kan tilby noe mer, og noe annet, enn summen av biomedisinsk delkunnskap som kunne vært levert av «smale og dype» spesialister, som i praksis vet mer om hvert enkelt fagområde. Dette har skapt økt interesse for tankegangen og arbeidsformene hos medisinske generalister (1–4).

Et medisinsk generalistperspektiv innebærer å betrakte helheten og grunnlaget (å kunne «slå fast» diagnoser og problemstillinger) (1–4). Som generalist har allmennlege en bred og allsidig helseproblemløsning



Faksimile av originalartikkel av Linn O. Getz, Stefán Hjörleifsson, Niels Saxtrup og Lotte Hvas publisert i «Michael» 1/2021.

Kliniske retningslinjer er vanskelig å implementere

■ LISBETH NILSEN • Frilanser

Til tross for info-møter, videoer og en kortversjon for fastleger, hadde implementeringen av retningslinjene innen radiologi usikker effekt på bruken av bildediagnostikk. – Det er vanskelig å implementere kliniske retningslinjer, sier forskeren bak studiene.

I 2014 kom for første gang *Nasjonale retningslinjer for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser*. Målgruppen var helsepersonell i primærhelsetjenesten. Bakgrunnen for retningslinjene var blant annet økt bruk av bildediagnostiske undersøkelser og store geografiske variasjoner i bruken av bildediagnostikk.

Radiograf Ann Mari Gransjøen, forsker ved NTNU Gjøvik, disputerte i fjor med en avhandling om implementeringen av retningslinjene. Gjennom fem studier har hun vist at det er vanskelig å kunne si om tiltak som ble gjennomført rettet mot fast-

– Selv om vi så en effekt i kontrollfylket av de det vi antok var uberettigede undersøkelser, var det vanskelig å konkludere med at nedgangen bare skyldes implementeringen, sier forsker Ann Mari Gransjøen ved NTNU Gjøvik. FOTO: PRIVAT



leger, radiologer og radiografer, hadde noen effekt.

– Våre funn viser at det er vanskelig å implementere kliniske retningslinjer, selv om tiltakene ble rettet spesifikt mot målgruppene. Dette er langt mer komplekst enn at retningslinjene skal følges. Retningslinjer er ikke et regelverk som skal følges, men skal være et utgangspunkt for å ta avgjørelser basert også på den enkelte pasients sykehistorie og fastlegens vurdering, sier Ann Mari Gransjøen til *Utposten*.

Uberettigede undersøkelser

Hun har sett på alle radiologiske undersøkelser for smerter i nakke, skuldre, korsrygg og kne som ble utført på ikke-innlagte pasienter mellom januar 2013 og februar 2019. De utvalgte undersøkelsene var plukket ut med bakgrunn i at flere MR-undersøkelser, særlig av skulder og kne, har vært uberettigede undersøkelser.

MR-undersøkelser av skulder og kne og røntgen av korsrygg og skulder samlet sett viste en signifikant reduksjon på 12 prosent. Nedgangen gjaldt i hovedsak MR av skulder og kne, med 24 prosent færre undersøkelser i 2019 enn i 2013. Det var ingen signifikante endringer for røntgenundersøkelser.

– Vi hadde ett intervensjonsfylke og ett kontrollfylke, der det ikke var gjort noen spesielle implementeringstiltak. Vi håpet å se om det var en implementeringseffekt, eller om de effektene vi fant i intervensjonsfylket var tilfeldige. Selv om vi så en effekt i kontrollfylket av det vi antok var uberettigede undersøkelser, var det vanskelig å konkludere med at nedgangen bare skyldes implementeringen. Vi så også

en nedgang før implementeringen, og vi så en reduksjon også i kontrollfylket, sier Gransjøen.

– Hvor stor var reduksjonen i MR-undersøkelsene i kontrollfylket?

– Vi har ikke beregnet effektstørrelsen i kontrollfylket i den publiserte studien. Men siden vi fant en endring i undersøkelsene også her, konkluderer vi med at effekten av implementeringen er usikker, svarer Gransjøen og legger til:

– Det er riktignok ingen føringer i retningslinjene som eksplisitt indikerer at færre pasienter bør henvises til MR av nakke, skulder, rygg og kne. Men anbefalingene om diagnostikk er basert på hvilke undersøkelser som vil gi mest informasjon for en spesifikk problemstilling. Særlig for MR av skulder har det vært anslått at halvparten av disse undersøkelsene ikke er nødvendige, så vi forventet at retningslinjene skulle føre til færre MR-undersøkelser.

Flere tiltak mot legene

Dette bestod intervensjonen av:

- En aktiv del med informasjonsmøter, diskusjon om problemstillinger og muligheter for å stille spørsmål om retningslinjene.
- Videosnutter hvor innholdet var basert på samme informasjon som ble gitt på info-møtene.
- Digital tilgang til retningslinjene gjennom NEL.
- Kortversjon av retningslinjene i papirutgave, med anbefalinger knyttet til vanlige plager i allmennpraksis, som smerter i nakke, skulder, rygg og kne.

113 av 213 fastleger takket ja til å delta i intervensjonen, og i intervensjonsfylket ble det gjennomført info-møter med 12 av de 26 kommunene mellom november 2017 og februar 2018. Om lag 59 prosent av fastlegene fikk informasjon via disse møtene.

– Det var ganske godt oppmøte. De som



Ifølge norske retningslinjer, bør røntgen være førstevalg fremfor MR ved flere typer radiologiske undersøkelser av muskel- og skjelettplager. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ikke deltok på infomøte i de resterende 14 kommunene, fikk tilsendt seks ulike opplæringsvideoer, samt den fysiske kortversjonen. Innholdet var det samme som på møtene, forteller Gransjøen.

Skjønn veier tyngre

I to studier, ved individuelle intervjuer og i fokusgrupper, har hun intervjuet fastleger, radiologer og radiografer om etterlevelse av retningslinjer og om intervensjonen. Det kom frem at de fleste fastlegene mener klinisk skjønn og faglig autonomi veier tyngre enn retningslinjene når de vurderer om bildediagnostikk er nødvendig. Flere av fastlegene fortalte at informasjonsmøtene bekreftet at egen praksis var i tråd med retningslinjene – og at det derfor ikke var noen grunn til å endre henvisningspraksis.

Digitalversjonen i NEL og info-møtene

var det legene var mest fornøyd med. Trolig hadde ingen sett videoene. Fastlegene benyttet i liten grad kortversjonen i papir, og den ble mest brukt i diskusjoner med pasienter og i mindre grad som støtte til avgjørelsen og en radiologisk undersøkelse.

– Hvorfor brukte ikke fastlegene kortversjonen i større grad?

– De er vant til å bruke NEL og foretrakk nok en digital versjon. En papirutgave kan fort drukne i papirbunkene på kontoret. Ellers svarte en del fastleger at de ikke brukte retningslinjene, fordi de opplevde at praksisen deres samsvarte med anbefalingene i retningslinjene.

Noen leger fortalte at de oftere enn før hadde ventet med å henvise til en radiologisk undersøkelse.

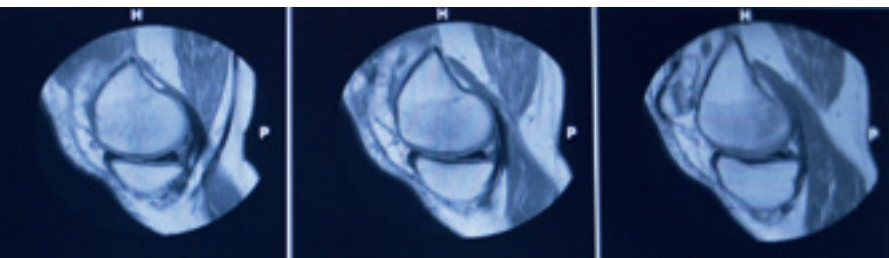
– Selv om de hadde utsatt en radiologisk henvisning, vedgikk flere fastleger at de

fortsatt sendte pasienter til uberettigede undersøkelser. Vi hadde et håp om at kortversjonen av retningslinjene kunne gjøre det lettere for legen å vise kortversjonen til pasienter som presset på og forklare at det å unngå en undersøkelse er det riktige. Og det var slik kortversjonen ble brukt. Klokevalg-kampanjen har også tatt tak i bedre informasjon ut til pasientene.

Drive for unødig henvisning

Tidspress, press fra pasienter, og at retningslinjene var for omfattende, for rigide eller uklare, var blant faktorer som fastlegene mente bidro til at de ikke fulgte anbefalingene i retningslinjene. På spørsmål om hva som skal til for at anbefalingene følges, svarte legene blant annet at retningslinjene må være lett tilgjengelige og tilpasset målgruppen.

I tillegg til press fra pasientene, fortalte



fastlegene også om påtrykk fra fysioterapeuter og fra NAV om radiologi-henvisning.

– Ytre press er en veldig vanskelig barriere å komme forbi, og jeg skjønner at det er en krevende situasjon å være i. Ved å inkludere NAV i intervensjonen, håpet vi at det å gjøre dem klar over retningslinjene og anbefalingene for alle fastleger, ville åpne for mer dialog mellom gruppene om hvilke undersøkelser som var påkrevd. Men NAV var opptatt av dokumentasjon, spesielt ved lange sykmeldingsforløp, kommenterer forskeren.

Frykt for å få dårlig omtale som fastlege og at pasienter bytter lege hvis de ikke får en henvisning, var særlig noe yngre fastleger nevnte i intervjuene. Andre leger nevnte medieoppslag og private klinikkens markedsføring av helsetjenester som en driver for uberettigede radiologiske undersøkelser.

Savnet dialog

I fokusgruppene kom det frem at fastlegene savnet tilbakemelding fra radiologene for å forbedre egen henvisningspraksis, og radiologene hadde også ønsket tid og muligheter for å stille spørsmål ved henvisninger, gi tilbakemelding og diskutere med henviser.

– I dag er det ikke noe system for at radiologene kan legge inn spørsmål eller kommentarer i henvisningen og at fastlegen kan svare. Radiografene og radiologene har heller ikke noe system for å gå i dialog med fastlegene, annet enn en telefon. Det kan være tidkrevende, og det kan være vanskelig å få tak i rett person. Noen av radiografene i studien mente at store møter sammen med for

eksempel fastlegene kunne være et godt tiltak for å få til et bedre samarbeid og mer dialog, bemerker Gransjøen.

Eierskap til prosessen

– Hva er de største begrensningene ved studiene deres?

– Resultatene våre er ikke nødvendigvis direkte overførbare til en annen situasjon eller et annet fagfelt. En av begrensningene ved studiene er at retningslinjene allerede var introdusert. De var publisert på nett på Helsedirektoratets side, og det var sendt ut informasjon i posten. Så intervensjonen vår ble egentlig en re-implementering. Det var ganske små grupper vi snakket med, og ikke alle deltagende fastleger og radiologisk personale hadde deltatt på info-møtene. Vi vet heller ikke om nedgangen i MR-bruk bare gjaldt uberettigede undersøkelser – eller om det også har vært en reduksjon av berettiget bildediagnostikk, siden det ikke ble gjort noe mål på den faktiske berettigelsen av utførte undersøkelser. Vi tenker at dette også er en stor utfordring for legene. I samme periode som vi så på, har det vært stort fokus på unødige operasjoner av skulder og kne og på overdiagnostikk, så det kan også ha påvirket bruken både i intervensjonsfylket og i kontrollfylket.

– Hvordan kan resultatene fra forskningen deres brukes i praksis?

– Studiene våre viser mye av kompleksiteten rundt implementering av retningslinjer. Det finnes ikke én oppskrift som fungerer for alle, men kanskje kan noe av det vi har gjort være nyttig for noen. Det mest aktive tiltaket i intervensjonen, informasjonsmøtene, var det deltagerne var al-

ler mest fornøyde med. Her fikk de også muligheten til å stille spørsmål. Mange deltok på informasjonsmøter, men så vidt vi kunne se, hadde ingen sett videoene. Hvilke implementeringstiltak som fungerer, vil variere fra kommune til kommune og fra fagområde til fagområde – den lokale konteksten må tas i betraktning. Dette viser at den nåværende praksisen, der retningslinjer ofte kun blir sendt i posten og publisert på nett, ikke nødvendigvis er den rette veien å gå for å sørge for etterlevelse av retningslinjer som blir utviklet.

– Gjennom fokusgruppeintervjuene kom det frem at fastlegene mente de var for lite involvert i arbeid med retningslinjene. Hva tenker du om det?

– Det å få med folk som jobber på feltet kom også frem i den første studien, der vi så på hva som fremmer og hva som hemmer implementering. Mange av legene sa at de som utvikler retningslinjene ikke aner hvordan hverdagen deres er. Selv om retningslinjer sendes ut på høring, og at arbeidsgrupper skal inkludere alle aktuelle aktører, viser studiene våre at Helsedirektoratet nok må være enda tettere på dem som skal bruke retningslinjene – de vet hva som fungerer. Det er viktig at retningslinjer ikke bare blir praktisk på legene, men at de får eierskap til hele prosessen, sier Ann Mari Gransjøen.

STUDIENE

- Effekten av implementering av retningslinjene, Acta Radiologica Open 2021. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2058460120988171>.
- Erfaringer fra implementeringen. Fokusgruppeintervjuer med fastleger og radiologer, BMC Health Services Research 2020. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05272-9>.
- Om intervensjonen, BMC Research Notes i 2018. <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-018-3894-4>.
- Geografisk variasjon i bildediagnostikk ved muskel- og skjelettlidelser, Acta Radiologica 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30417668/>.
- Faktorer som påvirker etterlevelsen av retningslinjene, fokusgruppeintervjuer, BMC Health Services Research i 2018. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3372-7>.
- «Nasjonale retningslinjer for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser. Anbefalinger for primærhelsetjenesten». Helsedirektoratet, 2014. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/bildiagnostikk/forord>.

– Den nåværende praksisen er ikke nødvendigvis den rette veien å gå for å sørge for etterlevelse av retningslinjer.

FASTLEGENES TILBAKEMELDING

Faglig autonomi viktig

Leder av Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Marte Kvittum Tangen, er glad for at fastlegene setter faglig autonomi høyt – som var fastlegenes tilbakemelding på bruken av radiologi-retningslinjene.

– Generelt er det vanskelig å implementere retningslinjer, og i allmennmedisin har vi tusenvis av sider med retningslinjer vi skal forholde oss til. Det er umulig å lage retningslinjer for alle problemstillinger i allmennpraksis, og faget vårt kan ikke defineres av retningslinjer. Jeg synes det er betryggende at fastlegene i denne undersøkelsen viser til at klinisk skjønn og faglig autonomi er viktigst, sier NFA-lederen til *Utposten*.

– Flere av fastlegene forteller at de fortsatt henviser til unødige radiologiske undersøkelser. Hva mener du må til for å kunne endre fastlegers praksis?

– Systematisk arbeid og oversikt over kvalitet i egen praksis er én av flere faktorer for å øke kvaliteten i allmennmedisin. Det trengs systematisk arbeid, og vi vet at «forbedringsmodellen» virker, hvor legene har tilgang på egne data og kan se på om praksis bør forbedres ut ifra for eksempel retningslinjene. Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) tilbyr verktøy for kvalitetsarbeid på norske legekontor basert på denne modellen.

Kloke valg

Kvittum Tangen tror også at Gjør kloke valg-kampanjen vil bidra til færre unødige henvisninger.

–Kampanjen «Gjør kloke valg» inneholder blant annet fire pasientspørsmål. Her oppfordres fastlegen til å reflektere sammen med pasienten om hvorfor det er viktig med undersøkelsen, om det finnes alternativ og hvilke bivirkninger undersøkelsen har. Flere av de fagmedisinske anbefalingene omhandler røntgenhenvisninger, og vi mener dette er en viktig kampanje for å endre praksis.

– Både fastlegene, radiografene og radiologene etterlyste mer samarbeid. Hva tenker du om det?

– Jeg har stor tro på dialog og fellesmøter med diskusjon av praksis, indikasjon og

nytteverdi av undersøkelsene. Vi må ha mye bedre muligheter til digital dialog også med radiografer og radiologer.

– I hvilken grad tas fastlegene med i utarbeidelsen av retningslinjer?

– Det har skjedd en tydelig endring de siste årene, og vi i Norsk forening for allmennmedisin blir ofte spurt om å delta i utarbeidelse av ulike retningslinjer og anbefalinger. Det er helt avgjørende at vi som jobber i faget har en tydelig stemme i dette arbeidet, sier NFA-lederen.

– Vi må ha mye bedre muligheter til digital dialog også med radiografer og radiologer, mener Marte Kvittum Tangen, leder av Norsk forening for allmennmedisin.

ARKIVFOTO



BEHANDLING AV MILD TIL MODERAT PSORIASIS

Utfordringer og muligheter

■ CHRISTIAN ANKER • Spesialist i allmennmedisin, Hasvik kommune, Troms og Finnmark

Psoriasis er en autoimmun sykdom som rammer cirka to prosent av befolkningen og opptrer ofte i form av periodiske utbrudd (1). Sykdommens kroniske natur og betydelige negative innvirkning på livskvalitet krever en langsiktig behandlingsstrategi.

Psoriasis kan debutere når som helst i livet, men femti prosent får sykdommen før fylte tretti år. Diagnosen stilles ut fra utseende og utbredelse (2).

Omlag åtti prosent av pasientene har flekkvis, lokalisert og vanligvis mild til moderat sykdom som i hovedsak blir behandlet med lokalt virkende antiinflammatoriske legemidler.

En pasient med mild til moderat psoriasis ivaretas fortrinnsvis av fastlegen. Henvisning til hudspesialist er anbefalt ved terapivikt, alvorlig psoriasis, psoriasis hos barn og ved uklar diagnose, for å optimalisere lokalbehandling eller for å legge til systemisk behandling eller fototerapi.

Psoriasis er assosiert med hypertoni, diabetes og fedme, men også med inflammatorisk tarmsykdom, psoriasisartritt og depresjon. Det kan være nyttig å samtale om livsstil og om betydningen av kosthold og mosjon. Siden røyking kan forverre psoriasis, anbefales røykeslutt. Alkohol kan også være et tema.

Vær oppmerksom på leddplager eller symptomer fra leddnært vev, noe som kan være tegn på psoriasisartritt (1, 3).

Lokalbehandling – grunnleggende prinsipper

Etter innledende skjellfjerning, er målet ved mild til moderat psoriasis å oppnå langvarig remisjon.

Ved mild psoriasis kan skjellfjernende og mykgjørende midler i kombinasjon med lokale glukokortikoider gitt ved behov rekke langt. Til hodebunnen kreves

ofte to til fem prosent salisylsyre i olje, salve eller krem over natten. Husk å anbefale sjampo før vannkontakt for å lette utvaskingen av produktet.

Ved psoriasis på overkropp, ekstremiteter og i hodebunnen foretrekkes gruppe III steroid. I visse tilfeller kan gruppe IV-steroider være nødvendige. For ansiktet og i hudfolder er gruppe I–II steroider som regel tilstrekkelig.

På kroppen påføres lokale steroider én til to ganger daglig i to til fire uker, med nedtrapping til vedlikeholdsbehandling to ganger pr. uke.

Et alternativt er kalsipotriol alene eller kombinert med betametason (gruppe III) i salve, gel eller kutant skum. Fast kombinasjonsbehandling med kalsipotriol og betametason gir bedre effekt enn behandling med kalsipotriol alene. Et kombinasjonsprodukt som inneholder både kalsipotriol og betametason er bedre enn virkestoffene påført hver for seg (1, 2, 3, 4).

Lokalbehandling – utfordringer

Psoriasis kan være mer besværlig på visse deler av huden (f.eks. ansiktet, hender, føtter, hodebunnen, negler eller genitalier) enn på andre. Ved valg av preparat (salve, krem, gel, kutant skum osv.) er det viktig å ta hensyn til hvilken del av kroppsoverflaten som skal behandles og til pasientens preferanser.

Mange pasienter (og også leger) er skeptiske til langvarig vedlikeholdsbehandling med topikale steroider, ikke minst gjelder

det bekymring for hudatrofier (2, 3). Risikoen for denne bivirkningen er ofte mindre enn antatt.

Vedlikeholdsbehandling

En nylig gjennomført studie har vist at behandling én gang pr. dag i fire uker med kalsipotriol pluss betametason i kutant skum (i henhold til ordinær behandlingsplan) etterfulgt av vedlikeholdsbehandling to ganger ukentlig i 52 uker, fordobler tiden til residiv, halverer antallet residiver og reduserer samlet behandling per år med cirka 20 prosent. I denne studien fant man ikke økt forekomst av hudatrofier i de behandlede områdene (5).

En kronisk sykdom

Fastleger er vant til å håndtere en rekke kroniske sykdommer som krever både korttidsbehandling og vedlikeholdsterapi. I likhet med for eksempel astma, er det fint å sette både kort- og langsiktige mål for pasienter med psoriasis. Det oppdaterte kunnskapsgrunnlaget tyder på at det ofte er mulig å oppfylle begge.

REFERANSER

1. Norsk legemiddelhåndbok (2021).
2. Sam Polesie & Amra Osmancevic (2020): Psoriasis, internetmedicin.se, mars, 2021.
3. Siegfried Segaert, Piergiacomo Calzavara-Pinton, Pablo de la Cueva, Ahmadjalili, Dominique Lons Danic, Andrew E. Pink, Diamant Thaci & Melinda Gooderham (2020): Longterm topical management of psoriasis: the road ahead, Journal of Dermatological Treatment, DOI:10.1080/09546634.2020.172933.
4. Felleskatalogen, felleskatalogen.no, mars 2021.
5. Lebwohl et al. Twice-weekly topical calcipotriene/betamethasone dipropionate foam as proactive management of plaque psoriasis increases time in remission and is well tolerated over 52 weeks (PSO-LONG trial). Journal of the American Academy of Dermatology, Sep 2020 (articles in press).

CHRISTIAN.ANKER@HASVIK.KOMMUNE.NO



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Samtykke til helsehjelp

■ BJARTE HITLAND • Fastlegevikar og tilsynslege sjukeheim, spesialist i geriatri

Samtykke er ein føresetnad for å gi helsehjelp. Dette er heimla i lov om pasient- og brukarrettar. Det er nokre unntak frå krav om samtykke.

Ein skal gi øyeblikkelig hjelp sjølv om pasienten ikkje er i stand til å samtykke, og også der pasienten motset seg helsehjelpa. Både smittevernlov og psykisk helsevernlov gir rom for helsehjelp utan samtykke, men hovudregelen er likevel samtykke. Pasienten kan trekke samtykke tilbake. Alle har lov å gjere dumme val. Pasienten har lov til å takke nei til behandling sjølv om helsepersonell vurderer at potensiell gevinst er betydelig større enn potensiell risiko. At pasienten er usamd med legen er ikkje nødvendigvis teikn på manglande samtykkekompetanse.

Ein føresetnad for samtykke er at pasienten forstår kva helsehjelpa inneber. Ein annan føresetnad er at pasienten har samtykkekompetanse. Til slutt må samtykke vere frivillig.

PASIENTEN SKAL HA den informasjonen som er naudsynt for å få innsikt i helsetilstanden sin og helsehjelpa. Pasienten skal også ha informasjon om risiko og biverknader ved behandlinga. Informasjonen skal vere tilpassa mottakaren. Det er mange potensielle hindringa for god informasjon. Helsepersonell er glade i å bruke fagterminologi. Det er ikkje sikkert at pasienten forstår dette. Born vil ha behov for ei enkel forklaring. Både syns- og hørselstap stiller krav til å tilpasse informasjonen. Pasientar som ikkje har norsk som morsmål, kan ha behov for tolk for å skjønne informasjonen som blir gjeve. Helsepersonell må sikre seg at pasienten forstår innhaldet i informasjonen som er gitt.

Samtykkekompetanse krev at pasienten forstår relevant informasjon. Pasienten må vidare anerkjenne informasjonen i sin situasjon. Pasienten må kunne resonnerer med relevant informasjon og kunne uttrykke eit val basert på dette. Den som gir helsehjelp, må vurdere om pasienten har samtykkekompetanse.

SAMTYKKEKOMPETANSE må vurderast i kvar einskild situasjon. Ein pasient kan til dømes samtykke til stell og pleie sjølv om han manglar samtykkekompetanse til kreftbehandling. Samtykkekompetanse kan va-

riere, og ein pasient kan gjenvinne samtykkekompetansen. Eit døme på dette er ein pasient som får eit delir i samband med innlegging i sjukehus, men som klarnar opp etter vellukka behandling. Ved tvil om pasienten er samtykkekompetent, skal ein felle i retning av at pasienten er samtykkekompetent.

DET ER IKKJE KRAV at eit samtykke er skriftleg. Samtykke kan bli gitt munnleg eller stilltiande. Dersom pasienten knappar opp skjorta når legen finn fram stetoskopet er det eit samtykke. Dersom ein pasient svelger tablettane etter å ha fått naudsynt informasjon, er dette eit samtykke. Foreldre har rett til å samtykke til helsehjelp for born. Foreldre kan også samtykke til helsehjelp for ungdom som ikkje har samtykkekompetanse.

Pårørande kan ikkje samtykke til helsehjelp for personar over 18 år som manglar samtykkekompetanse. Helsepersonell avgjer om ein skal gi helsehjelp som er av lite inngrepande karakter. Helsepersonell kan gi helsehjelp av meir omfattande art etter samråd med anna helsepersonell om det er i pasienten si interesse. Der det er mogeleg skal ein hente inn informasjon frå pårørande om kva pasienten ville ha ønska. Det er likevel eit krav om antatt samtykke. Det er dette pasienten hadde ønska dersom pasienten hadde hatt samtykkekompetanse.

VI GJER DESSE VURDERINGANE heile tida når vi møter pasientar. Guten med øyerverk som er på legekantoret har ikkje samtykkekompetanse. Mor held eit godt tak rundt sonen slik at legen kan kikke på trommehinna. Kokken som har vore uheldig med kniven har samtykkekompetanse. Han legg handa på bordet slik at legen kan bedøve og sy eit par sting. Den gamle dama frå Pakistan har aldri lært seg godt norsk. No er ho lagt inn med eit hjartefarkt. Når tolken forklarar henne om tette blodårer til hjartemuskel, kan ho samtykke til angiografi. Dama med langtkommen Alzheimers demens har ikkje lenger samtykkekompetanse til helsehjelp. Ho drar likevel opp ermet på genseren for å ta blodprøve.

Sjukeheimslegen kan finne riktig marevondose så hjarteklaffen ikkje går tett. Eg pleier ofte spørje om eg får lov til å lytte på hjarta til pasienten. Oftast tar pasienten av genseren eller knappar opp skjorta. Av og til får eg eit undrande spørsmål tilbake. Er det ikkje derfor eg er her? Har eg lov til å nekte? Ein sjeldan gong seier pasienten nei, meg får du ikkje lytte på. Då blir det ingen lytting den dagen. Stort sett går det heilt greit.

Under visse vilkår kan ein gi helsehjelp til pasientar utan samtykkekompetanse som motset seg helsehjelpa. Det kan vere både forebygging, diagnostikk og behandling, men også pleie- og omsorg. Det er likevel ikkje all helsehjelp ein kan gi til pasientar utan samtykkekompetanse som motset seg helsehjelp. Det er eit vilkår at helsehjelpa er naudsynt for å hindre vesentleg helseskade. Denne helsehjelpa er regulert i §4A i lov om pasientrettar.

FØR EIN GJER VEDTAK om tvungen helsehjelp, må ein prøve tillitsskapande tiltak. Helsepersonell som kjenner pasienten vil lettare kunne gi helsehjelp utan at pasienten gjer motstand. Pasienten vil ofte vere meir komfortabel med- og ha større tillit til kjent personell. Personell som kjenner pasienten har ofte kunnskap om korleis pasienten kan motiverast til å ta i mot helsehjelpa. Bruk god tid når det er mogeleg. Forklar pasienten kvifor helsehjelpa er naudsynt. Samarbeid med pårørande kan vere nyttig for å unngå motstand. Dersom pasienten har motivasjon til å gjennomføre noko av helsehjelpa, men ikkje alt på ein gong, bør ein vurdere om helsehjelpa kan doserast i porsjonar som er tilpassa motivasjonen.

Som sjukehuslege står ein i slike situasjonar ofte. Pasienten er utan samtykkekompetanse på grunn av akutt sjukdom. Ein kjenner ikkje pasienten, og behandlinga er tidskritisk. Som fastlege kjenner ein pasienten over tid. Pasienten stolar på fastlegen. Tilliten kan vere til stades sjølv om samtykkekompetansen ikkje er det. Fastlegen veit kva haldningar pasienten hadde medan han endå var samtykkekompetent. Basert på dette kan ein gi god helsehjelp med respekt for pasienten sin fysiske og psykiske integritet.

■ BHITLAND@GMAIL.COM

Fremtidsfullmakt for de framoverlente

■ CATO INNERDAL • Kommuneoverlege i Molde kommune, spesialist i samfunnsmedisin

Vergemålsloven er komplisert. Kritiske røster, deriblant min, hevder at den er skrevet av jurister, for jurister. Skjult i det tungleste språket i loven finnes det etter min oppfatning flere juridiske fallgruver. I denne artikkelen vil jeg drøfte og kommentere det loven på språklig konservativt vis omtaler som «fremtidsfullmakt», samt legens rolle i prosessen.

Når man selv mister evnen til å ta vare på egne interesser, blir vergemål aktuelt. For den som ønsker minst mulig innblanding fra staten, kan fremtidsfullmakt være en mulighet. En fremtidsfullmakt er et «privat» alternativ til ordinært vergemål. I vergemålsloven er fremtidsfullmakt definert på følgende måte:

«En fremtidsfullmakt er en fullmakt til én eller flere personer om å representere fullmaktsgiveren etter at fullmaktsgiveren på grunn av sinnslidelse, herunder demens, eller alvorlig svekket helbred ikke lenger er i stand til å ivareta sine interesser innen de områdene som omfattes av fullmakten.»

Gjennom en slik fullmakt kan fullmaktsgiveren selv bestemme hvem som skal ivareta økonomi og/eller sine personlige interesser dersom personen selv ikke klarer dette. Det er noen forutsetninger som gjelder for fremtidsfullmakter og hvem som kan være fullmektiger:

- Den som oppretter en fremtidsfullmakt må være over 18 år og forstå hva det innebærer å gi en fremtidsfullmakt.
- Den som utpekes som fullmektig må være over 18 år på det tidspunktet fullmakten trer i kraft.
- Man kan utpeke flere fullmektiger, for eksempel en som håndterer økonomiske forhold og en som håndterer personlige forhold.
- Fullmektiger må være fysiske personer. Man kan eksempelvis ikke utpeke et advokatfirma eller et regnskapsbyrå som fullmektig. Samtidig kan man utpeke en navngitt advokat, regnskapsfører eller lignende til å ivareta sine interesser.

Det er også noen absolutte krav til selve fullmakten. Den viktigste er at den skal

være skriftlig, og at det skal gå klart fram hva som skal til for at den skal tre i kraft. Følgende er også «skal-krav» til fremtidsfullmakten:

- Fremtidsfullmakten skal undertegnes av to vitner som fullmaktsgiveren har godtatt.
- Vitnene skal undertegne fullmakten mens fullmaktsgiveren er til stede.
- Vitnene må være fylt 18 år og forstå betydningen av å undertegne som vitne.
- Fullmektigen selv kan ikke være vitne.
- Fullmektigens ektefelle, samboer, foreldre, barn eller barnebarn kan heller ikke være vitne.

I vergemålsloven anbefales det at vitnene i selve fullmakten angir at fullmaktsgiveren har «opprettet fullmakten av fri vilje og hadde evne til å forstå betydningen av handlingen».

Videre er det naturligvis viktig at fullmakten er tydelig på hvilke fullmakter som gis til fullmektig eller fullmektigene:

- Økonomiske forhold kan eksempelvis være å betale regninger, gjeldsforhold, opprette og avslutte bankkontorer, kjøpe og selge verdipapirer og så videre.
- Personlige forhold omfatter i realiteten alt utover det rent økonomiske. Dette kan eksempelvis være at fullmektigen hjelper fullmaktsgiveren i kontakt med Nav, kommunen og lignende. Andre eksempler kan være hvor fullmaktsgiver skal bo, hvilke fritidsaktiviteter vedkommende skal delta på, bestille time til lege og tannlege, å søke tjenester (sykehjemsplass, hjemmesykepleie) og eventuelt klage på vegne av fullmaktsgiver.
- Det er viktig å være klar over at fullmakten altså kan omfatte også helse- og sosi-

alområdet. Den kan imidlertid ikke gå lenger enn den rollen som er tillagt pårørende og nærmeste pårørende etter aktuell lovgivning, blant annet pasient- og brukerrettighetsloven.

- Det framgår også eksplisitt av vergemålssastemme ved valg, inngå ekteskap, erkjenne farskap, samtykke til donasjon av organer, opprette eller tilbakekalle testament eller samtykke til tvang og kompetanse i andre særlig personlige forhold».

Saksgang og legens rolle

Så langt i prosessen er det altså ikke krav om involvering av lege. Når fremtidsfullmakten er signert, er det ikke noe krav om at den skal registreres «offisielt» eller hvor den skal oppbevares. Det er fullmektigen som har ansvar for å ta stilling til når fullmakten trer i kraft. Når dette er tilfelle, skal fullmektigen snarest mulig gi fullmaktsgiveren og vedkommendes ektefelle/samboer beskjed om ikrafttreddelsen og innholdet i fullmakten.

Det kan imidlertid være vanskelig å fastslå at fullmakten trer i kraft som følge av «sinnslidelse, herunder demens, eller alvorlig svekket helbred», og at fullmaktsgiveren derfor «ikke lenger er i stand til å ivareta sine interesser innen de områdene som omfattes av fullmakten». Fullmektigen kan i slike tilfeller innhente uttalelse fra fullmaktsgiverens fastlege eller annen behandlende lege. Dette som en «støtte» for sin beslutning om at fullmakten trer i kraft.

Et alternativ er at den fullmektige kan be statsforvalteren bekrefte ikrafttreddelsen. Fullmektigen skal overfor statsforvalteren da legge frem fremtidsfullmakten, bevis for at pårørende er varslet og en legeerklæring om fullmaktsgiverens aktuelle helse-tilstand. Den fullmektige kan innhente en slik uttalelse fra lege uten hinder av taushetsplikt. Det er imidlertid viktig å være klar over at det ikke er en nødvendighet at fremtidsfullmakten stadfestes av statsfor-



valteren. Samtidig vil nok en slik stadfæstelse gjøre det lettere for den fullmektige å representere fullmaktsgiveren, for når statsforvalteren stadfester fullmakten, skal fullmektig også få en attest på dette.

Legeerklæring og honorering

Legeerklæringen som fullmektig skal framlegge for statsforvalteren skal omtale fullmaktsgiverens aktuelle helsetilstand. Videre oppgir vergemålsmyndigheten (1) at legeerklæringen skal ta stilling til:

- fullmaktsgivers diagnose(-r) som er relevante for at fremtidsfullmakten skal tre i kraft
- fullmaktsgivers evne til å ivareta personlige og økonomiske interesser
- om eventuell manglende evne til å ivareta egne interesser har sammenheng med fullmaktsgivers diagnose(-r)
- vurdering av fullmaktsgivers tilstand og evne til å forstå innholdet i fullmakten

Kostnader forbundet med denne type sakkyndighetsarbeid må dekkes av «oppdragsgiver». Dette vil vanligvis være full-

mektig. Før statsforvalteren kan stadfeste fremtidsfullmakten, må det bekreftes at fullmaktsgiveren hadde evne til å forstå betydningen av fremtidsfullmakten da den ble opprettet. I tilfeller hvor fullmaktsgiver hadde høy alder da fremtidsfullmakten ble opprettet, eller det er kort tid fra opprettelse til ikrafttredelse, vil statsforvalteren ofte etterspørre dokumentasjon om fullmaktsgivers helsetilstand på opprettelsestidspunktet. Dette for å kontrollere at fullmakten er «gyldig».

Slik informasjon kan statsforvalteren innhente uten hinder av taushetsplikten. Statsforvalteren vil da be om journalopplysninger eller legeerklæring som gir informasjon om fullmaktsgivers evne til å forstå fullmaktens betydning på det tidspunktet da fremtidsfullmakten ble opprettet. Så langt jeg kan forstå, skal statsforvalteren på vanlig måte betale legen for dette sakkyndighetsoppdraget, såfremt det er statsforvalteren selv som ber om opplysningene.

Min erfaring i kontakt med fastleger er at de ofte blir involvert i opprettelse og ikrafttredelse av fremtidsfullmakter. Både

fullmaktsgivere, fullmektiger og vitner anser det nok som betryggende at en lege har bekreftet at fullmaktsgiver er «ved sine fulle fem» på opprettelsestidspunktet for fremtidsfullmakten. For statsforvalterens del gjelder denne «betryggelsen» ved stadfæsting av fremtidsfullmakten når de skal vurdere om fullmaktsgiver var «ved sine fulle fem» da fullmakten ble opprettet.

Legen er sakkyndig

For legen er det viktig å være bevisst på den rollen man påtar seg når man er sakkyndig i forbindelse med opprettelse og ikrafttredelse av fremtidsfullmakter. Det er kun når statsforvalteren skal stadfeste fullmakten, at det er et lovkrav for fullmektig å vedlegge legeerklæring om aktuell helsetilstand til fullmaktsgiveren. Det er ikke et krav at lege skal involveres i forbindelse med opprettelse av fremtidsfullmakt. Vergemålsloven legger ansvaret på fullmaktsgiver, fullmektig og vitner.

Dersom man som lege ønsker å involvere seg, er det selvsagt lov. Men alt som er lov er ikke nødvendigvis lurt. Man kan fort ende med å stikke hånda inn i et vepsebol. I rollen som sakkyndig er det derfor viktig å være bevisst på de krav som stilles i helselovgivningen, særlig helsepersonelloven §15. Første ledd i denne bestemmelsen lyder:

«Den som utsteder attest, erklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, erklæring o.l. skal være korrekt og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Attest, erklæring o.l. skal inneholde alle opplysninger som helsepersonellet bør forstå er av betydning for mottageren og for formålet med attesten, erklæringen o.l. Helsepersonellet skal gjøre det klart dersom attesten, erklæringen o.l. bare bygger på en begrenset del av de relevante opplysningene helsepersonellet har. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven §6, skal ikke utstede attest, erklæring o.l.»

Det er faktisk også laget en forskrift til denne bestemmelsen, nemlig forskrift om krav til helsepersonells attester (2). Til denne forskriften har Helse- og omsorgsdepartementet gitt et lite lass av merknader. Min oppfordring i slike tilfeller er: Vær nøyaktig og objektiv. Ikke skriv noe du ikke kan stå inne for. Pass på at du ikke dras inn i et vepsebol som alibi for den ene eller andre parten.

REFERANSER

1. <https://www.vergemal.no/hva-maa-fullmektigen-gjoere-for-aa-soeke-statsforvalteren-omstadfesting-av-en-fremtidsfullmakt.524086.no.html>.
2. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-12-18-1486>.

■ CATO.INNERDAL@MOLDE.KOMMUNE.NO



Norsk forening for arbeidsmedisin

Velkommen til kollegahjørnet, **Kjersti Skantze**, leder i Norsk forening for arbeidsmedisin

Hvor mange arbeidsmedisinere har vi i Norge?

Det er cirka 500 arbeidsmedisinere i Norge. Arbeidsmedisin er det medisinske fagområdet som omhandler forholdet mellom arbeid og helse.

Hovedoppgaver for faget vårt er å forebygge arbeidsrelaterte sykdommer og skader, fremme helse i arbeidslivet og yte bistand ved rehabilitering og ved oppstått arbeidsrelatert helseskade

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

Styret har jobbet aktivt for å fremme arbeidsmedisinerens rolle og viktighet, i år spesielt i forbindelse med covid-19-pandemien.

Arbeidsmedisinernes fokus har det siste året vært å sikre arbeidstakere forsvarlige arbeidsforhold under pandemien. Vi står nå midt i en situasjon der beskyttelse av arbeidstakere mot virusssmitte har blitt et grunnleggende premiss for arbeidshelsen.

Arbeidsforholdene i helsetjenesten pekte seg umiddelbart ut som en bekymring, blant annet på grunn av mangel på både smittevernustyr, kapasitet og organisering og etter hvert vaksiner. Gjennom pandemien har det vært fokus på flere utsatte yrkesgrupper som blant annet personell i skoler og barnehager, sjåfører og kontrollører i kollektivtrafikken, renholdere og butikkansatte.

Arbeidsmedisinere har deltatt i «Legeforeningens medisinske rådgivningsgruppe covid-19» og har vært aktiv i denne gruppen og har gitt arbeidsmedisinske råd når det gjelder risikovurdering av arbeidsoppgavene for å forebygge smitte av covid-19.

Vi har gitt spesifikke råd med hensyn til å minske sannsynlighet for smitten ved riktig bruk av egnede personvernustyr, tiltak for å kontrollere smitte ved kilden og organisering av arbeidet. Covid-19 har i løpet av rekordtid kommet på yrkessykdomslisten og kan godkjennes som yrkessykdom. Allerede per mars 2021 hadde NAV mottatt over 1100 skademeldinger etter covid-19, og tallet er i dag sannsynligvis betydelig høyere. I noen av disse sakene vil de arbeidsmedisinske avdelingene bistå med utredning.

Vi håper at pandemien kan bidra til en erkjennelse av at arbeidsmedisin også er en viktig del av folkehelsen. Kompetansesenter for miljø og helse ble etablert i 2019. Frem til i dag har vi manglet et helsetilbud til pasienter med miljørelaterte sykdommer. Det jobbes for tiden med finansiering, og de arbeidsmedisinske avdelingene er tenkt å ha ansvaret for pasientutredningene.

Har deres forening diskutert samhandling med fastleger?

Vi opplever at fastleger og arbeidsmedisinere har et godt samarbeid.

Fastlegene står for en stor andel av henvisningene til de arbeidsmedisinske avdelingene. Det er likevel grunn til å tro at mange arbeidstakere ikke får sine sykdommer vurdert og går glipp av trygderettigheter. Terskelen ser ut til å være noe høy for henvisninger, og vi minner om at mistanke om arbeidsrelatert sykdom er tilstrekkelig for å henvise pasienter til vurdering. Den individrettete vurderingen kan videre brukes i forebyggende arbeid for andre bransjer og bedrifter, ofte i samarbeid med bedriftslegene.

Inkluderende arbeidsliv med tilrettelegging for sykemeldte og tiltak for å inkludere

re sårbare grupper i arbeidslivet, er også et område der arbeidsmedisinere samhandler med fastleger. Arbeidsmedisinere bidrar med råd om konkrete tilretteleggingstiltak for sykemeldte og kan delta i dialogmøter sammen med fastleger i NAVs regi. Arbeidsmedisinerens styrke i slikt arbeid er solid kjennskap til både utfordringer, men også muligheter på den aktuelle arbeidsplassen.

Fastleger og arbeidsmedisinere har deltatt sammen i Legeforeningens ressursgruppe «Legens rolle i sykmeldingsarbeidet».

Legeforeningens har kampanjen «Gjør kloke valg» mot overdiagnostikk. Har deres forening noen innspill til denne?

De arbeidsmedisinske foreningene er i gang med arbeidet med å vurdere hvordan «Gjør kloke valg» kampanjen er relevant innen arbeidsmedisinen, både i BHT og i de arbeidsmedisinske avdelingene. Et eksempel er å sikre at gjennomførte helseundersøkelser er målrettet og gjennomføres basert på klare eksponeringer med en grundig risikovurdering av eksponering i forkant. Begrepet risikobasert helseovervåking/helseundersøkelse bør brukes for å tydeliggjøre risikovurdering som bakgrunn for all aktivitet. Vi ønsker også å sikre at alle spesifikke metoder som benyttes, som for eksempel spirometri, er i større grad evidensbasert som screeningsmetode for det helseutfallet vi undersøker.

Vi jobber nå med videre konkretisering av «gjør kloke valg» for å kunne publisere våre anbefalinger.

Vi er enig med Norsk forening for allmennmedisin i deres standpunkt å «unngå å oppfordre friske mennesker til regelmessig helseundersøkelse uten symptomer eller kjent risikotilstand».

Vi er enig med Norsk forening for allmennmedisin i deres standpunkt å «unngå å oppfordre friske mennesker til regelmessig helseundersøkelse uten symptomer eller kjent risikotilstand».

KJERSTI SKANTZE, LEDER I NORSK FORENING FOR ARBEIDSMEDISIN

Faggruppe for svangerskap og barns helse

Vår faggruppe har eksistert i en del år, med varierende aktivitet. De siste årene har vi fokusert på å jobbe for en bevisstgjøring av fastlegenes rolle innen svangerskaps- og barselomsorgen. Dette er en viktig og naturlig del av vår rolle som lege for hele hel-sepanoramaet og livsløpet til kvinnen og hennes barn. Vi har deltatt i arbeidsgrupper, engasjert oss gjennom undervisning på grunnkurs, skrevet mange kronikker og deltatt i samfunnsdebatten rundt disse temaene.

Ønsket vårt er å bli brukt enda mer fra sentralt hold i arbeid som omhandler det å bevisstgjøre og jobbe for fastlegenes plass i svangerskaps- og barselomsorgen, i en tid da denne delen av helsetjenesten fragmenteres stadig mer. Vi har også deltatt i arbeid som har omhandlet pediatriske problemstillinger og psykisk helse hos barn og ungdom.

Innen det neste året planlegger vi å arrangere et klinisk emnekurs innen svan-

gerskaps- og barselomsorg. Vi håper og tror det vil være interesse for dette.

Medlemmer i faggruppen er pr i dag: Kari Løvendahl Mogstad (leder), Berit Marie Lien, Christine Agdestein og Finn Høivik.

KARI LØVENDAHL MOGSTAD
Leder

■ KARI.L.MOGSTAD@GMAIL.COM



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLOURBOX

Familiær hyperkolesterolemi kan gi tidlig hjerteinfarkt

■ MARIANNE KLEVMOEN • Nasjonal kompetansetjeneste for familiær hyperkolesterolemi

I Norge har 1 av 200–300 personer familiær hyperkolesterolemi. Det er en arvelig tilstand som gir høyt kolesterol fra første leveår og økt risiko for tidlig hjerte- og karsykdom.

God behandling finnes og reduserer risikoen betydelig hvis tilstanden oppdages tidlig.

Kolesterolbyrden definerer risiko for hjerte- og karsykdom

Ubehandlet kan familiær hyperkolesterolemi (FH) gi hjerteinfarkt i 40–50 års alder og 15–20 års redusert levetid (1, 2). FH skyldes mutasjon i gener for LDL-reseptor, apoB og PCSK9 og fører til forhøyede kolesterolnivåer fra første leveår.

Den totale kolesterolbyrden i løpet av livet definerer risikoen for hjerte- og karsykdom (3). En person med FH som går ubehandlet og med høye kolesterolnivåer fram til 40 års alder, har høyere kolesterolbyrde og betydelig økt risiko for tidlig hjerte- og karsykdom, enn en person som får forhøyet kolesterol i 60-årene på grunn av alder. Ved å oppdage FH og starte behandling i tidlig alder, reduseres risikoen for hjerte- og karsykdom betydelig.

Gentest for FH er viktig for tidlig behandlingsstart

Mange pasienter og leger kjenner seg kan-skje igjen i kolesteroldiskusjonen på figuren «Hvem har rett?». Begge personene har rett; totalkolesterol på 6,5 kan være helt greit for noen, men representere en betydelig økt risiko for andre. En gentest gir svar på om kolesterolet har steget gradvis med alderen eller om man har ligget litt for høyt hele livet på grunn av genmutasjon. Dette er viktig for korrekt risikoberegning og riktig behandlingsvalg.

Vurder gentest ved høyt totalkolesterol

FH kan enkelt diagnostiseres med en vanlig blodprøve hos fastlegen. Mange tenker FH først ved svært høye kolesterolnivået, men FH forekommer også ved moderat

forhøyet totalkolesterol (6–8 mmol/L). En tommelfingerregel for vurdering av gentest for FH er «6-7-8 huskereglene»:

Gentest for FH bør vurderes ved ubehandlet totalkolesterol over

- 6 mmol/L < 20 år
- 7 mmol/L 20–40 år
- 8 mmol/L > 40 år

Kost- og livsstilsråd ved FH

Fysisk aktivitet og vektreduksjon ved overvekt er anbefalt for personer med FH. For de med FH som røyker, anbefales det sterkt å slutte, fordi røyking øker risikoen for hjerte- og karsykdom. Kostholdet kan påvirke LDL-kolesterolet betydelig. Et variert kosthold anbefales, med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk. Ved FH anbefales spesielt redusert inntak av mettet fett ved å velge magre meieriprodukter og magert kjøtt og kjøttprodukter. Å bytte ut mettet fett med umettet fett kan redusere risikoen for hjerte- og karsykdom betydelig (4), som for eksempel ved å velge olivenolje eller rapsolje fremfor hard margarin og smør, fet fisk fremfor fete kjøttprodukter og nøtter eller mandler fremfor sjokolade og kjeks.

Medisiner og behandlingsmål ved FH

Kolesterolsenkende medisiner er nødvendig for de fleste med FH for å nå behandlingsmålet for LDL-kolesterol (5). Pasienter med bekreftet FH ved gentest eller med mistanke om arvelig hyperkolesterolemi bør henvises til lipidpoliklinikk for oppfølging med ett til tre års mellomrom. I tillegg bør lipidstatus kontrolleres årlig hos fastlege. Det anbefales vurdering av kolesterolnivåer og ev. oppstart med statiner fra åtte til ti års alder hos barn med FH, eller fra diagnositidspunkt. Tilleggsbehandling med ezetimib og PCSK9-hemmer kan også være nødvendig.



Mange har FH uten å vite om det

Det er estimert at inntil 25 000 (én av 200–300) personer i Norge har FH. Hittil er over 9000 personer diagnostisert med FH i Norge. Det betyr at det er fortsatt inntil 16 000 personer som kan ha FH uten å vite om det. Nasjonal kompetansetjeneste for familiær hyperkolesterolemi (NKT for FH) jobber for å bedre kunnskap, diagnostikk og behandling av denne tilstanden i Norge. Vårt motto er derfor – Hjelp oss å finne alle! Den internasjonale FH-dagen er 24. september. Bruk denne dagen til å spre informasjon og øke kunnskapen om FH.

Mer informasjon om diagnostisering og behandling finnes på www.kolesterol-behandling.no

REFERANSER

1. Mundal L, Sarancic M, Ose L, Iversen PO, Borgan JK, Veierod MB, et al. Mortality among patients with familial hypercholesterolemia: a registry-based study in Norway, 1992–2010. *J Am Heart Assoc.* 2014; 3(6): e001236.
2. Krogh HW, Mundal L, Holven KB, Retterstol K. Patients with familial hypercholesterolaemia are characterized by presence of cardiovascular disease at the time of death. *European heart journal.* 2016; 37(17): 1398–405.
3. Nordestgaard BG, Chapman MJ, Humphries SE, Ginsberg HN, Masana L, Descamps OS, et al. Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease: consensus statement of the European Atherosclerosis Society. *European heart journal.* 2013; 34(45): 3478–90a.
4. Ference BA, Graham I, Tokgozoglu L, Catapano AL. Impact of Lipids on Cardiovascular Health: JACC Health Promotion Series. *Journal of the American College of Cardiology.* 2018; 72(10): 1141–56.
5. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *European heart journal.* 2019.

■ MKLEVMO@OUS-HF.NO

Utfordringer i hverdagen



Åge Wifstad
Helsefagenes etikk
 En innføring
 2. utgave
 151 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo 2020
 ISBN 978-82-15-04901-7

Dette er en bok jeg gjerne skulle hatt som student i medisin, og ikke minst som fersk allmennpraktiserende lege i sin tid. Men den gang ei. For førsteutgaven av denne viktige boken kom først i 2013.

Åge Wifstad er førsteamanuensis i medisinsk filosofi ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Han har vært en høyt verdsatt foreleser over mange år, både for helsefag-studenter og erfarne yrkesutøvere i helsetjenesten i og utenfor Norge.

I denne boken evner han å holde fram aktuell teori innenfor medisinsk etikk mot hverdags erfaringer for helsepersonell – og det på en måte som gjør at leseren inviteres inn til en uvanlig opplevelse av kontinuerlig relevans for møter med pasienter. Også etiske utfordringer på systemnivå får satt lyskasteren på seg.

Kapittel-inndelingen antyder spennet i tematikken:

- Samfunnsoppdraget
- Lovgrunnlaget
- Autonomi
- Pasientens beste
- Pasientens verden
- Sårbarhet, avmakt og tillit
- Befolkningens beste

De fleste vil sikkert nikke til at dette er jo viktige emner for oss som leger. Men når

forfatteren belyser en rekke utfordringer innenfor hvert av disse temaene, blir hverdagen uventet levende beskrevet og høyst gjenkjennelig – og utfordret. Det er kanskje den store styrken ved denne bokutgivelsen at forhold i pasientmøter kan ha noen «blinde flekker» som vi kanskje ikke reflekterer over i det daglige arbeidet. Og det er nettopp utfordringene til refleksjon – alene og i kollegagrupper – som her får et

dokument som gjerne kan leses flere ganger. En sjelden kvalitet ved en fagbok.

Å gå inn i hver av de tallrike utfordringene som forfatteren tar opp – og det på en adekvat måte – er neppe formålstjenlig i denne korte anmeldelsen. For her er det spekket med relevant stoff fra bokside til bokside. Derfor vil jeg heller si: Les selv!

Boken anbefales.

ELI BERG

Trenger vi en egen bok om dette temaet?



Erlend Hem, Magne Nylenna (red.)

Helsespråk

223 sider

Michael 2021

ISBN 978-82-92871-77-5

Ja, en bok om dette temaet må sies å være svært kjærkomment – både for lek og lærd. Redaktørene skriver innledningsvis:

«Helsepersonell må kommunisere godt med hverandre, pasienter, pårørende og publikum. Helsespråket utvikler seg hele tida og trenger derfor kontinuerlig oppmerksomhet.»

Men helsespråk er ikke den eneste tematikken som tas opp i denne boken. Med utgangspunkt i stortingsmelding nr. 35 (2007–2008) er det etablert en klarspråk-kampanje i offentlig sektor – som også omfatter helsesektoren, naturlig nok.

Bidragene til denne boken kommer fra både klinikere, forskere og historikere innen legestanden og andre helseprofesjoner, brukerorganisasjoner, språkforskere, personer med bakgrunn fra e-helse, medisinske leksika, for ikke å glemme språkrådets leder. Og hva har for eksempel skjedd med språket vårt under den pågående pandemien? Veldig interessant!

Flere kapitler tar opp eksplisitt begrepet klarspråk. Og er det noe vi virkelig trenger i vårt daglige arbeid, så er det klar og forståelig ordbruk – ikke minst i kommunikasjonen mellom helsevesenet og pasienter og pårørende – og oss leger i mellom naturligvis. Boken tar opp en rekke eksempler både på hvordan ord og vendinger kan være alt annet enn klar tale, men også hvordan avsender og mottaker kan forstå hverandre på en fullgod måte.

Et svært viktig område gjelder den fortlø-

pende kommunikasjonen mellom sykehus og pasienter – f.eks. ved innkallelse til poliklinikk eller innleggelse. Her står det nok mye arbeid igjen mange steder i landet, før vi som helsevesen kan være fornøyd med det vi gjør. Og skal jeg også nevne NAV? Her er det antakelig velkjente sukk av fortvilelse hos mottakere av «krøket» formuleringer og passasjer i skriv fra den kanten. Men det jobbes iherdig med endringer fra flere hold – en svært interessant gjennomgang av dette feltet presenteres i denne utgivelsen.

«Helsespråk» avrundes med et solid og viktig bidrag under overskriften «Ti teser om klart språk», skrevet av en professor i saksprosa-forskning.

Denne boken vil nok for mange bli en utgivelse som det ikke blir så lett å legge fra seg. Til det er det nok mange som vil kjenne seg igjen både i språkeksempelene og i problemer omkring dette å nå fram med et klart budskap både skriftlig og muntlig. Dette er virkelig en bok som inspirerer, og som vi nok trenger noen hver!

Boken anbefales.

ELI BERG

HUMORSTRIPEN



Murvik/Sønne 021

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 Therese Renaa?



Hva leser du nå, Therese Renaa, kommuneoeverlege i Sel?

For tiden leser jeg *Klara og solen* av Kazuo Ishiguro, *Jeg foreslår at vi våkner* av Beate Grimrud, *The mirror and the light* av Hilary Mantel og *Presentere og publisere* av Magne Nylenna.

Hvorfor leser du akkurat disse bøkene?

Jeg har likt tidligere bøker av både Grimrud, Ishiguro og Mantel, og det er som sukkertøy når de utgir nye bøker. Grimrud sin siste bok er veldig god, veldig modig, veldig trist. Ishiguro sin roman vakker og vemodig og litt ekkel. Den siste boka i trilogien om Thomas Cromwell er også god, men ikke så lettlest som de forrige to. Nylenna sin bok er nyttig og interessant for et ferskt redaksjonsmedlem i *Utposten*.

Hvor leser du?

På reise, mens jeg venter, før jeg står opp, før jeg sovner – og akkurat nå lengter jeg aller mest etter å lese i skyggen av et fint tre på en strand. Helst i Hellas.

Hvilke bøker liker du å lese?

Den beste leseopplevelsen er når jeg kan forsvinne inn i en tykk roman. Jeg leser det

meste, science fiction og fantasy, romantikk og røverromaner, sakprosa og frøkataloger. Minst krim – jeg bekymres av forfattere som fantaserer frem groteske og grusomme handlinger for underholdning. Det kan ikke være sunt.

Mer intellektuelle venner har latt seg oppføre over at *Augustins Bekjennelser* står rygg mot rygg med Wodehouse i bokhyllen min. Manglende organisering etter alfabet og tema kan forskrekke en sart bibliotekar, men både filosofi og fjas må få plass i livet – og bokhyllen. Jeg har selv tvilt på om jeg kan være venn med noen som synes at *Alkymisten* er verdens beste bok, men det kan jeg. Vi kan bare ikke diskutere litteratur. Eller egentlig ikke noe annet heller.

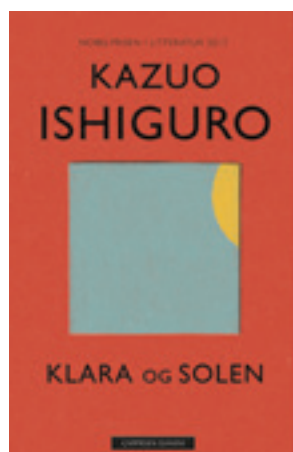
I ungdommen slukte jeg klassikerne fra europeisk og amerikansk litteratur. Jeg har tenkt at jeg møtte noen bøker for tidlig i livet. For eksempel opplevde jeg Emma i Flauberts *Madame Bovary* som utrolig irriterende, og led meg gjennom romanen. Kanskje har jeg med årene fått mer forståelse for lengselen etter romantikk i ekteskapet med en sliten landsbylege? Andre bøker har tapt seg. I tyveårene ble jeg nesten hypnotisert av Naipauls *The Enigma of*

Arrival. Ved et nytt møte fant jeg boka langtekkelig og selvopptatt – en aldrende manns forsøk på å finne fotfestet etter et møte med alvorlig sykdom.

Jeg leser gjerne bøker om igjen. Noen bøker har jeg lest så mange ganger at de er gode venner. Jane Austens bøker er et godt sted å være, Patrick O'Brians romaner om Aubrey og Maturin alltid underholdende. PO Enquist, Gøran Tunstrøm, Isabel Allende, Margaret Atwood er også blant favorittene. De beste bøkene er de som viser deg noe nytt ved hvert møte. Egne følelser og opplevelser farger møtet med boka. Jeg fikk en gang råd om å skrive lesedagbok. Et godt råd, selv om jeg ikke har giddet.

Har du en bakanbefaling til Utpostens lesere?

Jeg har en anbefaling om hvordan få gode anbefalinger! Min fabelaktige venninne Siss Vik er litteraturviter og jobber i NRK. Alle bokormer bør abonnere på hennes nyhetsbrev for å få tips om spennende leseopplevelser.



Dette er tre av titlene Therese leser for tiden.

RELIS

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

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

Kalsitonin-genrelatert peptid (CGRP) – hemmere og graviditet

Bruk av CGRP-hemmere representerer et nytt behandlingsprinsipp ved migrene.

I løpet av de tre siste årene har vi fått tre legemidler i denne gruppen på det norske markedet, erenumab, fremanezumab og galkanezumab (1).

Migrene er betydelig vanligere blant kvinner enn menn. Så mange som 19 prosent av alle kvinner i Norge har migrene, og andelen er aller høyest hos kvinner i fertil alder (2). Hva vet vi egentlig om bruk av CGRP-hemmere under graviditet?

Hva er CGRP-hemmere?

De nye migrenemidlene erenumab (Aimovig), fremanezumab (Ajovy) og galkanezumab (Emgality) virker ved å blokkere aktiviteten til CGRP, et neuropeptid involvert i patofysiologien ved migrene. CGRP modulerer nociceptiv signalering og har i tillegg vasodilaterende effekt. Det er vist at nivået av CGRP øker under migreaneanfall og reduseres når anfaller går tilbake (1, 3).

Betydning av CGRP under svangerskap

CGRP kan potensielt være involvert i blodtryksregulering under svangerskap og ha betydning for blodtilførsel til placenta. Lave nivå av CGRP er vist å være assosiert med preeklampsi (4–6). Det er ikke kjent om bruk av CGRP-hemmere under svangerskap gir økt risiko for preeklampsi eller svangerskapskomplikasjoner knyttet til placentaperfusjon (4). På grunn av den potensielt skadelige effekten, spesielt hos kvinner med risiko for å utvikle eklampsi, bør ikke kvinner som er eller planlegger å bli gravide behandles med CGRP-hemmere, ifølge tidsskriftet *Prescrire* (7).

Sikkerhet ved bruk av CGRP i graviditet

Dokumentasjon på bruk av erenumab, fremanezumab og galkanezumab under graviditet er svært begrenset.

Erenumab

Vi har funnet én kasuistikk der en pasient ble behandlet med totalt fem injeksjoner erenumab før hun ble gravid. Hun fikk den siste injeksjonen i andre svangerskapsuke. Kvinnen fødte et friskt barn som utviklet seg normalt de første 40 dagene (8). I en retrospektiv kohortstudie (n=369) ble en av de inkluderte pasientene gravid (ikke planlagt). Erenumab ble seponert, men det er ikke gitt ytterligere opplysninger om svangerskapsforløpet eller barnet (9, 10).

I kliniske studier før markedsføring er 28 tilfeller av eksponering med erenumab under svangerskapet rapportert. Blant disse kvinnene fødte sju til termin etter ukompliserte svangerskap, tre fikk levende fødte barn uten at noe ble anmerket, én fødte til termin med en uspesifisert komplikasjon, én fødte for tidlig, to spontanaborterte og tre var registrert med elektiv abort. For de elleve siste svangerskapene fantes ingen kunnskap om utfallet. Antallet graviditeter, mangelfull informasjon vedrørende varighet og tidspunkt for eksponering og utfall rapportert er for begrenset til å konkludere om sikkerheten ved bruk av erenumab under svangerskap (11).

Fremanezumab

For fremanezumab har vi ikke funnet verken studier eller kasuistikker der svanger-

skapsforløp eller utfall ved slik bruk er beskrevet.

Femten tilfeller med eksponering av fremanezumab under svangerskap er rapportert i kliniske studier før markedsføring, og produsenten angir at det ikke ble funnet en assosiasjon mellom bruk av fremanezumab og svangerskapskomplikasjoner (4, 12). Det opplyses ikke om varighet av eller tidspunkt i svangerskapet for eksponering med fremanezumab, og det er etter vår vurdering ikke mulig å si noe nærmere om risiko ved bruk under svangerskap basert på disse få tilfellene.

Galkanezumab

Blant 16 graviditeter rapportert fra de kliniske studiene før markedsføring av galkanezumab er det rapportert om ett tilfelle av preeklampsi (rundt 6 prosent av svangerskapene). Av disse 16 svangerskapene hadde seks normale utfall og to uavklarte graviditetsutfall. Det var ett tilfelle av for tidlig fødsel (uke 34) hos mor som hadde preeklampsi og gjennomgikk keisersnitt, to spontanaborter og en elektiv abort. For de fire siste svangerskapene fantes ingen kunnskap om utfallet (6).

Samlet sett

I en nylig publisert analyse basert på spontanrapporterte tilfeller til Verdens helseorganisasjons (WHOs) bivirkningsdatabase¹,

¹ WHO understreker at datauttrekk fra bivirkningsdatabasen ikke representerer WHOs offisielle syn og at dataene ikke er homogene med tanke på innsamling gjennom spontanrapporteringssystemet eller dokumenterer en sikker sammenheng mellom det aktuelle legemidlet og bivirkningen.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ble det funnet til sammen 93 rapporter på mistenkte bivirkninger ved bruk av CGRP-hemmere under svangerskap og amming. Av disse gjaldt 85 bruk under svangerskap og fem bruk i forkant av svangerskap. Det ble ikke identifisert spesifikke mønstre av fødselsdefekter eller toksisitet hos mor, eller observert økning i antall rapporter på spontanaborter (sammenliknet med antallet rapporterte spontanaborter blant kvinner i fertil alder i databasen som helhet) (4, 5). Det er likevel viktig å understreke at studien kun inkluderer et begrenset antall rapporter, og at studiedesignet har en rekke begrensninger. Forfatterne konkluderer med at det er nødvendig med større farmakoepidemiologiske studier før man kan vurdere sikkerheten ved bruk av erenumab, fremanezumab og galkanezumab hos gravide (5).

Ekspertbaserte retningslinjer fra det europeiske Headache Federation anbefaler å unngå bruk av monoklonale antistoffer som virker på CGRP som forebyggende behandling av migrene hos gravide eller ammende kvinner (13).

Dyrestudier indikerer verken direkte eller indirekte skadelige effekter på fertilitet, foster eller svangerskapsforløp (7, 14–16). Resultater fra dyreforsøk kan likevel ikke direkte overføres til mennesker.

Hvor lenge før svangerskap bør CGRP-hemmere seponeres?

Fremanezumab, erenumab og galkanezumab har en halveringstid estimert til rundt henholdsvis 30, 28 og 27 dager (14–16). Et legemiddel anses generelt som helt ute av kroppen etter fem halveringstider, og for CGRP-hemmerne vil dette altså tilsvare rundt fem måneder. Dersom man skal unngå eksponering under svangerskap, må dermed disse legemidlene seponeres flere måneder i forkant av graviditeten. Det foreligger ikke noen konkrete råd om når fremanezumab, erenumab eller galkanezumab bør seponeres, og ved ikke-planlagt graviditet vil dette som regel først skje etter erkjent graviditet. Dersom man planlegger en graviditet bør CGRP-hemmeren seponeres først.

Konklusjon

Ubehandlet alvorlig migrene kan ha betydelige konsekvenser for både mor og barnet i magen. Behandlende lege må gjøre en grundig vurdering av nytte/risiko hos den enkelte pasient, hvor nytten hos mor veies opp mot den potensielle risikoen for barnet i magen. Vi har kun funnet begrenset med informasjon vedrørende bruk av CGRP-hemmere mot migrene i graviditet. Legemidlenes eventuelle effekter på foster og svangerskapsforløp er ikke tilstrekkelig undersøkt. Større farmakoepidemiologiske studier er nødvendig før man kan vurdere sikkerheten ved bruk av erenumab, fremanezumab og galkanezumab hos gravid. Inntil mer data foreligger, anbefaler vi å unngå bruk av CGRP-hemmere under graviditet og hos kvinner som planlegger svangerskap, så langt det lar seg gjøre.

REFERANSER

1. Buan L, Nilsen T. Kalsitoningenerelatert peptid (CGRP)-antagonister mot migrene – hva vet vi nå? *Utposten* 2021; 2; 46–7.
2. Norsk elektronisk legehåndbok. Migrene. <https://legehandboka.no/> (Sist endret: 6. juli 2021).
3. Bakkebo T, Jahnsen JA. Nye migrenemiddel og biverknader. *Nor Farmaceut Tidsskr* 2021; 129(2): 25–6.
4. RELIS database 2021; spm.nr. 6658, RELIS Nord-Norge. (www.relis.no)
5. Nosedá R, Bedussi F et al. Safety profile of erenumab, galcanezumab and fremanezumab in pregnancy and lactation: Analysis of the WHO pharmacovigilance database. *Cephalalgia* 2021; 41: 789–798.
6. European Medicines Agency (EMA). Emgality: Assessment report. <https://www.ema.europa.eu/> (Publisert: 20. september 2018).
7. Anon. Erenumab (Aimovig) for the prevention of migraine attacks. *Prescrire Int* 2019; 28 (207): 201–5.
8. Fofi L, Egeo G et al. Erenumab during pregnancy: a case report in a patient with chronic migraine. *Neurol Sci* 2021; 42: 2145–6.
9. RELIS database 2020; spm.nr. 8410, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no)
10. Kanaan S, Hettie G et al. Real-world effectiveness and tolerability of erenumab: A retrospective cohort study. *Cephalalgia* 2020; 40(13): 1511–22.
11. European Medicines Agency (EMA). Aimovig: Assessment report. <https://www.ema.europa.eu/> (Publisert: 28. februar 2019).
12. European Medicines Agency (EMA). Ajovy: Assessment report. <https://www.ema.europa.eu/> (Publisert: 31. januar 2019).
13. Sacco S, Bendtsen L et al. European headache federation guideline on the use of monoclonal antibodies acting on the calcitonin gene related peptide or its receptor for migraine prevention. *J Headache Pain* 2019; 20: 6.
14. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Emgality. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 21. juli 2021).
15. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Ajovy. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 16. juli 2021).
16. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Aimovig. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 15. juni 2021).

INGRID L. STEEN

Legemiddelrådgiver, Master i farmasi, RELIS Midt-Norge

CHRISTINE L. BANDLIEN

Spesialist i allmennmedisin,

Overlege klinisk farmakologi, RELIS Midt-Norge

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

Mollstemt katt

Takk til kollega Nina for utfordringen! Jeg har vært inne i denne spalten i forrige århundre, da med et dikt av Raymond Carver.

Diktet denne gang har jeg resitert en del ganger, noen vil huske det fra veilederkurs. Det har en ganske personlig bakgrunn:

For noen år tilbake levde jeg en periode i en form for «partnerskap» med en katt. Det synes jeg er en ganske adekvat livsform – en mann som bor aleine med en katt.

Noen år seinere ble jeg kjent med en mannlig kollega som bodde sammen med to katter. Det var åpenbart «over the top» – det var helt tydelig hvem som hadde makta i forholdet.

Derfor: «En mann og hans pus». Det finnes en melodi til denne av Kåre Siem, særdeles mollstemt.

Utfordringen går videre til min høyt skattede medveileder og profilert jazzvokalist, Guri Tuv Brattli i Honningsvåg.

Hilsen fra
PETER PRYDZ

En mann og hans pus (En kattevennlig vise)

Alt kan du ta fra en mann.
Du kan sette hans hus under vann.
Du kan legge hans hus
og hans verden i grus.
(så han ikke har midler til to flasker brus)
Men du kan ikke skille en mann og hans pus.

Alt kan du ta fra en mann
med plyndring og herjing og brann.
Ja, alt han har hatt
kan bli røvet og tatt.
(i stats- og kommune- og sjørøverskatt)
Men du kan ikke skille en mann og hans katt.

Alt kan du ta fra en mann.
Du kan trekke hans nest siste tann.
Du kan røve hans ånds
og hans legemes fonds.
(så hans ånds mange tonns uten fonds går til bånns)
Men du kan ikke skille en mann og hans Mons.

Alt kan du ta fra en mann.
Du kan drikke han fra hans forstand
og slå han konkurs
med 12 flasker Fuhrs.
(så hans rus blir en rus som må uttales rusch)
Men du kan ikke skille en mann og hans Pusch.

ANDRÉ BJERKE

