

Utposten

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

1 2021
ÅRGANG 50

Hedersmannen i
Helsedirektoratet

Fra kolera til korona
Papirløse migranter og DPS
Samhandlingsreformforskjeller

RMR/UTPOSTEN**v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**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: Elisabeth Mikalsen
Nordlys på Røst januar 2021DESIGN/LAYOUT:
Morten Hernæs
07 MediaREPRO OG TRYKK:
07 Media

NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no

BAGRUNNSTOR: ELISABETH MIKALSEN

1 LEDER: Jorda renner, bygda blør. *Kari Thori Kogstad***2** UTPOSTENS DOBBELTTIME: Hedersmannen i Helsedirektoratet:
Det handler om fru Hansen! *Svein Lie intervjuet av Marit Tuv***7** ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:
Irregulære migranternes rett og tilgang til behandling i distrikt-
psykiatriske sentre, helsepersonells vurderinger
*John Fredrik Askjer, Per Kristian Hilden og Anne Kveim Lie***14** Fra kolera til korona. *Magne Nylenna og Erlend Hem***17** Vi gir oss aldri! *Marit Hermansen***18** Hva kan aksepteres fra leder i Rådet for legeetikk i offentlig debatt?
*Svein Aarseth***22** Sakene som ikke havner hos fylkeslegen. *Njål Flem Mæland***24** Lederpris til allmennmedisinsk 'gartner og resepsjonist'
*Lisbeth Nilsen***26** Lege – hvorfor blir vi det? *Ingvild Vatten Alsnes***27** Koronautbrudd: Hvordan hindre bedrifter fra å stenge?
*Grethe Fosse og Kristian Einarsson***28** Angst og depresjon har en nevro-
hormonell fellesnevner med urininkontinens
*Lisbeth Nilsen***32** Store forskjeller mellom store, middels store
og små kommuner i Østfold etter Samhandlingsreformen:
– Hva er de underliggende årsakene?
*Hans Knut Ottestad***35** KOLLEGAHJØRNET: Den norske patologforening. *Ulla Randen intervjuet***36** FAGGRUPPER: Faggruppe for samhandling. *Presentert av Bente Thorsen***36** FAGGRUPPER: Faggruppen medisinsk uforklarte plager
og symptomer, MUPS. *Presentert av Ingerd Helene Jøssang***38** MEDISINSK HISTORIE: Eilert Sundt og samfunnsmedisinsk arbeid
*Magne Nylenna og Camilla Stoltenberg***42** BOKANMELDelse: Obligatorisk lesning
«Ivaretagelse av hjelpere» anmeldt av Eli Berg**42** BOKANMELDelse: En spennende utfordring
«Vitenskapsteori for sosial og helsefag» anmeldt av Eli Berg**43** BOKANMELDelse: Hjelp til større trygghet
«Gode hjelpere kjenner seg selv. Traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge» anmeldt av Eli Berg**44** BOKANMELDelse: Et oppslagsverk. «Lungesykdommer» anmeldt av Eli Berg**45 FASTE SPALTER**HVA LESER LEGEN **45**RELIS **46**LYRIKKSTAFETTEN **46**

Jorda renner, bygda blør

Jeg våkner tidlig sjette juledag på hytta vår i Hallingdalen. Eldste datter på 26 år, som er sykepleier på Ullevål, snakker med høy stemme i stua. Jeg rekker å tenke at det må da gå an å ta hensyn når vi alle er på en så liten plass samtidig. Hva med hviskestemmen? Når skal en slutte å oppdra store unger? Hun kommer inn på soverommet vårt og forteller om utallige oppringninger i løpet av natta fra Ullevål, som er satt i rød beredskap. Hun må være forberedt på å møte på jobb på kort varsel.

Årsaken er et leirras i Gjerdrum, bygda vi bor i. Det var rart! Vi skruer på nyhetene og prøver å forstå hvor i bygda det har skjedd. Omfanget kommer først ikke klart fram, og jeg tar meg tid til å trakte kaffe. Tanken som dominerer mens jeg venter på kaffen, er at det antakelig ikke er så galt. Det er vel et element av om ikke falsk alarm, så i hvert fall full alarm på noe ganske lite, slik det ofte er når sirenene uler, tenker jeg. Så endrer det seg, idet bilder fra rasområdet begynner å svirre over skjermen. Ingen beroligende signaler kommer. Det er større enn vi aner, verre enn vi tror, mer enn vi kan forstå. Virkeligheten er blitt uvirkelig. Leira flyter. Jorda renner. Bygda har fått en kniv rett i magen. Blødningen er ukontrollert.

Så blir timer lange som dager til dager, og dagene så lange som uker har i skrivende stund blitt til ei uke akkurat. Tid er også blitt uvirkelig. Nabogutten har kjørt bilen som fortsatt står på kanten av stupet. Han og kompisene fikk kastet seg ut da vegen steg opp rett foran dem klokka 04 om natta. Mellomste datter klarer ikke å slutte og tenke på museflettene til barnet som er forsvunnet. Hva holder? Hvor kan vi rette blikket?

På nyhetsoppdateringene. Vi må se på dem som handler og gjør noe, på de som tar ansvar og kan si noe. Aller mest se på de som finner ord. Ordføreren står rakrygget og sorgtung og snakker til oss. Det er vonde ord, men han finner dem. Parallelt

med at smerten setter seg i kroppen, setter det seg også en dyp takknemlighet over å leve i en velferdsstat som mobiliserer ressurser og det beste som finnes av både utstyr og folk i og utenfor landet. Vi er sett i vår nød. Alle vil hjelpe oss. Barndoms-hjemmet mitt evakueres. Renner jorda der også? Journalistene gjentar seg selv og gjentar hverandre, de hører ikke hva som nettopp er sagt. Politimannen med støtt blikk og etter hvert vekslende navn, er likevel uendelig tålmodig. Han gjentar informasjonen. Vi får en godhet også med journalistene. De er overveldet som oss. De står ute og fryser og venter og venter på neste pressekonferanse. Vi venter inne sammen med dem.

Vi venter til vi skjønner at blikket må rettes mot egne handlinger. Legesenteret er evakuert på ubestemt tid, kanskje for alltid. Det må opp å stå i en eller annen form. Bygda trenger en allmennlegetjeneste. Tusen mennesker er evakuert. Det er over 1/7 av bygdas innbyggere. De evakuerte på hotellene trenger legetjeneste til skrubbsår, gjenlagt medisinsk utstyr, resepter og hjelp til første bearbeidelse av sjokket. Evakuerte sykehjemsbeboere trenger tilsyn. Det uløselige må løses. Fastlegene vet det. Kommunelegene vet det. Vi visste det fra før og året vi nettopp har gått ut av med korona hengende over hodet på oss hver dag. Det har gitt oss et større perspektiv på hva som er løsbart.

Kjærlighet, handling og lidelse. Viktor Frankl, psykiater som selv ble internert i konsentrasjonsleir, pekte på dette som strukturer som gjør livet verdt å leve når omstendighetene blir brutale og tragiske.

Der må vi feste blikket.
Det er dette som holder,
Vi er glad i hverandre.
Vi deler lidelsen.
Vi får til handlingene sammen.
Med ønske om et bedre 2021.

KARI THORI KOGSTAD



ALLE FOTO: KARI THORI KOGSTAD

Hedersmannen i Helsedirektoratet: *Det handler om fru*

Svein Lie ■ INTERVJUET AV MARIT TUV

Å dvele ved problemer har aldri vært Svein Lies favorittsyssel. Det holder å beskrive utfordringsbildet, før oppmerksomheten rettes mot hva som kan være løsningene. Hans evne til å spille på lag med andre for å løse komplekse oppgaver er kommet hele nasjonen til gode under koronapandemien.

Det hamres på tastaturet mens bussen tar meg til Oslo en formiddag. Det er tidlig vinter, og lufta begynner å bli skarp. Selv kjenner jeg meg ikke særlig skarp etter hvert som vi nærmer oss hovedstaden – det er vegarbeid og bussen må vente, og jeg innser at jeg kommer til å komme for sent til et intervju med en mann som er meget presis av seg. Det vet jeg etter å ha deltatt i en del videomøter under hans ledelse dette året – vi starter presis, uttrykker oss presist og avslutter aldri ett minutt over tida. Jeg har endatil fått ham til å stille på kort varsel. Og nå rekker jeg det ikke!

Tørr i munnen og lettere andpusten ankommer jeg Vitaminveien 4. Svein Lie sitter pent antrukket i Helsedirektoratets resepsjon og er i ferd med å avslutte en telefonsamtale. Han ser ikke det minste stresset ut, heldigvis. Fagdirektøren hilser *Utpostens* utsendte så varmt velkommen som koronasituasjonen tillater, og viser meg hvor i det folketomme lokalet vi kan sitte – utstrakt bruk av hjemmekontor er blitt den nye normalen også i bygningen som til vanlig huser de øverste lederne for landets helseberedskap.

Vi sitter i et møterom i første etasje. Gjennom vinduet kan man skimte blokkbebyggelsen i storbyen. Det slår meg at det å ha ansvar for smittevern i hovedstadens bydeler er en annen øvelse enn på bygda der jeg holder til. Små kommuner er jo gan-



ALLE FOTO: FINN OLUF NYQUIST, HELSEDIREKTORATET

Hansen!

ske oversiktlige. Større kommuner og byer er nok mer utfordrende. Men den største utfordringen av alle må være å bære ansvar for hele Norges håndtering av pandemien, slik Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Helse- og omsorgsdepartementet og regjeringen vår gjør.

Skalaforskyvning

– Jobben i Helsedirektoratet består av mye av det samme som man gjør som kommunelege. Nå som covid-19 ikke lenger er et sykehusfenomen, får jeg benyttet mye av det jeg lærte som kommunelege i distriktet og senere som helsesjef i Sandefjord kommune. Det som skjer i dette huset er en skalaforskyvning, forklarer Lie. – Det er viktig for oss å ha kontakt med kommunene for å vite hva som rører seg ute i helsetjenesten. Man skriver ikke bare med større bokstaver her inne, man må også tenke godt gjennom mulige konsekvenser av de anbefalingene som gis.

– Beredskapslinja går via statsforvalterne. Slik er Norge laga, påpeker fagdirektøren. – Egentlig er det også fornuftig fordi denne pandemien påvirker så mange flere områder enn helsetjenesten. Koronasituasjonen gikk fra å kreve høyspesialisert kompetanse innen laboratoriemedisin, epidemiologi og intensivmedisin til å bli et kommunehåndterings spørsmål. Forvaltningsmessig gikk det fra å bli håndtert av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet til å bli et anliggende for Helse- og omsorgsdepartementet og regjeringen, som nå kjører dette på nasjonalt nivå. Vi spiller inn faglige ting, men dette er jo politikk. Bevisstheten omkring kommunenes rolle og ansvar er blitt vesentlig større under perioden med koronapandemien. Denne nødssituasjonen har satt tjenestene i kommunene på dagsorden.

Den erfarne legen er opptatt av at man må kjenne systemets barrierer og egenskaper hvis man skal få til noe: – Det er utfordrende å skulle forholde seg til 356 suverene



kommuner på den ene siden, og på den andre siden helseforetakene, som egentlig ikke tar imot andre beskjeder enn dem som gis fra helseministeren. Under pandemien ble det viktig for oss i Helsedirektoratet å knytte til oss en referansegruppe med kommuner som kunne gi direkte innspill i tillegg til beredskapslinja via statsforvalterne. Jeg passet på å ringe KS først for å høre om de ville mene noe om det, og de kom med noen forslag til hvem vi kunne spørre. Kommunesektoren har tyngden nå, det så vi allerede før sommeren. Jeg tror kommunene vil kunne stille opp og håndtere belastningen for en periode nesten over alt nå. Det er imidlertid et dilemma at kommunene må få lov til å prioritere, alt kan ikke gå som før.

Svein tar en liten pause, som for å understreke at det som nå kommer er viktig: – Vi ser med bekymring på belastningen til kommuneoverlegene. Helsedirektoratet gjennomførte i høst en kartlegging av kommuneoverlegenes arbeidsforhold, og hvorvidt det er mulig for én person å ivare-

ta alt ansvaret alene, slik det er i mange av landets kommuner. Vi spurte blant annet om stillingsstørrelse, vaktordning, ferieavvikling og kontinuitetsplanlegging. Jeg har et klart inntrykk av at bevisstheten omkring kommunelegeressursen er økende både lokalt og sentralt.

Samlet helsetilbud

Fagdirektøren har bred erfaring fra norsk helsetjeneste. Fra sykehusturnus på Rjukan gikk veien videre til distriktsturnus i Vinje. Den første ordinære jobben hadde han i Flakstad kommune. Han hadde planer om å bli i Lofoten en stund, men den gangen var alle faste stillinger besatt. Svein beskriver det som en «ut på landet og tjen folket»-mentalitet. Da det åpnet seg en mulighet for jobb i Vest-Telemark, tok han med seg familien og flyttet tilbake til stedet hvor han hadde turnustjeneste. Der ble han værende som kommunelege i fram til 1993, da han begynte som helsesjef i hjemkommunen Sandefjord. På spørsmål fra *Utposten*

om han ikke savner pasientarbeidet, svarer Lie:

– Jeg jobber fremdeles for pasientene, selv om jeg nå jobber på systemnivå. Det har alltid vært viktig for meg å huske på at det jeg gjør skal være viktig for fru Hansen og hennes samlede helsetilbud. Fordi brukeren har én rettighet fra systemet, skulle aktørene optimalt opptrådt under samme tenkning. Slik er det ikke i Norge. Kommunnene har mye ansvar, med variabel oppmerksomhet på ledelse. Når det er sagt – det norske systemet fungerer bra, og vi gjør det godt i verdenssammenheng. Likevel tror jeg det ville vært en fordel for pasientene hvis tjenestene fra sykehuset og kommunen hang bedre sammen. De nye helsefellesskapene kan bidra til dette, men det krever god ledelse i alle ledd.

Svein presiserer etttertensomt: – Ledelse må skje på arbeidstakernes premisser. Fravær av ledelse gjør ofte at partene blir sårbare for overbelastning fordi ingen tar samlet ansvar. Den ukontrollerte økningen av oppgavevolumet i fastlegeordningen er et godt eksempel på dette – det er lettere å skyve ting over når ingen setter grenser. KS utredet ledelse av fastlegeordningen i 2016, og Legeforeningen gjorde sin egen utredning av det samme i 2017. Temaet ble tatt opp på den første Fastlegekonferansen, men det er ikke lett å se at dette er blitt fulgt opp av noen av partene. Kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven fra 2012 beskriver hvordan samarbeidet mellom helseforetak og kommuner skal fungere. Likevel er dette igjen tatt opp som et nødvendig punkt i ny helse- og sykehusplan, nesten ti år etter at loven ble vedtatt, påpeker den erfarne byråkraten oppgitt.

Slik treghet oppleves garantert ikke i de prosjektene Lie har hovedansvar for. Vi snakker om en mann som gladelig står opp i otta hver dag for å dra på jobb framfor å ta fatt på pensjonistlivet. Pendlingen mellom hjembyen og Helsedirektoratet tar omtrent to timer hver vei. Det betyr lange arbeidsdager, men 68-åringen har alltid jobbet mye og trives i grunnen godt med det. Kona hans har pensjonert seg fra jobben som sykepleier, men Svein vil helst holde på litt til: – En slik pandemi opplever man toppen én gang i livet – dette var ikke tiden for å pensjonere seg! Han ser litt brydd ut og lurar på om utsagnet kanskje kunne virke litt vel entusiastisk, og skynner seg å legge til at selv om pandemien har gitt ham innholdsrike dager, er det tragisk å se hvordan arbeidsplasser og sosialt liv påvirkes.

Fordi Lie valgte å bli i jobben da covid-19 gjorde sitt inntog i Norge, og fordi han som

fagdirektør plasseres der behovet er størst, ble han naturligvis satt til å gjøre det han kan aller best: Å samle folk fra ulike deler av helsetjenesten for å finne gode løsninger på det komplekse problemet koronasituasjonen jo er. Selv om viruset var nytt, var årelang kjennskap til både kommunehelsetjenesten og statsforvalterembetet til god hjelp for å finne veien videre.

Systemforståelse

Ryktet sier at den nåværende fagdirektøren var godt likt som fylkeslege i Vestfold. Han går også for å være en ikke helt typisk byråkrat. Selv mener han at dette ikke er et mål i seg selv – en byråkrat er jo språklig sett bare en som sitter ved et skrivebord.

– Jeg håper ikke at dette er et uttrykk for at jeg ikke er ryddig når jeg skal. Et samfunn trenger et byråkrati, slår den erfarne legen fast. – Alternativene er mer diktatur eller høyere grad av kaos. Helsedirektoratet domineres etter min mening ikke av folk som er veldig byråkratiske. Jeg vil heller karakterisere de fleste her som formålsorienterte, men formålene kan jo være litt forskjellige fra sak til sak. Å være en byråkrat er å være i stand til å tenke og handle innenfor den rammen som skal til for å få utført oppgaven, forklarer han.

Helsedirektoratet slik vi kjenner det i dag ble opprettet i 2008. Mellom 2002 og 2008 ble det kalt Sosial- og helsedirektoratet, og var underlagt både Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Helsedirektoratet var fagorganet i den norske sentrale helseforvaltningen fra 1945 til 1993, før det ble lagt ned og de fleste oppgavene ble videreført gjennom Statens helsetilsyn fram til 2002. Ifølge fagdirektøren ble det da mer og mer påtrengende at man skilte mellom tilsyn og andre funksjoner: – Etter tilsynslogikken kan man ikke være del av dem som beslutter hvordan ting skal bli, hvis man også skal ha rollen med å kontrollere om ting er som det skulle vært, forklarer Lie.

Gjennom en lang og variert karriere kan man se for seg at Svein Lie har støtt på en del vanskelige ting. Men koronasituasjonen troner ikke øverst på lista. Vi må tilbake til tiden som fylkeslege:

– Vi førte tilsyn med medisinsk avdeling ved sykehuset i Vestfold over en periode. Da vi kom tilbake for tredje gang og så at kvalitetssystemet ikke fungerte, på tross av at de ansatte gjorde det de skulle, valgte vi å gi avviket til direktøren og styret. Det ble huskestue og mye diskusjon i Helse sør-øst i noen måneder. Noen mente at det ikke var anledning til å gi et systemavvik

til den øverste ledelsen. Å flytte forståelsesgrenser er utfordrende. Siden er det blitt mer akseptert at slik både kan og bør en tenke.

Allerede som ung doktor i Vinje kommune engasjerte Lie seg i systemet omkring pasientene. Overfor fylkeslegen i Telemark påpekte han blant annet den sviktende logikken i at når alvorlig syke mennesker på Haukeli måtte dra den lange veien til sykehuset i Skien, ventet 170 km i en litt lang drosjebil ledsaget av en sjåfør helt uten medisinsk kunnskap.

– I dag har ikke du det slik, du kan overlate ansvaret for transporten til sertifiserte ambulansarbeidere. Det ville ikke skjedd dersom ingen krevde at systemet måtte bli tryggere for fru Hansen. Dagens kvalitetskrav ville vært i overkant den gangen, men jeg tenker at utvikling skjer når man har noe å strekke seg etter. Likevel er min erfaring at det kan lønne seg å være litt tålmodig når man vil endre noe. Som allmennlege, og spesielt som samfunnsmedisiner, må man skjønne seg på samfunnet man lever i. Man må være en deltaker i systemforståelsen, og passe på at det man kjemper for ikke er helt urimelig i forhold til resten av samfunnets behov, oppfordrer fagdirektøren.

Han ser på klokka. Togpendlere kan avgangstidene på rams. Aner jeg et snev av stress? Det sies at rutinerte pendlere har fast plass på perrongen, og at de tropper opp maks tre minutter før toget skal gå. Vi går med raske skritt i retning Vestfoldbanen – han skal hjem til avtalt tid, og *Utpostens* utsendte skal videre til Stavern i et møte. Svein vet nøyaktig hvor vi skal stå, men en liten forsinkelse gjør at han rekker å fortelle om en fortid som amatørskuespiller mens vi venter på å gå om bord:

– Som lege kan man bli for trygg i sitt mikromiljø, uansett hvor man jobber. Man kan risikere å bli litt fjern fra virkeligheten og den hverdagen en del andre i samfunnet opplever. Vi laget revyer på kommunen i Sandefjord, blant annet den første norske oppsetningen av *Den røde mølle*. Jeg ville utfordre meg selv til å finne utrygghet, og det fant jeg der.

Stor respekt

Vel inne i vogna fortsetter samtalen rundt dette med at folk er ulike, og at de fleste av oss helst søker trygghet. Dette gjelder nok også for yngre leger. Det ser ut til at mange unge heller velger en karriere i sykehus, med sikker inntekt og mye veiledning, enn å satse på egen praksis og et liv som fast-



– Kampen for noe som er veloverveid er bra, sier Svein Lie.

lege. Slik var det ikke på 80-tallet. Lie beskriver tiden i Vinje kommune som gullalderen i sitt faglige liv.

– Man måtte ta jobb der det fantes muligheter. Jeg tror datteren vår var 6 år før hun fikk feire bursdag på samme sted, forteller trebarnsfaren. – Da jeg begynte på Haukeli, var det tjue søkere på stillingen. Nå er situasjonen annerledes, og det gjelder hele landet. Det er litt rart, for det er jo flere leger. Sykeligheten i befolkningen har ikke økt, og det er noe som har tatt av den kapasiteten, og den har forskjellige forklaringsdeler. Det er mye å tenke over i evalueringsrapporten fra EY og Vista Analyse. Det ene er vilkårene for å jobbe – 80 prosent av de unge ville egentlig begynne på fastlønn, og så gå over til næringsdrift etterpå. Det andre er belastningen – partene har vært sykehusene og kommunene, men ingen har beskyttet legene mot arbeidsmengden. Det er en av ulempene ved å være næringsaktør, mener Svein Lie.

Rapporten viser imidlertid at de som jobber aller mest er de som jobber i de minste kommunene, og da gjerne på fastlønn. Denne logiske bristen påpekes fra *Utpostens* medarbeider, som plutselig skiftet hatt og ble fagforeningsmenneske. Mannen som i 2014 startet som divisjonsdirektør for primærhelsetjenester ser alvorlig på meg og spør: – Du tenker at det finnes ingen løsning? Det er jeg uenig i, for det finnes noen som får det til også. Jeg tenker at det er håp, men det krever at vi gjør de rette tingene.

Blant de tingene vi tror virker er ALIS-ordningene. Det overrasker meg at dette med fastlønn ikke er et sterkere krav fra den yngre delen av Legeforeningen – næringsdrift som hovedmodell stemmer jo ikke helt for de yngre.

Den erfarne byråkraten merket nok at denne diskusjonen berørte enkelte i togvognen på det personlige planet. Avvæpnende kommer det: – Kampen for noe som er veloverveid er bra. Er du frustrert, er det ofte uttrykk for at man tenker og at man opplever å befinne seg på avstand fra dit man vil. En slik frustrasjon skal man leve godt med, beroliger han – og legger til at han har stor respekt for alle fastleger.

– Dere holder ut og gjør en kjempejobb, roser Svein. – Tendensen til å bli værende er størst for de eldste og har sammenheng med sentralitet. Da må vi sette inn tiltak for å møte dette, blant annet gjennom nasjonale stimuleringsordninger. Det norske samfunnet er primærhelsetjenesteorientert sammenlignet med mange andre land. På grunn av et ønske om mer samhandling, ble det i 2018 bestemt at divisjonen jeg ledet skulle slås sammen med divisjonen som hadde ansvar for spesialisthelsetjenesten. Jeg tok initiativ til et fastlege-team i Helsedirektoratet for å kompensere litt for at mange divisjoner og avdelinger hadde en aksje i fastlegesaken. Det fungerer og fungerer til en viss grad ennå, men det er andre som holder i dette nå under covid-19.

Smittevern

Bekjempelsen av denne pandemien har mange fasetter. Det faglige grunnlaget for tiltakene har variert i styrke, og en del avgjørelser har høstet kritikk både fra dem som mener håndteringen er for hard og fra de som mener at myndighetene er for slappe. Man kan undres hvordan det er å stå midt oppi dette, både som fagperson og som byråkrat – finnes det noe handlingsrom?

Svein Lie tenker seg om før han svarer: – Det er slik at det er Stortinget og regjeringen som bestemmer alt her i landet, det er jo ikke noe unormalt i et samfunn. Hvis man ikke er en del av det, så er man ikke del av et demokratisk system. Jeg opplever ikke dette som et problem. Det hender man får noen utfordringer, for eksempel bestemte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) at vi skulle sette i gang med teststasjoner på grenseovergangene i høst. Vi gjør som vi blir fortalt, men hvordan skal vi vite at det er lurt? Da må man for eksempel legge opp til en evaluering, og bestemme hvilke kriterier vi skal vurdere etter.

Han ser på meg og smiler skjevt, før han fortsetter: – Så kom det jo et brev fra noen av dere kommuneoverleger om at dette ikke var noe lurt, og det kan vi også lure på, men det gjelder å være tidlig ute med å finne en mekanisme som kan bidra til å avklare det. Derfor bestemte vi oss for en tidlig evaluering – da får vi et svar til politikerne. Dette er et praktisk eksempel på hvordan man skal løse slike spørsmål og på den måten

hjelpe alle nivåene, både de rundt deg, de over og deg sjøl med å vurdere det du gjør.

Fagdirektøren forklarer videre at embetsverket i Norge er underlagt den rammen HOD setter, mens for eksempel Sverige har et annet system, uten politisk styring. Folkehelseinstituttet utreder kunnskapsgrunnlaget på mange områder, og har særlige oppgaver innenfor infeksjonsmedisin, epidemiologi og vaksinasjonstiltak. Helsedirektoratet forvalter kunnskapen og ser på hvordan den kan brukes i lys av lover og politikk, og sikrer at bruken er realistisk opp mot økonomisk virkelighet. Direktoratet tolker lovverk og skal følge med på utviklingen i tjenesten, også kalt lyttepostfunksjon.

Samfunnsengasjement

Svein Lie går for å være en mesterlig lytter. Han er også levende opptatt av å løse de problemene han får høre om. – Jeg har alltid vært interessert i helsefremmende arbeid. Som ung lege var det tilfredsstillende å bidra til annen aktivitet enn det man kunne gjøre med stetoskopet. I 1984 be-

gynte vi med noe vi kalte friskvern i Vinje kommune. Vi la til rette for trening flere steder i kommunen, og jeg var der én gang i uka. Vi dro land og strand rundt og snakket om det. I Sandefjord etablerte vi omkring år 2000 landets første kommunale lærings- og mestringssenter, forteller den samfunnsengasjerte legen stolt.

På spørsmål fra *Utposten* om hva han skal finne på den dagen han lykkes med å gå over i pensjonistenes rekke, humrer Svein:

– Tja, kanskje jeg skal sitte i Badeparken og skrive forargede leserinnlegg? Og så har jeg tenkt å ta opp igjen treskjæringen jeg så smått har syslet med siden jeg var i sykehusturnus på Rjukan, fortsetter han. – Vi fikk operere litt, og jeg tenkte på treskjæring som trening. Rjukan har sterke håndverkstradisjoner, og jeg følte jeg måtte lære meg noe praktisk. Det er moro å lage noe som ikke finnes fra før! Ifølge dem som kjenner fagdirektøren personlig har det vanket både kanapéskjeer og krumkakehenter i tre.



– Nei, den egentlige planen min, fortsetter Lie, er å bidra litt på pensjonistlønn inn mot ny nasjonal helse- og sykehusplan. Men først må vi jo få kontroll over denne pandemien. Han trekker frem en oversikt over alle små og store ledd i TISK-kjeden, og spør om min vurdering av den viktigste flaskehalsen. Han nikker interessert når jeg svarer at det nok er andre flaskehalser på bygda enn i byen.

Vi nærmer oss Sandefjord. Skjemaet med TISK-strategien blir sirlig brettet, her er det orden i papirene. Svein reiser seg og takker for praten på hedersmanns vis. Gleden er gjensidig – eksklusiv tid med en så travel og klok kollega verdsettes høyt. Toget ruller videre, og jeg må smile ved tanken på hvor lett han parerte min kritikk av myndighetenes mange krav til helsetjenesten – som noen ganger oppleves vanskelig gjennomførbare:

«Kravene vil alltid ligge foran virkeligheten – det er det som endrer virkeligheten.»

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.

Irregulære migranternes rett og tilgang til behandling i distriktpsikiatriske sentre: Helsepersonells vurderinger

■ JOHN FREDRIK ASKJER • LIS1 i Horten kommune

■ PER KRISTIAN HILDEN • Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

■ ANNE KVEIM LIE • Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Innledning

Irregulære eller papirløse migranter er mennesker som befinner seg i Norge uten lovlig opphold. Utlendingsdirektoratet (UDI) anslo i 2014 at gruppen den gang utgjorde mellom 18 000 og 56 000 personer (1). De fleste irregulære migranter er tidligere asylsøkere (2). Norsk organisasjon for flyktninger og asylsøkere (NOAS) vurderte i 2015 at opp mot 5000 papirløse er såkalt ureturnerbare og har vært i Norge i mer enn fem år (3). Irregulære migranter beskrives som en av de mest marginaliserte gruppene i Norge (4). De anslås å ha gjennomgående dårligere helse enn andre grupper i befolkningen, også enn andre migranter (5), og den største utfordringen er dårlig psykisk helse (6–9).

I 2011 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet «Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket» (omtales heretter som forskriften) (10). Forskriften er blitt kritisert av ulike fagforeninger og av FN for å være for streng, lite klinisk anvendelig og i strid med menneskerettighetene og helsepersonells fagetsiske retningslinjer (11–14). Det er tidligere vist at helsepersonell mener forskriften setter dem i en vanskelig posisjon i deres kliniske praksis (15).

Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo (Helsesenteret) og et lignende tilbud i Bergen trekker frem psykisk helse som en spesiell utfordring blant sine pasienter (16–25). Helsesenteret har erfart at nesten samtlige henvisninger derfra til DPS (distriktpsikiatrisk senter) har blitt avslått (21) og henvisere opplever dette som belas-

tende (26). I denne artikkelen ser vi nærmere på hvilke begrunnelser som ble gitt av vurderer i DPS, og hvordan vurderingene ble opplevd av dem som foretok dem.

Materiale og metode

Studien baserer seg på dokumentanalyse av henvisninger av pasienter til DPS med avslag, og semistrukturerte, kvalitative intervjuer med DPS-ansatte og en nøkkelinformant med juridisk kompetanse.

For å få innsyn i henvisninger til DPS og tilhørende avslag, kontaktet ansatte ved Helsesenteret 23 personer som hadde fått avslag på til sammen 31 henvisninger til DPS mellom 2009–2016 (22). Åtte personer samtykket til at vi kunne få se henvisningene sendt til DPS og de påfølgende avslagene (to pasienter sa nei, 13 svarte ikke). Tekstmaterialet består av 11 henvisninger og 13 svar på henvisninger.

Vi hadde store problemer med å få rekruttert ansatte på DPS til intervju. Etter en omfattende rekrutteringsprosess utførte førsteforfatter seks semistrukturerte intervjuer med helsearbeidere ved fire ulike DPS: to overleger, tre psykologspesialister og en spesialsykepleier. Alle var enhetsledere med faglig ansvar for inntaksarbeidet. Vi gjennomførte også et semistrukturert intervju med en jurist med omfattende sakkunnskap på feltet. Alle intervjuer ble tatt opp på lydopptaker og transkribert for analyse.

Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) konkluderte med at prosjektet lå utenfor Lov om

HOVEDBUDSKAP

- Henvisninger av irregulære migranter til DPS avslås ofte begrunnet i pasientens oppholdsstatus.
- Helsepersonell i DPS opplever det som utfordrende å vurdere irregulære migranternes helserettigheter.
- Helsepersonell bruker sitt skjønn i ulike normative kontekster: Faglige, juridiske, etiske og velferdsstatlige kontekster.
- Den juridiske konteksten for slike vurderinger er tvetydig.
- Helsepersonell har et handlingsrom i møte med irregulære migranter.

medisinsk og helsefaglig forskning. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Samtykke til innsyn i henvisninger og avslag ble innhentet fra aktuelle pasienter. Journalmaterialet ble aidentifisert, oppbevart og analysert i Helsesenterets lokaler.

Analytisk inngang

Helsepersonell som skal avgjøre hvorvidt en pasient skal få behandling eller ikke, må omsette vedtatt politikk om et offentlig knapphetsgode (helsehjelp) til praksis i den konkrete enkeltsituasjonen. Slik sett er de eksempel på det Michael Lipsky har kalt «byråkrater på gatenivå». Å implementere generell politikk på gatenivå innebærer blant annet å avgjøre hvorvidt enkelttilfellene faller innenfor de politisk

vedtatte, *generelle* kriteriene som regulerer tilgang til en tjeneste (som lover, regler og forordninger). «Gatebyråkratene» utfører dermed ikke bare politikernes oppdrag, de *skaper* politikken med måten de utfører sine oppdrag på (27).

Gatebyråkraters utøvelse av denne porterollen skal sikre rettferdighet og likebehandling, men innebærer nesten alltid et rom for skjønn. Profesjonelt eller faglig skjønn er «en uomgjengelig side ved en type praksis som anvender generell kunnskap (...) på enkelttilfeller» (28), blant annet fordi generell kunnskap og regelverk sjelden reduserer profesjonsutøverens handlingsalternativer til bare ett. Skjønnsutøvelsen kan kompliseres av at flere enn ett sett regler eller vurderinger (normativt rammeverk) kan være relevant for situasjonen man står overfor. Ulike normative rammeverk kan dessuten an vise motstridende eller gjensidig utelukkende handlingsmåter, noe som er typisk for etiske dilemmaer. Skjønnsutøvelsen vil da også bestå i å vurdere hvilket rammeverk som skal være førende.

Analysesprosessen bestod av at første forfatter leste tekstene og intervju materialet systematisk gjentatte ganger (29). Deretter samarbeidet forfatterne om en prosess som vekslet mellom lesning, åpen koding og fortolkning i lys av den analytiske inngangen (29, 30). Analysen identifiserte fire hovedtemaer i tilknytning til forsknings spørsmålet.

Resultater

Henvisningene bestod av utfyllende beskrivelser av pasientenes bakgrunn og aktuelle helsesituasjon, og i enkelte tilfeller var det vedlagt polikliniske notater eller epikriser. Henvisningene var signert frivillige psykologer, psykiatere og en allmennlege ved Helsesenteret. De vanligste diagnosene i henvisningene var *post-traumatic stress disorder* (PTSD), depressiv lidelse og angst. I tillegg ble det beskrevet dissosiative og psykosesuspekterte symptomer, samt suicidalitets- og voldsriskovurderinger. De fleste pasientene hadde hatt plager i flere år. En pasient hadde hatt flere akutt psykiatriske innleggelser, og noen ble medikamentelt behandlet for psykiske plager på henvisningstidspunktet. Samtlige henvisninger ble avslått i DPS. De skriftlige avslagene var svært korte tekster. Mange av pasientene hadde lange pasientforløp med mange ulike avslag.

Samtlige av deltakerne fra DPS hadde vurdert henvisninger der det forelå usikkerhet om pasientens oppholdsstatus. Ved

to av DPS-ene ble enkelte av henvisningene vurdert av én spesialist alene, mens de andre ble gjennomgått i tverrfaglige inn- taksteam. Alle deltakerne anså dette som en form for kvalitetssikring av vedtakene.

I analysen av resultatene fant vi at avslagene på henvisningene ble begrunnet gjennom hovedsakelig fire kategorier: Faglige vurderinger, helserettslige vurderinger, økonomiske vurderinger og etiske vurderinger.

Vurdering av rett til helsehjelp

Ingen av de 13 avslagene henviste til spesi- fikke rettskilder som regulerer irregulære migranternes helserettigheter. Samtidig var den mest brukte begrunnelsen i avslagene pasientens manglende helserettigheter. Seks av henvisningene ble avslått på dette grunnlaget, og i fem av tilfellene som eneste begrunnelse. Den vanligste formuleringen var at pasientene kun har «rett på øyeblikkelig hjelp». I intervjuene med DPS- ansatte kom det frem at de av deltagerne som kjente til den, opplevde forskriften som vanskelig å forstå, uklar og tvetydig. Flere av dem hadde ikke kjennskap til forskriften overhodet.

Faglige vurderinger

Alle deltakerne som vi intervjuet fra DPS, mente de faglige vurderingene var viktigst, men de faglige begrunnelser var svake eller fraværende i de skriftlige avslagene. Kun tre av de 13 avslagstekstene viste til en indivi- duell, medisinskfaglig vurdering av pasien- tens helsetilstand. I de resterende avslagene fremkom kun vurderinger av pasientens juridiske status eller sosiale forhold.

Irregulære migranter har i henhold til forskriften «rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten». Deltakerne fra DPS hadde ulike oppfatninger om hva dette innebar. De fleste la vekt på at det ble gjort en medi- skfaglig vurdering av henvisningen og annen relevant informasjon ved behov. En knyttet derimot individuell vurdering ikke til medisinskfaglig vurdering, men til oppholdsstatus:

«Når du tar opp en pasient på din skjerm i et journalsystem, leser navnet og ser hva pasientens formelle status i Norge er. Da er jo det en status som er knyttet til han som individ, dette gjelder for han. Det kaller jeg en indivi- duell vurdering».

To andre deltakere som arbeidet ved samme DPS fortalte at de hadde utstrakt brukt vurderingssamtaler. En av dem sa at det var «helt nødvendig i slike komplekse saker. Man får litt mer kjøtt på beina av å

snakke med folk selv». To andre sa derimot at de hadde sluttet med vurderingssamtaler på grunn av kapasitetsmangel og beskrev dette som belastende, fordi de gjerne skulle gjort grundigere vurderinger.

Papirløse migranter har utfordrende liv som i seg selv skaper psykisk uhelse. Delta- kerne fra DPS hadde ulike oppfatninger om hvor grensen mellom normalreaksjoner på utfordrende livshendelser og psy- kiske lidelser skulle gå. Enkelte mente at man ikke kunne diagnostisere psykiske li- delser hos irregulære migranter på grunn av deres ekstraordinære situasjon. Andre mente man måtte se plagene i et tidsperspektiv. Eksempelvis viste en deltager til at hvis plagene hadde vart mer enn seks må- neder, måtte man begynne å tenke at en normalreaksjon hadde «kjørt seg fast til en psykisk lidelse».

At pasienten ikke kunne nyttiggjøre seg behandlingen, ble brukt som begrunnelse i fire av avslagene i materialet. I tre av tilfellene var det den eneste begrunnelsen, i det fjerde var den kombinert med at pasi- enten ikke hadde rett til slik helsehjelp. En av disse var en pasient som i henvis- ningen ble beskrevet med «angst og de- presjonsplager og PTSD med nærpsyko- tiske opplevelser» i en «klart forverret» tilstand.

Samtlige deltakere fra DPS beskrev vur- deringen av forventet nytte som utfordren- de. En deltaker mente det var liten forven- tet nytte av alle former for behandling i DPS for disse pasientene, fordi de hadde så ustabil livssituasjon: «vi kan ikke snakke de friske fra å ha fått avslag på en asylsøk- nad. Det går ikke. Den rette behandlingen vil være å omgjøre vedtaket om utvis- ning». Andre så for seg at ulike former for samtalerapi og traumebehandling var aktuelt for pasienter i slike livssituasjoner, men at det ble for tid- og energikrevende. En av dem beskrev det som å «smøre på brannsalve mens hun fortsatt har hånda på kokeplaten».

I intervjuene med ansatte på DPS ble det klart at de opplevde selve det å formulere avslagsbrevene som en problematisk del av jobben. Når de ble spurt hva de mente om avslagstekster med kun en kort be- grunnelse, som vi så eksempler på i vårt materiale, som f.eks. «et av kriteriene fra prioriteringsveilederen er ikke oppfylt», og manglende tilbakemelding på henvi- sers bekymring om selvmordsrisiko, vur- derte en deltaker det som «slett arbeid som ikke møter våre standarder». Flere løftet frem at det mest sannsynlig lå flere faglige vurderinger til grunn for avslagene enn det som ble nedfelt skriftlig.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Økonomiske vurderinger

Inntaksteamet er pålagt å vurdere kostnads-effektivitet (Prioriteringsveilederen). Fire av avslagene bruker slike argumenter. Det står enten eksplisitt at «kriteriet om kostnadseffektivitet ikke er innfridd» eller at «pasientens behov bør ivaretas i førstelinjen».

Blant deltakerne fra DPS var det en generell oppfatning at irregulære migranternes behov for behandling utover øyeblikkelig hjelp burde håndteres i førstelinjen, fordi dette vil være det mest kostnadseffektive. En deltaker mente allikevel behandling med enkle former for psykoedukasjon i DPS burde vurderes.

Samtlige deltakere mente det ville kreve ekstra ressurser å behandle irregulære migranter. Et argument som ble trukket frem var manglende finansiering for denne gruppen pasienter, et annet økt tidsbruk:

«Du er inne i en enormt stor, kanskje etisk og fagetisk vanskelig situasjon, som inntaker, hvor du risikerer å belaste alle dine egne kollegaer med en rekke oppgaver, som de vil ha vanskelig med å gjennomføre.»

Flere av deltakerne i DPS beskrev at de følte seg tyngt av ansvaret de hadde for å forvalte samfunnets ressurser, spesielt når det kom i strid med ønsket om å hjelpe pasienten. En beskrev dette slik: «Du sitter jo og forvalter samfunnets ressurser... det er hjertereskjærende å skulle avvise den pasienten... Vi jobber i butikk.»

Etiske vurderinger

I de skriftlige avslagene som foreligger, fremkom det ingen eksplisitte etiske refleksjoner. Samtlige deltakere fra DPS la

imidlertid i intervjuene vekt på at yrkesetiske forhold ble særlig aktualisert i møte med disse pasientene.

Samtlige deltakere opplevde at de var i skvis mellom faglige, juridiske og etiske forhold i vurderingene av henvisningene. En av deltakerne var tydelig på at den eneste forsvarlige måten å utøve arbeidet sitt på var å vurdere alle pasienter uavhengig av oppholdsstatus: «Vi er først og fremst opptatt av helsen, ikke sant, det er jo det vi er trent til å vurdere og kunne, så det må jo komme først». To andre mente derimot at etikken var ivaretatt i lovverket: «når vi gjør som lovgiver sier, så gjør vi det etisk faglig riktige».

Flere av deltakerne trakk frem andre forhold som kan påvirke vurderingene, for eksempel politisk ståsted. En deltaker beskrev hvordan politisk uenighet kunne skape uro og konflikt i arbeidsmiljøet. En av de ansatte «ville gjort alt for å hindre at vedkommende (en papirløs pasient) skulle bli tatt eller sendt ut av landet», mens «andre i enheten mener dette er helt ureglementert, og at man bør kontakte politiet, slik at de blir sendt ut.»

Diskusjon

Resultatene fra denne studien viser kompleksiteten i situasjonen der helsepersonell i DPS vurderer henvisninger av pasienter som er irregulære migranter.

Helsearbeideren som skal vurdere henvisningen i DPS, står i det Grimen og Molander kaller en skjønnssituasjon med «blandede normative kontekster» (28): Ulike normsett påvirker skjønnsutøvelsen i denne typen

vurderinger og kan være motstridende. Den situasjonen vi her snakker om preges først og fremst av fire slike delvis overlappende normative kontekster: den faglige, den juridiske, portvokterkonteksten og den etiske konteksten.

Den faglige konteksten: Alt helsepersonell gjør skjer innenfor en faglig kontekst. De har den formelle kompetansen, et bredt spekter av kunnskap og ferdigheter, som myndighetene krever for å la noen arbeide med å implementere deres politikk på «gatenivå» (jf. Lipskys gatebyråkratiet), dvs. i møte med enkeltpasienter. En faglig vurdering som er særlig utfordrende, er skillet mellom normalreaksjoner og psykiske lidelser. Det kan være vanskelig å avgjøre hvilke reaksjoner som ikke er normale, når de psykiske påkjenninger ved den irregulære tilværelsen er så omfattende. Hvor stor uro er det normalt å kjenne når man lever som irregulær migrant uten rettigheter i et samfunn på ubestemt tid?

Vurderingen av forventet nytte av aktuell behandling er et eksempel på at helsearbeideren må ta sine beslutninger basert på mer enn enkle slutninger fra diagnose til behandling. I avslagene med begrunnelsen manglende forventet nytte av behandling på grunn av ustabile livssituasjoner, synliggjøres et interessant paradoks. En viktig opprettholdende faktor til pasientens plager eller lidelse, brukes som argument mot at pasienten skal få behandling. Mange av de irregulære migrantene oppholder seg i Norge i svært lang tid, og en stor andel av dem har ikke mulighet til å forlate landet (3). De vil sannsynligvis ha en permanent utfordrende livssituasjon. Betyr det at de



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ikke vil ha nytte av behandling? I merkna- den til «Prioriteringsveilederen» presise- res «forventet nytte» som hvorvidt det foreligger «god dokumentasjon» for at den aktuelle behandlingen kan bedre pasien- tens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet» (31). Vi har ikke funnet god dokumentasjon på at pasienter med psy- kiske lidelser og samtidig utfordrende livs- betingelser ikke har effekt av behandling.

Til tross for at alle deltakerne mente de faglige vurderingene var viktigst, var fagli- ge begrunnelser svake eller fraværende i de skriftlige avslagene. Det er ingen grunn til å tro at det ikke gjøres flere vurderinger enn det som dokumenteres, men det er problematisk at forvaltningslovens krav til begrunnelser for avslag ikke oppfylles.

Den juridiske konteksten: Våre resultater viser at deltagerne opplevde den juridiske normative rammen som kompleks, uklar og tvetydig, og at mange ikke hadde kjenn- skap til forskriften. Den åpner for «rett til nødvendig helsehjelp som ikke kan ven- te», men selv den ble i liten grad brukt. Det er vist i tidligere forskning at det er vanske- lig å avgjøre hva som ligger i denne formu- leringen, særlig hvis helsepersonell verken har snakket med eller undersøkt pasienten (15). Vår studie antyder det som Norsk psy- kologforening poengterte i sin høringsut- talelse, nemlig at forskriften ville resultere i at «majoriteten av personer med ulovlig opphold ikke vil kunne tilbys psykisk hel- sehjelp» (12). Det kan virke som om utfor- dringene ved det kompliserte lovverket lø- ses ved at det tolkes på strengeste måte.

Vår nøkkelinformant trakk frem at for-

skriften kommer i konflikt med loven for- skriften er hjemlet i, nemlig pasient- og bru- kerrettighetslovens krav i § 1-2. I tillegg er den direkte i konflikt med FNs internasio- nale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK-konvensjo- nen) artikkel 12 om retten til helse. Den sier at staten skal sikre finansiering av akutt og nødvendig helsehjelp til enhver som befinner seg på statens territorium, også personer som ikke har lovlig doku- mentasjon for sitt opphold (32, 33). Hvis forskriftens innhold er i strid med de andre rettskildene på feltet, begrenser dette dens nytte som verktøy. Dette gir rom for at de andre normative kontekstene, som for ek- sempel etiske regler for leger, kan få en mer fremtredende plass.

I resultatdelen refererte vi en deltaker som mente politiet bør kontaktes når man oppdager at en pasient ikke har oppholds- tillatelse. Det er bekymringsfullt hvis hel- sepersonell tror at taushetsplikten kan oppheves i møte med irregulære migran- ter, og at de oppfatter det som under sitt mandat å utøve innvandringsregulerende hensyn.

Portvokterrollen og velferdsstaten: Et fellestrekk ved de såkalte gatebyråkraters arbeidssituasjon er utilstrekkelig tilgang på tid og ressurser (27). Avslagene angir at de som satt og vurderte rettighet til be- handling ved DPS, anså det som det mest kostnadseffektive at pasientens behov ble ivaretatt i førstelinjen. Vi stiller oss da spørsmålet om helsepersonell i tilstrekke- lig grad er klar over at irregulære migran- ter ikke har rett til fastlege? Et avslag med

denne begrunnelsen betyr i praksis at pasi- enten ikke har noe tilbud, utover det pri- mærhelsetilbudet som eventuelt tilbys av frivillige organisasjoner. Helsesenter for papirløse finnes i dag bare i tre norske byer, og selv der er det et stort antall frivillige og liten grad av at kontinuerlig tilbud.

Den etiske kontekst: Helsepersonell mø- ter stadig situasjoner som utfordrer deres yrkesetiske retningslinjer, men den etiske kontekst blir spesielt aktuell i møte med pasienter som er særlig utsatt (34). Flere fagforeninger har kritisert forskriften for å være i strid med yrkesetiske retningslinjer. I Den Norske Legeforenings etiske regler for leger heter det at «en lege skal verne menneskets helse» og «bygge sin gjerning på grunnleggende menneskerettigheter» (35). I sitt hørings svar til forskriften skrev Legeforeningen blant annet at forskriften ville «gjøre det umulig for disse å få ade- kvat helsehjelp. Dette vil stride imot ak- septert legeetikk som sier at enhver skal få behandling uansett sosial status, posisjon, etnisk tilhørighet etc.» (11). World Medi- cal Association pålegger leger et ansvar for å jobbe for å gjenopprette pasienters helse- rettigheter i tilfeller der myndighetene iverksetter tiltak som reduserer dem (36).

Yrkesetiske retningslinjer for helseper- sonell bør prege alle deler av helsevesenet. For prinsippet om likebehandling er irre- gulære migranternes livssituasjon og man- glende tilgang på primærhelsetjeneste re- levant. Vi mener at den etiske konteksten bør få større innflytelse på henvisnings- vurderinger enn det vår studie tyder på at den gis i dag.

Svakheter ved studien

Førsteforfatter har personlig erfaring fra frivillig arbeid på Helsesenteret, og alle for- fatterne har på ulike måter vært engasjert i tematikken. Mengden henvisninger og an- tall deltakere er lite, og materialet gjør ikke krav på representativitet. Siden rekrutte- ring på DPS var svært vanskelig, kan de som deltok i studien være lite representa- tive ved at de har større interesse og er mer positivt innstilt til saksfeltet enn sine kol- leger i DPS for øvrig.

Konklusjon

Mange papirløse bærer på helsetraumer – fysiske så vel som psykiske – som krever tiltak.

Den norske velferdsstaten har vært fun- dert på et prinsipp om at statens skal sikre velferdsgoder til alle, særlig til de som fal-

ler utenfor. Mange papirløse bærer på traumer, både fysiske og psykiske. Det er vanskelig å forstå hvorfor akkurat disse pasientene skal få det aller dårligste tilbudet. I denne studien forsøkte vi å forstå hvorfor helsepersonell i praksis begrenser tilbudet til disse utsatte pasientene, til tross for at vi fra tidligere forskning vet at de finner dette utfordrende. En av ambisjonene med denne teksten er å gjøre det enklere for helsepersonell å navigere i dette vanskelige normative landskapet på måter som gjør dem i stand til å handle mer i tråd med sine faglige og etiske overbevisninger.

Som portvoktere må helsepersonell ta hensyn til den juridiske konteksten i skjønnsmessige vurderinger. Når det gjelder irregulære migranter er denne juridiske konteksten svært uklar. Etter vår mening bør derfor andre normative kontekster, som menneskerettighetene og etiske regler for psykologer og leger, samt det faglige hensynet til pasientens behov for helsehjelp gis større rom i helsepersonells vurderinger enn det som later til å være tilfellet i dag. En slik tolkning finner støtte både i pasient- og brukerrettighetsloven, forarbeidene til loven, i internasjonale menneskerettighetskonvensjoner, samt i legers etiske retningslinjer. Vårt håp er at denne studien kan være med å bevisstgjøre helsepersonell på de normative rammene leger opererer sitt skjønn innenfor, og å gjøre dem oppmerksomme på at de faktisk har et handlingsrom når det gjelder ivaretagelsen av irregulære migranter. Det er slitsomt og smertefullt å operere i et skjønnssrom som betinges av motstridende normative føringer. Det å være mer bevisst disse rammene kan forhåpentligvis gjøre en slik balansegang enklere. Slik kan også det moralske stresset som lett oppstår når man handler mot egen etisk og faglig overbevisning, minskes.

REFERANSER

- Sigmund Book Mohn DE, Øyvind Bugge Solheim og Kristine Torgersen. Et marginalt problem – Asylsøkere, ulovlig opphold og kriminalitet. Utlendingsdirektoratet; 2014.
- Zhang L-C. Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008.
- NOAS. Norges papirløse underklasse: NOAS; 26. 03.2015 [Available from: <http://www.noas.no/norges-papirløse-underklasse/>]
- Barstad A. Humanitære behov i Norge. Røde Kors; 2017.
- Myhrvold T. Illegale ved sin blotte eksistens: om papirløse migranternes helsestatus og behov for helsetjenester. En systematisk litteraturstudie. Nordic Journal of Nursing Research. 2010; 30(3): 38–43.
- Karl-Trummer U, Novak-Zezula S. Health Care in NOWHERE LAND improving services for undocumented migrants in the EU. Center for Health and Migration/DUK; 2010 [Available from: https://www.brighton.ac.uk/_pdf/research/health/nowhere-land.pdf]
- Gömde i Sverige. Utestängda från hälso- och sjukvård. Läkare Utan Gränser; 2006.
- Myhrvold T, Smastuen MC. The mental healthcare needs of undocumented migrants: an exploratory analysis of psychological distress and living conditions among undocumented migrants in Norway. J Clin Nurs. 2017; 26(5–6): 825–39.
- Aarseth S, Kongshavn T, Maartmann-Moe K, Hjortdahl P. Papirløse migranter og norske allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen. 2016; 136(10): 911–3.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. 16. desember 2011 nr. 1255.
- Den Norske Legeforening. Høring – endring av prioriteringsforskriften – Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet Oslo; 2011.
- Norsk Psykologforening. Høringsuttalelse vedrørende endring av prioriteringsforskriften: Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet. Oslo; 2011.
- Sykepleieforbund N. Høring – endring i prioriteringsforskriften – Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet. Norsk Sykepleieforbund; 2011.
- CESRC. Concluding observations on the fifth periodic report of Norway. E/C.12/NOR/CO/5; 2013.
- Karlsen M-A. Når helsevesenet blir en del av migrasjonskontrollen – Etiske og praktiske dilemmaer for helsepersonell. In: Bendixen SK, Jacobsen CM, Søvig KH, editors. Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssystemet. Oslo: Gyldendal Juridisk; 2015. p. 128–45.
- Helsesenteret for Papirløse Migranter. Årsmelding 2009. Oslo: Røde Kors og Kirkens Bymisjon; 2010.
- Helsesenteret for Papirløse Migranter. Årsmelding 2010. Oslo: Røde Kors og Kirkens Bymisjon; 2011.
- Helsesenteret for Papirløse Migranter. Årsmelding 2011. Oslo: Røde Kors og Kirkens Bymisjon; 2012.
- Helsesenteret for Papirløse Migranter. Årsrapport 2012 – om det skjulte helsebehovet. Oslo: Røde Kors og Kirkens Bymisjon; 2013.
- Helsesenteret for Papirløse Migranter. Årsrapport 2013 – om det skjulte helsebehovet. Oslo: Røde Kors og Kirkens Bymisjon; 2014.
- Helsesenteret for Papirløse Migranter. Årsrapport 2014 – om det skjulte helsebehovet. Oslo: Røde Kors og Kirkens Bymisjon; 2015.
- Helsesenteret for Papirløse Migranter. Årsrapport 2015 – om det skjulte helsebehovet. Oslo: Røde Kors og Kirkens Bymisjon; 2016.
- Helsesenteret for Papirløse Migranter. Årsrapport 2016 – det skjulte helsebehovet. Oslo: Røde Kors og Kirkens Bymisjon; 2017.
- Helsesenteret for Papirløse Migranter. Helsesenteret for papirløse migranter 2009–2014. 2015.
- Papirløse Ht. Årsmelding 2016. Bergen: Helsehjelp til papirløse.
- Whist B. «Det er håpløst, men vi gir oss ikke!»: Terapeuters erfaring med psykologisk arbeid med papirløse migranter. Oslo: Universitetet i Oslo; 2013.
- Lipsky M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. 30th anniversary expanded ed. ed. New York: Russell Sage Foundation; 2010.
- Grimen H, Molander A. Profesjon og skjønn. Oslo: Universitetsforl., cop. 2008; 2008. p. s. 179–96.
- Kvale S, Brinkmann S. Interviews : learning the craft of qualitative research interviewing. 2nd ed. Los Angeles, Calif: Sage; 2009.
- Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. BMJ. 2000; 320(7227): 114–6.
- Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.
- Søvig, Karl Harald. Tilgang til velferdstjenester for irregulære migranter etter det norske regelverket. I: Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet. Gyldendal Juridisk; 2015.
- Aasen, Henriette Sinding og Kjelleveid, Alice. «Ulovlig opphold» som grunnlag for å avskjære helse- og sosialhjelp? Tidsskrift for velferdssforskning no. 2, 2012.
- Melberg A, Onarheim KH, Diaz E, Miljeteig I. Møtet med den papirløse pasient – en etisk analyse. Utposten. 2016; 45(7): 12–5.
- Legeforening DN. Etiske regler for leger: Den norske legeforening; 2015 [Available from: <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitisk-utvalg/etikketiske-regler-for-leger/>]
- World Medical Association: Declaration of Lisbon on the rights of the patient (2017).

■ JFASKJER@GMAIL.NO

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Irregulære migranter er en marginalisert gruppe med gjennomgående dårlig psykisk og fysisk helse og begrenset tilgang til helsetjenester. Helsepersonell som jobber med gruppen har erfart at de aller fleste henvisninger til distriktpsykiatriske sentre (DPS) blir avvist. Formålet med studien var å se nærmere på hvilke begrunnelser som ble gitt for slike avslag og hvordan vurderingene ble opplevd av dem som foretok dem.

Materiale og metode

Dokumentanalyse av 13 skriftlige henvisninger av seks pasienter til DPS og semistrukturerte, kvalitative intervjuer med seks DPS-ansatte og én nøkkelinformant. Intervjuene ble analysert ved hjelp av åpen koding og deretter fortolket i henhold til et analytisk rammeverk.

Resultater

Ansatte på DPS opplever slike vurderinger som vanskelige. Avslagene ble begrunnet i vurderinger knyttet til faglige kriterier, forventet nytte av behandling, rett til helsehjelp, økonomi og ressurser og etiske kriterier.

Fortolkning

De som vurderer henvisningene utøver skjønn under innflytelse av ulike normative rammeverk som delvis står i konflikt med hverandre: Juridiske, faglige, etiske og velferdsstatlige.

Fra kolera til korona

■ **MAGNE NYLENNA** • Styreleder i Det norske medisinske selskap og redaktør av *Michael*

■ **ERLEND HEM** • Styremedlem i Det norske medisinske selskap og redaktør av *Michael*

Koleraepidemien i Christiania i 1853 var den største og viktigste koleraepidemien i Norge. Takket være et omfattende kildemateriale kunne legen Lizzie Knarberg Hansen tegne et nesten fullstendig bilde av denne epidemien i sin doktoravhandling i 1986. Avhandlingen er nylig republisert i tidsskriftet *Michael* som utgis av *Det norske medisinske Selskab*.

Koleraepidemiene på 1800-tallet la grunnlaget for et kollektivt samfunnsansvar for behandling og forebygging, og for den organisering av smittevernarbeid vi fortsatt har i Norge. Det er lett å trekke paralleller mellom forløp og håndtering av koleraepidemien og dagens koronapandemi.

Lizzie Knarberg Hansen (1929–1998)



Koronapandemien viser oss den store trusselen smittsomme sykdommer fortsatt utgjør. Pandemien har økt interessen for historiske epidemier, helt tilbake til svartedauden midt på 1300-tallet. Tidligere influensapandemier har fått spesiell oppmerksomhet, og spanskesyken i 1918–1919 er blitt sammenliknet med dagens situasjon. I norsk sammenheng er imidlertid koleraepidemiene på 1800-tallet viktigere. Det var håndteringen av disse epidemiene som la foringen for organiseringen av norsk smittevernarbeid helt fram til i dag (1).

Kolera i Norge

Det første koleratilfellet på norsk jord ble meldt i Drammen 17. september 1832, og var en del av det som kalles den andre kolerapandemi. I 1833 kom koleraen til hovedstaden. Norske helsemyndigheter og deres rådgivere hadde fulgt nøye med på epidemiene som bredte seg ute i verden, fra Asia mot Europa. Hygieneprofessor Frederik Holst (1791–1871) hadde alt fra 1820-årene vært opptatt av koleraepidemier. Han hadde samlet og gjort oppdatert litteratur tilgjengelig for legene, blant annet gjennom tidsskriftet *Eyr*, slik at man var faglig forberedt da koleraen kom til landet.

Kolera er en svært smittsom og farlig sykdom. Smitten skjer gjennom mat og vann, og pasientene utvikler en voldsom diaré som kan gi dehydrering og livstruende sjokk i løpet av få timer (FIGUR 1). Vi kjenner hele sju omfattende kolerapandemier.

Den siste startet i 1961, og pågår fortsatt. Sykdommen er derfor sørgelig aktuell. Rundt regnet får årlig tre til fem millioner mennesker kolera i verden og 100 000 dør.

I dag vet vi at sykdommen forårsakes av bakterien *Vibrio cholerae*, og at den kan behandles relativt enkelt, først og fremst med elektrolyttholdig væske. Ofte er det nødvendig med store mengder for å kompensere for det massive væsketapet. Det finnes endatil koleravaksine, og i 2017 ble det lansert en strategi for kolerakontroll med mål om å eliminere kolera i mange av landene der sykdommen fortsatt herjer (2).

På midten av 1800-tallet var det fortsatt uklart hvordan sykdommer kunne overføres mellom mennesker. Tre forhold eller mekanismer ble vurdert (3):

- **Konstitusjon:** enkeltmenneskers og geografiske områders motstandskraft
- **Miasmer:** forurenset, illeluktende luft som kunne forårsake overførbare sykdom
- **Contagier:** smittestoffer

Mange har hørt historiene om konflikter mellom contagionister og miasmatikere. Contagionistene mente at smittestoff ble overført mellom mennesker og gjorde stadig nye individer syke. Hvordan dette sykdomsstoffet var, visste man ikke. Miasmatikerne på sin side mente at miasmene var uspesifikke og oppsto i naturen, men kunne gi opphav til et sykdomsskapende stoff. Når flere syke var samlet, kunne disse danne illeluktende og forurenset luft, dvs. miasmer som utviklet sykdomsstoff, og da ble sykdommen overførbare til andre. En epidemi

var i gang. Det er viktig å merke seg at på midten av 1800-tallet var de ulike teoriene både godt og logisk begrunnet. Konstitusjonens betydning for folk og steder og som en sykdomsbefordrende faktor var lett å observere. Både miasmeteorien og contagioneteorien forutsatte et sykdomsstoff, men de var ulike i synet på hvordan dette spredte seg.

Diskusjonen om smitemåten sto særlig sterkt rundt koleraepidemiene, og hadde konsekvenser blant annet i det forebyggende arbeidet. Fra et contagionistisk synspunkt var karantene et rimelig virkemiddel, fordi mennesker var smittebærere. I Norge på 1800-tallet besto karantene i hovedsak i skipskarantene – dvs. skip måtte kontrolleres og lasten eventuelt undersøkes, mens mannskapet var isolert. Dette kunne være en stor hindring for trafikken. Fra et miasmatisk synspunkt var karantene ikke så rasjonelt for videre spredning av sykdom, fordi smittestoffet var bundet til den forurensete luften. Fortellingen pleier å slutte med at contagionistene vant: Da man oppdaget bakteriene i 1880-årene, kom det endelige beviset for at det var et levende smittestoff som var årsaken til mange av datidens viktigste sykdommer.

Konstitusjon, miasmer og contagier var ikke uavhengige av hverandre (3). Contagiene hadde en rolle også i miasmeteorien. Alt etter om man antok at miasmenes samspill med konstitusjonen var viktigst for å gi sykdom, eller at miasmene bidro til å spre et konkret smittestoff, fikk man kombinasjoner som den *miasmatisk-konstitusjon*



THE APPEARANCE AFTER DEATH OF A VICTIM TO THE INDIAN CHOLERA WHO DIED AT SUNDERLAND

FIGUR 1. Kolera gir pasientene en voldsom diaré som kan gi livstruende sjokk og død i løpet av noen timer. FOTO: WELLCOME COLLECTION. ATTRIBUTION 4.0 INTERNATIONAL (CC BY 4.0)

nelle oppfatning og den miasmatiske-kontagiøse oppfatningen (3). Historien er langt mer kompleks – og langt mer spennende – enn en enkel fortelling om dem som fikk rett og om dem som tok feil.

Det dramatiske forløpet av kolerasykdom økte interessen for årsakssammenhenger og behovet for mer kunnskap. Legene trengte fora for erfaringsutveksling og diskusjon. Et tidsskriftleseselskap i Christiania, stiftet i 1826, ble i 1833 formalisert som *Det norske medicinske Selskab* for å følge kolerasykdommen (4). Her møttes legene jevnlig for å utveksle opplysninger om koleraens utbredelse og sykdommens forløp.

Det norske medicinske Selskab og Michael

Det norske medicinske Selskab – eller med kortformen Medisinsk selskab – eksisterer fortsatt. Det er en vital 188-åring. Vi møtes vanligvis en onsdag i måneden for å diskutere medisinske og helsefaglige emner. Medlemskap er åpent for alle, og semesterprogram finnes på www.dnms.no. Fra 2004 har Medisinsk selskab også utgitt kvartals-tidsskriftet *Michael*, navngitt etter Michael Skjelderup (1769–1852), som var Norges første professor i medisin. Michael Skjelderup var sammen med Frederik Holst grunnlegger av *Eyr*, Norges første medisinske tidsskrift, i 1826.

Michael publiserer artikler om medisinsk historie og humaniora, samfunnsme-

disin og helsepolitikk. Innholdet er åpent tilgjengelig på nett (www.michaeljournal.no), og mye av det vil ha interesse for *Utpostens* lesere.

Selskapets julemøte i 2020 skulle være historisk. Vi skulle da lansere *Michael* nr. 4/2020, og for første gang skulle vi møtes i det nyombygde Legenes hus på Christiania Torv i Oslo som for framtiden skal bli vårt faste «hjem». Pandemien og smittevernrestriksjonene gjorde et vanlig møte umulig, men kvelden ble likevel historisk. Det ble nemlig Selskapets første heldigitale arrangement. Omtrent 150 deltakere fikk via strømming ta del i lanseringen av et spesialnummer av *Michael* som omhandlet nettopp kolera på 1800-tallet. Vi håper at flere av våre møter heretter kan bli strømmet, slik at man kan få dem med seg uavhengig av hvor i landet man bor. På den måten kan Medisinsk selskab få virkeliggjort målet om å være tilgjengelig for hele Norge, slik navnet tilsier.

Avhandlingen *Koleraen i Christiania i 1853* ble forsvart for den medisinske doktorgrad i 1986 av Lizzie Irene Knarberg Hansen (1929–1998). Avhandlingen er høyrelevant for dagens situasjon, men er lite kjent. Den ble skrevet på norsk som en monografi og har vært vanskelig tilgjengelig. Avhandlingen gir en grundig og detaljert oversikt over både forløp og håndtering av koleraepidemien, og gjør det mulig å sammenlikne med tilsvarende forløp og håndtering av dagens koronapandemi. Økonomisk støtte fra Knarberg Hansens familie og Stiftelsen Fritt Ord gjør



FIGUR 2. Originalutgaven av avhandlingen «Koleraen i Christiania i 1853» ble republisert i nr. 4/2020 av kvartalstidsskriftet *Michael*.

de det mulig å republisere originalutgaven av denne avhandlingen i *Michael* med innledende kommentarer fra Øivind Larsen, Morten Rostrup og Preben Aavitsland (5) (FIGUR 2).

Koleraepidemien i Christiania i 1853

Koleraepidemien i Christiania i 1853 er den største vi har hatt i Norge, og oppsto på

en tid da spredningsmåte og smittsomhet fortsatt var uavklart.

Fredag 22. juli 1853 ble en matros fra postdampskipet *Nordkap* som kom fra Helsingør, innlagt med diaré på Rikshospitalet. Han ble utskrevet etter få dager, men tre dager senere ble en 57-årig kvinne, som var operert for katarakt, syk av kolera og døde neste dag. Tre uker senere hadde 27 tilfeller oppstått, og 15. august ble koleraepidemien i Christiania offisielt erklært.

Byområdet Christiania og Ager hadde da ca. 49 000 innbyggere. Et forsiktig anslag viste at en tredel av befolkningen, ca. 16 000, ble smittet med kolera. De fleste fikk kun lettere sykdom, men også asymptomatiske personer kunne spre smitte. Det er grunn til å tro at det var store mørketall med mange smittede og lettere syke i en tid da diarésykdommer forekom hele tiden. Blant dem som var alvorlig syke, var letaliteten rundt 65 prosent.

Epidemien varte i vel tre måneder, fra august til slutten av november 1853. En av de første som døde, var justisminister Søren Anton Wilhelm Sørensen (1793–1853). Ifølge offisielle tall tok sykdommen 1597 liv. Knarberg Hansens avhandling viser at antall døde trolig var høyere, 1728. Det gir en letalitet i befolkningen på ca. 11 prosent. Hadde noe tilsvarende rammet Oslo med ca. 700 000 innbyggere i dag, ville tilsvarende smittetall og letalitet ha gitt omtrent 24 000 dødsfall!

Det viste seg at sykdommen i hovedsak var vannbåren. Den spredte seg fra pasienter innlagt i Rikshospitalet, via privetene der, ut i byens dårlige drikkevannssystem, og gjennom personer som hadde vært i kontakt med Rikshospitalet. Høyere aldersgrupper var særlig utsatt.

Avhandlingen

Fra ca. 1970 åpnet det seg nye forskningsmuligheter for kvantitative studier i medisinsk historie. Datateknologi kunne nå tas i bruk, og Lizzie Knarberg Hansens avhandling er et godt eksempel. Ved hjelp av nye metoder kunne større historiske kilde-materialer bearbeides grundig og effektivt på samme måte som innen epidemiologi. Sykejournaler fra Rikshospitalet, fra de provisoriske koleralasarettene og annet arkivmateriale er bevart. Det gjorde at Knarberg Hansen kunne tegne et bilde av epidemien som er unikt på grunn av materialets fullstendighet. Hun kunne følge hvordan smitten spredte seg, se hvordan behandlingen virket og hvordan sosiale forhold hadde innflytelse.

Knarberg Hansens arbeid kan ses i lys av

en type historisk forskning som vokste fram på denne tiden. Historie nedenfra – *history from below* – og mikrohistorie fikk vind i seilene. Grovt forenklet kan man si at historien tidligere hadde handlet mye om politiske forhold og andre hendelser der kildetilfanget var godt. Nå ønsket man i større grad å rette søkelyset mot vanlige folk og historien til forsømte grupper.

Avhandlingen har en bred tilnærming. Den viser hvordan et samfunn håndterte en epidemi og la kunnskapsbaserte foringer som også viste seg å fungere for forebygging for fremtiden.

At smittevern og næringsinteresser kolliderer, var velkjent også på 1800-tallet. Kontagionistenes forslag om å innskrenke dampskipsanløpene for å redusere smittefaren, møtte sterk motstand. «Et sentralt tema var at all fremgang besto i å bryte ned det som stengte, å åpne muligheter for utveksling og utjevning», skriver Knarberg Hansen. Avhandlingen gir oss bedre forståelse av konflikten i Ibsens *En folkefiende* (1882).

Situasjonen i Norge hadde paralleller i mange andre land. I 1850-årene var forurensette drikkevannskilder en vanlig årsak til epidemier av kolera og tyfoidfeber, og i 1854 oppsto et av de mest kjente kolerautbruddene. I bydelen Soho i London døde over 500 mennesker. Legen John Snow (1813–1858) kunne påvise at de fleste syke var blitt smittet fra én og samme vannkilde som var infisert av kolerabakterier. Epidemien ble stoppet ved å fjerne håndtaket på pumpen i Broad Street.

Fra kolera til korona

Det er blitt sagt at ingen sykdom har hatt så stor betydning for helsevesenets utvikling som koleraen. Den representerte et gjennombrudd for en ny type tenkning om samfunnets kollektive ansvar for sykdomsbehandling og sykdomsforebygging. Epidemien inntraff på et tidspunkt da sterke næringsliberale krefter gjorde seg gjeldende, noe som trolig påvirket hvilke tiltak som ble iverksatt. Noen leger så det som sin samfunnsplikt å motarbeide karantener, som forårsaket arbeidsløshet, manglende mattilførsel, dyrtid og sult. Et ønske om å unngå å skremme folk bidro også til å legge mindre vekt på smittefaren. Vi gjenkjenner dagens problemstillinger.

Epidemien ble avgjørende for utformingen av Sundhedsloven i 1860. Loven, som ble stående i nesten 125 år fram til 1984, la ansvaret for håndteringen av smittsomme sykdommer til den enkelte kommune gjennom kommunale sunnhetskommisjoner med distriktslegen som faglig ansvar-

lig. Måten sunnhetsloven ble utformet på, gjenspeiler en gjennomtenkt epidemiologisk tankegang med basis i praktiske erfaringer. Sunnhetsloven ga blant annet vide fullmakter til lokale sunnhetskommisjoner for at disse skulle kunne bekjempe epidemier på lokalt nivå. Bortsett fra en mindre epidemi i Bergen i 1873, var koleraen nå bekjempet i Norge.

Preben Aavitsland trekker paralleller mellom koleraepidemien i 1853 og aids-epidemien på 1980-tallet. Han viser hvordan begge disse epidemiene har preget lovgivingen og organiseringen av smittevern og epidemibekjempelse i Norge (6). Debatten om de epidemiske sykdommenes natur har etterlatt seg et skille mellom smittevern og miljørettet helsevern. Smittevernloven av 1995 og folkehelseloven av 2012 avspeiler dette skillet. Smitteverntiltak som benyttes ved koronapandemien er dels de samme som kunne iverksettes med hjemmel i Sunnhetsloven av 1860.

Spenningen mellom individuell frihet og samfunnets behov for beskyttelse er selve begrunnelsen for lovreguleringen av smittevernet. På samme måte som i 1853, skaper forholdet mellom lokal og sentral styring utfordringer. Det samme gjelder maktfordelingen mellom fag, forvaltning og politikk. Vi ser representanter for de ulike gruppene hver gang det holdes pressekonferanser om tiltakene mot covid-19.

Aavitsland trekker linjene fra kolera til korona og peker på veien videre:

«Vi kan allerede se konturene av endringene som koronaepidemien fra 2020 vil medføre for det norske smittevernet. Kommunelegen har igjen blitt sentral, det kommunale selvstyret er styrket, smittevernfanget er blitt viktigere, og politikerne har markert at de har ansvaret og makta i smittevernet, og at de er villig til å gå langt for å stoppe en epidemi, om nødvendig på bekostning av individet og virksomhetens frihet» (6).

■ MAGNE.NYLENNA@FHI.NO

Takk til professor Øivind Larsen for nyttige kommentarer til manuskriptet.

REFERANSER

1. Hem E, Nylenna M. Hva kan forskning om 1800-tallsepidemier lære oss i dag? Michael 2020; 17: 615–20.
2. Rostrop M. Kolera – fortsatt en aktuell sykdom. Michael 2020; 17: 640–8.
3. Larsen Ø. Koleraen i Norge i 1853 og historien om den. Michael 2020; 17: 621–39.
4. Larsen Ø. Det norske medisinske Selskab – aktør og arena. Michael 2019; 16: 351–425.
5. Hansen LK. Koleraen i Christiania i 1853. Michael 2020; 17: 660–911.
6. Aavitsland P. Fra kolera til korona: det norske smittevernet mellom motstridende interesser. Michael 2020; 17: 648–59.

Vi gir oss aldri!

■ MARIT HERMANSEN • President i Legeforeningen

Høsten 2020 tok vi første del av kampen for levelig arbeidstid for leger i primærhelsetjenesten. Det er fantastisk å se kraften og fellesskapet Legeforeningen mobiliserer.

Et nytt år er i gang. I bagasjen har vi med oss erfaringer og minner fra 2020, året som ikke ble slik vi hadde tenkt. Et år preget av covid-19, smitteverntiltak og sosial distansering. Men, 2020 ble også et år hvor vi sammen satte arbeidsbetingelser for leger i primærhelsetjenesten på dagsorden. Legeforeningen har over tid jobbet målrettet for at arbeidsbelastningen for leger i primærhelsetjenesten reduseres. Tidsbruksundersøkelsen fra 2018 viste at gjennomsnittlig arbeidstid for fastleger er på 55,6 timer i uken. For fastleger som går legevakt i distrikt er arbeidsbelastningen enda høyere. For mange mer enn 100 timer legevakt i uken, i tillegg til jobben som fastlege. Den ubegrensede plikten til å delta i legevaktarbeidet kan ikke fortsette. Vårt ønske er enkelt: å finne løsninger som vil gi våre medlemmer en levelig arbeidshverdag.

Det siste halvåret har også med all mulig tydelighet vist oss at det er behov for både en beredskapsordning for kommuneoverlegene, men også en styrking av stillingene. Kommuneoverlegene har blitt våre nye lokale og nasjonale medisinske kjendiser. De har løst oppgavene på en imponerende måte, til tross for at forholdene på ingen måte er lagt til rette i kommunene. Dette var også en viktig del av forhandlingene om særavtalen.

KS og Legeforeningen ble ikke enige om nødvendige endringer i avtalene i høst, verken gjennom forhandlinger eller med riksmeklers hjelp. Fra mandag 26. oktober gikk derfor 23 leger ut i streik i fem norske byer. En uke senere ble streiken avsluttet med tvungen lønnsnemnd, etter varsel fra Legeforeningen om opptrapping av streiken med 12 nye leger fra 1. november. Streiken viste tydelig hvor sårbare legetjenestene i norske distriktskommuner er, når kun 35 streikende leger førte til inngripen fra staten.

Nå venter vi på videre behandling av saken i rikslønnsnemnda 10. og 11. mars, hvor nemnda skal avgjøre hva som skal virke som tariffavtale den kommende perioden.

Legeforeningen mener at rikslønnsnemnda ikke kan videreføre dagens unntak fra arbeidsmiljøloven mot vår vilje. Det er kun Legeforeningen som fagforening som har mulighet til å gjøre det. Og med den situasjonen vi ser i de små kommunene i dag, vurderes unntakene som uforsvarlige.

Mens vi venter på neste fase av denne viktige kampen, ønsker jeg å benytte muligheten til å se tilbake på høsten, og takke for all innsats og støtte dere alle bidro med for å skape blest om denne viktige saken.

I løpet av streiken så vi markeringer og stands, innlegg og kronikker, streikekafé og en enorm aktivitet på sosiale medier. Deres engasjement bidro til løfte frem kolleger som står i en krevende arbeidshverdag. Sammen tok vi første steg for å skape de nødvendige endringene som må på plass.

Det er fantastisk for meg som president å se kraften og fellesskapet Legeforeningen mobiliserer – når situasjonen krever det. Takket være deres innsats har vi også hele veien hatt enorm støtte i befolkningen, både for saken vår og for vårt krav. Denne støtten tar vi med oss når saken snart skal gå for Rikslønnsnemnda.

Og bare for å slå det fast, og for å gjenta vår parole fra sykehusstreiken i 2016: Vi gir oss aldri!



Hva kan aksepteres fra leder i Rådet for legeetikk

■ SVEIN AARSETH • Spesialist i allmennmedisin og i arbeidsmedisin, fastlege og leder i Rådet for legeetikk

Tillitsvalgte må tåle kritikk – også lederen i Rådet for legeetikk, men å bli beskyldt for å opptre uetisk som leder er ikke daglig kost. Rådet for legeetikk ønsker å utfordre medlemmene til etisk refleksjon. Det bidrar til at den enkelte lege og legene generelt har tillit. Markedsføring av private legetjenester utfordrer. Rådet arbeider nå med å revidere etiske regler for leger, slik at de blir mer dekkende for moderne markedsføring.

Jeg overtok som leder for Rådet for legeetikk i 2014. Rådet for legeetikk er valgt av Legeforeningens landsstyre for en fireårsperiode, og har et reglementet som gir føringer for valg av rådet, rådets oppgaver, arbeidsmåte og hvordan rådet kan reagere. Reglementet avklarer også medlemmenes plikter:

«Rådet for legeetikk er Den norske legeforenings sakkyndige organ i legeetiske spørsmål. Rådets avgjørelser er bindende for medlemmene av Legeforeningen, og kan ikke overprøves av de øvrige organer. Medlemmer av Legeforeningen har plikt til å gi forklaring for Rådet for legeetikk (1).

Legeforeningen har i sitt prinsippprogram: «Etikk i alt vi gjør.» Rådet har i de periodene jeg har vært leder, forsøkt å leve opp til dette ved å være synlig og tydelig innad i legeforeningen og utad mot offentligheten. Noen ganger, som da jeg skrev om leger og sosiale media, høster vi storm, også i *Utposten* (2, 3). Slike diskusjoner er nyttige – de bidrar til at vi tenker gjennom våre handlinger.

Etiske regler for leger (4) har et eget kapittel om markedsføring, Kap III. Fra omkring 2015 har det vært et stadig økende tilbud av private allmennlegetjenester – og de er selvfølgelig avhengig av å markedsføre seg for å få solgt sine tjenester. Før dette var det særlig markedsføring av estetisk medisin som ble klaget inn. Disse nye tjenestene er forskjellige og tilbyr legekontakt i et spenn fra chatfunksjon, via videokonsultasjon til frammøte og hjemme-

besøk. Det nyeste tilbudet er algoritmebaserte legetjenester som Nettlegevakten.no, maja.no og hanshelse.no. Markedsføring skjer i trykte media, på internett, i sosiale media og ved bruk av såkalte influensere. I tillegg har flere av disse klinikkene samarbeidsavtaler med forsikringsselskaper og inngår som en del av forsikringstilbudet. De markedsfører seg med at de utfører det samme som fastlegen og legevakten, som DrDropin og Hjemmelegene, og at de er enkle å bruke i en travel hverdag. De skryter av tilgjengelighet og enkelhet i bruk. Her har fastlegene hengt etter.

Forbrukerrådet testet i 2017 fastlegenes tilgjengelighet (5). De har også vurdert behandlingsforsikring – der online lege er et av kriteriene (6). Vi i Rådet for legeetikk ser det ikke som vår oppgave å forsvare fastlegene, det må fastlegene gjøre selv. Jeg har forståelse for at disse nye tjenestene til dels provoserer fastlegene. For Rådet for legeetikk har disse tjenestenes markedsføring vært utfordrende. Vi er avhengige av inn-

spill fra andre for å kunne gripe fatt i saken, men ønsker innspillene via andre kanaler enn Facebookgruppene «Allmennlegeinitiativet» og «Leger i Norge». Under etikk på legeforeningens sider finnes en knapp for «Sende inn klage».

Vanlige utfordringer er at det ikke er oppført hvem som er medisinsk ansvarlig lege. Kap III §1 har uttømmende bestemmelser om hva markedsføring kan inneholde. I 2019 og 2020 har DrDropin hatt markedsføringskampanjer som mange medlemmer har reagert på. I 2019 var det Cashpoints. Vi ba firmaet ved medisinsk ansvarlig lege om å stoppe markedsføringen, uten at det ble gjort i første omgang (7, 8). I 2020 har firmaet markedsført seg i et samarbeid med DnB, der cytologi ble tilbudt gratis til bankens programkunder (9–11). Rådet mottok klager på markedsføringen, og siden dette var en tidsbegrenset kampanje, valgte jeg å omtale den i *Dagens Næringsliv*. I motsvar beskylder medisinsk ansvarlig i DrDropin meg for å

«... diskusjoner er nyttige – de bidrar til at vi tenker gjennom våre handlinger

i offentlig debatt?

opptre uetisk. Dette svarte jeg på i *Dagens Næringsliv*. Det er underlig å skulle bli beskyldt for å opptre uetisk i offentlig debatt av et innklaget medlem, det er fristende å hevde at her går man etter mannen og ikke ballen. Trond Markestad, mangeårig leder i Rådet for legeetikk, har skrevet i en nylig utgitt bok om helsefaglig etikk, at rådet av prinsipp ikke har gitt kritikk for uttalelser i media dersom klager selv har kunnet svare på beskyldningene gjennom media, slik som her (12). Uavhengig av diskusjonen i media har Rådet vedtatt å ta klagen på Dr-Dropin til behandling.

Rådet for legeetikk ble opprettet i 1961,

og i prinsippet er etiske regler uendret fra da, selv om de har gjennomgått revisjoner, især på 80- og 90-tallet. Vi har erfart at kappittelet om markedsføring bør fornyes i takt med endrede markedsføringsmetoder, og det har vi nå gått i gang med. Prosessen er nærmere beskrevet i faktaramme 2. Rådet ønsker å tydeliggjøre medisinsk ansvarlig leges plikter, oppdatere tittelbruk, blant annet når det gjelder allmennlege og spesialiteten allmennmedisin. Vi ønsker at det ikke skal tillates rabatter, gratiskonsultasjoner og markedsføring sammen med andre tjenester. Vi håper dette vil resultere i markedsføring som følger etiske regler.

REFERANSER

1. Reglement for Rådet for legeetikk: <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/reglement-for-radet-for-legeetikk/> (03.04. 2019).
2. Aarseth S. Leger og sosiale medier. Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række 2019; 139.
3. – Værsågod nestel: <https://www.utposten.no/i/2019/8/m-264-8>.
4. Etiske regler for leger: <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/> (januar 16. 2020).
5. Test av fastlegekontor: – Frakoplede og utilgjengelige: <https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/test-av-fastlegekontor> (des. 27 2020).
6. Evaluering av behandlingforsikring: <https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/test-av-fastlegekontor> (des. 27. 2020).
7. Dr. Dropin gir Norwegian-poeng for legebesøk – får refs fra Rådet for legeetikk: <https://www.dn.no/markedsforing/leger/dr-dropin/dr-dropin-gir-norwegian-poeng-for-legebesok-far-refs-fra-radet-for-legeetikk/2-1-628866> (des. 27. 2020).
8. Årsberetning for Rådet for legeetikk for perioden 1.1. 2019 – 31.12. 2019: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/dd412e8e185c4931877f28e0a86c3285/arsberetning-2019.pdf> (des 27. 2020).
9. DNB og Dr. Dropins celleprøver for kvinner: <https://www.dn.no/innlegg/helse/bank/markedsforing/innlegg-dnb-og-dr-dropins-celleprøver-for-kvinner/2-1-905965?fbclid=IwAR3NSHBGxIjQzIn4-4vftWob9KN1KyyGpLFIhOhQneXDwdbN9OReSSSwU> (jan. 4. 2021).
10. Usaklig om Dr. Dropin: <https://www.dn.no/innlegg/usaklig-om-dr-dropin/2-1-908443>
11. Dr. Dropin og betydningen av fragmenterte legetjenester: <https://www.dn.no/innlegg/dr-dropin-og-betydningen-av-fragmenterte-legetjenester/2-1-908914> (jan. 4. 2021).
12. T. M. Helsefaglig yrkesetikk i daglig klinisk praksis. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.

■ SVEIN.AARSETH@LEGEFORENINGEN.NO

FAKTARAMME 1

HVA BETYR ETISKE REGLER FOR DET ENKELTE MEDLEM?

- Etikk i alt vi gjør, sier legeforeningen.
- Etiske regler for leger forplikter medlemmene.
- Rådets avgjørelser er bindende for medlemmene av Legeforeningen, og kan ikke overprøves av legeforeningens øvrige organer.
- Rådet behandler klager på leger etter etiske regler for leger.
- Medlemmer av Legeforeningen har plikt til å gi forklaring for Rådet for legeetikk. Dersom slik forklaring ikke er mottatt innen angitt frist, kan saken avgjøres basert på den informasjon som foreligger.
- Vedtak om brudd på etiske regler for leger kap. III (Markedsføring) er som hovedregel ikke unntatt offentlighet, med unntak av personsensitive og taushetsbelagte opplysninger.
- Rådet for legeetikk kan:
 - gi kritikk til leger for brudd på etiske regler for leger.
 - gi pålegg om at kritikkverdige forhold rettes/bringes til opphør.
- Ved særlig grove eller gjentatte brudd på etiske regler for leger, kan Rådet sende saken til sentralstyret med anbefaling om eksklusjon fra Den norske legeforening.
- Rådet kan formidle saker til annet relevant organ, med unntak av taushetsbelagte opplysninger.

FAKTARAMME 2

SLIK ENDRES ETISKE REGLER FOR LEGER OG REGLEMENT FOR RÅDET FOR LEGEETIKK

Reglementet § 13:

- Etiske regler for leger og Reglement for Rådet for legeetikk vedtas av Den norske legeforenings landsstyre. Rådet for legeetikk kan fremme forslag til landsstyret om endringer i regelverket og skal være en av høringsinstansene når forslag er fremmet av andre.
- Rådet har presentert endringsforslag for sentralstyret og kommer nå med et revidert forslag etter diskusjon med sentralstyret.
- Sentralstyret sender forslaget på høring, og fremmer så et forslag for Landsstyret på bakgrunn av høringsrunden. Endringer vedtas av landsstyret med alminnelig flertall.

Sakene som ikke havner hos fylkeslegen

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Fastlege, rådgivende lege og universitetslektor

Medisinske feil og mangelfulle vurderinger gjøres hver dag. Økende kompleksitet, større bevissthet hos pasienter og stadig flere behandlingsmuligheter, bidrar til økt potensial for feil og klager. Det er de spektakulære sakene som havner hos tilsynsmyndighetene og i media: Oversette hjerteinfarkt, forsinket diagnose ved kreft, operasjoner utført på feil ekstremitet. Her er det opplagt at pasienten er misfornøyd og kan fremme en klage. Slike saker er sjeldne sett opp mot omfanget av kontakter i helsevesenet. Tross betydningene for dem det rammer, det er ikke her slaget om folkehelsen står. Feil som gir tap av helse, skjuler seg også i saker hvor pasienten er fornøyd med legen. Dette kan godt være mer vanlig og ha større betydning for folkehelsen.

Jeg vil søke å belyse dette med noen enkle, hverdagslige kasuistikker, som jeg så vil drøfte. Alle kasuistikkene er basert på reelle opplevelser, men biografiske data er betydelig endret, slik at pasientene ikke kan gjenkjennes.

KASUISTIKK 1

Karl er 82 år og kommer til kontroll hos vikarlege for bruk av testosterontilskudd. Han er en aktiv mann som fortsatt går på ski og sykler. For to år siden ble det tross normale blodverdier, startet tilskudd av testosteron. Pasienten ba selv om dette fordi han opplevde tap av muskelmasse, og at han ikke hadde samme fart i motbakker som resten av jaktlaget. Han opplevde subjektiv bedring og var svært fornøyd. Nå er effekten avtagende, og han ønsker å øke dosen testosteron. Vikarlegen opplever ham som uvanlig vital for alderen, kvikk i ganglaget, slank og muskuløs. Det kommer fram at resten av jaktlaget er minst 20 år yngre enn ham. Vikarlegen fremholder at han har svært god helse for alderen, og at det er naturlig med et tap av fysisk kapasitet. Vikarlegen ønsker ikke å øke dosen testosteron. Karl er fornøyd med legen som ga testosteron og oppgitt over at vikaren ikke vil øke dosen.

KASUISTIKK 2

Berit er 44 år gammel og har vært ute av arbeid i to år på grunn av fibromyalgi. Hun har lav funksjon også i hverdagen. Hun har vært utprøvd i arbeid av NAV, og tiltaksarrangør finner at hun ikke har noen arbeidsevne. Det søkes om uføretrygd, og fastlegen skri-

ver erklæring. Rådgivende lege i NAV påpeker at det ikke er gitt noen annen behandling enn antidepressiver, vurderer henne «ikke hensiktsmessig forsøkt behandlet» og anbefaler tverrfaglig rehabilitering med spesiell vekt på langvarig fysisk trening. Berit blir svært frustrert når hun får høre dette og opplever frykt og uro for fremtiden. Hun får dårligere søvn og økt smertenivå. Hun opplever støtte hos fastlegen som ønsker at hun skal få uføretrygd, og er misfornøyd med NAV og med den rådgivende legen. Hun følger seg «tvunget til behandling».

KASUISTIKK 3

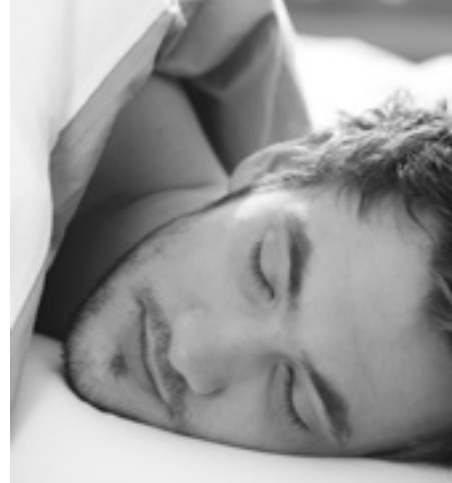
Bernt er 23 år og har i fem år hatt diagnose ME. Han har lavt funksjonsnivå og er sengeleggende det meste av dagen. Han har vært til behandling i form av ME-kurs, og man har også forsøkt andre rehabiliterende og tverrfaglige tiltak, men han har vært for dårlig til i særlig grad å klare å møte. Han får innvilget uføretrygd. I en annen faglig sammenheng sier fastlegen til rådgivende lege: «Husker du den ME-saken med Bernt? Det er egentlig angst, men det er det umulig å snakke med ham om, og enda verre er det fordi mor alltid er til stede».

Felles for disse kasuistikkene er at de er sammensatte. Det er ingen klare patologisk-anatomiske funn som kan forklare symptombildene. Det fins ingen enhetlig og enkel behandling i form av tabletter eller kirurgi. Det er ikke akutte sykdomsbilder. I kasuistikk 1 med Karl på 82 år er det snakk om normale aldersforandringer som medikali-

seres. Man kan godt kalle det feilbehandling, det er i hvert fall overbehandling.

I den andre kasuistikken med Berit på 44 år, er det snakk om forspilte behandlingsmuligheter. Fibromyalgi er en tilstand med en rekke dokumenterte behandlinger (1, 2) som hver for seg og samlet kan gi en betydelig bedring. Her er dette ikke gjort, tross klar indikasjon. Etter to år er prognosen betydelig forverret. Tidstapet gir kronifisering, mislykket arbeidsutprøving forsterker selvbildet som syk, konflikten og utryggheten forsterker symptomene. Pessimisme fra behandler gir også dårligere utsikt til bedring. Dette at indisert behandling med dokumentert effekt ikke er iverksatt, må også kunne kalles feilbehandling. Likevel er det legen med ansvar for denne svikten Berit er fornøyd med.

I kasuistikk 3 med Bernt på 23 år, er legen stilt overfor en mer krevende situasjon. Vi aner en mor som er uklok og sykeliggjør. Vi aner at Bernt mangler evne og vilje til å jobbe med det egentlige problemet, angst. Dette gir tapt behandlingsmulighet og i dette tilfelle potensielt livslang invalidisering. Vi kan knapt kalle dette feilbehandling, for vi aner også en fastlege som har erkjent problemet, og har forsøkt å komme i allianse med pasienten uten å klare det. Likevel, gitt tragediens omfang og konsekvenser, er det lov å stille spørsmålet: Kan man tenke seg at en annen type innsats, en større vilje eller evne hos legen, kunne ha gitt et annet utfall? På et system-



ILLUSTRASJONSFOTO COLORBOX

nivå: Hvilken kunnskap eller ferdighet hos den praktiserende legen er det i så fall vi måtte fremme?

Felles for de tre kasuistikkene er at pasientene ikke forstår at de har vær utsatt for feil eller mangelfull behandling. Vi ser til og med i kasuistikk 1 og 2 at det er den legen eller den instansen som påpeker feil, som blir oppfattet som vanskelige og helseskadelige. Dersom pasienten skulle klage på noen, så ville det ikke vært på den som har utført en medisinsk «feil» eller «mangel». Dette på tross av at det er et betydelig helsetap knyttet til spesielt kasuistikk 2 og 3. I kasuistikk 1 er helsetapet mer diskutabelt, men det er utvilsomt en uheldig medikalisering. Det er noe dypt trist og samfunnsødeleggende over at en som burde fått hjelp til å erkjenne glede over både å være i live og å ha god helse, i stedet sykeliggjøres. En slik uheldig tilnærming til pasienten kan man tenke seg skyldes en kommersiell legestil (3) hvor pasienten bestiller og styrer, eller det kan skyldes manglende kommunikasjonsferdigheter.

Vi vet at fastleger er svært gode til ikke å overse alvorlig somatisk sykdom. I en studie fra Haukeland sykehus med 365 pasienter som ble omfattende og bredt utredet for ME-like tilstander, fant man bare en med oversett alvorlig sykdom som kunne forklare symptombildet, i dette tilfelle Addison (4). Man fant derimot hos om lag halvparten av pasienten en rekke mer hverdagslige og sammensatte diagnoser som affektive lidelser, angst, somatoforme lidelser, omfattende sosiale belastninger, søvnforstyrrelser og fibromyalgi. Pussig nok fant man ingen med rusproblematikk. Fra et trøndersk perspektiv, som undertegnede har, er det vanskelig å se for seg at det er mulig å samle 365 mennesker ut fra noe som helst kriterium uten å finne noen med et rusproblem. Jeg vil tross rykter om det motsatte, anta at så også er tilfelle på Vestlandet. Man kan derfor godt tenke seg at enda flere enn man fant i denne studien, har en forståelig årsak til sitt funksjonstap.

Kasuistikkene viser også at vi kan feile på flere måter enn ved å overse alvorlig sykdom. Vi kan mislykkes i å få til en allianse med pasienten. Vi kan miste et symptombildes egentlige kjerne. Vi kan unnlate

å gi enkel, men dokumentert behandling til hverdagslige, men medisinsk sett lite forståtte tilstander. Vi klarer ikke å si nei til medikalisering fordi samtalen om slikt er vanskelig (5). Det er grunn til å tro at alt dette er vanlig. Samtidig er vi fylt av frykt for å overse alvorlig og gjerne akutt sykdom. Nettopp denne frykten for fylkeslegens dom kan bidra til at vi utreder for mye og har mest fokus på ikke å overse de tradisjonelle medisinske sykdommene. Det vil i så fall kunne gi et helsetap og en helseskade for befolkningen. I mange av de komplekse symptombildene vi møter, er det vanskelig og gjerne direkte uheldig å anvende standardiserte prosedyrer. Slike prosedyrer er det vi blir målt opp mot ved klagesaker, men tvangsmessig å følge dem vil kunne føre til grenseløse utredninger.

Et viktig prinsipp er det såkalte «Paradox of primary care» (6). I henhold til dette prinsippet så vet vi at et smalt og spesialisert helsevesen vil gi dårligere helse enn et helsevesen med en sterk primærhelsetjeneste. Dette er observert ved å sammenligne land med lav og med høy forekomst av primærhelsetjeneste. Man ser da at en rent høyspesialisert medisin gir dårligere befolkningshelse til en høyere kostnad. Dette på tross av at spesialistene er flinkere enn allmennlegene til å diagnostisere og til å nå behandlingsmål innfor sine spesialfelt. Forklaringen på fenomenet er at det folk flest plages med av smerter og slitenhet, rusproblemer og bekymringer, ikke lar seg forstå med MR-maskiner og blodprøver. Det lar seg heller ikke behandle med tabletter og kirurgi. Med en spesialisert tilnærming til uspesifikke plager oppnår vi bare å forspille tid og å gjøre pasienten dårligere. Plagene kronifiseres.

Vi kan anvende den samme tankegangen på vår egen fastlegepraksis. En organorientert, biologisk tilnærming til spekteret av hverdagens plager vil kanskje gi lavere risiko for å overse alvorlig sykdom. Legen kan også få fornøyde pasienter og kan unngå kritikk. Det vil likevel kunne gi et helsetap totalt sett. En praksis med fokus på kommunikasjon, rask utredning og avklaring, og så multimodal behandling med informasjon, beroligelse, helsefremming, kognitive intervensjoner og fysisk trening, kan fremstå mindre trygget for legen, og kan

skje kan det på kort sikt også gi mindre fornøyde pasienter. Men det vil totalt sett likevel gi en bedre helse i befolkningen.

Så langt kan nok denne teksten leses som «en stein til byrden». Det er ikke intensjonen, tvert imot. Fastlegejobben er svært krevende. Fastlegen forventes å ha bred kunnskap om hele den moderne medisinen. Samtidig skal fastlegen gi kloke råd i alle slags livssituasjoner og å ha gode kommunikasjonsferdigheter. Det forventes feilfritt å oppdage alvorlig sykdom, ofte på et vagt grunnlag, i et tidlig stadium og i et hav av symptomer. Det forventes å kunne balansere krav fra pasienten med motstridende krav fra fag og lovverk. Det forventes samhandling med en rekke instanser og oversikt over et komplekst samfunn sine mange irrganger og behandlingsmuligheter. Fastlegen skal også eie og drifte en bedrift. Unge fastleger forventes å fungere på samme måte og med samme tempo som erfarne – nærmest fra første dag.

Vi trenger fastlegen, og det er vanskelig å se for seg at noen kan gjøre en slik jobb bedre. Ingen vil likevel nå fullkommenhet i en slik oppgave. Jeg tror derfor vi må starte med å erkjenne at vi både (en sjelden gang) vil overse alvorlig sykdom, og at vi i møtet med hverdagsplager har et stort, trolig uendelig, rom for forbedring. Det vi møter er jo livet selv i alle sine fasetter, og det er både sammensatt og forvirrende. Vi trenger tilsynsmyndighet, men frykt er en dårlig drivkraft for utvikling og læring. Vi må ha mer fokus på å gi helhetlig behandling til de mange, enn på å ha egen rygg fri. Det ubesvarte spørsmål er så: Hvilke strukturelle grep kan vi ta for å gå i den retningen?

REFERANSER

1. <https://www.utposten.no/i/2017/1/utposten-2017-01b-139>
2. NEL artikkel om fibromyalgi, behandling.
3. Roter D, Hall JA, Katz NR Patient- physician communication: A descriptive summary of the literature, Patient Education and Counseling, volume 12, issue 2 oktober 1988, 99–119.
4. <https://tidsskriftet.no/2016/02/originalartikkel/utredning-ved-mistenkt-kronisk-utmattelse-syndrommyalgisk-encefalopati>
5. <https://www.utposten.no/i/2019/4/m-1375>
6. Stange KC, Ferer RL The paradox of primary care, Ann Fam Med 2009 jul; 7(4): 293–299.

■ NFLEM@ONLINE.NO

Lederpris til allmennmedi 'gartner og re

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

– Jeg har vært en slags akademisk resepsjonist, en som tar imot kolleger som er interessert i å forske, og hjelper dem i gang, sier prisvinner Jørund Straand – en professor som motiveres av å se unge forskertalenter blomstre.

«Frist meg ikke inn i ledelse» skal ha vært Jørund Straands kommentar før han overtok lederansvaret for Avdeling for allmennmedisin ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo (UiO). Og kanskje har han heller ikke sett på seg selv som en leder i tradisjonell forstand.

I desember i fjor fikk han Legeforeningens lederpris.

– Jeg anser meg som en slags akademisk resepsjonist, en som tar imot folk som er interessert i å forske, og hjelper dem i gang – men også som en gartner. Dette siste krever en forklaring. Da jeg ble ansatt som amanuensis ved Universitetet i Bergen i 1998, var Per Fugelli min sjef og veileder. I Østerrike hadde han sett frodige blomsterkasser på husfasadene. Nå ville han ha dette også på verandaene til instituttbygningen i Ulriksdal. Jeg ble satt på jobben med tittel instituttgartner og kjøpte inn blomsterkasser, jord og blomster. Det så riktig flott ut – noen få dager. Til det begynte å regne – og regne og regne. Blomstene ble så vidt reddet fra drukningsdøden ved at jeg boret hull i kassene, med det resultat at søle og skitt rant nedover de lyse veggene. Blomstene råtnet. Slik gikk det i mitt første akademiske verv, smiler Jørund Straand og legger til:

– På den annen side er det å være gartner ingen dårlig metafor for å ta ansvar for at det spirer og gror i et fagmiljø.

Han er professor i allmennmedisin ved UiO, inntil nylig leder av Avdeling for allmennmedisin og fortsatt forskningsleder for Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE) samme sted.



– UiO-professor i allmennmedisin og forskningsleder for Allmennmedisinsk forskningsenhet i Oslo, Jørund Straand, har fått Legeforeningens lederpris – og berømmes blant annet for alltid å ha en åpen dør. ALLE FOTO: LISBETH NILSEN

'Det gjærer i den gamle'

Ifølge begrunnelsen for pristildelingen er kriteriene for prisen nærmest en beskrivelse av prisvinneren selv:

- Har vist god vilje og evne til dialog med ansatte og har bidratt til at ansatte er motivert.
- Har utvist god ledelse mot tydelige faglige og økonomisk mål for virksomheten.
- Har tatt medansvar for driften og utviklingen av virksomheten, og har bidratt til åpenhet og ytringsfrihet om mangelfulle eller kritikkverdige forhold i virksomheten.

I prisbegrunnelsen fremheves at faget allmennmedisin har fått styrket sin plass ved fakultetet under Straands lederskap, at han derigjennom har bidratt til faglig stolthet hos allmennleger, at han er lydhør, ser hver enkelt og er opptatt av alle skal bli hørt.

– Jeg er glad for å bli verdsatt som leder. Bjørnstjerne Bjørnson har et fint ordtak: «Når den unge vin blomstrer, da gjærer det i den gamle.» Det å hente inn unge talentfulle leger og se hvordan de utvikler seg og blomstrer som forskere og undervisere, er veldig meningsfylt, understreker Straand.

Han kom til nåværende Avdeling for allmennmedisin i 2000 og har vært leder de fleste av disse tjue årene før og etter avdelingen gikk fra å være en seksjon til avdeling i 2010. Parallelt med jobben som leder og egen forskning, jobbet han for å få på plass en nasjonal forskerskole i allmennmedisin (NAFALM), der han fortsatt er styringsgruppeleder. Han hadde også en sentral rolle i forarbeidet til å få på plass den praksisbaserte forskningsinfrastrukturen PraksisNett, der han i dag inngår i ledergruppen.

sinsk sepsjonist'

En fender mot systemet

Ifølge begrunnelsen har Straand ledet avdelingen ut ifra en flat struktur hvor alle tar ansvar for egen funksjon, men hvor det «likevel aldri har vært tvil om hvem som er sjefen».

– Det er viktig at en leder har lojalitet nedover i den gruppa man representerer. Som leder fungerer man også litt som en fender mot systemet oppover, en som tar imot støytten ovenfra når det spisser seg til, en som skjærmer forskerne.

De som nominerte Straand fremholder at professoren «alltid har dør åpen – og uansett når og hva man ønsker å diskutere, så er man velkommen».

– Hva har vært aller viktigst for deg som leder?

– Noe av det viktigste har vært å skape seg et handlingsrom for å utvikle fagmiljøet. Jeg innså tidlig at styrking av mannskapet for-

utsatte økt ekstern finansiering. Det er eksterne midler, altså fra andre kilder enn universitetet, som har gitt oss et handlingsrom. De siste årene har vi faktisk hentet inn til sammen nær 40 millioner kroner årlig i eksterne midler – for det meste midler bundet opp som lønnsmidler og dekningsbidrag.

Hans evne til å få forskningsmidler fremheves i begrunnelsen for pristildelingen: «Mang en stipendiat som har kommet med gode forskningsideer, men manglet finansiering av prosjektet i perioder, har blitt reddet av Straand sine redningsbøyer med vikarmidler inntil midlene forelå.»

Felles identitet

I mange år etter endt medisinstudium i Bergen i 1977, jobbet Straand som allmennpraktiker i Bergen. Han disputerte i 1999 med en avhandling om allmennlevers ordinasjonspraksis av legemidler.

– Kvalitetsforbedring av legemiddelbruk, spesielt hos eldre, er fortsatt et hovedinteresseområde.

Neste år blir han 70 år og regner da med å bli professor emeritus – og fullføre påbegynte veiledningsoppdrag og forskningsprosjekter. Som for eksempel prosjektet om covid-19 i kommunehelsetjenesten – CovidNor-studien.

– Det er derfor for tidlig å legge inn årene helt, fastslår Jørund Straand.

– Hva synes du har vært det mest utfordrende med å lede forskere?

– Jeg har ikke opplevd alvorlige vanskeligheter eller konflikter. Det hjelper nok at vi på avdelingen har en felles identitet som allmennmedisinere. Og jeg er nærmest allergisk mot ledere som bruker sin autoritet på en autoritær måte. Her er vi én for alle, alle for én.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

– Det er for tidlig å legge inn årene helt, mener Jørund Straand, som vil fullføre påbegynte veiledningsoppdrag og forskningsprosjekter, som CovidNor-studien.



Lege

– hvorfor blir vi det?

■ INGILD VATTEN ALSNES • Fastlege, Sandnes kommune

Til tross for fastlegekrise hvor leger roper varsku, står langt de fleste i jobben sin. Det må jo bety at hindere til tross, så liker vi det vi gjør.

Jeg sitter på pauserommet med en turnuslege. Vi har vært på jobb i ti timer. Hun skal snart hjem, jeg på min side har enda noen timer igjen. Hun forteller ettertensomt om veien til å bli lege. Hun har et behagelig vesen, åpenbart et varmt hjerte og gode verdier. Med livet foran seg fikk hun høre at med hennes toppkarakterer, så bare måtte hun bli lege. Etter en lang arbeidsdag stiller hun spørsmål ved hva som egentlig er så appellerende med dette legelivet.

For min del husker jeg et overraskende møte med en overlege og kjenning av familien da jeg var fjerde års medisinstudent. - Det var dumt, da har du kommet for langt til at du kan slutte, sa han tørt. Jeg var motivert for å begynne min medisinske karriere, han på sin side var trøtt av sin.

Nesten uansett hva slags type lege vi ender opp som, arbeider vi mye. Det dreier seg om mange timer; dagtid, nattetid, helldager og på tider vi helst skulle hatt fri. Selv om mange tror at leger er på toppen av

inntekststigen, opplever mange av oss at vi slett ikke er lønnsvinnere sett i forhold til arbeidsbelastning og ansvar.

Når vi trosser ubekvem arbeidstid og honorar som ikke speiler omfattende utdanning, kompetanse, arbeidsmengde og ansvar, og likevel står opp hver dag for å fortsette vår legegjerning, lurer jeg ofte på hva som ligger bak og gir motivasjon.

Forleden opplevde jeg å miste to pasienter i løpet av noen få dager. Den ene hadde bodd hjemme uten hjelp inntil det aktuelle og var et eldre menneske med flere kroniske sykdommer. Den andre var yngre, men med en alvorlig kreftdiagnose. Mens den ene døde alene uten pårørende, trakk den andre sine siste åndedrag med tre generasjoner familie rundt seg. Begge dødsfallene gikk inn på meg, men jeg tenkte at jeg burde være profesjonell nok til å takle dette, og slik virket det sikkert mens jeg var på jobb. Men i bilen, hjemme og på løpeturen, kom tårene, og jeg lot dem bare kom-

me. I stedet for å gjøre meg hard, ønsket jeg sårbarheten velkommen og viste det til mine nærmeste: dette går innpå meg. I årenes løp har jeg merket at jo dårligere tid jeg har, dess mindre rom er det for å kjenne på slike følelser. Dersom jeg framstår med et emosjonelt skall, stenger jeg kanskje for at pasientene greier å vise sin usikkerhet? Men når jeg gjør opp status ved dagens slutt, tenker jeg at det nettopp er de følelsessterke møtene som har størst verdi.

Det er møtene med mennesket, kjærligheten, livet og døden – det er møtet med hva som betyr noe her i livet. Å få lov til å bidra og spille en rolle og å være en brikke i det store fellesskapet. Noen dager fører det til at vi må la tårene komme, andre ganger må vi la gleden komme. Å føle at vi gjør noe meningsfylt, må være helt grunnleggende når vi vier oss til å være lege, uavhengig av om vi ser pasienter, artikler, politikere, byråkrater eller hva som helst annet i løpet av en dag.

Kanskje det er derfor fastleger ikke forlater en synkende skute. Vi holder verdiene i hevd og demonstrerer hver dag hvorfor fastlegeordningen bør bestå.

■ INGILD.VATTEN@GMAIL.COM



Koronautbrudd: Hvordan hindre bedrifter fra å stenge?

■ GRETHE FOSSE • Bedriftslege i ARSANA, spes. samfunnsmedisin, autorisert offshore-lege, sjømannslege

■ KRISTJAN EINARSSON • HMS-Leder / HSE-Manager, Marti tunnel

Høsten 2020 erfarte vi at det er mulig å holde aktiviteten i gang i et firma, selv om flere ansatte blir smittet av covid-19. Med hurtigtester og bred kartlegging kan smittede oppdages raskt og settes i karantene bare 15 minutter etter at testen er tatt. Slik begrenses utbruddet, og de smittede kan være i full jobb igjen etter bare to uker. Gevinsten er færre smittede og syke, og god oversikt over utbruddet.

Bedriften *Marti tunnel* borer hullet som Bybanen skal gå gjennom fjellet Løvsstakken. De fleste arbeiderne er utenlandske, og arbeider turnus her i Bergen. Bedriften hadde et koronautbrudd i november 2020. Denne teksten er kortversjonen av loggen vi skrev.

Utbruddets start

Søndag 1. november blir en ansatt informert av venn, som han hadde vært sammen med på fotballtrening 23. oktober, om at vennen har testet positivt. Bedriften ber den ansatte om å teste seg umiddelbart.

Mandag 2. november tar bedriften kon-

takt med bedriftshelsetjenesten, og sammen vurderer vi at det er best å teste alle nærkontaktene til den ansatte. Dette var før vi visste resultatet av testen. Bedriften vil ikke ta sjansen på unødvendig smittespredning i ventetiden.

Tirsdag 3. november blir ti kontoransatte testet med hurtigtest. Vi finner to positive til, som vi tar prøver av og sender til PCR-analyse ved Haukeland sykehuslaboratorium. Hurtigtestene gjør at vi umiddelbart kunne isolere de positive og sette nærkontaktene deres i karantene. Senere på dagen får vi beskjed fra laboratoriet at også deres test viser at den første ansatte, han fra fotballtreningen, er positiv. Smittevernkontoret informeres straks. Sammen med bedriften legger vi en plan for å teste alle aktuelle ansatte i bedriften. Vi informerer kommunen også om dette.

Onsdag 4. november tester vi alle de 80 ansatte på anlegget med hurtigtester. Vi finner åtte positive, som vi også tar prøver av til innsending Haukeland sykehuslaboratorium. De ansatte med positiv hurtigtest settes

i isolasjon. I tillegg setter vi sju personer i smittekarantene denne dagen. De flyttes umiddelbart til isolasjonsleiligheter, tre personer i hver. Samtidig oppretter vi karanteneleiligheter. Smittevernkontoret i kommunen informeres om resultatene straks.

Uke to

Mandag 9. og tirsdag 10. november, tester vi alle de 80 ansatte med hurtigtest. Seks personer tester da positivt og blir satt i isolasjon. Nye seks personer blir satt i smittekarantene. Smittevernkontoret informeres.

Onsdag 11. november får vi testet de siste tre ansatte. En av disse er positiv og to er negative. Den positive blir satt i isolasjon og de to andre i smittekarantene. Smittevernkontoret informeres.

Fredag 13. november blir alle ansatte som har vært i smittekarantene testet igjen, og de er alle negative. Smittevernkontoret informeres om at vi etter bare 11 dager har kontroll på utbruddet.

Den 13. november har vi altså kontroll



ALLE FOTO: ALICE BRATSHAUG, BERGENS TIDENDE

Angst og depresjon fellesnevner med urin

■ LISBETH NILSEN • Frilandsjournalist

Mange har trodd at urininkontinens er en risikofaktor for angst og depresjon. Gunhild Felde studier støtter at det også er tvert om: Alvorlig depresjon opptil tredoblet risiko for utvikling av inkontinens hos kvinner.

Angst, depresjon og urininkontinens er tilstander som deler noe biologisk fundament gjennom samme hormonelle og nevrologiske signalveier. Også psykofarmakologiske legemidler spiller inn – særlig antidepressiver.

Slik konkluderer førsteforfatter Gunhild Felde og medforfattere i en studie publisert i *BMC Psychiatry* i 2020. Mens flere studier har vist en sammenheng mellom angst og depresjon og urininkontinens, er de norske forskerne trolig de første som også har sett på sammenhengen ved ulike alvorlighetsgrader av både urinlekkasje, angst og depresjon.

Det er tre hovedtyper av urinlekkasje: Urgency (hasteinkontinens), stress (angstrelsesinkontinens) og blandingsinkontinens. Felde og medforfattere fant høyere forekomst av angst og depresjon ved alle typer inkontinens hos kvinner, men mest ved haste- og blandingsinkontinens. Jo mer alvorlig tilstand, dess sterkere ser sammenhengen ut til å være.

– Det er viktig for oss klinikere å vite om at angst og depresjon er forbundet med urininkontinens. Alle tre lidelsene er forbundet med nedsatt livskvalitet, funksjonstap og skamfølelse, og mange i klinisk praksis

har nok også sett at tilstandene ofte forekommer samtidig. De med angst og depresjon har en betydelig økt risiko for å utvikle urinlekkasje over tid, sier ph.d. Gunhild Felde, førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen og fastlege ved Helse pluss legesenter på Landås.

Alvorlighetsgrad

I oktober i fjor disputerte fastlegeforskeren. Den første delstudien i doktorgradsarbeidet hadde data fra Hordalandundersøkelsen, og viste at angst og depresjon var forbundet med økt forekomst av urinlekkasje hos kvinner.

De to følgende delstudiene har data fra HUNT2 og HUNT3. Blant kvinner med symptomer på moderat til alvorlig angst og depresjon, målt ved en Hospital Anxiety Depression Scale skår (HADS) på 11 eller mer, oppga 44 prosent at de hadde urininkontinens. Hos kvinner med normal HADS-skår, var forekomsten av urinlekkasje på 28 prosent.

Studiene viser at jo mer alvorlig angst og depresjon, dess høyere risiko for urinlekkasje – og omvendt.

– Det er jo lett å tenke at alvorlig urinlek-

kasje kan gjøre at man blir deprimert og får angst. Vår longitudinelle studie bekrefter at dette stemmer, men den viste enda sterkere sammenheng mellom det å ha angst og depresjon og å utvikle urininkontinens over tid.

Blant kvinner over 55 år med alvorlig depresjon i utgangspunktet, var sannsynligheten for å utvikle inkontinens over en tiårsperiode tre ganger høyere enn hos kvinner uten depresjon.

– Kvinner med urinlekkasje ved baseline hadde også økt risiko for å utvikle depresjon, men da særlig mild depresjon, bemerket Felde.

Resultatene i alle studiene er korrigert for alder, KMI, fødsler og ulike typer kronisk sykdom. I noen analyser er det også korrigert for kronisk smerte, bruk av inkontinensmedisin og hormonterapi etter overgangsalderen.

Ikke bedre med antidepressiva

I den siste delstudien, som har data fra Re-septregisteret, var målet å studere betydningen av antidepressiva-bruk på urinlekkasje.

– Vi fant høyere forekomst av urinlekkasje ved bruk av en rekke psykofarmakologiske medikamenter. Men etter korrigering for andre faktorer, hvor alder og underliggende sykdom var de viktigste, var hovedsakelig antidepressiva og spesielt SSRI assosiert med urininkontinens, forteller Felde.

på situasjonen. Bedriften klarte å holde arbeidet i gang under hele utbruddet. Etter knappe to uker var de fleste ute av isolasjon og karantene, og driften gikk for fullt igjen. Kun tre av totalt tjueen smittede fikk symptomer og ble syk, ingen ble innlagt på sykehus.

Uken etter, mandag 16. og tirsdag 17. november tester vi alle de 80 ansatte igjen. Ingen var positive. Smittevernkontoret ble informert om at testing rundt utbruddet er avsluttet.

Lørdag 21. november er de aller siste ansatte ute av isolasjon og karantene. Alle lei-

ghetene der personer med påvist covid-19 bodde, ble desinfisert.

Mandag 23. november tester vi ansatte som er ankommet Norge og ferdige med innreisekarantene for sikkerhets skyld. Alle er negative. Alle var testet maks 72 timer før de kom til Norge, pluss at de ble testet på flyplassen.

har en nevrohormonell inkontinens

– Funnene våre styrker at det er underliggende, biologiske faktorer som ser ut til å forklare sammenhengen mellom angst og depresjon og urininkontinens, sier fastlege og forsker Gunhild Felde.

FOTO: KARSTEIN HALDORSEN



Sammenhengen mellom angst og depresjon og inkontinens var derimot ikke påvirket av bruk av psykofarmakologiske legemidler.

– Det er altså ikke slik at sammenhengen vi ser mellom angst, depresjon og urininkontinens kan tilskrives bruk av medisiner. Vi så en liten tendens til mindre inkontinens hos dem med angst som tok benzodia-

zepiner. Funnene våre styrker at det er underliggende, biologiske faktorer som ser ut til å forklare sammenhengen mellom angst og depresjon og urininkontinens – at angst og depresjon har en nevrohormonell fellesnevner med urininkontinens.

Også andre studier har vist høyere forekomst av inkontinens ved antidepressiva-
bruk. Samtidig har antidepressiva også vist

motsatt effekt; Duloxetin, nå registrert som Cymbalta, var i mange land tidligere registrert som behandling mot stressinkontinens.

– **Hvordan kan de motstridende effektene forklares?**

– Lave nivåer av serotonin i sentralnervesystemet er forbundet med depresjon og

Konklusjon

Hurtigtestene gjorde at vi kunne ordne isolasjon og karantene før de ansatte dro fra testingen. Vi fikk også startet smittesporing og kartlegging av nærkontakter på stedet. Det sparte oss og bedriften for masse tid, og vi fikk raskt veldig god kontroll

på utbruddet. Vi unngikk også helt sikkert mye unødvendig smitte.

Etter mindre enn to uker hadde vi full kontroll på smitteutbruddet, samtidig som bedriften klarte å holde arbeidet i gang hele tiden. Det at bedriften tok smittevernet seriøst gjorde jobben som bedriftshelsetjeneste

mye enklere. Det er ikke mulig å si hvem som brakte smitten inn i bedriften. Hurtigtesten som er tatt i bruk ved dette utbruddet, er antigen-hurtigtest fra Abbott. Den var sendt ut fra Helsedirektoratet til kommunene for bruk i forbindelse med utbrudd.

■ GRETHE.FOSSE@ARSANA.NO

angst. Lave serotoninnivåer sentralt bidrar også via ulike veier til dårligere blærekontroll og inkontinens. Antidepressiva er antatt å kunne gi inkontinens gjennom å virke på serotoninreseptorer lokalt i blærevæggen og gi en mer ustabil blæremuskel. Behandlingseffekten på stressinkontinens ved det antidepressive medikamentet Duloxetine var antatt å skyldes en sentral effekt via en kjerne i ryggmargen, forklarer Felde.

– Hvis symptomene på angst og depresjon forsvinner, blir inkontinens-plagene mindre?

– Vi vet ikke om det hjelper på lekkasjeplagene å behandle de psykiske lidelsene. Forskningen vår viser for eksempel ikke at de deprimerte som bruker antidepressiva har mindre urinlekkasje enn dem som ikke får medikamentell behandling for sin depresjon. Men ved å kjenne til sameksistensen, kan vi kanskje lette byrden for kvinnene.

Hver fjerde alvorlig plaget

Nær tre av ti kvinner rapporterer om urinlekkasje.

– I HUNT2 var forekomsten av urinlekkasje på om lag 25 prosent, mens den var cirka 29 prosent i HUNT3 – og inkluderer alt fra mild grad av lekkasje til alvorlig og invalidiserende inkontinens.

Om lag tre av fire med urininkontinens har mild eller moderat lekkasje, mens cirka hver fjerde med lekkasje har en alvorlig inkontinens, definert som lekkasje av større mengder urin minst én gang i uken.

– I begge HUNT-studiene lå forekomsten av alvorlig lekkasje på cirka fem til seks prosent. Det er høyest andel med alvorlig inkontinens ved haste- og blandingsinkontinens. Jo mer uforutsigbart lekkasjeproblemet er, dess mer går det utover sosial fungering og livskvalitet. Vi ser også at

FAKTA OM URININKONTINENS

- Det er tre hovedtyper av urininkontinens: Stress (anstrengelseslekkasje), urgency (hasteinkontinens) og blandingsinkontinens.
- Stressinkontinens er vanligst, fulgt av blandingsinkontinens og hasteinkontinens.
- I HUNT3 var forekomsten av alle typer urininkontinens 29 prosent blant voksne kvinner.
- Cirka én av fire kvinner med urinlekkasje har en alvorlig inkontinens.

– Dette er skambelagte plager med lav status som jeg opplever det meningsfylt å forske på.

GUNHILD FELDE, FASTLEGE I BERGEN OG FØRSTEAMANUENSIS VED UIB

angst og depresjon er sterkest forbundet med haste- og blandingsinkontinens. Men også ved stressinkontinens var det en betydelig overhyppighet. Dette er kanskje litt overraskende siden stressinkontinens er den lekkasjeformen tettest knyttet til forhold i bekkenbunnen og som påvirkes av fødsler og av overvekt.

Ifølge Felde har alder vist seg å være den største risikofaktoren for stressinkontinens frem til cirka 50-årsalderen, og etter det en risikofaktor for haste- og blandingsinkontinens.

– Overvekt er en risikofaktor for alle tre hovedtyper inkontinens, mens fødsler er en risikofaktor for stressinkontinens i om lag to tiår etterpå. Dette er vist i andre studier enn vår. Alder, fødsler og BMI er regnet som de viktigste risikofaktorene, men i enkelte undergrupper har angst og depresjon en like sterk sammenheng med inkontinens.

Tar ikke opp med fastlegen

– Bør fastleger spørre pasienter med angst og depresjon om de har urinlekkasje?

– Jeg vil være forsiktig med å anbefale screenings spørsmål, men mange med urininkontinens tar det aldri opp med legen – det er ofte en usynlig plage som kanskje alltid ligger i bakhodet når pasienten legger planer for hverdagen sin. Så jeg synes vi fastleger bør spørre litt oftere – enkel behandling kan ha god virkning for mange.

– At angst og depresjon i seg selv kan bidra til inkontinens må jo egentlig være litt nedslående kunnskap for pasienter?

– Vi vet som sagt lite om det er slik at behandling for depresjon hjelper for urininkontinens. Men vi vet at det er god behandling for begge tilstandene, og det er viktig å avdekke inkontinens og sette i gang behandling. Min opponent under disputasen, NTNU-professor Arnfinn Seim, fikk på 1990-tallet publisert i BMJ en klinisk observasjonsstudie på behandling av urininkontinens i allmennpraksis. Han fant god effekt av behandlingstiltak som veiledning, bekkenbunnstrening, blæretrening og medisiner mot hasteinkontinens. Førsteopponenten min, professor Eva Samu-

elsson fra Umeå, har laget en behandlingsapp med bekkenbunnsøvelser, som også finnes i norsk versjon.

Meningsfylt tema

Det var tilfeldig at temaet for doktorgradsarbeidet til Felde ble sammenhengen mellom angst og depresjon og urininkontinens.

– Jeg hadde jobbet full uke i noen år i allmennpraksis, og kjente på et behov på å få annen input og gjøre noe annet en dag i uka. Jeg kontaktet Steinar Hunskaar, som har vært min veileder. Han presenterte temaet for meg. Som fastlege for mange kvinner, er urininkontinens, angst og depresjon tilstander jeg møter ofte. Dette er skambelagte plager med lav status, som jeg opplever det meningsfylt å forske på. Og i Bergen var det et miljø, ledet av Hunskaar, som hadde drevet høy-kvalitetsforskning på dette feltet i flere år. Det betydde mye for meg å velge et forskningsområde der det allerede var utviklet en solid og validert metode, og der jeg kunne få tilgang til et stort materiale.

Felde fikk først AFU-stipend, deretter AMFF-stipend. I 2016 ble hun stipendiat ved Universitetet i Bergen, og har i dag en 20 prosent stilling som førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin.

Forskningen hennes er epidemiologisk og kan vise sammenhenger, men ingen årsaksforklaringer.

– Mye forskning må til for å kunne si noe om årsaksforhold. Den typen epidemiologisk forskning jeg har gjort, gir et fugleperspektiv som gjør det mulig å gjenkjenne grupper med risiko, og det er viktig kunnskap for fastlegene. Så blir neste skritt å gjøre dette nyttig i den kliniske hverdagen. Urininkontinens er en kvinneplage som påvirker hverdag og liv i betydelig grad hos dem det gjelder. Det er derfor god grunn til mer forskning, både fra et epidemiologisk og et klinisk ståsted, og kanskje også mer fra allmennpraksis, mener Gunhild Felde.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Store forskjeller mellom store, middels og små kommuner i Østfold etter Sam – Hva er de underliggende

■ HANS KNUT OTTESTAD • Helsetjenesteforsker, Tidligere distriktslege, helsesjef og kommunaldirektør

Introduksjon og kort oppsummering av kommuneforskjellene

I en tidligere artikkel i *Utposten* har jeg diskutert store forskjeller mellom kommunene i Østfold etter at Samhandlingsreformen ble virksam fra 2012 (1). I samme periode økte antall UKS-døgn som er utskrivingsklare sykehuspasienter med overliggedager som kommunene må betale for, såkalte UKS-døgn, fra 210 til 1487 pr. år. Hva er de mulige forklaringene?

Offentlig statistikk fra denne femårsperioden viser at antall senger i Sykehuset Østfold ble redusert med fire prosent og antall sykehjemssenger økte med 5,6 prosent. Antall korttidsplasser ble imidlertid redusert med nesten femten prosent, og antall brukere av hjemmetjenestene økte med åtte prosent. I sum viser dette at kommunene har økt sin kapasitet til pleie- og omsorgstjenestene med rundt fem prosent, likevel har UKS-tallene økt. Finnes det noen god forklaring på denne tilsynelatende diskrepans mellom økte ressurser og sviktende resultater, og hvorfor er det så store kommuneforskjeller?

Hjemmetjenestene og fastlegenes samhandling om UKS-pasientene synes å ha stor betydning for denne negative utviklingen. Dette gjelder relativt gamle pasienter som må behandles hjemme fordi det ikke er stor nok mottakskapasitet i sykehjem, samtidig som sykehusene presser på med flere UKS-pasienter som trenger rask utskrivning. Hvorledes slår den interne samhandlingen mellom fastleger og pleie- og omsorgstjenestene ut i forhold til målsettingen med reformen? Her er det betydelig kommuneforskjeller, og det er de største kommunene som har fått de største problemene.

Metode og materiale med fokus på kommunestørrelsene i Østfold

Mens sykehusdriften i fylket er samlet i ett helseforetak, er det betydelige forskjeller

mellom kommunene når det gjelder størrelse, folketall og organisering av tjenestene. Forskning viser at avstander har stor betydning for sykehusforbruket, men denne faktoren spiller mindre rolle i Østfold, som er Norges nest minste fylke med korte reisetider.

Data for sykehusenes pasientomsetning, liggedager, struktur og sengetall framgår av sykehusets egen statistikk. På kommunenivå finnes det en rekke KOSTRA-tall og data fra SSB som gir fylldige opplysninger om utviklingen. Det er viktig å se på helseforetakets struktur og behandlingsskapitet parallelt med endringer i sykehjemdekning i kommunene og samarbeidet mellom hjemmetjenester og fastleger for pleietrengende hjemmeboende eldre i kommunene. Utgangspunktet for denne undersøkelsen er de store kommuneforskjellene, der folketall og antall fastlegeårssverk synes å kunne være interessante forklaringsvariabler.

Dokumentasjon av UKS-forskjellene

Tabell 1 viser de overraskende store forskjellene mellom kommunene inndelt i tre grupper etter folketall (1).

Endringer i sykehusstilbudet og konsekvensene for kommunene

UKS-pasientene behandles i 20 avdelinger eller seksjoner i Sykehuset Østfold, og utviklingen har gått i retning av økt spesialisering med færre senger i hver enhet. Dette er en utvikling som er bestemt av ny teknologi og mer avansert behandling, det vil si en økning av helseforetakets spisskompetanse. Ikke alle avdelingene «produserer» UKS-pasienter. De utskrives fra kun 10 avdelinger, og dette bestemmes i hovedsak av pasientenes alder, diagnose og pleiebehov. I Østfold er rundt 60 prosent av UKS-pasientene 80 år og eldre, de fleste er

altså pasienter med et geriatrisk sykdomsbilde.

Fra 2011 – siste år før reformen, var det 310 senger i avdelingene med UKS-pasienter, og dette var 81 prosent av det samlede sengetall i Sykehuset Østfold. I 2016 var antall senger redusert til 298, dvs. 75 prosent av alle sengene. Det forteller at antall aktuelle sykehussenger som belegges av UKS-pasientene har blitt redusert med 12 senger eller nesten fire prosent. Siden det er bortimot 100 prosent utnyttelse av disse sengene, betyr det at helseforetakets sengekapasitet er blitt redusert med $12 \times 365 = 4380$ liggedager på årsbasis i denne femårsperioden. Dette er en planlagt og ønsket utvikling, og helseforetaket har kompensert for denne endringen ved å øke antallet polikliniske kontakter og dermed behandlingstilbudet til befolkning. Dette har igjen medført at sykehuset har økt presset på tidligere utskrivninger, og at kommunene må øke sin sykehjem- og hjemmetjenestekapasitet tilsvarende for å opprettholde status quo i pasientstrømmen.

Endringer i kommunenes tilbud av sykehjemssenger

De store forskjeller i gjennomsnittlig liggetid i sykehjemmenes kort- og langtidsavdelingene har avgjørende betydning for muligheten kommunene har til å ta imot UKS-pasientene på kort varsel. Dette skyldes at en langtidsplass har en sirkulasjonsfaktor på ca. en pasient per seng per år, mens gjennomsnittlig opphold i korttidsplass er rundt tre uker. Det betyr at en korttidsplass teller 17 ganger mer enn en langtidsplass ($365/15$) for mottakskapasiteten. Den enkelte kommune kan derfor øke sin mottakskapasitet ved å konvertere langtidsplasser til korttidsplasser. Og her har de tre kommunegruppene valgt ulik strategi, kfr. tabell 2 og 3.

store handlingsreformen: årsakene?

TABELL 1. Forekomst av overliggerdøgn i kommuner/kommunegrupper i Østfold i 2016, rangert etter kommunestørrelse, og målt som aldersspesifikke rater og som prosent av fylkesgjennomsnitt.

KOMMUNER/KOMMUNEGRUPPER	ANTALL INNBYGGERE	OVERLIGGER-DØGN PR. 100 INNB. 80 ÅR+	PROSENT AV FYLKES GJ.SN.
Gjennomsnitt for fire større byer	48 802*	8,6	128
Åtte mellomstore kommuner**	64 099	2,0	30
Fire mindre kommuner***	13 267	0,4	6
Østfold****	289 195	6,8	100

* Gjennomsnitt
** Askim, Eidsberg, Hobøl, Rakkestad, Råde, Spydeberg, Trøgstad, Våler (5.000 – 15.000 innb.)
*** Aremark, Hvaler, Marker, Skiptvedt (3300 innbyggere hver i snitt)
**** Rømskog kommune er ikke inkludert, da denne kommunen sokner til sykehusene i Akershus, og vil bli overført til dette fylket fra 2018

KOMMUNEGRUPPER	2011	2016	ENDRING 2011–2016. PROSENT
Fire byer	1 447	1 539	6,4
Åtte mellom	429	459	7,0
Fire små	138	129	-6,5
Fylket	2 014	2 127	5,6

TABELL 2. Antall sykehjemsplasser i tre kommunegrupper i Østfold 2011–2016.

KOMMUNEGRUPPER	2011	2016	ENDRING 2011–2016. PROSENT
Fire byer	292	277	-5,2
Åtte mellomstore	91	60	-34,7
Fire små	21	27	25,4
Fylket	404	364	-14,5

TABELL 3. TABELL 3. Antall korttidsplasser i tre kommunegrupper i Østfold 2011–2016.

KOMMUNEGRUPPER	LANGTIDS-PLASSER	KORTTIDS-PLASSER	SUM TILBUD AV NYE PLASSER PR. ÅR	TILBUD AV SYKEHJEMSPASSER PR. 100 INNB. 80 ÅR + PR. ÅR
Fire byer	1 539	4 709	6 248	65
Åtte mellomstore	459	1 020	1 479	63
Fire små	129	459	588	96
Fylket	2 127	6 188	8 315	66

TABELL 4. Beregnet tilbud av ledige sykehjemsplasser per år, fordelt på type sykehjemsopphold, og beregnet tilbud av sykehjemsplasser i forhold til aldersgruppen 80 år og eldre i tre kommunegrupper i Østfold i 2016.

Tabell 2 viser endringen av antallet sykehjemsplasser. Samlet har sengetallet økt med 113 plasser, det vil si litt over fem prosent. For et helt år blir dette en økning av kapasiteten med $113 \times 365 = 41.245$ liggedager.

Kommunene har samtidig redusert sitt tilbud av korttidsplasser med 14,5 prosent, slik det fremgår av tabell 3. Dette har medført et betydelig økt press på en allerede presset kapasitet i sykehjem.

De mindre kommunene har økt antall korttidsplasser med 25 prosent, samtidig som antall plasser har blitt redusert med litt over fem prosent. I de større kommunene har utviklingen gått motsatt vei, og dermed redusert mottakskapasiteten i sykehjem.

Regnestykket for beregnet mottakskapasitet for UKS-pasienter i sykehjem i 2016 vises i tabell 4, og tilsier i teorien 8315 mulige innleggelser i 2016. UKS statistikken viser at sykehusene registrerte 1487 UKS-pasientdøgn. Med et gjennomsnittlig liggetid for hver UKS-pasient på tre døgn kan vi anslå et behov for 495 pasientoverføringer i løpet av året. Her må en imidlertid ta i betraktning at det samtidig gikk en jevn strøm av meget pleietrengende pasienter fra hjemmetjenesten og fastlegene til sykehjemmene. En må derfor i tillegg til sykehjemmsdrift se på endringer i hjemmetjenestene.

Tabell 4 viser at det også for disse tjenestene var store forskjeller mellom kommunegruppene, både når det gjelder dekningsgrader i forhold til eldrebefolkningen og for utviklingen fra 2011–2016. I 2016 hadde de små kommunene $96/66 \times 100 = 145$ prosent bedre sykehjemstilbud enn de middels og store kommunene. Ser en samlet på tabell 3 og 4 har de små kommunene hatt den beste utviklingen når det gjelder forbedring av mottakskapasitet for UKS-pasienter.

KOMMUNEGRUPPER	BRUKERE AV HJEMMETJENESTER	BRUKERE PER 100 INNB. 80 ÅR+	ENDRING 2011-2016. PROSENT
Fire byer	9 014	93,4	4,2
Åtte mellomstore	3 033	129,2	18,1
Fire små	643	104,9	30,7
Fylket	12 725	101,3	8,3

TABELL 5. Brukere av hjemmetjenester og forbrukere pr. 100 innb. 80 år og eldre i tre kommunegrupper i Østfold i 2016, og prosentvis endring siden 2011.

Endringer i hjemmetjenestene

Tabell 5 viser at antall brukere av hjemmetjenestene i fylket var litt under 13 000 i 2016, noe som var betydelig flere enn de litt over 2000 pasientene som ble behandlet i sykehjem, og der en betydelig andel hadde en liggetid på ett år eller mer. Her er det også viktige kommuneforskjeller, der de store kommunene hadde det dårligste kvantitative tilbudet, sju prosent lavere enn fylkesgjennomsnitt, mens de mellomstore kommunene hadde et tilbud som lå nesten 30 prosent over.

Samhandlingen mellom hjemmetjenester og fastlegene om felles pasienter

Figur 1 viser samvariasjonen mellom antall fastleger i en kommune i Østfold og forekomsten av UKS-overliggerdøgn. Det er en jevn stigende kurve fra de minste kommunene til de middels store, og kurven får et knekkpunkt og et brattere forløp ved ca. 14 kurative legeårsværk, dvs. for kommuner som har mer enn ca. 15.000 innbyggere. Denne kurven viser en klar sammenheng mellom antall fastlegeårsværk og overliggerdøgn i sykehus. Den inne-

holder ingen forklaringsvariabel/årsaksfaktor, og egner seg derfor best som dokumentasjon og som grunnlag for å sette opp hypotetiske forklaringer og identifisering av mer grunnleggende årsaker.

Ut fra min mangeårige kjennskap til kommunehelsetjenesten, og spesielt fastlegenes arbeid med de eldre hjemmeboende pasientene som krever samarbeid med hjemmesykepleie, er den mest plausible forklaring at samarbeidet er best i små kommuner. Årsaken er at legesentrene er mindre, og hjemmesykepleien er ikke oppsplittet i flere soner med flere ledere slik som i større byer. I mindre kommuner får helsepersonellet et mer personlig kjennskap til hverandre og sitt arbeid. Dette bidrar trolig til et mer personlig og helhetlig ansvar for felles pasienter.

Konklusjon

I forbindelse med samhandlingsreformen har Sykehuset Østfold redusert sengekapasiteten med ca. fem prosent fra 2011 til 2016. Dette har økt behandlingsbehovet i hjemmekommunene for denne gruppen pasienter som preges av geriatri og store pleiebehov.

Kommunene har på sin side økt behandlingsskapasiteten i sykehjem og hjemmetjenester, men dette har ikke vært nok til å unngå en betydelig økning UKS-døgn.

Det viktigste funnet er de betydelige forskjeller i behandlingsskapasitet som synes å være bestemt av kommunestørrelse og innbyggertall. I følge Tabell 1 hadde de fire store kommunene 21 ganger høyere forekomst av overliggerdøgn i forhold til eldrebefolkningen. Denne undersøkelsen viser at kommunene har gjennomført en markert utbygging av sykehjem og hjemmetjenestene, men at dette også varierer mellom kommunegrupper. Figur 1 viser en kurve med en systematisk samvariasjon mellom antall fastlegeårsværk i en kommune og innbyggertallet, og at denne kurven blir brattere når kommunene har mer enn 15.000 innbyggere.

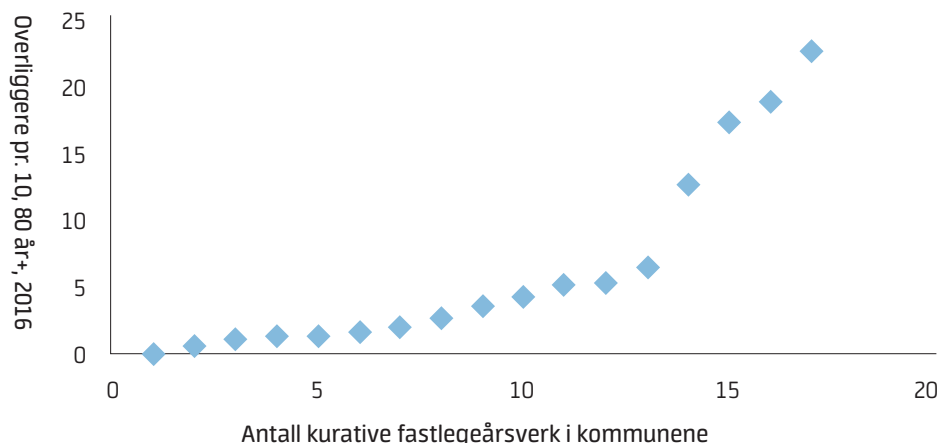
Dette funnet gir grunnlag for en tolkning som sier at det er vanskeligere å være fastlege for geriatrike pasienter i større kommuner med mindre behandlingsskapasitet i sykehjem. Følgelig må derfor flere sterkt pleietrengende pasienter behandles i hjemmetjenestene i samarbeid med fastlegen. Samtidig kan en forklaring være at i mindre kommuner vil hjemmetjenestene og fastlegene jobbe tettere sammen for å finne gode løsninger, slik at UKS-pasientene raskere kan utskrives. Disse to hypotesene utelukker ikke hverandre, men vil trolig forsterke forskjellene mellom kommunegruppene. Dette tilsier at det er behov for bedre kunnskap om fastlegenes og hjemmesykepleiens samarbeidsrelasjoner og kontakter når det gjelder felles ansvar for geriatrike pasienter med medisinske og pleiemessige utfordringer.

REFERANSER

1. Fem år med Samhandlingsreform viser at små kommuner har færre overliggerdøgn. Utposten nr. 7, 2018

■ HANKOTT@ONLINE.NO

Kurative fastlegeårsværk i hver kommune og forekomst av overliggerdøgn i aldersgruppen 80 år+ i 2016



Den norske patologforening

Ulla Randen

- Avdelingsleder, Akershus universitetssykehus HF
- 1.-amanuensis, Institutt for klinisk medisin UIO

Velkommen til kollegahjørnet, **Ulla Randen**, Leder, Den norske patologforening



Hvor mange patologer har vi i Norge?

Vi er 250 yrkesaktive spesialister i patologi i Norge, og 65 av disse er >60 år, så vi har et utfordrende generasjonsskifte. 92 er under utdanning.

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

Mye av patologien er uendret, og prosessen frem til fremstilling av snittene vi ser på i mikroskopet er den samme. Vi ser en dreining mot molekylærgenetisk karakteristikk av særlig svulstvev, og disse molekylærpatologirapportene vil nok også allmennpraktikere måtte forholde seg til etter hvert. For eksempel kan vi nå si noe om mutasjonsstatus i maligne melanomer og andre svulster.

Har deres forening diskutert oppgavefordeling mellom patologer og fastleger?

Vi har ikke diskutert samhandling med fastleger spesielt.

Legeforeningen har kampanjen «gjør kloke valg» for å motarbeide overdiagnostikk. Hva tenker dere om dette?

Dette er ikke et stort problem for oss. Vi har ikke inntrykk av at allmennlegene rekvirerer unødvendige prøver. Biopsier er jo vanskeligere å ta enn blodprøver, så da er nok indikasjonen også bedre. Vi følger de nasjonale retningslinjene og gir beskjed til rekvirent, for eksempel dersom HPV-testing ikke er indisert i cervixscreeningen.



FOTO: THOMAS BARSTAD ECKHOFF / LEGEFORENINGEN

Faggruppe for samhandling

NFA's Faggruppe for samhandling har adventsmøte 1. desember 2020. Digitalt, selvfølgelig. Møteverten har påloggingsproblemer og vi kommer 20 enerverende minutter for seint i gang, men så ser og hører vi hverandre, fra ulike kanter av landet. Fra faggruppen startet opp i 2017, har vi aldri møttes alle samlet. Videomøter var krevende og ustabile i starten, men kvaliteten har gradvis blitt bedre. I året med covid-19 pandemi har vi vært helt digitale. Stort sett går det bra, men altså ikke i dag...

To saker på agendaen

Utposten har invitert oss til å skrive litt om Faggruppen: hvem er vi og hva holder vi på med?

Vi skal ferdigstille anbefalinger om samarbeid for multidoser, som faggruppen har jobbet med i høst.

Så da går vi i gang. Aktiviteten er stor. Ideer og refleksjoner melder seg raskt. Vi velger å starte med definisjonen:

Hva er en faggruppe?

På hjemmesiden til Norsk forening for allmennmedisin (NFA) finner vi denne beskrivelsen:

«Faggruppene står sentralt i NFAs faglige aktiviteter. En faggruppe arbeider med et felt innenfor allmennmedisinen. Faggruppene gir styret råd til høringsuttalelser som berører interessefeltet. Målet for gruppens arbeid kan være å utarbeide en rapport eller annen publisering, arrangere kurs, utarbeide retningslinjer eller handlingsprogram, utarbeide faglige råd mm. Gruppene kan påta seg et tidsavgrenset oppdrag eller ha et mer langsiktig perspektiv med fagutvikling på sitt felt. Retningslinjer og budsjetttrammene for gruppene drift vedtas av årsmøtet».

Hvorfor en faggruppe for samhandling?

Årsmøtene for NFA og Allmennlegeforeningen (AF) fikk i mai 2017 følgende sak til behandling: «Behov for styrket fokus på medisinsk samhandling». Bak henvendelsen sto erfarne fastleger, oppnevnt av NFA til Helse direktoratet for å bistå med å beskrive fastlegenes rolle i handlingsprogrammene for kreft. Gruppen bekymret seg for at fastleger i økende grad fikk overført ulike arbeidsoppgaver, blant annet i oppfølging av kreft, uten å være i posisjon til å kunne påvirke utviklingen. Samarbeidsavtalene som var utviklet etter samhandlingsformen handlet i stor grad om pleie, omsorg og ivaretagelse. Avtalene manglet den medisinske dimensjonen; samarbeid om diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom. Fastlegenes rolle var ikke omtalt, og fastlegene var ikke representert der avtalene ble inngått, i 2012. Saken konkluderte med:

«Det er behov for å styrke grepet på overordnet nivå for å strukturere norsk allmennmedisins tilnærming til sentrale samhandlingsspørsmål:

- Arbeids- og ansvarsdeling mellom fastleger og sykehus
- Arbeids- og ansvarsdeling mellom sykehus og allmennleger innen de ulike fagområdene.

Hvordan dele oppgavene? Hvilke vurderinger skal ligge til grunn når man bestemmer hvem som gjør hva? Hva er rene faglige avgjørelser (pasientens beste), og når er det også snakk om ressurser og kapasitet?»

NFAs svar var å opprette en Faggruppe for samhandling. Gruppen startet opp i november 2017.

Faggruppens medlemmer

Faggruppen har pr. i dag 16 medlemmer, hvorav tolv utgjør den aktive gruppen. Vi

arbeider i ulike deler av landet, i store og små kommuner. Alle har bakgrunn som fastleger. Ti er, eller har vært, i PKO (praksiskonsulentordningen). I gruppen har vi nå med kommuneoverleger, kommunal samhandlingssjef, seniorrådgiver i Direktoratet for e-helse, spesialrådgiver innen samhandling og brukermidvirkning på RHF-nivå og samhandlingsoverlege. Faggruppen er åpen, og kolleger som ønsker å delta, er velkomne til å ta kontakt.

Det viktigste først: Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus

Faggruppen gikk umiddelbart i gang med å lage Anbefalinger for samarbeid mellom fastleger og sykehus. Vi tok utgangspunkt i anbefalinger som allerede var laget på Møteplass Oslo og Samarbeidsutvalg for fastleger (SUFF) i Østfold. Her er noen sentrale prinsipper i anbefalingene

- Faglige vurderinger og hensynet til pasientens beste skal være førende for samarbeidet.
- Travelhet hos en part skal ikke brukes alene som argument for å plassere en oppgave.
- Pasienter skal få det ansvaret de kan ta i å følge opp egne forløp, men ved behov skal pasienten få hjelp, for eksempel til å bestille time hos fastlege etter et sykehusopphold.
- Den som stiller indikasjon, for eksempel for billegdiagnostikk, skriver selv henvisningen og følger opp svaret overfor pasienten.
- Den som forskriver et legemiddel, må sjekke og rydde i reseptformidleren
- Fastlegene må ikke få overført behandlingsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten uten at dette er avtalt.

Faggruppen medisinsk uforklarte plager

MUPS er eit område der allmennlegene er dei fremste spesialistane. Dette er langvarige tilstander kor vi ikkje finn ei klar, objektiv medisinsk årsak, og som ofte gir funksjonsnedsetting. Faggruppa arbeider for å skaffa og spreia kunnskap, haldningar og arbeidsrutinar knytt til desse tilstandane. Vi legg vekt på at dei er meir eller

mindre uforklarte, men ikkje på nokon måte «uforklarlege». Det finst mykje forskingsbasert kunnskap på området som er viktig å gjera kjend.

Dei siste åra har det å arrangera kurs vore den viktigaste arena for formidling av kunnskapen vår om MUPS. Dei to siste kursa har vore fullbooka, og vi har

opplevd stort engasjement i diskusjonar og dialog rundt temaet.

Medlemmer frå gruppa har vore NFA sine representantar i mellom anna Nasjonalt nettverk for langvarig utmatting av uklar årsak, og vi tek nå del i Helsedirektoratet si ekspertgruppe i arbeidet med pakkeforløp for langvarig

Fra lokalt kollegialt initiativ til nasjonalt referansedokument

Anbefalingene ble oversendt styret i NFA i juni 2018. En intern prosess i Legeforeningen munnet ut i støtte til anbefalingene. Daværende leder i NFA, Petter Brelin, tok anbefalingene med seg i møter med de regionale helseforetakene og helsemyndighetene. Anbefalingene ble spredd i PKO, og lokale varianter ble utviklet i de fleste av sykehusenes opptaksområder. Helsedirektoratet begynte etter hvert å referere til dem i sine veiledere. Helseministeren viste også til anbefalingene, og i 2020 fikk sykehusene beskjed i sine oppdragsdokumenter:

«Helseforetaket skal påse at fastlegene ikke brukes til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Dette gjelder blant annet følgende administrative oppgaver:

- Videre henvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten.
- Rekvisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger.
- Rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus.
- Sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå, frem til neste kontroll hos fastlege eller ny vurdering hos spesialist, hvis det er indikasjon for det.
- Resept på nye legemidler, ved endret dosering og ved skifte av legemidler. Vanskelig tilgjengelige medikamenter gis med ved utskrivning for de første dagene.

Legeforeningens «Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus» bør legges til grunn for samarbeidet med fastlegene.»

Den nasjonale handlingsplanen for allmennlegetjenesten, som ble lansert i mai 2020, viser også til anbefalingene.

Samhandlingsverktøy for fastleger

Fastleger som inviteres inn i samarbeid av ulike slag, blir ofte sittende alene. Det kan være vanskelig å få oversikt over hvilken prosess man er en del av, og hvilken rolle man faktisk har. Det kan også være vanskelig å komme til orde, og bli hørt. Noen ganger blir fastlegen «bondefanget». Det tas beslutninger man ikke egentlig er enig i, men i etterkant legitimeres beslutningen: «Det har jo vært en fastlege med i arbeidsgruppen!»

Faggruppen har laget to verktøy til hjelp for praksiskonsulenter og fastleger som deltar i utviklingsarbeid, og som framover skal være med i helsefellesskap. De kan bidra til bedre rolleforståelse og metodikk i arbeidet:

Dokumentene som faggruppen har laget er tilgjengelige på legeforeningens nettsider (1).

Vi mener at det generelt bør være to fastlegerepresentanter i store arbeidsgrupper, f. eks i HDir. Det gir en betydelig styrke å være minst to. Og der det er mulig: Lag nettverk mellom kolleger som har liknende oppdrag! Da deles kompetanse, og fastlegenes innspill får større tyngde.

Fastleger må samarbeide om Multidose

Det er mye frustrasjon blant fastleger knyttet til oppfølging av pasienter som får legemidler i multidose. Vi mangler fortsatt elektroniske løsninger, og vi trenger samarbeidsrutiner, særlig ved behov for raske endringer og i overganger fra sykehus og andre døgn-enheter til hjemmet.

I september 2019 publiserte helsedirektoratet Nasjonale faglige råd for Multidose (2).

Kollegial bekymring om pasientsikkerheten i Multidoseordningen førte til at PKO

på OUS tok grep og bidro til utvikling av en felles anbefaling for samarbeid om multidose i hovedstadsområdet, godkjent i juni 2020. Faggruppen har gjennom høsten 2020 forenklet og bearbeidet denne, og laget: Anbefalinger om samarbeid for hjemmeboende pasienter som får legemidler i Multidose i regi av kommunen. Målet er å støtte opp under fastlegens viktige rolle som multidoselege. De skal være på plass, klare for bruk etter hvert som elektroniske løsningene for multidose kommer. Forhåpentligvis lysner det i løpet av 2021.

Siste del av faggruppens adventsmøte brukes til finpuss av anbefalingene om multidose. Forslaget blir oversendt til styret i NFA i januar 2021, og blir publisert så snart de er godkjent.

Vi sees på kurs!

Våren 2020 etablerte faggruppen en kurskomite som laget et to dagers emnekurs om samhandling, planlagt til Primærmedisinske uke (PMU) 2020. Inngressen for kurset er:

«En for alle og alle for en! Det er avgjørende for pasientsikkerheten at aktørene i helsetjenesten er på samme lag. Hvor finner jeg spillereglene, og hva er min rolle på laget?» PMU ble utsatt på grunn av covid-pandemien, men vi gleder oss til å kunne holde kurset så snart det igjen blir mulig med kollegiale samlinger.

REFERANSER

1. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/faggrupper/samhandling/>
2. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose>

BENTE THORSEN

Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin
Samhandlingsoverlege og PKO-leder på Oslo universitetssykehus

■ THOBEN@OUS-HF.NO

og symptomer, MUPS

utmatting av uklar årsak, inkludert CFS/ME. Nokre av oss har og blitt invitert til rettleiingsgrupper og smågrupper der temaet har vore MUPS, eller bidrege med relevante tips om artiklar til gruppen.

Nettsida er for tida under oppdatering. Her kan de blant anna finna vitskapelige

artiklar om MUPS skreive av medlemmer frå gruppa, artiklar frå media, doktorgradsavhandling og link til undervisningsfilm om MUPS.

Gruppa har i dag 11 medlemmer: Aase Aamland, Stein Nilsen, Peter Prydz, Lars Tore Nerbøvik, Kirsti Malterud, May-Lill Johansen, Ingjerd Helene Jøssang (leder),

Peter Christersson, Kaveh Rashidi, Ingunn Leeber og Cathrine Abrahamsen.

Vi vil gjerne ha med fleire medlemmer!

INGJERD HELENE JØSSANG
Fastlege på Rennesøy

■ INGJERD@GMAIL.COM

Eilert Sundt og samfunns

■ MAGNE NYLENNA • Fagdirektør, Folkehelseinstituttet og professor, Universitetet i Oslo

■ CAMILLA STOLTENBERG • Direktør, Folkehelseinstituttet og professor, Universitetet i Bergen

Teologen og presten Eilert Sundt (1817–1875) var opptatt av hverdagens levevaner for folk flest og levekårene til vanskeligstilte grupper. Hans forskning og formidling supplerer virksomheten til legen og professoren Frederik Holst (1791–1871) som regnes som vår første samfunnsmedisiner. Dagens folkehelsearbeid må bygge på tradisjonene etter dem begge.

To personer fra 1800-tallet har preget norsk samfunnsmedisin mer enn de fleste andre. Den første var Frederik Holst (1791–1871) som ble professor i hygiene i 1824 og betegnes som «vår pioner i faget» (1). Den neste var Eilert Sundt (1817–1875), som regnes som pioner både innen sosiologi, demografi og epidemiologi (2). Han karakteriseres endatil som «samfunnsvitenskapens grunnlegger» her i landet (3). Med sin bakgrunn minner Eilert Sundt oss om at samfunnsmedisin ikke bare er en medisinsk spesialitet, men dessuten et tverrfaglig arbeidsområde (4).

Eilert Sundt var utdannet teolog og avsluttet sitt yrkesliv som sokneprest på Eidsvoll. Han er mest kjent for sine studier av folkelivet i Norge, og mange av hans publikasjoner har stor relevans for folkehelsen og folkehelsearbeid. Hans første prosjekter handlet om «fante- og landstryger-folket». Sundts undersøkelse *Om Dødeligheden i Norge* (1855), der målet var å tallfeste dødeligheten i Norge i perioden 1821 til 1851, er et grunnleggende prosjekt i norsk demografi. I rapporten *Om Aedrueligheds-Tilstanden i Norge* (1859), som tar utgangspunkt i «drikkeondet» som et sosialt problem, gir han ikke bare en landsomfattende beskrivelse av problemomfanget, men også en drøfting av årsakene.

Renslighetsboken

I 1869 utgav Eilert Sundt boken *Om Rensligheds-Stellet i Norge*. Boken er beskrevet



ILLUSTRASJONSFOTO: WIKIMEDIA COMMONS / OSLO MUSEUM, BNHISTORISK SAMLING / FOTO: RUNE AAKVIK

som hovedverket i Sundts store forfatter-skap. Den gir en omfattende beskrivelse av renhold av hus og klær, personlig hygiene og matstell i Norge fra de tidligste tider til 1860-tallet. Renslighetsboken bygget på detaljerte observasjoner og registreringer som Eilert Sundt hadde gjort gjennom sine mange reiser her i landet. I boken forklarer, og langt på vei forsvarer, Sundt levesett blant «almuen» som mange leger hadde karakterisert som uvitenhet og urenslighet.

Jo mer innsikt Eilert Sundt fikk i folks levekår, jo mer forståelse fikk han for deres levesett. Han hadde et historisk forhold til hvordan livsstil og levevaner formes og endres. Han var mer opptatt av utviklings-trekk enn øyeblikksbilder og hadde et slags evolusjonsperspektiv på folkelivet. Så lenge utviklingen gikk i riktig retning, var han tilfreds, selv om han så åpenbare forbedringspotensialer. Det gjaldt ikke minst husstell og matstell som opptok ham mye.

medisinsk arbeid

Allerede før renslighetsboken ble utgitt, polemiserer Sundt offentlig mot legenes beskrivelse av elendigheten rundt om i landet. Sundt nærmest harselerer med mange sunnhetskommisjoners «såkalte sundhedsregler». Han mente at legene verken hadde tilstrekkelig kjennskap til folkelivet eller forståelse for folks begrensede muligheter til å etterleve sunnhetsreglene de ble presentert. Dette brakte ham i konflikt med mange av den tids ledende, norske leger. Sundt mente blant annet at lepraksperten og stortingsmannen Daniel C. Danielssen (1815–94), la urimelig skyld på kvinnes husstell for spredningen av lepra. Sundt trakk sammenhengen mellom sviktende hygiene og forekomsten av denne fryktede sykdommen i tvil. Som et eksempel viste han at til tross for bedre renhold i Sunnfjord enn de fleste andre steder i landet, var det mange tilfeller av lepra nettopp der.

Holst og Sundt

Eilert Sundt ble født samme året som Frederik Holst disputerte for doktorgraden, for øvrig som den første i Norge. Holst hadde sin kulturelle forankring i eneveldet og opplysningstiden, og hadde sine mest aktive arbeidsår fram til ca. 1850. Det var da Sundt begynte sin vitenskapelige karriere. Eilert Sundts bakgrunn var det nye, nasjonsbyggende Norge og det sosialt urolige Europa som hadde en foreløpig kulminasjon med 1848-revolusjonene i flere land. Mye endret seg både i samfunn og sykdomsoppfatning utover på 1800-tallet, og Holst og Sundt hadde derfor ulike forutsetninger for sin forskning og sitt sosiale engasjement.

Både Frederik Holst og Eilert Sundt hadde en spesiell interesse og omsorg for svake og sårbare grupper. For Holst gjaldt det særlig sinnssyke (5), mens det for Sundt i første omgang var tatere og omstreifere. Begge var dessuten kunnskapssøkende og så behovet for fakta og dokumentasjon før tiltak ble iverksatt.

Men arbeidsmetodene til de to var ganske forskjellige. Legen Frederik Holst var opptatt av sammenhengen mellom sosiale

forhold og helse (6), men tilnærmet seg denne sammenhengen som naturvitenskapsmann. Hans tabeller over utviklingen av koleraepidemiene og sykehusstatistikken han presenterte med kommentarer i tidsskriftet *Eyr*, vitner om en imponerende systematikk og nøyaktighet (7).

Eilert Sundt var samfunnsforsker, og kombinerte ulike metoder i sin kunnskapsinnhenting. Selv om han gjorde omfattende kartlegginger og også presenterte innholdsrike tabeller, var det ikke tilstrekkelig for ham å telle. Sundt måtte også prate med folk og høre deres egne beskrivelser. Han tok detaljerte notater fra samtaler. Han førte med lek og lærd rundt om i landet, og mente at å bli kjent med Norges geografi var en viktig forutsetning for å forstå folkelivet. Han var kritisk til sine egne forskningsmetoder og bevisst metodenes svakheter. Han reflekterte åpent over sin forutinntatthet og sine egne reaksjoner på alt han registrerte og hvordan funnene utfordret hans egne verdier.

Også i formidlingen av kunnskap, som hadde høy prioritet hos dem begge, skilte de to lag. Fr. Ederik Holst skrev utredninger for regjeringen, grunnla og redigerte Norges første medisinske tidsskrift *Eyr* og underviste medisinstudenter. Han var mer fagets enn folkets lærer (8).

Eilert Sundt hadde en annen målgruppe for sin virksomhet. Han var inspirert av den danske presten, salmedikteren og folkeopplyseren Nikolai Grundtvig (1783–1872) og hadde folkeopplysning som en fanesak gjennom hele livet. Sundt var endatil en av stifterne av *Selskabet for Folkeoplysningens Fremme* i 1851, og i mange år var han redaktør av selskapets tidsskrift *Folketennen*. Hans mange publikasjoner preges av fortellerglede og høy språklig bevissthet. Han gjenga ofte sitater fra sine samtaler med folk, og klarte å skrive populært og vitenskapelig samtidig. Slik nådde han mange ulike målgrupper med budskapet sitt.

Med dagens terminologi kan vi si at Eilert Sundt primært drev helsefremmende arbeid og orienterte seg mot folk flest, mens Frederik Holst var mest opptatt av sykdomsforebygging og først og fremst ar-

beidet mot myndigheter og fagmiljøer. Slik utfylte de hverandre i et samfunnsmedisinsk perspektiv.

Hva kan dagens samfunnsmedisin lære av Eilert Sundt?

På samme måte som Geoffrey Rose (1926–1993) langt over 100 år senere (9), var Sundt opptatt av «årsakene bak årsakene» (the causes of the causes). Enten det gjaldt alkoholkonsum eller personlig hygiene søkte han etter de grunnleggende forutsetninger for folks atferd. Det han fant, var tradisjoner, kunnskapsmangel og først og fremst fattigdom. Mer enn det personlige ansvar for den enkelte, vektla han sammenhenger og samfunnsstrukturer som forklaring på den situasjonen han avdekket. Han oppfattet rådene fra den tids leger som uttrykk for manglende forståelse for de grunnleggende og bakenforliggende problemene. Dette førte ham inn i mange diskusjoner. Han følte seg ofte misforstått, men forsvarte sine synspunkter og standpunkter med stort personlig mot.

Kombinasjonen av kvantitative og kvalitative forskningsmetoder som Sundt benyttet, beriker det samfunnsmedisinske kunnskapstilfanget. Dagens bruk av «mixed methods» i samfunnsmedisinsk forskning viderefører viktige deler av Eilert Sundts tilnærming.

Og sist, men ikke minst, understreket Eilert Sundt behovet for sammenlikninger i sin tolkning av data, enten det gjaldt dødelighet eller alkoholkonsum. Alt er relativt, og for at et tall skal ha mening, må det settes i en sammenheng og sammenliknes med noe annet. Hva er «normalt», hva er «gjennomsnittlig», hva er «ønskelig»? I vår tid som preges av målinger og tellinger på stadig flere områder, er det ekstra viktig å merke seg.

REFERANSER

1. Mellbye F. Hva er samfunnsmedisin? Frederik Holst (1791–1871) – vår pioner i faget. *Tidsskr Nor Legeforen* 1993; 113: 3762–6.
2. Nylenna M, Stoltenberg C. Eilert Sundt – vår første epidemiolog. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 1918–23.
3. Christophersen HO. Eilert Sundt. En dikter i kjensgjerninger. Oslo: Gyldendal, 1962.
4. Nylenna M. Hva er samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 79–85.
5. Kringlen E. Frederik Holst og psykiatrien. *Michael* 2017; 14: 288–93.
6. Schjøtz A. Samfunnsmedisinens pioner – Frederik Holst og det offentlige lege- og helsevesen. *Michael* 2017; 14: 272–87.
7. Nylenna M, Larsen Ø. Eyr – portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; 12: Suppl 17.
8. Larsen Ø, Nylenna M. Medisineren Frederik Holst – mer fagets enn folkets lærer. I: Roos M, Tønneson J, red. *Sann opplysning? Naturvitenskap i nordiske offentligheter gjennom fire århundrer*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk 2017.
9. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.

■ MAGNE.NYLENNA@FHI.NO

Obligatorisk lesning



Marie Haavik, Siri Toven
Ivaretakelse av hjelpere
 Universitetsforlaget
 Oslo 2020
 158 sider
 ISBN 978-82-15-03449-2

Tematikken i denne boken er antakelig ikke tilstrekkelig tematisert innenfor grunn-, videre- og etterutdanningen i faget medisin dessverre. Og heller ikke på alle arbeidsplassene våre. Psykologspesialistene Marie Haavik og Siri Toven har mange års erfaring både som klinikere og som kursholdere nettopp innenfor temaet ivaretakelse av hjelpere. Som beskrevet på bokens omslag: «Grunnlaget for et ivaretakende system må være kunnskap om belastningene som finnes i hjelperyrkene,

hva som gir risiko for skader, hva som er tegn på slitasje, og hva som beskytter. En hjelper som blir tatt vare på og som tar vare på seg selv, har mindre risiko for å bli syk eller skadet av smerten han eller hun tar inn over seg på jobb.»

Som leger har vi en arbeidshverdag som kan inneholde mye glede: tilliten vi blir vist, all kunnskapen vi får om mangfoldet i livsbetingelser, og om hvordan mennesker mestrer og finner veier i krevende hverdager. Vi får unike innblikk i samfunnet rundt oss, og vi får muligheter til selv å vokse i innsikt og kyndighet gjennom yrkeslivet. Og mange pasienter får god hjelp – ingen tvill!

Men forfatterne av denne boken trekker også fram hva det kan koste å være den som skal bistå mennesker i sykdom, kriser og sorg på en profesjonell måte gjennom et langt yrkesliv. For å si det med få ord: Vi forventes å vise empati, innlevelse, respekt og solid faglighet i en åpen samtale og kyndig behandling. Men dette må vi evne uten å ta med oss alle pasient-situasjonene hjem til vårt liv utenfor jobben. Det er her boken er på sitt aller mest interessante, nettopp ved at forfatterne går inn i ulike situasjoner, både fra egen yrkesutøvelse og fra en rekke fagpersoner som har deltatt på kursene deres. – Litteraturlisten er også solid og omfattende.

Kapitlene dekker en rekke sider ved hvorfor det er behov for ivaretakelse og hvem som skal ivareta hvem. Er det legen

selv? Er det kollegafellesskapet? Er det leder på kontoret/avdelingen? Ja, er svaret – alle kan og bør bidra til en kultur med passe åpenhet om både gleder og mer krevende erfaringer. Kanskje er et arbeidsmiljø hel-sefremmende først når en ivaretakende kultur er tydelig og trygg.

Også egen ivaretakelse er naturligvis sentralt for enhver hjelper. Dette temaet er grundig og nyansert presentert, og med eksempler på situasjoner og forslag til teknikker man selv kan bruke både akutt her og nå og i et lengre tidsperspektiv.

En stor styrke ved boken er at forfatterne tar fram mange ulike situasjoner hvor både en selv og fellesskapet kan bistå med ivaretakelse – kliniske og personlige situasjoner som nok er gjenkjennelige for enhver hjelper, noe til smil og mye til refleksjon. Kort sagt en «jordnær» presentasjon. Og boken er dessuten lettlest.

Jeg står ved overskriften på denne anmeldelsen: Boken bør kunne vurderes som obligatorisk, både for medisinstudenter, for ferske leger og ikke mindre vesentlig: for leger med mange års erfaring – og derav potensiell slitasje. Forfatterne viser solid kjennskap til hva det vil si å være en god hjelper – og det i år etter år – og uten å bli skadet, syk eller vedvarende fortvilet over arbeidshverdagen.

Boken anbefales.

ELI BERG

En spennende utfordring



Dag Jenssen, Monica Kjørstad,
 Sissel Seim, Per Arne Tufte (red.)
Vitenskapsteori for sosial og helsefag
 Gyldendal Norsk Forlag
 Oslo 2020
 261 sider
 ISBN 978-82-05-51837-7

Dette er en solid og utfordrende bok, som kan gi mange aha-opplevelser for både leger i praksis og for kolleger som også ønsker å forske innenfor medisin. Behovet for «befruktnings» av faget vårt vil alltid være

til stede, altså ikke bare «knoppskyting» – i betydningen mer av det samme. I denne boken får vi leger muligheten til nettopp dette å se vår faglige forståelse og praksis med «nye briller». Forfatterne inviterer til en spennende reise, en til tider krevende lesning som kanskje ikke passer helt som «sengelektre».

Redaktørene skriver i sitt innledningskapittel blant annet: Vitenskapsteori handler blant annet «om kunnskapsteoretiske spørsmål som: Hva er kunnskap? Hva er

Hjelp til større trygghet



Cathrine S. Thommessen, Cecilie B. Neumann
Gode hjelpere kjenner seg selv
 Traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge
 Cappelen Damm Akademisk
 Oslo 2019, 134 sider
 ISBN 978-82-02-65122-0

Denne boken tar sikte på å utfordre og veilede profesjonelle hjelpere – leger inklusive – i hvordan vi kan oppnå en så god relasjon som mulig til mennesker som søker vår hjelp.

Cathrine S. Thommessen er utdannet danse- og bevegelsespedagog og kroppsorientert traumeterapeut, og Cecilie B. Neumann er sosiolog og gestaltterapeut. Begge legger for dagen et genuint engasjement for både barn, ungdom og voksne som har traumer av ulik alvorlighetsgrad i «bagasjen» sin. Deres fokus er at for å kunne hjelpe

mennesker som lider under følger av alvorlige livserfaringer, må hjelperen selv vite hvilken ballast en selv bærer med seg, enten den er bearbeidet eller ikke. – Medisinstudiet her til lands har nok generelt hatt et svakt fokus på denne siden av legerollen.

Forfatterne legger vekt på at bokens hovedmålsetting er at den skal kunne gi hjelperen hjelp til større trygghet, og en forståelse for hva som ofte skjer i konkrete møter under arbeid med sårbare barn, ungdom og voksne. «Vi er opptatt av å fremme traumebevisst egenomsorg.»

Boken gir et innblikk i et teoretisk grunnlag for stress- og traumereaksjoner, og hvordan disse reaksjonene påvirker oss sosialt, følelsesmessig, kognitivt og atferdsmessig. Kontakt med egne kroppslige reaksjoner kan bidra til gjenkjenning og anerkjennelse av følelser – hos oss selv og andre – og som er naturlige for oss alle. Slik anerkjennelse bidrar igjen til trygghet. Ulike tilnærmingmåter til å regulere stress er vist ved eksempler og øvelser.

Forfatterne tar utgangspunkt i en fenomenologisk forståelse av mennesket i verden, at vi alltid inngår i relasjoner til hverandre og våre omgivelser. De henviser blant annet flere ganger til vår kollega Anna Luise Kirkengen, som i mer enn 20 år har forsket og formidlet tematikken om «innscribte bodies», altså folkelig sagt hvordan livserfaringene skrives inn i kroppen våre.

Forfatterne holder fram at det ikke er et poeng å kjenne sin egen historie «til bunns», men godt nok til å kunne gjenkjenne de kroppslige tegnene og signalene på at en selv blir aktivert, som redd, sint, utålmodig osv. i møter med sårbare mennesker. Poenget er at jo mer oppmerksomhet vi har på vår egen kroppslige situering her og nå, desto mer sensitive vil vi kunne bli overfor andres kroppslige tegn og signaler. Spesielt i møter med traumatiserte pasienter er det vesentlig å være oppmerksom på at de kan ha et sensitivt stresssystem som lett blir trigget.

Gjennom boken presenteres på en pedagogisk god måte både grunnlaget for stressreaksjoner og hvordan mennesket reagerer om påkjennningene er for store. De beskriver at «traumer kommer fra overveldende opplevelser av frykt og hjelpeløshet, der vi i etterkant av opplevelsen ikke fikk nok trygghet og støtte til å regulere ned den voldsomme stressaktiveringen.»

Etter hvert kapittel i boken kan vi lese en punktvis oppsummering av essensen av det de har ønsket å formidle. Framheves må også de gode pasientfortellingene som illustrerer bokens tematikk fortløpende.

Dette er en bok som både kan bevisstgjøre oss som hjelpere, samt at den gir flere forslag til hvordan vi kan bli enda mer lyttende og fungere trygghetsskapende for de mest sårbare pasientene våre.

Boken anbefales.

ELI BERG

gyldig kunnskap? Hva kan vi få kunnskap om? Hvor går grensene for kunnskapen? Hva er det vi ikke kan få kunnskap om?»

For å belyse ovennevnte og ytterligere høyaktuelle temaer innenfor basisen for våre medisinske praksiser, er 12 personer med solid vitenskapsteoretisk bakgrunn innen ulike fagområder, invitert til å utdype tematikken ut fra egen og andres forskning og teoriutvikling.

Redaktørene avgrenser bokens tematikk noe – for som de presiserer – «å utforske noen vitenskapsteoretiske områder som vi mener kan være relevante for helse- og sosialfagene. Hva slags spørsmål knytter seg til evidensbasert praksis? Hva er forholdet mellom fortolkning og for-

klaring? Hvilke roller spiller politiske og andre verdier i forskningen? Hvordan forholder kunnskap som konstruksjon seg til kunnskap som representasjon av noe reelt eksisterende? Hvordan forklarer vi handlinger, og hvordan skal vi forstå årsaksforklaringer?» Bare for å nevne noe fra redaktørenes grundige presentasjon av bidragene i boken.

Noen kapitler kjennes spesielt relevante inn i en medisinsk hverdag. Hilde Bondevik og Eivind Engebretsen ved Det medisinske fakultet i Oslo skriver inngående og opplysende om ulike sider ved såkalt evidensbasert praksis. Mens Magdalena Thomassen ved den vitenskapelige høyskolen på Diakonhjemmet skriver om hvordan

fenomenologi og hermeneutikk har fått økende betydning for både forskning og praksis innen medisin. Og som hun betoner, så er nettopp disse vitenskapsteoretiske retningene også med på å synliggjøre hvordan vi kan forstå vår måte å være i verden på rent generelt.

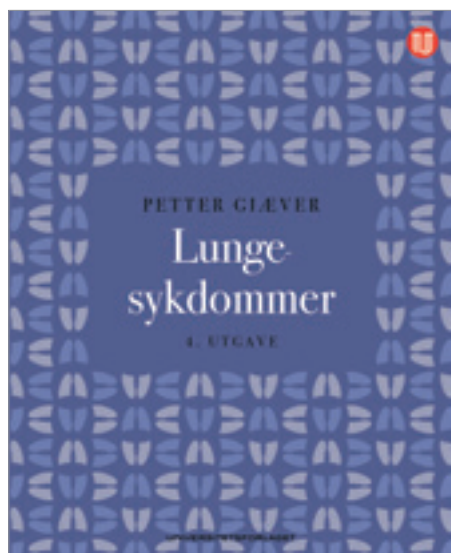
De ulike kapitlene har mange referanser til både fortidige og nålevende tenkeres skrifter.

Boken utfordrer og opplyser og kan utvilsomt danne grunnlag for mang en diskusjon, både individuelt og ikke minst i kollegagrupper.

Boken anbefales.

ELI BERG

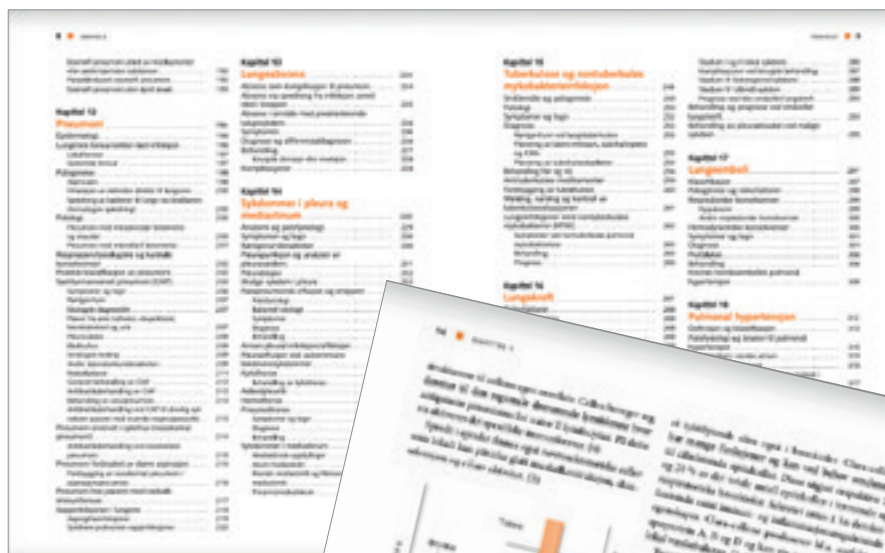
Et oppslagsverk



Petter Glæver
Lunge sykdommer
4. utgave
Universitetsforlaget
Oslo 2020
399 sider
ISBN 978-82-15-04279-4

Dette er bokstavelig talt en stor bok – vekt 1,134 kg! Og det er en ruvende bok også faglig sett. Etter mer enn 30 års erfaring som overlege ved lungeavdelingen på hhv. Ullevål og Rikshospitalet – inklusive forskning og undervisning – er det en nestor i faget som her har samlet trådene i lungefaget. Også aller siste nytt innenfor feltet har fått en sentral plass i denne boken, inklusive erfaringene i oppstarten av koronapandemien i 2020.

Målgruppen for boken er både studenter – medisin og fysioterapi, men også allmennleger og spesialist-kandidater som behandler lungepasienter, kan vi lese av baksideteksten. Allmenn- og samfunnsmedisinere vil neppe sette seg ned for å lese denne boken fra perm til perm i løpet av en helg. Men for et solid oppslagsverk vi har fått i hånden! Boken er skrevet i et flytende og lett språk, pedagogisk lagt til rette på en inspirerende måte, og med veltilpassede illustrasjoner, figurer og bilder som underbygger stoffet. Bokens layout bidrar til at det er enkelt å finne fram til den tematikken man måtte søke etter innenfor lungemedisinen.



Hver sykdomsgruppe er utover i boken behandlet i hoved- og underkapitler på en oversiktlig måte – noe som ikke minst er nyttig når man vil bruke boken som et oppslagsverk. Et stikkordsregister letter søket etter det vi måtte ønske å sette oss inn i.

Atelektase, respirasjonssvikt, astma, KOLS, bronkiektasier, cystisk fibrose, interstitiell lungesykdom, pneumoni, lungeabscess, tuberkulose, lungkreft, lungeemboli, pulmonal hypertensjon, lungeødem, søvnapnoe – dette er noen av temaene som omhandles i hver sine kapitler. Og for ikke å glemme: sjeldne lungesykdommer. Noen undersøkelsesprosedyrer beskrives spesielt i egne kapitler.

Ikke minst spennende – og nyttig – er det å lese om alt vi ikke skal gjøre framover – spesielt når det gjelder ulike behandlinger

vi har benyttet for lungeproblematikk i mange år. Her er det interessante og vel dokumenterte nye innsikter som bidrar til at vi kan stole på rådene vi får.

Forfatteren skriver i forordet at «å skrive lærebok i våre dager må være som å løpe etter et tog som går raskere og raskere fra deg.» Men både gjennom teksten og ved referanser til internasjonal forskning viser han at han langt på vei holder tritt med dette toget.

Boken anbefales.

ELI BERG

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

HVA LESER...

Kirsti Malterud



Hva leser du nå?

Bøker gir meg mye glede, og jeg leser ofte flere bøker samtidig. Nå er jeg på slutten av Patti Smiths *Apens år* – en reiseberetning om venner, steder og stemninger fra et annet USA enn det vi ser på TV. Denne lille boken er rikelig illustrert med forfatterens egne polaroidfotografier i svart-hvitt, og Brit Bildøens oversettelse til nynorsk trefter stemningen utrolig godt. Selv om min musikksmak hittil aldri har vært i nærheten av punk, ga boken meg lyst til å høre noe av musikken Patti Smith har skrevet og fremført. Jeg leser også Kirsten Thorups *Indtil vanvid, indtil døden*. Boken handler om en dansk kvinne som i 1942 drar til München for å besøke venner av sin avdøde mann som var flyger i Luftwaffe. Her møter hun seg selv i døren når hun opplever større og verre sammenhenger enn dem hun kjente fra før. I lesebunken min ligger også diverse sakprosa og faglitteratur, for tiden mest om informert samtykke.

Hvorfor leser du disse bøkene?

Jeg leser for å oppleve noe – noe nytt, eller noe som gir gjenkjennelse og fascinasjon, eller av og til ubehag og ettertanke. Ser jeg en fristende bokanmeldelse, legger jeg inn bestilling på bibliotekets venteliste, selv om det viser seg at det er 73 foran meg i køen. Dermed kan det ta tid før boken kommer, og av og til har jeg glemt hvorfor jeg bestilte den. De fleste av bøkene jeg leser, kommer fra biblioteket. Dette er bakgrunnen for akkurat de bøkene jeg holder på med nå.

Hvor leser du?

I lenestol, sofa eller seng. Ebok når jeg er på reise. Ofte godt å lese et kapittel før jeg sovner.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Nesten hva som helst. For ikke så lenge siden havnet jeg tilfeldigvis i en stim av

bøker fra andre verdenskrig – spennende med røde tråder på tvers av sjanger og perspektiv, og fint å friske opp historien.

Har du en anbefaling til Utpostens lesere?

Jeg foreslår at vi våkner av Beate Grimsrud er den jeg husker best fra siste halvårs lesning. Om å leve når døden nærmer seg, om betydningen av et sterkt sosialt nettverk, om hvilken betydning en tilfeldig replikk fra legen kan komme til å ha, om fantasier og realiteter i et poetisk og sterkt språk. Skrevet mens forfatteren var i siste fase av kreftsykdom.

RELIS

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

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuaavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av 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.

Husk at legemidler kan gi søvnløshet

Vurder alltid legemidler som årsak til søvnproblemer. Søvnløshet er en vanlig problemstilling i allmennpraksis som mange leger opplever som utfordrende å håndtere. Ofte vil legen ikke kunne tilby pasienten en behandling som vil løse problemet helt.

Mange underliggende årsaker ligger utenfor legens kontroll, som aldring, ulike traumatiske livshendelser og eksisterende avhengighet av sovemidler. Tradisjonelle ikke-farmakologiske tiltak krever stor grad av motivering og viljestyrke fra pasientens side. Ikke sjelden ender legen opp med å forskrive innsovningstabletter gjentatte ganger, selv om det er anbefalt at slike bare skal brukes over kort tid. Tall fra reseptregisteret viser at det var 344 179 brukere av benzodiazepinlignende innsovningsmedisiner i 2019, og disse hentet i gjennomsnitt ut 163 døgndoser hver i løpet av året (1). Langtidsbruk står altså for størstedelen av forbruket.

Legemidler kan forstyrre søvnen

Legemidler er en ofte oversett årsak til søvnproblemer som allmennleger faktisk kan gjøre noe med. I en søvnanamnese hører legemiddelbruk naturlig til: «Hvordan vurderer du sammenhengen mellom oppstart av legemiddel XXX eller YYY og søvnproblemene dine?». Eventuelt «Var det noen endring i søvn i forbindelse med seponering, doseøkning eller dosereduksjon?»

I en oversiktsartikkel gikk forskere gjennom 74 metaanalyser fra Cochrane-samarbeidet som vurderte 88 ulike legemidler ved 27 ulike tilstander i 274 randomiserte kli-

niske studier. Man fant at fem av disse legemidlene gav en bedret søvnkvalitet, mens 19 av dem gav økte søvnproblemer. De legemiddelklassene som var sterkest assosiert med søvnproblemer var acetylkolinesterasehemmere, dopaminagonister og selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI). Forfatterne av denne studien analyserte også beskrivelser av søvnvansker i preparatomtaler for de inkluderte legemidlene, og slår fast at det er dårlig samsvar sammenlignet med funnene fra de randomiserte studiene (vektet kappa 0,31, $p < 0,001$) (2).

For en del av legemiddelgruppene kan sammenhengen med søvn virke overraskende, men er like fullt godt dokumentert. Blant japanske pasienter med autoimmune sykdommer, fant man glukokortikoid-indusert insomni hos 50 prosent i (3). I en studie som sammenlignet escitalopram med nortriptylin, fant forfatterne søvnvansker hos 36 prosent av pasientene som brukte escitalopram (4). Fortolkningen av slike studier kompliseres ofte av at grunntilstanden også kan påvirke søvn negativt.

Mekanismer

Flere underliggende mekanismer kan føre til søvnløshet. For noen få legemidler er det en direkte sentralstimulerende effekt som

ligger under (f.eks. koffein og ADHD-medisiner), andre ganger kan det være ønskede terapeutiske virkninger som forstyrrer søvnen (f.eks. økt vannlatning ved bruk av diuretika). Ulike søvnstadier kan bli påvirket, for eksempel vil glukokortikoider redusere dyp søvn, mens flere legemiddelgrupper forstyrrer REM-søvnen (SE TABELL 1) (5). Mange bivirkninger har potensial til å forstyrre søvnen, for eksempel muskelsmerter ved bruk av statiner, og kvalme og svetting ved oppstart av en lang rekke legemidler.

Seponering av enkelte legemidler forstyrre søvnen, enten direkte på grunn av plagsomme seponeringsreaksjoner, eller fordi langvarig bruk har ført til mer eller mindre reversible endringer i søvnmønsteret. Legemidler kan gi effekt på søvnkvalitet umiddelbart eller etter lang tid. Seponeringsreaksjoner etter for eksempel langvarig bruk av antidepressiver kan vare i flere måneder.

Tabell 1 viser en oversikt over legemidler som kan gi søvnvansker.

Tiltak for å unngå legemiddel-indusert søvnforstyrrelse

- Husk på legemidler som en del av søvnanamnesen: Er det samsvar i tid mellom



start av insomni og oppstart, seponering eller doseendring av legemiddel?

- Hvis mulig unngå, å starte opp legemidler som er kjent for å gi søvnvansker dersom pasienten er i faresonen for å utvikle dette.
- Informer pasienten ved oppstart om at legemidlene kan ha forbigående eller varig påvirkning av søvnen.
- For legemidler som gir seponeringsreaksjoner: Informer pasienten om mulig negativ effekt på søvn ved seponering, og at dette er forbigående.
- Prøveseponering, eventuelt forbigående dosereduksjon kan være avklarende. Dersom søvnplagene bedres ved seponering, for så å komme tilbake ved reeksponering, er årsakssammenheng sannsynlig.

nering, er årsakssammenheng sannsynlig.

- Vurder om endret tidspunkt for inntak kan være hensiktsmessig. Vil plagene bli mindre om legemiddelet inntas om morgenen hvis mulig?
- Rådfør deg eventuelt med RELIS i din region dersom du har spørsmål rundt legemidler og søvn.

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret. www.reseptregisteret.no (Søk: 18. januar 2021).
2. Doufas AG, Panagiotou OA, Panousis P et al. Insomnia from drug treatments: Evidence from meta-analyses of randomized trials and concordance with prescribing information. *Mayo Clin Proc* 2017 Jan; 92(1): 72–87. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.005.

3. Nakajima A, Doki K, Homma M et al. [Investigation of glucocorticoid-induced side effects in patients with autoimmune diseases]. *Yakugaku Zasshi* 2009; 129(4): 445–50. Japanese. doi: 10.1248/yakushi.129.445.
4. Uher R, Farmer A, Henigsberg N et al. Adverse reactions to antidepressants. *Br J Psychiatry* 2009; 195(3): 202–10. doi: 10.1192/bjp.bp.108.061960.
5. Malangu N. Drugs Inducing Insomnia as an Adverse Effect, Can't Sleep? Issues of Being an Insomniac, Soddichha Sahoo, IntechOpen, DOI: 10.5772/30921. Available from: <https://www.intechopen.com/books/can-t-sleep-issues-of-being-an-insomniac/drugs-inducing-insomnia-as-an-adverse-effect>

GUTTORM RAKNES

ph.d, overlege RELIS Nord-Norge

TERJE NILSEN

master i farmasi, avdelingsleder RELIS Nord-Norge

TABELL 1. *Eksempler på legemidler som kan gi søvnforstyrrelser (5).*

LEGEMIDDELGRUPPE	EKSEMPEL	KOMMENTAR
«Tradisjonelle stimulanter»	Koffein, teofyllin, nikotin	Sentralstimulerende. Forstyrrer REM-søvn
ADHD-legemidler	Metylfenidat, deksamfetamin	Sentralstimulerende
Beta-2-agonister	Salbutamol, salmeterol og terbutalin	Systemiske sentralstimulerende effekter av bronkodilaterende midler
Betablokkere	Særlig de som krysser blod/hjernebarrieren (f.eks. propranolol)	Kan blant annet gi mareritt. Reduserer REM-søvn. Kan redusere mengden melatonin
Glukokortikoider	Prednisolon, deksametason	Kan forstyrre dyp (slow wave) søvn
Antiepileptika	Lamotrigin, topiramat, levetiracetam	
Antidepressiver	SSRI, trisykliske	Plagsomme bivirkninger ved oppstart og seponering, forstyrrer REM-søvn. Obs: Depresjon gir insomni
NSAIDs	Diklofenak, naproksen, ibuprofen	Kan forstyrre melatonininnivåer
Acetylkolinesterase-hemmere	Donepezil	Mot demens. Kan være utfordrende å skille insomni pga legemiddel og pga. sykdom
Dopaminagonister: Levopdopa, pramipeksol		Mot Parkinsons. Kan være utfordrende å skille insomni pga. legemiddel og sykdom. Kan gi plutselig innsettende søvn

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

Dette kan vi ramme inn

Jeg ble utfordret av Kari Ersland til å presentere et dikt i *Utposten*. Kari utgjør sammen med Morten Munkvik en eminent og inspirerende duo som veiledere i min veiledningsgruppe for allmennmedisin.

Jeg har valgt meg diktet «Hvor hadde vi det fra» av Kolbein Falkeid (f. 1933). Jeg ble introdusert for Haugesundsdikteren Falkeid via sangtekstene til visegruppen Vamp, som

blant annet har tonesatt hans dikt «Tir n'a noir». På videregående skrev jeg særmenne om Kolbein Falkeid, og fikk da kjennskap til en større del av hans forfatterskap. Tematikken hans har stort spenn fra hjerte, smerte, hav og lengsler, til de helt nære og hverdagslige øyeblikkene. Diktet «Hvor hadde vi det fra» ble først publisert i diktsamlingen *Robinson* fra 1981. Diktet er stadig like aktuelt,

sist lånt ut til boken *Å løfte og bli løftet* av Bjørk Matheasdatter (2020). God fornøyelse.

Kanskje diktet gjør seg innrammet på kontoret?

Stafettpinnen gis videre til min gode venninne Kristin Eide.

Hilsen fra

MARIE SOLLIE SLAATTEBRÆK



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Hvor hadde vi det fra?

Men hvem sa at dagene våre
skulle være gratis?
At de skulle snurre rundt
på lykkehjulet i hjertet vårt
og hver kveld
stoppe på gevinst?
Hvem sa det?
Hvor hadde vi dét fra?
Hvem sa at livet vårt
skulle være lett å bygge ferdig?
At mursteinene var firkantede ballonger
som føk på plass av seg selv?
Hvem sa det?
Hvor hadde vi dét fra?
Det var piller for alt: nerver,
vedvarende hoste og anemi.
Men hvem sa at snarveiene
støtt var kjørbare? At fjellovergangene
aldri snødde til? Og at nettopp vi
skulle slippe å stå fast i tunnelen?
Ja, hvem sa det?
Hvor i all verden hadde vi dét fra?

KOLBEIN FALKEID