Utposten

2 2021
ÅRGANG 50

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Svein Steinert:
Veileder og stayer

Klamydia selvtesting
Koronapandemien
Læstadius og hans virke

Utposten

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. Søndenå
MOBIL: 476 44 519

FORSIDEFOTO:
Colourbox

DESIGN/LAYOUT:
Morten Hernæs
07 Media

REPRO OG TRYKK:
07 Media

07

TRYKT I NORGE
NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no

FOTO: COLOURBOX

INNHOLD

1 LEDER: Hva er kunnskap?
Inga Marthe Grønseth

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:
Veileder og stayer
Svein Steinert intervjuet av Kjell-Arne Helgebostad

5 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:
'Jeg vil testes for alt, doktor!'
Silje Bruland Lavoll og Åse Haugstvedt

8 Selvtesting av klamydia hos studenter på Universitetet i Tromsø
Sunniva Sæbø, Tonje Braaten, Lise Tangnes Leeves, Siri Kristoffersen og Astri Medbø

13 Luster-modellen – en måte å sikre stabilitet i de minste kommunene?
Knut Cotta Schønberg og Peter Prydz

16 Fastlegers henvisninger til annenlinjetjenesten
Torgeir Fjermestad

18 PraksisNett – status etter tre år
Stein Nilsen, Bjørn Bjorvatn og Espen Saxhaug Kristoffersen

20 Et pusterom i en travel hverdag
Therese Renaa

22 Trøtt av pandemi? Jeg også!
Eva Muriel Kibsgaard Nordberg

23 Rolleforståelse under pandemi sett med kommunelegens briller
Mariann Eintveit Lie

24 Pandemi i teori og praksis sett med FHI-briller
Unni Gopinathan

28 Tilsynssaker fra allmennpraksis og legevakt. En oversikt
Lisbeth Homlong

32 Nye spesialister

34 MEDISINSK HISTORIE: Læstadius – og hans innsats mot alkoholmisbruk blant samene
Arild Aambø

39 BOKANMELDELSE: Utfordrende perspektiver
«Fremtidsmennesket» anmeldt av Eli Berg

40 BOKANMELDELSE: Hva med de enslige mindreårige?
«Barn på flukt» anmeldt av Eli Berg

41 BOKANMELDELSE: En helhetlig tilnærming
«Sammensatte lidelser» anmeldt av Eli Berg

44 FAGGRUPPER: Faggruppe for klinisk kommunikasjon
Harald Sundby

45 FASTE SPALTER
HVA LESER LEGEN **45**
RELIS **46**
LYRIKKSTAFETTEN **48**

Hva er kunnskap?

Kunnskap er en komplisert entitet, og som leger drives vi kanskje av en trang til mer av den, samtidig som vi innehar en menneskelig trang til forenkling av komplekse dilemmaer. Vårt syn på forskning og kunnskap blir formet av oppvekst, skolegang og ikke minst av vårt møte med dette gjennom studiet og karrieren.

Som barn og unge er vi åpne, nysgjerrige og lekne. Våre hypoteser, om vi har noen, er brede og resultatet av våre umodne eksperimenter og tanker er sjelden forutinntatte.

På studiet får vi innføring i grunnleggende ferdigheter som statistikk, artikkelsøk og kritisk vurdering av forskningsartikler. Vi har alle svettet oss gjennom hovedoppgaven, og noen har til og med fått resultatet av det harde arbeidet på trykk. Gjennom utdanningen er det gjerne vår hang til tall og signifikans som blir dyrket mest gjennom fokus på den kvantitative delen av forskningsverdenen.

Når vi etter hvert har blitt leger, er vi opplærte til å forholde oss til kunnskapsbasert praksis og forskningsresultater på daglig basis. I en kaotisk hverdag preget av utfordrende beslutninger, er retningslinjer og håndbøker noe trygt å lene seg på. Selv om mange av oss kanskje føler en viss avstand til kompliserte analyser og utfordrende statistiske parametre, er det sjelden vi føler oss tryggere på behandlingsvalg enn når vi har vært flinke og grundig tatt for oss tidsskriftartikkelen, eller den siste omfattende Cochrane-oversikten som omhandler emnet.

Men det meste av den forskningen vi forholder oss til er utformet og utført ved universitetssykehusene og i helseforetakene. Primærhelsetjenesten, den arenaen der befolkningen i størst grad får håndtert sine helseutfordringer, har vært lite gjenstand for forskerens nysgjerrige og kritiske blikk. Kombinasjonen praktiserende fastlege og forsker er dessuten en relativt sjelden rase, dette på tross av den enorme betydningen det ville ha for vårt fag med et bredt forskningsmiljø og fersk og god kunnskap om den pasientgruppen som faktisk renner inn på kontorene våre daglig.

I dette nummeret kan du lese om praksisnett, et forskningsnettverk av fastlegepraksiser spredt over hele landet som skal bidra til gjennomføring av forskningsprosjekter fra norsk allmennpraksis. Nettverket teller nå 92 fastlegepraksiser med nesten 500 fastleger og over 500 000 pasienter spredt utover alle fylker og regioner. Kanskje jobber du i en av disse praksisene selv og har lyst til å fortelle oss om dine erfaringer?

Du kan i denne utgaven også lese om Therese Renaas arbeid med en brennende aktuell artikkel som nylig ble publisert i *Tidsskrift for den norske legeforening*. Artikkelen omhandler driftsomlegging ved fastlegekontor under covid-19.

Studien belyser ved hjelp av kvalitativ metode hjelpepersonellets rolle når fastlegekontoret møter en krise, og gir innsikt som man neppe kan få gjennom tall og konfidensintervaller. Fokusgruppeintervjuene har gitt rom for å belyse erfaringer fra hjelpepersonellets hverdag som ikke kan gjenfinnes i statistikk.

Mange leger blir usikre av kvalitative studier, der konklusjonen ikke understøttes med konfidensintervaller og grafer. Føler du deg også litt på utrygg grunn når du hører ordet «kvalitativ»? Er konklusjonen da like brukbar for meg som lege? Selv har jeg som forsker innenfor kvalitativ metode kvittet meg med skepsisen og sitter igjen med en nyvunnen respekt for kunnskapsbegrepet.

Å få jobbe systematisk og grundig med menneskers erfaringer og tanker, men med bruk av etablerte metoder, har gitt meg et helt nytt syn på hva kunnskap er, og hvordan vi kan tilegne oss den og dele den. Faktisk har disse årene bidratt til at jeg vurderer, bruker og verdsetter kunnskap med mer åpenhet, nysgjerrighet og glede – litt mindre forutinntatt, og litt mer som en yngre versjon av meg selv.

Så er det også slik, at en travel fastlege har godt av å slå av pasientstrømmen, bygge nettverk med andre som kan inspirere og utvide horisonten forbi timeboken. Kanskje har du selv en forsker i magen? En doktorgrad behøver ikke være målet, det er befriende å gi rom for noen annerledesmåneder i fastlegelivet. Det er også lettere enn du tror å få det til, med muligheter for stipend via blant annet Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU). Så er det ganske sikkert at den gode ideen du har sittet og ruget på kan vekke interesse hos en ivrig veileder innenfor Akademia. Når du så er godt i gang med prosjektet ditt, vil vi i *Utposten* gjerne høre om det! Lykke til!

INGA MARTHE GRØNSETH

Veileder og

Svein Steinert

INTERVJUET AV KJELL-ARNE HELGEBOSTAD

Svein Steinert mener rekrutteringen til allmennmedisin har vært kunstig lav på grunn av rammevilkårene, men nå øyner han en mulighet for revitalisering av fastlegeordningen. Jobben som leder for ALIS-kontoret i Nord-Norge opplever han som en naturlig fortsettelse av fastlegeforsøket fra 1993.

Akronymet ALIS brukes om ferske allmennleger (SE FAKTABOKS). Ordningen med ALIS-kontorer blir nå landsdekkende og permanent og skal finansieres over statsbudsjettet.

– I ALIS-Nord-prosjektet jobber vi med 25 kommuner i Nord-Norge fra Sømna til

stayer

FAKTA OM ALIS

ALIS: Forkortelse for allmennlege i spesialisering.

ALIS-Vest og ALIS-Nord: Prosjekter for å rekruttere og stabilisere allmennleger på Vestlandet og Nord-Norge.

ALIS-kontor: Nasjonal ordning som skal bidra til rekruttering og stabilisering i allmennlegetjenesten og gode utdanningsplaner for allmennleger. Fem regionale kontor i Bodø, Bergen, Trondheim, Kristiansand og Hamar.

Sør-Varanger. De fem regionale ALIS-kontorene skal til sammen gi råd og veiledning til alle kommunene i Norge, forklarer Svein Steinert. De to første årene skal han være nasjonal koordinator.

Arbeidet i ALIS-Nord har hovedsakelig tre målgrupper: ALIS, de individuelle veiledere og helseledere i kommunen. To ganger i året samles alle til nettverksmøter for å diskutere blant annet hva som er viktig for at legen skal fortsette i kommunen. På neste møte i april blir et av hovedtemaene legevakt. Er legevakten organisert på en måte som er forenelig med et OK liv?

Utdanningsstillinger for allmennleger i sykehus

Steinert begynte å jobbe med ALIS-ordningen i 2019. En viktig milepæl er allerede nådd: Egne utdaningsstillinger for allmennleger i sykehus.

– For meg var dette et av de viktige punktene da jeg begynte i jobben. Legene bør kunne komme inn, få en målrettet utdanning i full forståelse med sykehuset, for så å reise tilbake til sin kommune.

Nasjonalt har Akershus universitetssykehus kommet lengst på dette området. Nå har Helse Nord imidlertid gitt alle sine sykehus i oppdrag å etablere et tilstrekkelig antall strukturerte utdanningsstillinger for allmennleger i løpet av 2022 (1).

– I Helse Nord er det veldig stor forståelse for at dersom pasientene skal få gode helsetjenester, må vi ha en balanse mellom legetjenesten i kommunene og på sykehuset. Dersom det blir økende svikt i rekrutteringen til fastlegeordningen, så hjelper det ikke at sykehusene blir bedre og bedre. Pasientene bor i kommunene, og den oppfølgingen de får i kommunen er helt avgjørende for den totale effekten av helsetjenesten.

Svein Steinert og Linn Hege Larsen, foreløpig de to ansatte ved ALIS-Nord-kontoret i Bodø.

Erfaren pioner fra aids til ALIS

Steinert har lang erfaring med å etablere nye ordninger, og synes prosjektarbeid er det mest lærerike og spennende han driver med. Læringskurven var spesielt bratt i 1987 da han ble utfordret til å starte et aids-prosjekt i Tromsø kommune.

– Jeg kom tilbake til Tromsø etter å ha jobbet noen år i Sverige og møtte en stor klamydiaepidemi, altså en seksuelt overført sykdom. Vi tenkte at hvis vi først fikk hivsmitten inn i populasjonen, så kunne den spre seg. Det gjorde den også, vi fant 18 hivpositive i 1987. På den tiden var kunnskapen om hiv og aids veldig lav. Prognosene var at aidsepidemien skulle bli veldig stor. Heldigvis fikk aldri epidemien det omfanget i Norge, men det visste vi ikke på den tiden.

Han forteller om et lærerikt arbeid med parallell håndtering av to epidemier: Den reelle hivepidemien og angsten for hiv.

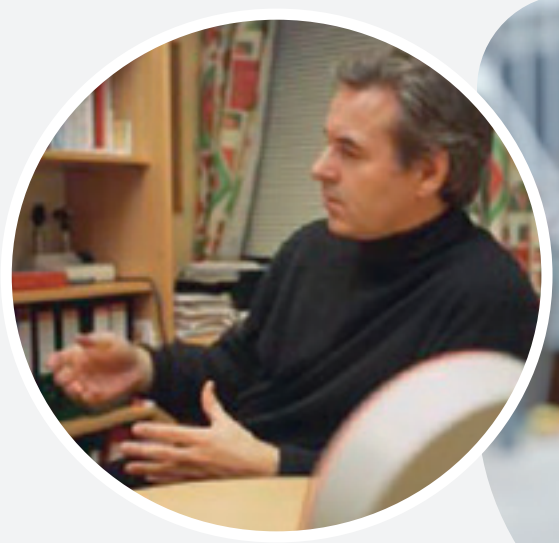
– Folk trodde at det smittet gjennom luft, gjennom kontakt, gjennom alt mulig rart. Vi drev informasjonsarbeid i samarbeid med hotellene, kunstnere og media om smitteveiene og beskyttelse mot seksuelt overført sykdom. Du blir ikke smittet selv om du står på bussen sammen med en som kan se ut som han har hiv, og du kan ikke se hvem som er positiv.

Tromsø
Jordmor åpner privat «klinikk» i Tromsø
Frykter HIV-epidemi
Konfirmasjons-
398,-
Tusentips oss! Ring telefon 56 600

Svein Steinert til høyre på bildet i faksimile av «Tromsø» 22.4.1988.

Følger opp fastlegeforsøket

På starten av nittitallet var Tromsø kommune i full allmennlegekrise. Byen opplevde at legekontor måtte stenge fordi de ikke klarte å skaffe vikarer. Steinert jobbet da hos Fylkeslegen i Troms og anbefalte kommunen å bli med på det nasjonale fastlegeforsøket i 1993.



Stort engasjement har alltid preget Svein Steinerts virke som lege.

– Da kommunen fikk bli med i ordningen, sa de til meg: *Noen må jo være prosjektleder*. Så da hoppet jeg over, ler han.

Etter å ha ledet fastlegeforsøket i Tromsø kommune, jobbet han ti år som næringsdrivende fastlege på Skansen legekontor. I denne perioden engasjerte han seg i Legeforeningen. Han ble leder av fagutvalget i APLF og ledet en arbeidsgruppe som utredet utdanningsstillinger i allmennmedisin (2). Utvalget foreslo en ordning inspirert av Danmark, der fastlegene først går gjennom et spesialistløp, før de kjøper seg inn i en praksis og får en liste. Dette forslaget ble avvist av KS. Staten fulgte heller ikke opp, fordi det ville koste for mye penger.

– Jeg tror fremdeles på dette: Skal vi klare å rekruttere flere unge leger til primærhelsetjenesten, må vi ta bedre vare på de unge legene. Etter at vi fikk fastlegeordningen i 2001, har den nesten ikke vært utviklet. I forbindelse med handlingsplanen som kom i mai 2020, er det vilje og interesse for å utvikle fastlegeordningen. Nå er det et vindu fram til 2024. Når ting er i bevegelse er det mulig å få til noe!

Steinert understreker at de individuelle veilederne er nøkkelen til å gjennomføre målene i den nye spesialistforskriften fra 2019.

– Mitt inntrykk er at spranget fra student over til selvstendig legerolle er større i dag, ikke minst i allmennmedisin. De unge legene trenger en veileder for å komme trygt inn i rollen som lege i kommunen.

Vilkår for veiledning

Den engasjerte 67-åringen har lenge vært opptatt av veiledning i allmennpraksis, og han har selv vært gruppeveileder for turnusleger i Troms i over ti år. I et intervju i forbindelse med lanseringen av fastlegeordningen i 2001 uttalte han:

> Som tillitsvalgte jobber vi for å etablere utdanningsstillinger hos fastlegene. Vi vil gjerne ha en-til-en-veiledning, i allmennlegetjenesten slik de har på sykehusene, forklarer han.
>
> – Jeg savner tydeligere rammevilkår for å drive utdanning av studenter, turnusleger og leger som er underveis til å bli spesialister. Det er den største utfordringen de kommende årene (3).

I dag sier han:

– Vi har sett at arbeidsmengden har økt og økt. Vi kan ikke legge et veiledningsansvar på toppen. Vi trenger flere leger inn i systemet, slik at de yngre kan drive mer av pasientbehandlingen, og de eldre legene kan bruke mer av sin tid til å drive veiledning og overføre sin kompetanse til de yngre. For sykehuslegene er veiledningen en naturlig del av jobben. Tydeligst kommer dette fram i kirurgi: Du slipper ikke noen løs på operasjonstua uten at de er godt nok opplært. Sånn må vi få det i allmennmedisin. Det å drive veiledning er ikke noe man gjør av idealisme eller på fritiden. Det må være en del av jobben hvis vi skal få levelige arbeidsforhold for legene.

Han understreker at det er et kommunalt ansvar å rekruttere individuelle veiledere og å gi dem så gode arbeidsvilkår at dette blir attraktive stillinger. Legeforeningen og KS har ikke klart å bli helt enige om hvordan dette arbeidet skal honoreres. Departementet anbefaler at spesialistene honoreres fem timer pr. måned, men det mener Steinert er for lite. I Bodø kommune får legene åtte prosent stilling pluss praksiskompensasjon, forteller han.

I tillegg til strukturert veiledning trekker han fram at kommunene må tilrettelegge for supervisjon i hverdagen, slik at de unge legene kan føle seg trygge.

– Hvis du står der med noe du ikke forstår eller skjønner, enten det er tapping av et kne eller en gynekologisk undersøkelse, så er det viktig å få hjelp der og da. Er dette tegn på en farlig sykdom? Bør pasienten legges inn? Kan jeg sende pasienten hjem? Det er viktig å kunne drøfte slike spørsmål og dele vanskelige avgjørelser.

– Jeg har klokkertro på at dersom rammevilkårene blir bedre tilpasset de unge legenes behov, vil flere leger ønske å jobbe i kommunene, for det er en veldig spennende jobb å være fastlege, og å arbeide med hele spekteret av helseproblemer. Jeg tror at vi har hatt en kunstig lav rekruttering til allmennlegetjenesten, fordi rammevilkårene i liten grad er tilpasset de unge legene.

REFERANSER

1. H. Nord, https://helse-nord.no/om-oss/hva-gjor-helse-nord-rhf/oppdragsdokument#oppdragsdokument-2021.
2. H. Høvik, «Allmennmedisin 2020 – Arbeidsgruppe utdanning», Utposten, 2009.
3. HOD, «Oslobuarar vel fastlege sjølve», 2001.

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.

'Jeg vil testes for alt, doktor!'

■ SILJE BRULAND LAVOLL

Lege i spesialisering ved Olafiaklinikken, avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer, Oslo universitetssykehus

■ ÅSE HAUGSTVEDT

Overlege ved Olafiaklinikken og leder for Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførbare infeksjoner (NKSOI)

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Dette er nok en 'bestilling' som mange leger får, kanskje særlig når det gjelder seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Hvilke tester bør vi ta, når bør de tas og hvor skal de tas fra?

Anamnestiske opplysninger er ikke alltid lett å få fram i en travel praksis, og pasienter forteller ikke nødvendigvis uoppfordret om sensitive tema, som hvilket kjønn de har sex med. Pasienten trenger ikke definere seg som homofil, selv om vedkommende har sex med samme kjønn. Derfor brukes betegnelsen menn som har sex med menn (MSM) i faglitteraturen.

Det er viktig å vite hvem pasienten har sex med for å kunne vurdere pasientens risiko og hvilke tester som bør tas. Har pasienten sex med kvinner, menn, begge kjønn, trans? Dette bestemmer hvilke prøver som skal tas og hvilke steder de skal tas fra. Andre viktige momenter er tidspunkt for siste ubeskyttede sex, symptomer og om partner har fått påvist infeksjon. Legen må også vite noe om hvilken type seksuell aktivitet pasienten har hatt (anal, oral, vaginal).

Er pasienten en mann som har sex med kvinner og ikke har hatt spesiell risiko (for eksempel partnere i utlandet eller sexkjøp/salg) tas kun klamydia urinprøve (PCR) og blodprøve til hiv og syfilis. Kvinner kan selv ta vaginal penselprøve til klamydia (PCR) og samme blodprøver som menn.

Menn som har sex med menn bør testes spesielt for seksuelt overførbare sykdommer, og det samme gjelder kvinner som har sex med kvinner.
ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Menn som har sex med menn bør testes spesielt

Dersom pasienten er en mann som har sex med menn (MSM), bør han tilbys undersøkelse for klamydia, gonoré, hiv, syfilis, hepatitt B (dersom ikke kjent vaksinert), hepatitt C og eventuelt hepatitt A. Pasienten kan selv ta prøver med PCR-pensler fra hals og endetarm. Urinprøve til PCR bør også tas. MSM anbefales vaksine mot hepatitt A og B. Vaksine mot hepatitt B dekkes av folketrygden, men hepatitt A-vaksine må pasientene betale selv.

Kvinner som har sex med kvinner bør ta samme tester og undersøkes på samme måte som kvinner som har sex med menn, og følge det nasjonale Livmorhalsprogrammet med celleprøve.

Klamydia

Klamydia (*Chlamydia trachomatis*) er den vanligste seksuelt overførbare bakterielle infeksjonen i Norge. Infeksjonen er vanligst hos seksuelt aktive under 25 år, spesielt hos kvinner. Forekomsten av klamydia hos kvinner over 30 år er lav, og testing av asymptomatiske kvinner over 30 år bør derfor vurderes nøye. Inkubasjonstiden er 5–14 dager.

Når tester vi for klamydia?

- Ved symptomer
- Ved partnerbytte hos personer under 25 år
- Ved første kontroll av førstegangsgravide under 25 år
- Før abort/intrauterine intervensjoner (inkludert spiralinnsetting) hos kvinner under 25 år
- Hos menn som har sex med menn
- Smittekontakt til person med klamydia eller gonoré
- Smittekontakt til person med uretritt, uspesifikk nedre genital inflammasjon, bekkeninfeksjon, epididymitt
- Ved påvist annen seksuelt overførbar infeksjon (f.eks. hiv, syfilis)
- Forelder til nyfødt barn med konjunktivitt eller pneumoni forårsaket av C. trachomatis
- (Frykt for smitte)

Symptomer og funn

De fleste klamydiainfeksjoner er asymptomatiske, særlig i halsen og endetarmen. Spennvidden i symptomer på genital klamydia kan være stor:

- Mild dysuri hos begge kjønn. Utflod fra uretra
- Utflod fra cervix og lettblødende portio (cervicitt)
- Smerter og blødningsforstyrrelse. Ruggeømhet ved bimanuell palpasjon. Dype bekkensmerter, nyoppståtte smerter ved samleie
- Uflod (PID/ bekkeninfeksjon)

Prøvetaking

Klamydia påvises ved hjelp av PCR-analyse

- Prøve fra cervix/ vagina/ vestibulum ved gynekologisk undersøkelse
- Kvinner kan selv ta prøve fra vagina/ vestibulum
- MENN URIN: Prøve tas fra de første 5-20 ml urin
- ANALT: Prøvepinnen føres et par cm inn i endetarmen og vris rundt (pasienten kan gjøre dette selv)
- HALS: Det er **ikke** indisert å ta klamydiaprøver fra hals

Lymfogranuloma venerum (LGV)

Ved påvising av rektal klamydia hos menn som har sex med menn bør det gjøres tilleggsundersøkelser for LGV. Ved anale symptomer bør det i rekvisisjonen til laboratoriet bes om LGV-typing ved positiv klamydia. LGV skyldes infeksjon med undertypene L1, L2 eller L3 av Chlamydia trachomatis. Siden begynnelsen av 2000-tallet har LGV-utbrudd blitt påvist blant MSM, spesielt hivpositive, i flere europeiske land inkludert Norge. LGV kan i begynnelsen gi sår genitalt og analt. Etter noen uker kan det oppstå lymfeknutesvulster i lysken eller anorektalt syndrom. Ved anorektalt syndrom kan pasienten oppleve rektale smerter, kløe, blodig utflod fra anus eller obstipasjon. LGV er en viktig differensialdiagnose til proktitt og irritabel tarm syndrom (IBS) blant MSM. Asymptomatiske personer med LGV utgjør en smitterisiko.

Gonoré

Forekomsten av gonoré i Norge har økt de siste årene, særlig hos menn som har sex med menn, men også hos kvinner. Direkte kontaktsmitte skjer gjennom seksuell kontakt mellom slimhinner i genitalia, hals eller rektum. Indirekte smitte fra fingre eller sexleketøy er mulig. Inkubasjontid er to til sju dager.

Når tester vi for gonoré?

- Mukopurulent uretritt/cervicitt
- Residiverende symptomer tross negativ klamydiatest
- Symptom eller tegn på bekkeninfeksjon, bartholinitt, epididymitt/orkitt
- Vaginal utflod hos kvinne med risikofaktor for SOI (alder < 30 år, ny seksualpartner)
- Menn som har sex med menn (også som screening av asymptomatiske)
- Smittekontakt til partner med gonoré
- Sex med partner fra land eller i land med høyere forekomst av gonoré
- Ved kjøp/salg av seksuelle tjenester
- Kontroll etter behandling
- Om lokalt gonoré-utbrudd er kjent i et heterofilt miljø, kan screening i begrenset periode være indisert
- Vurderes før provosert abort, innsetting av spiral (prosedyrer som bryter cervikalbarrieren)
- Purulent konjunktivitt hos nyfødte eller voksne
- Mødre av nyfødte med ophtalmia neonatorum

Symptomer og funn

- Hos menn oftest akutt uretritt med purulent utflod fra uretra (> 80–90 prosent) og dysuri (> 50 prosent)
- Hos kvinner har om lag 50 prosent symptomer med purulent utflod. Dysuri kan også forekomme hos kvinner
- Purulent sekret fra cervix, lettblødende portio
- Smerter og blødningsforstyrrelse, ruggeøm over portio ved bimanuell palpasjon. Dype bekkensmerter (oftest bilateralt), symptomer i forbindelse med menstruasjon, nyoppståtte smerter ved samleie
- Faryngeale og rektale infeksjoner er oftest asymptomatiske, men kan gi svelgsmerter og smerter/utflod/blod fra anus

Prøvetaking

- PCR:
  - Halsprøve for gonoré fra tonsiller og bakre farynks tas dersom personen har hatt oralsex
  - Vagina/ cervix, urin og anus: Se beskrivelse under klamydia for hvordan prøven tas
- Dyrkningsprøve bør tas før behandling, for resistensbestemmelse

Mycoplasma genitalium

Genital mykoplasmainfeksjon smitter ved direkte kontakt gjennom vaginalt eller analt samleie. Det er ikke kjent om det forårsaker infeksjon i halsen. Asymptomatiske personer skal **ikke** testes for mykoplasmainfeksjon. Inkubasjontiden er usikker, men trolig to uker.

Når tester vi for mycoplasma genitalium?

- Ved symptomer og funn forenlig med uretritt/cervicitt, særlig residiverende eller persisterende infeksjon etter doxycyklinbehandling og med negative prøver for klamydia og gonoré
- Ved symptomer og funn på bekkeninfeksjon/akutt epididymitt/orkitt
- Proktitt uten annen åpenbar årsak
- Hvis nåværende seksualpartner har fått påvist mykoplasmainfeksjon (for å hindre reinfeksjon)

Symptomer og prøvetaking: som ved klamydia (se over)

Trichomonas vaginalis (TV)

TV er den vanligste SOI som behandles med antibiotika på verdensbasis. Infeksjonen skyldes en protozo (encellet mikroorganisme) og er sjeldent forekommende i Norge. Den testes hos kvinner med vaginal penselprøve (PCR) og urinprøve (PCR) hos menn, dersom vedvarende symptomer på cervicitt/uretritt. Test for TV er spesielt aktuelt dersom personen har hatt sex med partner fra eller sex utenfor Skandinavia.

Ureaplasma urealytica (UU)

Ikke indikasjon med testing som screening. Kun i spesielle tilfeller som symptomgivende kronisk/residiverende uretritt/cervicitt med negative prøver.

Hiv

De siste årene har det vært en nedgang i antall meldte tilfeller av hiv i Norge. Dette gjelder spesielt blant menn som har sex med menn. Dette skyldes trolig bruk av preeksponeringsprofylakse (PrEP) og start av behandling kort tid etter diagnose.

Et flertall av dem som fikk påvist hiv i 2019 var smittet før de kom til Norge, og dette gjelder helst asylsøkere og familiegjenforente. Heteroseksuell smitte av hiv sees helst hos menn som smittes i utlandet (spesielt Sørøst-Asia). Det er lite smittespredning blant de som tar stoff med sprøyter.

Hiv-testene som brukes i dag er kombinasjonstester som påviser både antigen og antistoff. I de fleste tilfellene kan smitte påvises fire uker etter mulig smittetidspunkt. Test tatt tre måneder etter smittetidspunkt regnes som sikker test.

HIV-testene som brukes i dag er kombinasjonstester som påviser både antigen og antistoff.
ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Når tester vi for hiv?

Alle gravide i Norge tilbys rutinemessig test for hiv. Hiv-test bør tilbys de som har vært i en risikosituasjon for hiv-smitte. Dette inkluderer blant annet menn som har sex med menn, innvandrere fra områder med høy forekomst av hiv og personer som har hatt sex med person fra høyrisikoområde. Asylsøkere og flyktninger bør tilbys test for hiv innen tre måneder etter at de har kommet til Norge. Hiv-test bør også tilbys dersom påvist annen seksuelt overførbar infeksjon (spesielt gonoré og syfilis, og ved påvist hepatitt A, B eller C). Hiv-test bør vurderes ved mononukleosesymptomer, lymfadenopati, herpes zoster, malignt lymfom, candidainfeksjoner i munn og svelg og utslett uten kjent årsak. Hiv-test er også aktuelt ved vekttap, nattesvette, kroppssmerter og langvarig febril sykdom.

Syfilis

Syfilis er forholdsvis sjelden i Norge, men med en tydelig økt forekomst hos menn som har sex med menn. Antistoffpåvisning er den vanligste måten å diagnostisere syfilis på. Antistoff kan påvises fra om lag tre (1–13) uker etter smitte. Negativ antistofftest tatt tre måneder etter smittetidspunkt utelukker infeksjon. PCR-undersøkelse kan gjøres på sårprøve fra mistenkt primært sjanker (uømt indurert sår på genitalia/anus).

Når tester vi for syfilis?

Screening hos menn som har sex med menn, gravide og personer fra land med høy forekomst av syfilis. For øvrig ved symptomer (spesielt ved sår, utslett og nevrologiske symptomer uten kjent årsak) og etter risiko for smitte.

Hepatitt A B C

Hepatitt A, B og C kan smitte gjennom seksuell kontakt.

Hepatitt A smitter fekalt-oralt, og menn som har sex med menn kan være utsatt for smitte gjennom ulike former for analsex. De siste årene har det vært utbrudd av hepatitt A blant MSM i Europa inkl. Norge. Inkubasjonstiden er vanligvis fire (to til seks) uker.

Hepatitt B smitter ved seksuell kontakt og ved blodsmitte. Hepatitt B er utbredt i store deler av verden. Inkubasjonstiden er 45–180 dager, vanligvis to til tre måneder. Folketrygden dekker hepatitt B-vaksine til MSM og andre grupper som er særlig utsatt for hepatitt B smitte, se informasjon på Folkehelseinstituttet sine nettsider.

Når tester vi for hepatitt B?

- Gravide
- Menn som har sex med menn
- Personer som har hatt ubeskyttet sex i utlandet eller sexpartner fra land med høy forekomst
- Innvandrere fra land med høy forekomst
- Smittekontakt til kjent hepatitt B positiv
- Hivpositive
- Personer som har injisert stoff med sprøyte og personer som har sniffet kokain
- Sexarbeidere
- Etter seksuelle overgrep
- Personer som har blitt utsatt for stikkuhell
- Pasienter med forhøyede leverprøver
- Pasienter i dialyse
- Pasienter som har mottatt blodprodukter, fått tannbehandling, profesjonell barbering eller lignende i land med høy forekomst
- Personer som har fått tatovering under utilfredsstillende hygieniske forhold.

Hepatitt C smitter hovedsakelig gjennom forurensede sprøytespisser og kontaminerte blodprodukter. Menn som har sex med menn kan være utsatt for smitte dersom de har analsex som fører til slimhinneskader i rektum. Inkubasjonstid er vanligvis fire til tolv uker. Anbefaling for testing er i hovedsak de samme som for hepatitt B. Gravide som kan ha vært utsatt for hepatitt C smitte bør tilbys test.

REFERANSER

- Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførbare infeksjoner http://nksoi.oushf.no
- e-håndbok Oslo universitetssykehus https://ehandboken.ous-hf.no/folder/218
- Smittevernveileder fra Folkehelseinstituttet (FHI) https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/
- Årsrapport 2019 Seksuelt overførbare infeksjoner, Folkehelseinstituttet https://www.fhi.no/publ/2019/overvakning-av-seksuelt-overforbare-infeksjoner-og-blodbarne-hepatitter.-ar/
- Oversikt over land med høy forekomst av hivinfeksjon, hepatitt B, hepatitt C og syfilis, Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/publ/2019/oversikt-over-land-med-hoy-forekomst-av-hivinfeksjon-hepatitt-b-hepatitt-c-/
- Vaksinasjonsveilederen fra Folkehelseinstituttet https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/
- Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer, H.Moi og J.M Maltau, 3. utgave, 2013 Gyldendal Akademisk
- International Union against Sexually Transmitted Infections: https://iusti.org/treatment-guidelines/
- British Association for Sexual Health and HIV: https://www.bashh.org/guidelines/

SILAVO@OUS-HF.NO
AASEHA@OUS-HF.NO

Sammendrag

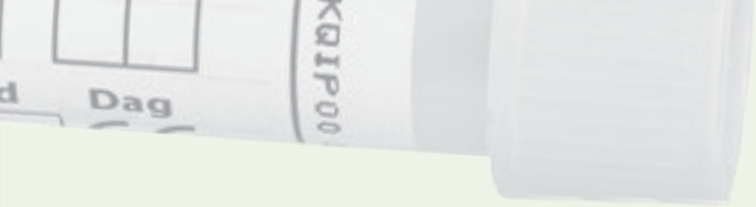
BAKGRUNN: Klamydia forekommer hyppigst hos de mellom 20 og 24 år, men disse tilhører ikke gruppen som tester seg mest. Tromsø er høyt oppe på statistikken over klamydia i Norge. Som et forsøk på å redusere antall klamydiatilfeller i Tromsø har studenthelsestasjonen ved Sosialmedisinsk Senter (SMS) innført selvtestingsstasjoner ulike steder på Universitet i Tromsø (UiT). I vår valgfrioppgave på 2. året på medisinstudiet ønsket vi å se på om dette tiltaket fra SMS hadde ønsket effekt.

PROBLEMSTILLING: Vi ønsket å finne ut om studentenes terskel for å teste seg hadde blitt lavere etter innføring av selvtestingsstasjoner ved UiT august 2018. Vi ville også undersøke om det var kjønnsforskjeller på dem som selvtester seg, og i så fall om kjønn spilte en rolle for resultatet på selvtestingen. Videre ønsket vi å undersøke om andelen positive tester ville øke med lettere tilgjengelighet av tester.

METODE: Datamaterialet er hentet fra Sosialmedisinsk senter Tromsø i 2017 og 2019. Dataene inneholder antall tester tatt både på studenthelsestasjonen og på selvtestingsstasjonene på campus, kjønn, samt antall positive tester. SPSS versjon 26 ble benyttet for å utføre statistisk analyse av dataene fra SMS. I tillegg ble det foretatt søk i PubMed for å finne relevant litteratur.

RESULTATER: Flere studenter benytter seg av selvtesting på UiTs campus i Tromsø enn testing på studenthelsestasjonen. Det var langt flere kvinner enn menn som selvtestet seg. Videre var det ingen signifikant sammenheng mellom kjønn og resultat på selvtest. Det var en sterkt positiv korrelasjon mellom antall selvtester og antall positive tilfeller av klamydia.

KONKLUSJON: Med en dobling av antall klamydiatester etter at selvtestingsstasjonene på UiT ble innført, kan det se ut til at terskelen for at studenter tester seg for klamydia er blitt lavere. Selvtestingsstasjonene har rekruttert et betydelig større antall studenter enn det studenthelsestasjonen gjorde. Videre hadde kjønn lite å si når det kom til resultatet på selvtesten. Prosentandelen positive prøver var den samme, men ved flere tester tatt, ble det reelle antall positive tester høyere hos begge kjønn. Det viste seg at tilbudet ble benyttet av langt flere kvinner enn menn, da 72,4 prosent av selvtestene på campus var tatt av kvinner.



Selvtesting av klamydia

hos studenter på Universitetet i Tromsø

■ SUNNIVA SÆBØ
3. års medisinstudent, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

■ TONJE BRAATEN
Førsteamanuensis, dr. scient, UiT Norges arktiske universitet, Institutt for samfunnsmedisin UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

■ LISA TANGNES LEEVES
Lege i spesialisering, Kvinneklinikken, UNN, Tromsø

■ SIRI KRISTOFFERSEN
3. års medisinstudent, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

■ ASTRI MEDBØ
Fastlege på Kvaløysletta legekontor og ph.d førstelektor i allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Introduksjon

Klamydia er en seksuelt overførbar sykdom som er forårsaket av bakterien *Chlamydia trachomatis* (1). Bakterien overføres ved direkte kontakt mellom slimhinner ved samleie eller oralsex, og er den vanligste seksuelt overførbare bakterielle infeksjonen i Norge. Det eneste som beskytter mot smitte er bruk av kondom (2).

Klamydia er asymptomatisk i 60–80 prosent av tilfellene (1). Symptomer opptrer hyppigere hos menn enn hos kvinner. Noen av de vanligste symptomene er svie ved vannlating, forandret utflod og kløe. Ubehandlet infeksjon over lengre tid kan føre til fertilitetsproblemer og svangerskapskomplikasjoner (3).

Årsrapporten fra FHI for klamydiastatistikk i 2019 viste at det ble avdekket 6,5 prosent positive av totalt 255 998 klamydiaprøver levert av kvinner, og 9,5 prosent positive av totalt 130 968 levert av menn i Norge. Kvinner har en høyere diagnoserate enn menn, men det er også langt flere kvinner enn menn som tester seg. Av de som testet seg i 2019 var 66 prosent kvinner. I Troms og Finnmark var det 701 diagnostiserte tilfeller av klamydia pr. 100 000 innbyggere, og var kun passert av Oslo som hadde 890 diagnostiserte tilfeller av klamydia pr. 100 000 innbyggere (4). I august 2018 innførte samskipnaden i samarbeid med Sosialmedisinsk senter i Tromsø tre selvtestingsstasjoner på campus UiT. Målet med innføringen av selvtestingsstasjoner var at terskelen for å teste seg blant studenter skulle bli lavere, slik at flere klamydiatilfeller ble avdekket (5).

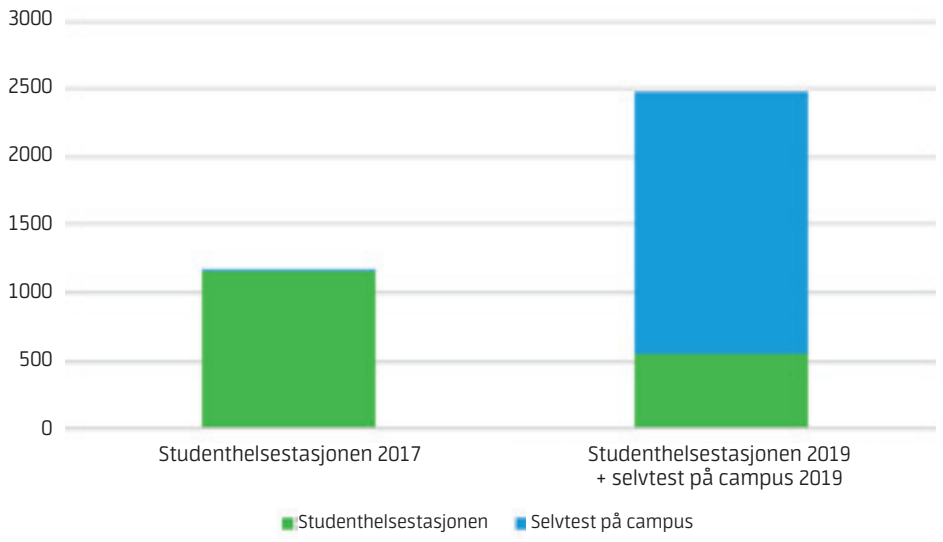
Studier viser at ungdommer foretrekker selvtest framfor testing på klinikk. De argumenterer med at det er praktisk og privat, i form av at man ikke trenger å bestille time eller forholde seg til et bestemt tidspunkt (6, 7). På den andre siden kan ungdommene oppleve noe usikkerhet rundt testens nøyaktighet og gjennomførbarhet (6, 8, 9).

Det eneste som beskytter mot smitte av klamydia er bruk av kondom. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

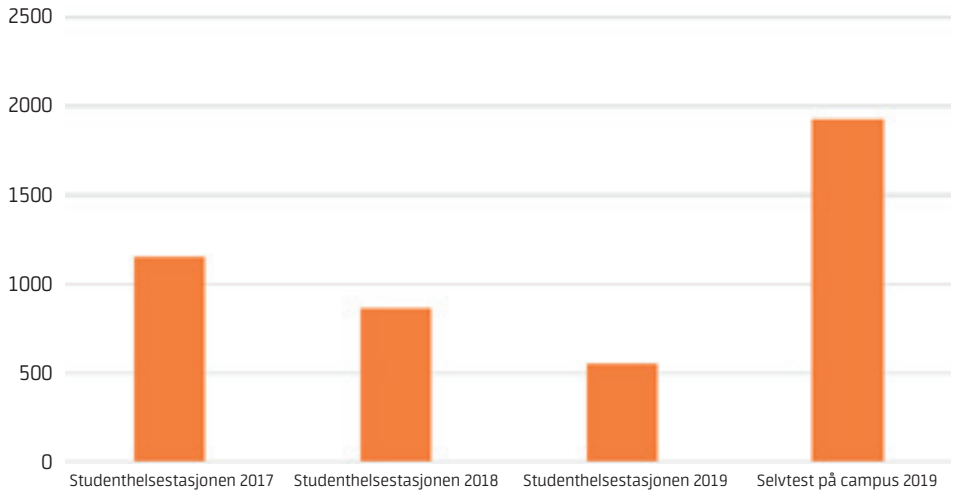
Symptomer på klamydiainfeksjon er den viktigste årsaken til at ungdommer tester seg. Om de anser seg selv for å være i risikogruppen eller ikke viser seg å være en annen viktig faktor. Det finnes derimot studier som viser at det ikke er noen forskjell i faktisk risiko blant dem som tester seg og ikke. De mener at det er risikofylt oppførsel i begge gruppene (9).

Det viser seg også å være forskjellige tanker rundt klamydiatesting og risiko hos menn og kvinner. En kvalitativ studie avdekker at menn har et større stigma rundt selvtesting. En mannlig deltaker i studien forteller at de som selvtester seg blir stigmatisert – enten for å selv ha mange seksualpartnere eller ha samleie med andre som har mange seksualpartnere. Kvinnelige deltakere i denne studien ser på det å selvteste seg som en del av å ta vare på helsen sin (10). En annen norsk studie viser til at gutter har en større tendens til å overvurdere sin egen risiko (11).

Denne oppgaven skal prøve å gi svar på om terskelen er blitt lavere for å teste seg etter innføringen av selvtestingsstasjonene, om det forekommer noen kjønnsforskjeller i antall tester og testresultat, og om antall positive tester øker med økende selvtesting.



FIGUR 1. *Søylediagram over innsendte klamydiatester før og etter innføring av selvtest.*



FIGUR 2. *Søylediagram over utførte klamydiatester på studenthelsestasjonen 2017–2019 og utførte selvtester på UiT campus i 2019.*

Materiale og metode

Vi har mottatt datamateriale fra Sosialmedisinsk Senter som omfatter studenter som har testet seg for klamydia enten på studenthelsestasjonen eller på campus UiT Tromsø i 2017 og 2019. Siden selvtestingen ble innført i august 2018, har vi valgt å bruke datamateriale fra 2017 og 2019. Materialet er delt inn i tre: urinprøver fra kvinner, urinprøver fra menn og prøve fra skjeden med vattpinne. Vi har kun fått oppgitt antall tester som har blitt tatt, ikke hvor mange personer som testet seg, og vet derfor ikke om det er mange som har tatt testen flere ganger.

De statistiske analysene på tallene fra Sosialmedisinsk Senter ble foretatt ved hjelp av SPSS versjon 26. Valgt signifikansnivå i alle analysene er 0,05. For å få svar på om kjønn spiller inn når det kommer til resultatet på selvtestingen, gjennomførte vi en kji-kvadrat-test. Den samme testen ble benyttet for å se om terskelen for å teste seg for klamydia var blitt lavere. For å undersøke hvilken innvirkning antall selvtester hadde på testresultatet, ble Spearmans korrelasjon brukt.

Litteratur med teori om klamydia og selvtesting ble hentet fra PubMed. Litteraturen ble hentet fra tre ulike søk. Hovedsøket vårt bestod av «Chlamydiaceae» som MeSh term sammen med «chlamydia». Videre kombinerte vi med ulike skrivemåter for «self test». Det andre søket vårt bestod av «chlamydia» kombinert med «selftest». Det siste søket bestod av «chlamydia testing» kombinert med Norway.

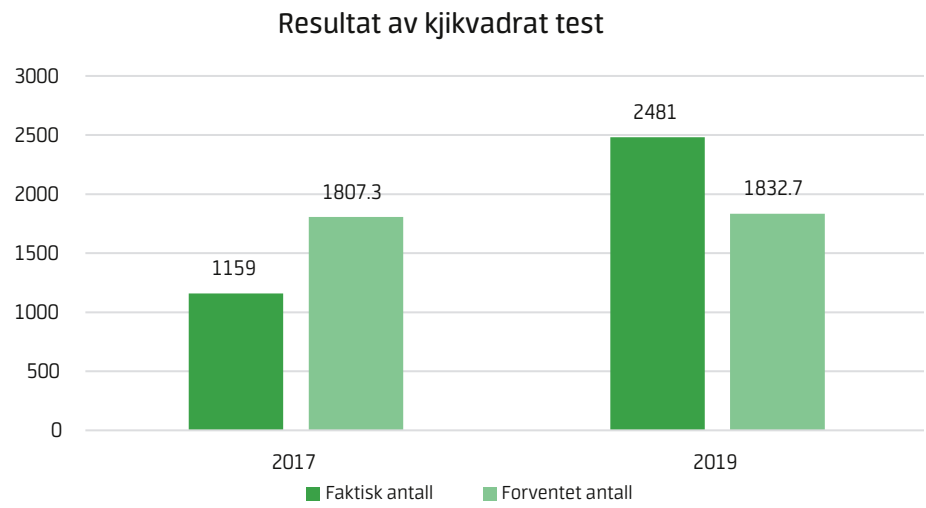
Resultater

Det har skjedd en dobling i antall klamydiatester fra 2017 til 2019: 1159 klamydiatester ble sendt til analyse fra studenthelsestasjonen ved SMS i 2017 (FIGUR 1). I 2019, etter at selvtestingen på campus hadde blitt innført, ble 1928 selvtester sendt til analyse fra campus og 553 tester ble sendt til analyse fra studenthelsestasjonen dette året, dvs. en halvering av tester tatt via SMS fra 2017 til 2019. Totalt ble det foretatt 2481 tester.

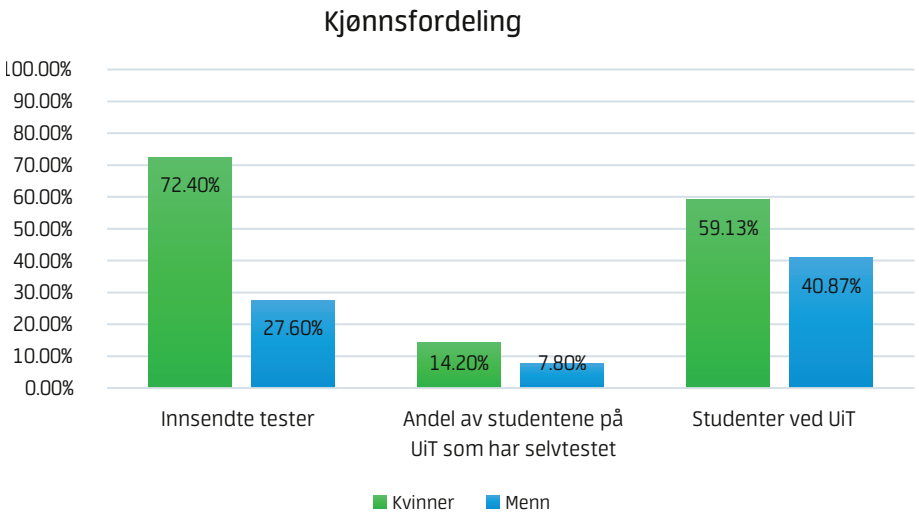
Antallet tester som er tatt på studenthelsestasjonen har gått betraktelig ned etter at selvtestingen på campus ble innført i august 2018 (FIGUR 2). I 2019 var 71,3 prosent tatt gjennom selvtesting.

Det faktiske antallet innsendte tester i 2017 var mye lavere enn det forventede antallet tester, mens det motsatte var tilfellet i 2019. Dette viser at innføringen av selvtesting førte til at antallet klamydiatester i 2019 overskrider antallet klamydiatester man ville forventet å få inn dette året hvis ikke selvtesting var mulig (FIGUR 3).

På spørsmålet om kjønn innvirker på antallet som selvtester, fant vi ut at 72,4 prosent av testene var levert av kvinner (FIGUR 4, GRØNN). På UiT var det i 2019 9848 kvinne-



FIGUR 3. *Søylediagram over faktisk innsendte og forventede innsendte klamydiatester i 2017 og 2019 på UiT regnet ut gjennom kjikvadrat test.*



FIGUR 4. *Oversikt over kjønnsforskjeller på selvtestingen i 2019.*

TABELL 1.
Tabell over korrelasjon mellom antall prøver og antall positive prøver hos begge kjønn som har selvtestet seg ved UiT campus i 2019.

	ANTALL PRØVER	ANTALL POSITIVE
Antall prøver	1,000	0,856
Atall positiv	0,856	1,000

lige studenter og 6806 mannlige studenter. Videre var det 14,2 prosent av kvinnene og 7,8 prosent av mennene på UiT som hadde levert selvtester. Disse tallene er kun veiledende, da vi ikke har noen informasjon om tester som er tatt flere ganger av samme person, eller om det er andre enn studentene på UiT som har tatt selvtester her. Figur 4 viser også at det er 59,13 prosent kvinner som går på UiT.

Vi måtte beholde nullhypotesen om at det ikke er forskjell mellom kjønnene når det kommer til testresultat, fordi P-verdien var 0,636 etter utregning med kjikvadrat test. Det var 6,6 prosent faktisk positive prøver hos kvinner og tilsvarende 6,0 prosent menn. Det er ikke statistisk signifikant sammenheng mellom kjønn og testresultat.

På spørsmålet om antallet positive prøver med økende selvtesting fikk vi en korrelasjonskoeffisient på 0,856, slik som illustrert i tabell 1. Verdien tilsier at det er en sterkt positiv korrelasjon mellom antallet som tester seg og antallet positive prøver. Jo flere som tester seg, jo flere positive prøver av klamydia vil forekomme. P-verdien var $< 0{,}0$, og resultatene fra Spearmans korrelasjon var dermed signifikante.

Diskusjon

Det er vanskelig å trekke noen sikre konklusjoner på om terskelen er blitt lavere for selvtesting, fordi da måtte vi ha hatt tall for all klamydiatesting, inkludert klinisk praksis. Det vi derimot kan se, er at antallet tester på studenthelsestasjonen har gått ned etter innføring av selvtesting. Samtidig ser vi at det er tatt flere selvtester enn på studenthelsestasjonen i 2017.

Det viser seg at over dobbelt så mange tester er blitt innsendt etter at selvtestingsstasjonene ble innført. Det kan se ut som at selvtestingsstasjonene på UiTs campus når ut til studenter som ellers ville ha testet seg på studenthelsestasjonen, siden disse tallene har gått betraktelig ned fra 2017. Samtidig rekrutterer de et stort antall nye studenter, ettersom det totalt sett har skjedd en dobling i antall innsendte selvtester. Det tyder på at studentene foretrekker selvtesting framfor testing hos helsepersonell på studenthelsestasjonen.

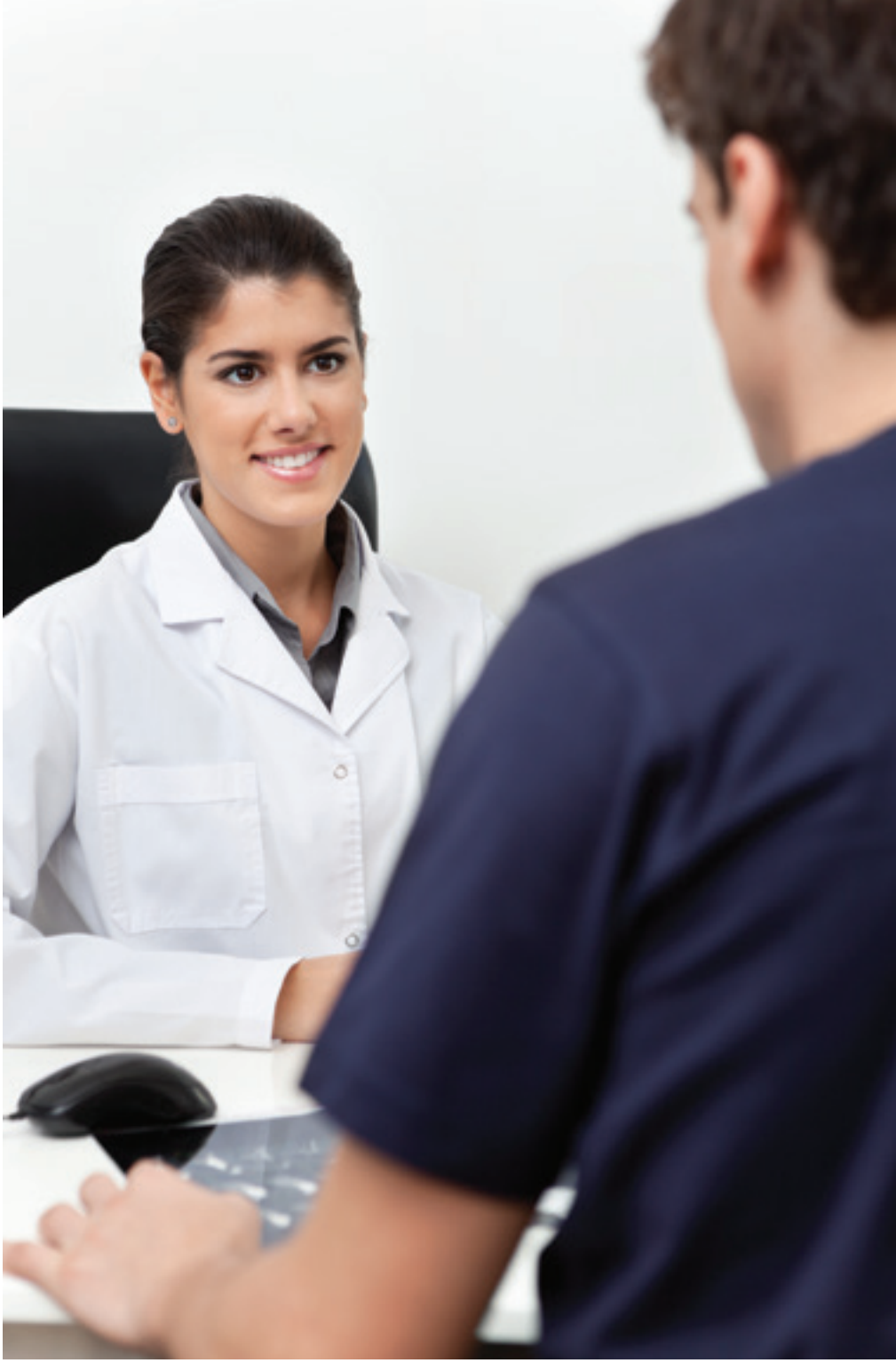
Langt flere kvinner hadde levert selvtester. Av studentene på UiT var det 14,2 prosent av kvinnene og 7,8 prosent av mennene som selvtestet seg, hvis vi går ut fra at ingen tok mer enn en test, og at det kun var UiT-studenter som testet seg. Det ble fanget opp omtrent lik prosentandel positive tilfeller hos begge kjønn. I de aller fleste tilfeller opptrer klamydia asymptomatisk (60–80 prosent), men menn har oftere symptomer enn kvinner. Følgelig vil det være naturlig å tenke seg at det vil forekomme flere positive testresultater blant selvtestene fra menn, siden symptomer viser seg å være en sterk motivasjon for å teste seg. De statistiske analysene som er blitt gjennomført viser likevel at dette ikke er tilfellet, fordi vi ikke fant en signifikant sammenheng mellom kjønn og testresultat.

Det var en sterkt positiv korrelasjon mellom antallet som tester seg og antallet positive prøver. Jo flere som tester seg, jo flere positive prøver av klamydia vil forekomme. Resultatet er kanskje ikke så overraskende, da klamydia som nevnt opptrer asymptomatisk i de fleste av tilfellene, og en test vil dermed være avgjørende for diagnose. Problemet ligger i å få flere studenter til å teste seg, og da spesielt menn. Økt kunnskap om klamydia er trolig viktig for å få flere menn til å teste seg. En dansk studie skriver at kvinner generelt har mer kunnskap om klamydia enn menn (12). Å få mer obligatorisk seksualundervisning inn i videregående skole vil kanskje være en god løsning. For de som er eldre vil en opplysningskampanje i sosiale medier, eksempelvis Facebook og Instagram, trolig

nå fram til mange. Selv om det finnes mye informasjon om klamydia, må den gjøres lettere tilgjengelig. Kvinner er mer opptatt av sin seksuelle helse og vil derfor trolig oppsøke informasjon og helsetilbud i større grad. Hvis informasjonen blir gjort lettere tilgjengelig, vil dette kanskje føre til at menn blir mer bevisst og får mer kunnskap om sin seksuelle helse, og dermed også lavere terskel for å teste seg.

Konklusjon

Det har skjedd mer enn en dobling i antall klamydiatester etter at selvtestingsstasjonene på UiT ble innført. Man kan konkludere med at terskelen for at studentene tester seg for klamydia er blitt lavere. Det var langt flere kvinner enn menn som testet seg, men kjønn hadde lite å si når det kom til resultatet på selvtesten. Det viste seg å være omtrent lik prosentvis andel positive prøver hos begge kjønn (6,0 prosent hos menn og 6,6 prosent hos kvinner). På nasjonalt nivå ligger andelen positive prøver på 9,5 prosent positive hos menn og 6,5 prosent positive hos kvinner. Resultatene våre viste at antall selvtester hadde stor innvirkning på testresultatene. Desto flere som tester seg, desto flere positive tilfeller av klamydia vil bli avdekket. Utfordringen ligger i å få flere menn til å teste seg.



Ved selvtesting slipper man å oppsøke lege. Utfordringen er å få flere menn til å teste seg.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Om klamydia [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011 [updated 20.06.2017; cited 2020 14.12.2020]. Available from: https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/seksualitet-og-helse/diag/om-klamydia/.
2. Samfunn So. Klamydia [Internett]. Oslo: Sex og samfunn; [cited 2020 14.12.2020]. Available from: https://www.sexogsamfunn.no/sykdommer/seksuelt-overforbare infeksjoner/klamydia/#.
3. Folkehelseinstituttet. Chlamydiainfeksjon, genital (klamydia) veileder for helsepersonell [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2010 [updated 19.06. 2019; cited 2020 14.12.2020]. Available from: https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/chlamydiainfeksjon genital-klamydia/.
4. Folkehelseinstituttet. Årsrapport 2019 Seksuelt overførbare infeksjoner [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020 [updated 25.06.2020; cited 2020 14.12.2020]. Available from: https://www.fhi.no/publ/2020/arsrapport-2019-seksuelt-overforbare-infeksjoner/.
5. Lange R. Nå kan du teste deg for klamydia på vei til forelesning [Internett]. Tromsø: iTromsø; 2018 [updated 28.08.2018; cited 2020 14.12.2020]. Available from: https://www.itromso.no/nyheter/2018/08/28/Nå-kan-du-teste-deg-for-klamydia-på-vei-til forelesning-17412251.ece.
6. Powell R, Pattison HM, Francis JJ. An online study combining the constructs from the theory of planned behaviour and protection motivation theory in predicting intention to test for chlamydia in two testing contexts. Psychol Health Med. 2016; 21(1): 38–51.
7. Holland-Hall CM, Wiesenfeld HC, Murray PJ. Self-collected vaginal swabs for the detection of multiple sexually transmitted infections in adolescent girls. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2002; 15(5): 307–13.
8. Powell R, Pattison HM, Marriott JF. Perceptions of Self-Testing for Chlamydia: Understanding and Predicting Self-Test Use. Healthcare (Basel). 2016;4(2). 9. McRee AL, Esber A, Reiter PL. Acceptability of home-based chlamydia and gonorrhea testing among a national sample of sexual minority young adults. Perspect Sex Reprod Health. 2015; 47(1): 3–10.
10. Habel MA, Brookmeyer KA, Oliver-Veronesi R, Haffner MM. Creating Innovative Sexually Transmitted Infection Testing Options for University Students: The Impact of an STI Self-testing Program. Sex Transm Dis. 2018; 45(4): 272–7.
11. Gravningen K, Braaten T, Schirmer H. Self-perceived risk and prevalent chlamydia infection among adolescents in Norway: a population-based cross-sectional study. Sex Transm Infect. 2016; 92(2): 91–6.
12. Andersen KSPJS. Social-, age- and gender differences in testing and positive rates for Chlamydia trachomatis urogenital infection – a register-based study. Family Practice [Internet]. 2014 [cited 2021 7.01]; 31(6): [699-705 pp.]. Available from: https://academic.oup.com/fampra/article/31/6/699/591627.

SSA142@UIT.NO
TONJE.BRAATEN@UIT.NO
LISA.TANGNES.LEEVES@UNN.NO
SKR101@UIT.NO
ASTRI.MEDBO@GMAIL.COM

Luster-modellen
– en måte å sikre stabilitet i de minste kommunene?

KNUT COTTA SCHØNBERG • *Kommuneoverlege i Luster*
PETER PRYDZ • *Fastlege i Hammerfest og veilederkoordinator i Legeforeningen*

Luster kommune har egen legevakt. Kommunen er større enn Vestfold i areal, men har kun vel 5200 innbyggere. Vi har åtte fastleger og turnuslege.

Antall leger kan synes høyt, men unge leger ønsker å begrense sin arbeidstid, og fire av legene har fri én fast dag i uken.

Mulighet for tilpasset arbeidstid og god «pakke» til videreutdanning gjør oss attraktive. Fem av legene er spesialister i allmennmedisin og er flinke veiledere til de i spesialisering. Vi tilbyr fastlønn fram til ferdig spesialist. Alle får tilbud om fire ukers betalt videreutdanning pr. år. Vi har stor grad av stabilitet. Som et stabiliseringstiltak er det inngått avtale om tidelt vakt.

Kommunen har nå en stab med godt kjente og dyktige vikarer. I 2020 hadde vi inne åtte perioder med legevikarer, dette var delt på seks forskjellige leger. I 2021 får vi sju perioder med vikar, delt på fem leger (til sammen ca. 120 vakter). Begge år har vi ikke ukjent korttidsvikar. Vikarene har i hovedsak tatt vakter, men noen har også jobbet som fastlege når vi har hatt lovfestede permisjoner.

Det er morgenmøte alle hverdager hvor blant annet vaktlege avlegger rapport. Vi har et godt forberedt mottak av vikarer. Vi stiller krav om gode kunnskaper i akuttmedisin. Vikarer er med i akuttmedisinsk trening om de er her (BEST), vi trener i lokale akuttmedisinske utrykningsteam.

Kan vi tenke oss denne modellen som et middel til å stabilisere legedekningen i de minste kommunene?

Eksemplet vi ser for oss er en liten utkantkommune med ca. tusen innbyggere, for perifer for vaktsamarbeid. Legebemanningen er to faste leger samt turnuslege. Det er gode arbeidsforhold og ikke spesielt stort press på dagtid. Hovedutfordringa for stabil legedekning er tredelt vakt, som ingen kan leve lenge med nå til dags. Det skjer lite på vaktene, men det er krevende å være bundet opp så mye.

Kommunen leier inn en vikar fra et seriøst byrå ti dager hver måned, fredag til neste mandag. Vikaren må dokumentere kunnskap i akuttmedisin. Vikaren har alle vaktene, men deltar ikke i praksis på hverdagene. Vikaren kan eventuelt komme på morgenmøte hvis det har skjedd viktige ting på vakta. Vikaren må ha fast lønn, for å hindre at han tar imot pasienter som hører hjemme hos de faste legene på dagtid.

En slik jobb må passe bra for en som skriver på en doktoravhandling?

Da er 10 vakter i måneden tatt hånd om, inkludert to helger. Turnuslegen kan gjerne gå tredelt i et halvår, og tar ti vakter. Da er det fem vakter igjen til hver av de faste legene, og det er til å leve med. Turnuslegen har vakt en helg i måneden, og de faste legene har en helg annenhver måned.

Vi tror dette vil være en klok investering å gjøre for små og perifere kommuner, dersom man ønsker å rekruttere og ikke minst ta vare på stabile leger.

KNUT.COTTA.SCHONBERG@LUSTER.KOMMUNE.NO JOBB@PETERPRYDZ.NO

ETTERORD 2021

Denne artikkelen ble opprinnelig skrevet i 2014, men er altså nå hentet fram igjen for publisering. Den er oppdatert med ferske tall fra Luster. Siden den ble skrevet har mye skjedd. Vi har fått akuttforskriften med krav om bakvakt, vi har fått eksempler på sykepleiervakt med lege på video, vi har fått en rask utbredelse av «Nordsjø-turnus», og vi har streiket mot altfor hyppige vakter.

Bakvaktskravet har vært en trussel mot legevakt og legedekning i perifere strøk. Ut fra det siste årets hendelser, skal det godt gjøres at ikke bakvakt på telefon/video skal være tilstrekkelig. Det kommer ikke i konflikt med denne modellen, så lenge man kan være hvor man vil på bakvakt. Man kan også ha leger på bakvakt som kjenner distriktet godt, uten at de nødvendigvis jobber der nå.

«Luster-modellen» har store fortrinn sammenliknet med «Nordsjø-turnus». I sistnevnte ordning er det vanlig at legen er to uker til stede og fire uker borte (1). Det står for meg som en uthuling av fastlegeordningen, der pasienten møter forskjellige leger forskjellige uker. Det er mye vi møter på som trenger ukentlig oppfølging, ikke minst psykiske kriser.

Nordsjø-turnus etter dette mønsteret er ikke forenlig med spesialistutdanning i allmennmedisin. Og fastlegen blir en bedre lege for sitt lokalsamfunn ved å ta del i det på heltid, framfor å bli «fløyet inn» slik de gjerne blir i Canada og Australia.

Det er ingen mangel på leger som ønsker å arbeide i allmennmedisin, dersom arbeidsforholdene blir bedre (2). I små utkantkommuner handler dette primært om vakthyppighet. Derfor er «Luster-modellen», som beskrevet, fortsatt aktuell.

Peter Prydz

REFERANSER
1. Rønold I: Fastleger i Nordsjøturnus. Tdnlf 10/2019. https://tidsskriftet.no/2019/06/reportasje/fastleger-i-nordsjoturnus
2. EY og Vista Analyse: Evaluering av fastlegeordningen. 2019. https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf

Fastlegers henvisninger

TORGEIR FJERMESTAD • *Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, fastlege ved Ranheim legesenter*

Årlig henviser fastlegene i Norge nesten to millioner pasienter til spesialisthelsetjenesten. Det er stor variasjon i fastlegenes praksis med henvisninger. Kommunene skal ha oversikt over den enkelte leges henvisningspraksis, men det gjennomføres i liten grad.

Førde og medarbeidere fant i Sogn og Fjordane i 2009 at blant ti fastleger henviste en lege seks ganger så mange pasienter som en annen, justert for listestørrelse (1). Unni Ringberg viste at spredningen av henvisningshyppighet blant 44 fastleger var fra 4–28 prosent av antall konsultasjoner. Hun fant også at kvinnelige leger henviste i snitt 25 prosent mer enn mannlige (2).

De siste fem årene er det fra norsk allmennmedisinsk miljø kommet tre viktige doktorgradsarbeid som berører henvisninger. Unni Ringberg i Tromsø disputerte i 2015 på temaet: «Allmennnpraktikerens beslutning om henvisninger til spesialisthelsetjenesten: ulikheter, årsaker og forventet utbytte» (2). Olav Thorsen i Stavanger disputerte i 2017 på temaet: «Fastlegers henvisninger til spesialisthelsetjenesten – elementer og faktorer i prosessen som har innvirkning på pasienters tilgang til spesialisthelsetjenesten» (3).

Stein Nilsen i Bergen disputerte i 2018 på «Allmennlegers erfaringer som portvakt – utfordringer, håndtering og konsekvenser» (4). Mange forhold innvirker på hver leges henvisningspraksis og bidrar til den store variasjonen. Riksrevisjonen publiserte i november 2018 en rapport om fastlegenes henvisningspraksis (5). Denne fastslår blant annet at det er grunn til å anta at det totale antallet henvisninger er altfor høyt, og at spesialisthelsetjenesten kan spare ressurser på en mer riktig og lik henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten.

Det er skuffende at fastlegene etter mange års bruk av elektronisk pasient journal og elektroniske henvisninger, fortsatt ikke har noen mulighet til å få oversikt over egen henvisningspraksis.

Riksrevisjonens rapport

Riksrevisjonens rapport «Undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten» beskriver en del forhold rundt fastlegers henvisningspraksis (4). Rapporten påpeker at det er altfor stor variasjon. Det anbefales at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør overfor helseforetakene at de har et ansvar for å gjøre sin kunnskap om fastlegenes henvisningspraksis tilgjengelig. Det påpekes videre at helseforetakene må utarbeide systemer for «regelmessige tilbakemeldinger til fastlegen om egen og andres henvisningspraksis.»

Helseminister Bent Høie skriver i sitt tilsvar til rapporten blant annet

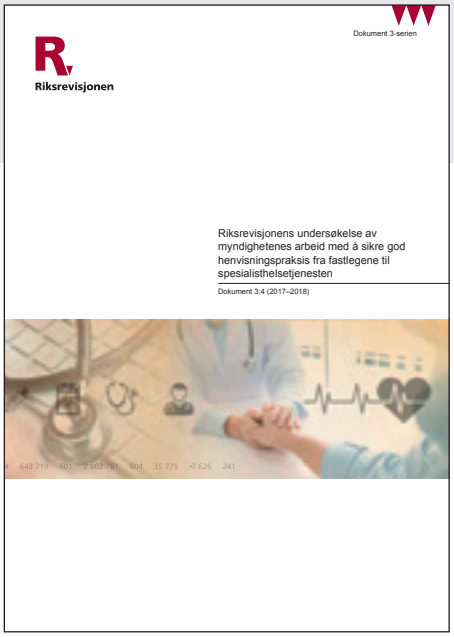
> «Fastlegeforskriftens §7 annet ledd sammenholdt med forskriften §24 gir kommunen et tydelig ansvar med å sørge for god henvisningspraksis hos sine fastleger. (...) jeg forventer at kommunene oppfyller de krav som følger av lov og forskrift og at det er opp til kommunen å få på plass systemer for å følge med på henvisningspraksisen for fastleger i sin kommune.»

Riksrevisjonens rapport inneholder oversikt over fastlegers henvisningspraksis. Men her er det betydelige metodiske feil, idet de har hentet inn data bare fra sykehusene, ikke fra avtalespesialistene. Dessuten var det ikke mulig å få data fra Helse Midt, fordi henvisninger der ikke er knyttet til fastlegens HPR-nummer.

Siden rapporten ble publisert, og med helseministerens tilsvar, er det gått over to år uten at det har skjedd noe som helst, hverken fra de regionale helseforetakene eller fra kommunenes side.

Henvisninger fra fastlegene ved Ranheim legesenter

Statistikk- og rapportverktøyet Medrave ble brukt til å se på legenes henvisningspraksis til spesialisthelsetjenesten for årene 2017–2019. Vi fikk også statistikk på antall innleggelser for hver lege, men i dette arbeidet


Dokument 3-serien

Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten

Dokument 3:4 (2017–2018)

blir henvisninger avgrenset til å gjelde kun til poliklinikk eller avtalespesialist. Psykologer og andre henvisningsinstanser ble også utelukket. I opptellingen skilte vi mellom henvisninger til avtalespesialist og poliklinikk, samt til akutte innleggelser. Rapporten fra Medrave må gjennomgås manuelt og sorteres. Det kan være noen mindre feilkilder her. En feilkilde er at purringer blir registrert som egen henvisning, noe som gjør at reelt antall er litt lavere enn tallene vi har funnet. De siste par årene har St. Olavs hospital fått noe kortere ventetider, noe som også vil redusere antallet purringer. Slike purringer utgjør uansett neppe mer enn noen få prosent av alle registreringer. Legene har også ulik praksis med ettersending av laboratoriesvar, bildemateriell og andre svar. Den legen som har størst andel henvisninger, har brukt «den gode henvisning» til slik ettersending, mens de andre legene har brukt dialogmelding.

Når henvisningspraksis skal sammenlignes, er det brukt ulike metoder. Førde og medarbeidere brukte listestørrelsen og beregnet henvisningsraten pr. tusen på listen (1).

Unni Ringberg brukte i sin doktoravhandling henvisningsrate ut fra antall konsultasjoner, altså i prosent av konsultasjoner (2). Vi mener denne siste angivelsen er best egnet, fordi den også kan brukes hvis det har vært vikar i praksisen.

Tabellen viser at det er betydelig variasjon mellom legene, men at hver leges henvisningspraksis er rimelig stabil over tid. Vi så også på hvor stor andel av alle henvisninger som ble sendt til avtalespesialister. Her var

til annenlinjetjenesten

gjennomsnittet for de tre årene 47 prosent av alle henvisninger, med en spredning mellom de fem legene fra 41 til 52 prosent.

Diskusjon

For alle legene ved Ranheim legesenter var det helt nytt å få vite hvordan egen henvisningspraksis er sammenlignet med andre. Det er jo ingen fasit her om hva som er riktig. Men slik «benchmarking» gir et bilde av hvor man ligger sammenliknet med en gruppe kolleger, og det er et fint grunnlag for å kunne reflektere over egen praksis med formål om å bedre kvalitet. Slike praksisbaserte sammenligninger er mye brukt blant annet i Storbritannia og Danmark, som begge har hatt fastlegeordning mye lenger enn Norge. Metoden er også anbefalt fra norske miljøer som jobber med kvalitetsutvikling i allmennmedisin, som Senter for Kvalitet i Legekontor (SKIL).

I norsk allmennpraksis er det stor variasjon i legenes praksis på en rekke områder, som organisering av praksis, diagnosesetting, laboratoriebruk, forskrivning av medikamenter, sykemeldinger og henvisningspraksis. Fastleger kan ha svært ulik listesammensetning, og dette kan i noen grad forklare forskjeller, men det kan på langt nær forklare alt. Det er et mål fra overordnede helsemyndigheter med mindre praksisvariasjon. Hjelpemidler her er Helsedirektoratets veiledere for en lang rekke kliniske områder.

Å få kjennskap til egen praksis sammenlignet med andre kolleger, vil ikke alene nødvendigvis føre til endringer. Og det er ikke riktig at gjennomsnittet alltid skal være målet. Men hvis resultatene også gjennomgås og diskuteres i en gruppe der alle har kjennskap til egen praksis, vil sannsynligheten være større for at dette kan føre til endringer i praksis, kanskje mest for dem som er i ytterkantene.

TABELL 1. *Henvisninger i prosent av konsultasjoner, Ranheim legesenter 2017–2019.*

	LEGE A	LEGE B	LEGE C	LEGE D	LEGE E
2017	8,4	14,3	20,5	14,4	16,2
2018	8,1	14,4	18,8	9,1	13,8
2019	7,9	14,6	18,8	13,0	14,7

Tallene for 2017 og 2018 ble gjennomgått av legene ved Ranheim legesenter i mars 2019. Slik tallene fra 2019 ble, tyder det ikke på at en slik gjennomgang alene har bidratt til endring, siden høyeste og laveste henviser har ganske like tall også i 2019.

Vår studie bekrefter at avtalespesialistene i en storby håndterer et stort antall pasienter, i det 47 prosent av alle henvisninger gikk dit. Fastlegene henviser gjerne der det er kortest ventetid, og dette bekrefter at avtalespesialistene jobber effektivt og er en viktig del av spesialisthelsetjenesten.

Denne studien ble muliggjort med støtte fra Nidarosfondet, som dekket Medrave i tre år for oss. For et legesenter med seks leger koster Medrave årlig ca. 22 000 kroner. Det tar bare noen timer å hente ut og bearbeide data slik vi presenterer dem her. Riksrevisjonen fastslår i sin rapport at dette er myndighetenes ansvar. For fastlegene er det av underordnet betydning om det er helseforetakene eller kommunen som gir tilbakemelding om henvisningspraksis. Det er heller ikke enighet her på sentralt hold. Riksrevisjonen mener det er helseforetakenes ansvar. Helse- og omsorgsdepartementet slår fast i sitt tilsvar at dette først og fremst er kommunenes ansvar. Uansett er det skuffende at intet har skjedd nå snart tre år etter rapporten ble publisert.

Det vil sannsynligvis være enklest å få til et system med systematisk tilbakemelding til alle fastleger via de regionale helseforetakene. De er jo mottakere av alle henvisninger. Å lage statistikk over fastlegenes henvisninger burde ikke være noen stor arbeidsmessig utfordring. Riksrevisjonen klarte jo delvis å få ut slik statistikk som grunnlag for deres rapport. Men det ser ut som det er nødvendig at myndighetene må pålegge helseforetakene å ta denne oppgaven. Henvisninger til avtalespesialister må selvfølgelig inkluderes, og tallene må justeres mot legens antall konsultasjoner, som fremskaffes via Helfo.

Helseminister Bent Høie påpeker i sitt tilsvar til Riksrevisjonen at kommunene har ansvar her. Men kommunene har i dag intet verktøy for å klare denne oppgaven. Siden helseforetakene sitter på tallmaterialet, burde dette være et arbeid som gjøres sammen med kommunene. Dagens versjon av Medrave krever en del manuelt arbeid og er derfor ikke noe ideelt verktøy hvis kommunene skulle ha gjort dette på egen hånd, slik Bent Høie påpeker.

Avslutning

Henvisningspraksis og forskrivning av vanedannende medikamenter er to områder der vi har erfart at det er spesielt nyttig å gjøre sammenligninger mellom fastleger. For å få til endring av praksis i retning bedre kvalitet, er forutsetningen at en må kjenne sin egen praksis. Uthenting av den type data er egnet til å diskutere så vel i legepraksis som i smågrupper.

For oversikt over fastlegers henvisningspraksis er for tiden Medrave det beste verktøyet til å fremskaffe denne informasjonen. Dette er også viktig informasjon for kommunen, og slik helseminister Bent Høie angir i sitt tilsvar til Riksrevisjonen, er kommunene pålagt ansvar for å ha oversikt over fastlegenes henvisningspraksis.

REFERANSER

1. Førde OH, Breidablikk HJ, Øgar P. Truar skilnadene i tilvisningsrater målet om likeverdige helsetjenester ? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1878–81.
2. Ringberg U, et al. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are assosiated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4500 consultations. BMC Health Services Research 2013, 13: 147.
3. Thorsen O, Hartveit M, Johannessen JO et al. Typologies in GP referral practice BMC Fam Pract 2016; 17: 76.
4. Nilsen S. www.uib,no/nye doktorgrader/116530
5. https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/myndighetenes-arbeid-med-a-sikre-god-henvisningspraksis-fra-fastlegene-til-spesialisthelsetjenesten/.

Takk til mine kolleger ved Ranheim legesenter for gode diskusjoner og innspill. En takk også til kommuneoverlege Tove Røsstad for gjennomlesning og nyttige råd, samt takk til Nidarosfondet som med sin prosjektstøtte muliggjorde dette arbeidet.

Ingen interessekonflikter

TORGEIRF@ONLINE.NO

PraksisNett – status etter tre år

■ STEIN NILSEN
Allmennmedisinsk forskningsenhet, NORCE Norwegian Research Centre
■ BJØRN BJORVATN
Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
■ ESPEN SAXHAUG KRISTOFFERSEN
Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

PraksisNett er et forskningsnettverk av fastlegepraksiser spredt over hele landet som skal bidra til gjennomføring av forskningsprosjekter fra norsk allmennpraksis. Forskningen skal være til glede og nytte for fastlegene og deres pasienter.

Da vi sist informerte *Utpostens* lesere om Praksisnett, var prosjektet helt i startgropen, og vi var i ferd med å starte rekruttering av legekontorer. Nå har PraksisNett vært underveis i tre år, og vi ønsker å gi dere en liten statusrapport om hva som har skjedd siden sist og hva dere kan forvente fra oss.

Hvem er vi?

PraksisNett har en prosjektorganisasjon som teller nærmere 20 medarbeidere, knyttet til de allmennmedisinske universitetsmiljøene og forskningsenhetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø, i tillegg til Norsk Senter for E-helseforskning (NSE). Mange av oss er nåværende eller forhenværende fastleger som har kombinert fastlegepraksis med forskning, andre er forskere på IT-systemer i helsetjenesten, og vi har også en gruppe faglige medarbeidere knyttet til administrative støttefunksjoner. PraksisNett består av to deler; 1) den tjenestebaserte delen av nettverket som består av dem som jobber i PraksisNett og alle legekontorene, og 2) IT-infrastrukturen som binder oss sammen.

Rekruttering av legekontorer

Da arbeidet med PraksisNett startet opp, var en av de første oppgavene å finne 90 fastlegekontorer spredt rundt i Norge som kunne tenke seg å bli med i nettverket. Utsiktene til å få dette til i 2018 anså vi som ganske usikre: Fastlegekrisen var over oss for fullt, og det faglige overskuddet hos fastlegene til å ta på seg nye oppgaver trodde vi var begrenset. Vi informerte om PraksisNett og inviterte til deltagelse gjennom møter, stands og artikler i fagpressen. Det største gjennombruddet kom imidlertid etter et innlegg om PraksisNett på Facebookgruppen Allmennlegeinitiativet. I løpet av få uker hadde mer enn hundre allmennpraksiser meldt sin interesse. Resten av rekrutteringsprosessen har vært en fest! Regionlederne våre besøkte personlig de fleste kontorene som var interessert, og mottagelsen var overveldende positiv. Nesten alle takket ja til å bli med, og i løpet av 2019 var det aller meste av nettverket på plass. I dag teller PraksisNett 92 fastlegepraksiser med nesten 500 fastleger og over 500 000 pasienter godt spredt utover alle fylker og regioner. Dette utgjør nesten ti prosent av befolkningen, og er et representativt utvalg stort nok til å kunne gi gyldig kunnskap om pasienter i norsk allmennpraksis i mange år fremover.

IT-infrastrukturen

Parallelt med rekruttering av legekontorer er det arbeidet iherdig med å utvikle den digitale infrastrukturen som gjør det mulig å hente ut pseudonymiserte data fra legekontorene på en sikker og trygg måte. Hensikten med IT-nettverket er todelt: Det gir oss mulighet til å innhente helsedata fra fastlegejournalene til bruk i forskning. I tillegg vil det bli et verktøy for kommunikasjon mellom PraksisNett-legene og forskerne til bruk i pågående studier. I denne nettportalen vil fastlegene blant annet få informasjon om nye prosjekter som de kan delta i, og forskerne kan få oversikt over hvor mange pasienter som egner seg til deltagelse i deres prosjekt, og hvor mange som har samtykket til deltagelse etc.

Utviklingen av IT-nettverket er et nybrottsarbeid som neppe har vært gjort noen andre steder i verden, og denne delen av utviklingsarbeidet har ikke vært like enkelt som rekruttering av legekontorer. Flere utfordringer har dukket opp som var vanskelig å forutse: IT-bransjen er som kjent i kontinuerlig utvikling. Flere nye journalleverandører er kommet til, skybaserte løsninger er tatt i bruk, og General Data Protection Regulation (GDPR) stilte nye og meget omfattende krav til datasikkerhet og personvern. PraksisNett er forståelig nok veldig opptatt av datasikkerhet og personvern, så alle endringer som berører dette krever tilsvarende endring og tilpasning av IT-løsningene. Vi er likevel kommet så langt at vi nå er i testfasen av PraksisNett-portalen som alle deltagende fastleger og forskere skal bruke i planlegging og gjennomføring av studier, og vi er i ferd med å starte den første studien som skal innhente data fra fastlegejournalene.

Prosjektene

Vi har ikke sittet stille og ventet på at PraksisNett skulle være fiks ferdig før vi tok infrastrukturen i bruk. Vi startet tidlig med å informere ulike forskningsmiljøer om hvilke muligheter som åpner seg for datainnsamling og klinisk praksisnær forskning gjennom PraksisNett, og oppfordret dem til å melde inn prosjekter som ønsket å bruke PraksisNett. Det viste seg at forskere er svært positive til denne muligheten: Så langt er det kommet inn henvendelser

FORSKNING ◄ TEMA

PraksisNett – et nettverk av fastlegepraksiser

En storsatsing på forskning i allmennpraksis

■ BJØRN BJORVATN[1], JØRUND STRAAND[2], PEDER HALVORSEN[3], KNUT-ARNE WENSAAS[1,4], JOHAN GUSTAV BELLIKA[5], EGIL ANDREAS FORS[5], SVEIN GJELSTAD[6], ESPEN SAXHAUG KRISTOFFERSEN[6], BERIT ØKNEVAD-GUNDERSEN[6], GURI RØRTVEIT[1,4]

[1] Forskningsgruppe for allmennmedisin, institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
[2] Avdeling for allmennmedisin, institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
[3] Allmennmedisinsk forskningsenhet, institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet
[4] Allmennmedisinsk forskningsenhet, uni.research helse
[5] Nasjonalt senter for e-helseforskning og institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet
[6] Allmennmedisinsk forskningsenhet, institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

PraksisNett er en ny, nasjonal infrastruktur for forskning i primærhelsetjenesten. Det vil bestå av forskningsaktive allmennpraksiser knyttet sammen i et nettverk med hverandre og med de allmennmedisinske universitetsmiljøene.

2017 var et merkeår for allmennmedisinsk forskning i Norge. Etter flere års arbeid lykkes vi i å få finansiering til å bygge opp et praksisbasert forskningsnettverk i primærhelsetjenesten – PraksisNett. Forskningsrådet (NFR) vil gå inn med rundt 65 millioner til etableringsperioden som strekker seg over fem år. I tillegg bidrar de allmennmedisinske forskningsmiljøene med betydelige egenandeler til prosjektet som vil ha en samlet kostnadsramme på vel 88 millioner kroner.

Forskningsnettverket blir en nasjonal infrastruktur for forskning i primærhelsetjenesten – på mange måter kan det sammenlignes med basalforskerens laboratorium. Det består av forskningsaktive allmennpraksiser knyttet sammen i et nettverk med hverandre og med de allmennmedisinske universitetsmiljøene. Det er tigget for å kunne gjennomføre praksisnære, kliniske studier i mange praksiser samtidig. PraksisNett skal i første omgang være et nettverk av 90 fastlegepraksiser. Vår visjon for framtiden er at også andre deler av primærhelsetjenesten (legevakt, tannhelse, fysioterapi) vil knytte seg til.

PraksisNett vil bestå av fire regionale nettverk forankret ved hvert av de fire allmennmedisinske akademiske miljøene. Nasjonal ledelse av det samlede nettverket vil være ved Universitetet i Bergen. I tillegg til den praksisbaserte infrastrukturen, består PraksisNett av en skreddersydd, avansert teknologi utviklet og styrt fra Nasjonalt senter for e-helseforskning i Tromsø. Ved hjelp av denne teknologien vil det bli mye lettere å identifisere og inkludere pasienter fra allmennpraksis til å delta i kliniske studier. Forskningen skal være allmennmedisinsk relevant og resultatene skal være gyldige for allmennpraksis. Datasikkerhet, forskningsetikk og personvern (både for leger og pasienten) vil bli ivaretatt. PraksisNett vil gjøre det enklere og mer forutsigbart for fastleger å kombinere forskning med klinisk praksis.

Klinisk forskning i allmennpraksis

Norsk allmennmedisin og norske fastleger trenger relevant kunnskap for egen praksis. Med rundt 15 millioner årlige pasientkonsultasjoner utgjør allmennpraksis helsetjenestens desidert største arena for diagnostikk, behandling, oppfølging og prioritering. Rundt 70 prosent av befolkningen er innom fastlegen hvert år. Likevel er det lite forskning i denne delen av helsetjenesten. Spesielt gjelder dette klinisk forskning. I dag skjer forskning i hovedsak i helseforetakene, og aller mest på universitetssykehusene. Fordi både sykdommer og behandling er hos pasienter innlagt i universitetssykehusene ofte er svært forskjellige fra klinisk virkelighet i allmennpraksis, har resultater fra forskning i sykehus ofte begrenset gyldighet i primærhelsetjenesten. I allmennpraksis er både pasienter og leger spredt rundt omkring i landet, og det har derfor vært svært arbeids- og ressurskrevende å gjennomføre klinisk forskning i allmennpraksis. Det har vært enklere å basere seg på data fra registre eller befolkningsundersøkelser, spørreskjema eller intervjuer med legene. Praksisnær, klinisk utforskning av de helseproblemer som bringer folk til fastlegen og der fastlegen står for behandlingen, er imidlertid helt avgjørende for å bygge kunnskapsgrunnlaget for det allmennmedisinske faget og for å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen.

PraksisNett vil åpne for nye muligheter til å gjennomføre klinisk forskning av høy kvalitet og relevans for det allmennmedisinske praksisfeltet.

FIGUR 1. *Organisasjonskart for PraksisNett.*

PraksisNett – hva er det?

PraksisNett er en todelt nasjonal infrastruktur. Den første delen av infrastrukturen består av allmennmedisinske akademiske og støttepersonell for PraksisNett, både i Bergen, Oslo, Trondheim og Tromsø. Den andre delen er en digital infrastruktur.

Figur 1 viser hvordan PraksisNett er organisert. Den koordinerende enheten er lagt til Universitetet i Bergen. Enheten har ansvar for å koordinere virksomheten og å være nettverkets felles adresse for nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere. De utøvende enhetene i nettverket er de regionale nettverkene (PraksisNett Øst, PraksisNett Vest, PraksisNett Midt og PraksisNett Nord). Disse er tilknyttet de allmennmedisinske forskningsmiljøene i Oslo (Universitetet i Oslo), Bergen (Uni Research Helse), Trondheim (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet) og Tromsø (UiT Norges arktiske universitet).

PraksisNett er en ny, nasjonal infrastruktur for forskning i primærhelsetjenesten. Det vil bestå av forskningsaktive allmennpraksiser knyttet sammen i et nettverk med hverandre og med de allmennmedisinske universitetsmiljøene.

2017 var et merkeår for allmennmedisinsk forskning i Norge. Etter flere års arbeid lykkes vi i å få finansiering til å bygge opp et praksisbasert forskningsnettverk i primærhelsetjenesten – PraksisNett. Forskningsrådet (NFR) vil gå inn med rundt 65 millioner til etableringsperioden som strekker seg over fem år. I tillegg bidrar de allmennmedisinske forskningsmiljøene med betydelige egenandeler til prosjektet som vil ha en samlet kostnadsramme på vel 88 millioner kroner.

Forskningsnettverket blir en nasjonal infrastruktur for forskning i primærhelsetjenesten – på mange måter kan det sammenlignes med basalforskerens laboratorium. Det består av forskningsaktive allmennpraksiser knyttet sammen i et nettverk med hverandre og med de allmennmedisinske universitetsmiljøene. Det er tigget for å kunne gjennomføre praksisnære, kliniske studier i mange praksiser samtidig. PraksisNett skal i første omgang være et nettverk av 90 fastlegepraksiser. Vår visjon for framtiden er at også andre deler av primærhelsetjenesten (legevakt, tannhelse, fysioterapi) vil knytte seg til.

PraksisNett vil bestå av fire regionale nettverk forankret ved hvert av de fire allmennmedisinske akademiske miljøene. Nasjonal ledelse av det samlede nettverket vil være ved Universitetet i Bergen. I tillegg til den praksisbaserte infrastrukturen, består PraksisNett av en skreddersydd, avansert teknologi utviklet og styrt fra Nasjonalt senter for e-helseforskning i Tromsø. Ved hjelp av denne teknologien vil det bli mye lettere å identifisere og inkludere pasienter fra allmennpraksis til å delta i kliniske studier. Forskningen skal være allmennmedisinsk relevant og resultatene skal være gyldige for allmennpraksis. Datasikkerhet, forskningsetikk og personvern (både for leger og pasienten) vil bli ivaretatt. PraksisNett vil gjøre det enklere og mer forutsigbart for fastleger å kombinere forskning med klinisk praksis.

Klinisk forskning i allmennpraksis

Norsk allmennmedisin og norske fastleger trenger relevant kunnskap for egen praksis. Med rundt 15 millioner årlige pasientkonsultasjoner utgjør allmennpraksis helsetjenestens desidert største arena for diagnostikk, behandling, oppfølging og prioritering. Rundt 70 prosent av befolkningen er innom fastlegen hvert år. Likevel er det lite forskning i denne delen av helsetjenesten. Spesielt gjelder dette klinisk forskning. I dag skjer forskning i hovedsak i helseforetakene, og aller mest på universitetssykehusene. Fordi både sykdommer og behandling er hos pasienter innlagt i universitetssykehusene ofte er svært forskjellige fra klinisk virkelighet i allmennpraksis, har resultater fra forskning i sykehus ofte begrenset gyldighet i primærhelsetjenesten. I allmennpraksis er både pasienter og leger spredt rundt omkring i landet, og det har derfor vært svært arbeids- og ressurskrevende å gjennomføre klinisk forskning i allmennpraksis. Det har vært enklere å basere seg på data fra registre eller befolkningsundersøkelser, spørreskjema eller intervjuer med legene. Praksisnær, klinisk utforskning av de helseproblemer som bringer folk til fastlegen og der fastlegen står for behandlingen, er imidlertid helt avgjørende for å bygge kunnskapsgrunnlaget for det allmennmedisinske faget og for å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen.

PraksisNett vil åpne for nye muligheter til å gjennomføre klinisk forskning av høy kvalitet og relevans for det allmennmedisinske praksisfeltet.

Ledergruppen i Tromsø. Fra venstre: Bjørn Bjorvatn, Knut-Arne Wensaas, Egil A. Fors, Espen S. Kristoffersen, Guro Rørtveit, Svein Gjelstad, Gustav Bellika og Jørund Straand. Peder Halvorsen var ikke til stede da bildet ble tatt.

Faksimile av artikkelen i Utposten 4/2018 der PraksisNett ble presentert i en artikkel på fire sider.

fra 40 ulike prosjekter. Vi ønsker likevel flere forskere velkommen til å bruke PraksisNett, og særlig ønsker vi oss flere kliniske studier fra allmennmedisinske miljøer!

Alle søknader blir nøye gjennomgått for å vurdere om de egner seg til å bruke PraksisNett, og ikke alle slipper til. Hovedmålsettingen til PraksisNett er at prosjektene skal være rettet mot problemstillinger som er relevante og nyttige for fastlegens pasienter, i tillegg til å ha høy faglig og forskningsetisk standard. Ingen prosjekter gjennomføres uten at det foreligger avtale med fastlegekontorene. De første pilotprosjektene som bruker infrastrukturen startet opp våren 2020, og her følger en kort presentasjon av noen av dem:

Gjennomførte prosjekter

ValueDx var et internasjonalt prosjekt som undersøkte legers håndtering av pasienter med nedre luftveisinfeksjon og sår hals, og bruk av laboratorietester ved disse konsultasjonene. Over 20 leger rakk å bidra med verdifull informasjon i den norske armen av dette prosjektet rett før koronaen kom til landet.

I **Depresjonsstudien** ønsket forskerne å undersøke hvilken oppfølging unge, deprimerte pasienter får hos fastlegen og hos andre behandlere. Dette er en kvalitativ studie der man intervjuet både pasienten, pasientens fastlege og dessuten andre aktører i oppfølgingen (NAV-kontakt, spesialist). Fastlegenes oppgave var å rekruttere en pasient, og også selv la seg intervjue som del av studien.

Basic (del 1) var en intervjustudie hvor leger i PraksisNett bidro til å rekruttere pasienter som ble intervjuet om sine luftveisplager og erfaringer med spesielt bihulebetennelse. Studien søker å forstå hvordan pasientene opplever det å ha bihulebetennelse og deres synspunkter om antibiotikabehandling av dette.

Pågående prosjekter

Covid- Nor har som målsetting å innhente kunnskap om fastlegers håndtering av pasienter med luftveisinfeksjoner under pandemien. Fastlegenes oppgave i dette prosjektet er å registrere opplysninger fra konsultasjoner som dreier seg om feber og luftveissymptomer, der de samler demografiske data om pasienten, opplysninger om symptomer og pasientens bekymringer, i tillegg til legens vurdering og håndtering av pasienten. Del 1 av dette prosjektet er avsluttet og del 2 startet opp i januar 2021.

Hørsel-balansestudien ser på sammenhengen mellom nedsatt hørsel og nedsatt balanse hos eldre over 70 år, og prøver ut et enkelt treningsprogram som skal bidra til bedret balanse. Fastlegens oppgave er å rekruttere pasienter som bruker høreapparat til studien. Studien er i full gang, men rekrutteringen har støtt på enkelte uforutsette problemer fordi eldre pasienter har vært nølende til deltagelse under pandemien. Studien fortsetter rekrutteringen straks smittevernreglene slippes mer opp.

Bruk av laboratorieprøver i allmennpraksis er den første studien som skal benytte anonyme data fra fastlegejournalene, uten aktiv deltagelse fra fastleger eller pasienter. Her er målsettingen å undersøke antallet blodprøver som fastlegen bestiller, og studere nærmere hvordan antallet prøver varierer over tid og varierer med pasientens alder, kjønn og diagnose. Studien vil kunne gi ny kunnskap om hvordan bruken av laboratorieprøver varierer og eventuelt kan utvikles eller forbedres.

Les mer om hvordan **du** kan bruke PraksisNett på: uib.no/praksisnett

Studier som er i ferd med å starte opp

I studien **Trygg på skulder** vil forskerne undersøke om et enkelt undervisningsopplegg for fastleger kan bedre kvaliteten i behandlingen av pasienter med skulderlidelser. Her har invitasjonen til legene nettopp gått ut, og interessen blant legene for å delta har vært meget god.

IDA-studien vil undersøke pasienter med høyt blodtrykk som ikke når blodtrykksmålet. Målsettingen med studien er å øke kunnskapen om årsaker til manglende blodtrykkskontroll og hvordan man kan forbedre oppfølgingen og behandling av pasienter med høyt blodtrykk. PraksisNett skal rekruttere leger fra alle fire regioner i dette prosjektet, og man håper gjennom deltakelse her å få introdusert flere fastleger for verktøyet Medrave, som skal brukes for å identifisere egnede pasienter fra fastlegejournalen.

Dette er en smakebit på hva vi er i gang med, og nye prosjekter settes i sving fortløpende. Studiene som er blitt presentert her, er fortsatt underveis eller i oppstartsfasen, og vi kan ennå ikke rapportere om endelige resultater. Vi ser veldig fram til den dagen det kan skje, siden hovedformålet med PraksisNett er å bringe fram ny kunnskap som skal komme fastlegens pasienter til nytte!

Veien videre

PraksisNett er finansiert gjennom Norges forskningsråd med 65 mill., og deltagende partnere (Universitetene, NORCE og NSE) med 25 mill., og har ennå to år igjen av prosjektperioden. Innenfor denne tidsrammen skal forskningsnettverket være ferdig etablert, i full drift, og etter hvert stå på egne bein og forhåpentligvis kunne finansieres av inntektene som prosjektene bringer inn. Målsettingen er selvsagt at PraksisNett skal bli en permanent institusjon og være en viktig ressurs for å få fram ny kunnskap om pasienter i primærhelsetjenesten. Så langt er vi i rute for å nå dette målet, men det er fortsatt mye arbeid som gjenstår.

Vi lover å holde dere orientert og kommer tilbake med forskningsresultatene etter hvert.

■ STNI@NORCERESEARCH.NO

Et pusterom i en travel hverdag

THERESE RENAA • *Utpostens redaksjon*

Hvert år deler Allmennmedisinsk forskningsutvalg ut stipend til allmennleger uten tidligere forskningserfaring. Stipendene gir mulighet til å fordype seg i et selvvalgt prosjekt i tre–seks måneder. For noen blir det starten på en forskningskarriere, for andre er det en mulighet til å jobbe med faget på en ny måte og få nye impulser.

Det starter med nysgjerrighet

For meg var det en gammel drøm som ble virkelighet på verst tenkelige tidspunkt. Hele livet var snudd på hodet med koronautbrudd i kommunen. Bekymringer, personalmangel, rapporteringskrav, smittesporing, endeløse møter, en tsunami av e-poster – dagene og nettene fløt sammen. Inne i kaoset våknet det en undring over det hverdagslige, over alt det som fortsatt fungerte på legekontoret. Hva var det som gjorde det mulig å drifte et legekontor i en krise? Hvilke faktorer lettet og bremset håndteringen? Hvilken rolle hadde fastlegene i en beredskapssituasjon?

Søknadsfristen var allerede gått ut da jeg sendte en e-post til Tove Rutle. Var det fortsatt mulig å søke? Fristen var forlenget på grunn av pandemien. En ny e-post til Jørund Straand, avdelingsleder ved Institutt for helse og samfunn, UiO. I løpet av tre dager hadde jeg fått tildelt en veileder, skrevet en prosjektskisse og sendt av gårde søknad om stipend.

Flere må involveres

Jeg snek meg over kommunegrensen for mitt første møte med veileder professor Mette Brekke fra Universitetet i Oslo. Det ble et spennende møte, og jeg skjønte fort at jeg ikke ante hva jeg hadde begitt meg ut på. Mette Brekke gjorde ingen forsøk på å skjønnmale prosessen. «Du blir i hvert fall ikke utbrent – du blir alt for sliten til å gruble.» Det ble også tydelig at prosjektet tok form i rommet mellom oss, og at veileders interesse ga farge og substans til min undring. Veileder viste ikke bare veien videre som erfaren forsker, men knadde idéen til noe annet og bedre enn den litt keitete prosjektskissen jeg hadde skrevet.

Spørsmålene kunne best besvares ved bruk av kvalitativ metode. Det ble bestemt å intervjue hjelpepersonalet ved legekontoret og fastlegene hver for seg, i to ulike fokusgrupper. Vi formulerte tre åpne spørsmål som utgangspunkt for intervjuene. Intervjuene skulle spilles inn og transkriberes, og deretter skulle teksten analyseres gjennom systematisk tekstkondensering.

Mette Brekke sørget for de nødvendige godkjenningene for datainnsamling og vurdering av de forskningsetiske sidene ved prosjektet.

Det ble raskt åpenbart at jeg ikke hadde klart å gjennomføre fokusgruppeintervjuene uten Mette Brekke. Jeg skulle studere mitt eget habitat og var både deltager og observatør. Det beste var at jeg holdt meg unna for å unngå at det farget samtalene. Mettes erfaring som terapeut kom godt med under intervjuene. Som nøytral og interessert med ualminnelig teft for kommunikasjon og dialog, skapte hun et rom for samtale der deltagerne følte seg trygge og villig fortalte om sine erfaringer.

Inn i teksten

Den videre prosessen krevde at jeg fikk ryddet rom til å jobbe med det innsamlede materialet. Tid avsatt til et koronaavlyst kurs ga en mulighet til å jobbe konsentrert slik at jeg kom i gang. Det lot seg ikke rydde bort alle forpliktelser, så skriving ble avbrutt av sykebesøk til terminale pasienter, legevakter, Nav-møter og ansvarsgruppemøter. Likevel hjalp det å holde seg borte fra kontoret. Jeg tok et skritt til siden, ut av den konstante strømmen av krav og henvendelser. Det ble stille. Arbeidet med oppgaven føltes ikke som en ekstra belastning, tvert imot ble det et pusterom, en mulighet for å hente seg inn litt etter en travel tid. Selv om jeg jobbet mye, fikk jeg brukt hodet på en annen måte, tenkt lengre tanker.

Intervjuer skulle transkriberes, teksten organiseres, kodes og tematiseres. Med utgangspunkt i en utmerket artikkel av Kirsti Malterud, skulle jeg lære meg metoden «systematisk tekstkondensering» som verktøy for å analysere intervjuene (1). Selv med en god oppskrift, var det vanskelig. Fargekoding og sortering av meningsbærende utsagn gjorde at teksten åpnet seg – fragmentene fra intervjuet med hjelpepersonalet la seg i et klart mønster som fortalte om veien fra kaos til mestring, med interessante innblikk i deltagernes tanker og følelser under prosessen. Jeg undret meg over at det ble så tydelig og over at jeg ikke hadde sett det før teksten var analysert. I denne fasen var teksten en hel verden i seg selv. Jeg hadde bekymret meg for at min kjennskap til intervjudeltagerne og hendelsene skulle stå i veien, og at det ville bli vanskelig å ha den nødvendige distansen til materialet, men intervjuet var tekst som jeg leste som en fremmed. Jeg beundret innsatsen til hjelpepersonalet og ble rørt over omsorgen og engasjementet de hadde for jobben sin. Det var først da artikkelen var ferdig at jeg husket at det var de samme menneskene som jeg traff hver dag på jobb.

Veien mot en artikkel

Langsomt vokste det frem en tekst. Det tok litt tid å skjønne hvordan jeg skulle jobbe med veileder. I iveren over å vise hva jeg hadde tenkt og gjort, sendte jeg halvferdige tekster til Mette Brekke. Hun svarte raskt på det jeg sendte, men jo bedre teksten var gjennomarbeidet desto mer konkrete var tilbakemeldingene.

ORIGINALARTIKKEL

THERESE RENAA
therserenaa@gmail.com
Avdeling for allmennmedisin
Universitetet i Oslo

Otta legekontor
Sel

METTE BREKKE
Allmennmedisinsk forskningsenhet
Universitetet i Oslo

Driftsomlegging ved et fastlegekontor under covid-19-pandemien – en fokusgruppestudie

BAKGRUNN
Utenfor de store byene er legetjenesten i kommunen ofte lokalisert til ett legekontor. Den lokale legetjenesten er sentral i kommunens helseberedskap. Vi ønsket å undersøke hvordan hjelpepersonellet ved legekontoret opplevde omlegging av driften ved legekontoret under covid-19-utbruddet i mars 2020, og hvilke faktorer som underlettet og vanskeliggjorde prosessen.

MATERIALE OG METODE
Artikkelen bygger på et fokusgruppeintervju som ble gjennomført med åtte sykepleiere og helsesekretærer ved Otta legekontor i juni 2020. Intervjuet ble transkribert og analysert ved systematisk tekstkondensering.

RESULTATER
Informantene beskrev en kaotisk og krevende situasjon, der de måtte takle egen og pasienters frykt. De opplevde håndteringen av krisen som vanskelig når kommuneledelsen ikke var bevisst legekontorets utfordringer. Manglende retningslinjer fra myndighetene i starten av utbruddet ga større usikkerhet. Gjennom samarbeid og omstillingsevne fant legekontoret frem til nye arbeidsmåter for å ivareta driften. Dette ga stor mestrings- og fellesskapsfølelse og en sterkere bevissthe't om egen betydning i krisehåndteringens frontlinje.

FORTOLKNING
Studien belyser hjelpepersonellets rolle når fastlegekontoret møter en krise. Kompetente medarbeidere med handlingsrom og verktøy til å takle utfordringene førte i løpet av kort tid legekontoret fra kaos til en ny hverdag. Kommunen kunne ha støttet prosessen ved å sørge for nødvendige ressurser og overordnede føringer for oppgaveprioritering.

TIDSSKR NOR LEGEFOREN NR. 2, 2021; 141: 141–5
10.

141

Faksimile av artikkelen som kom på trykk i Tidsskrift for Den norske legeforening 2/2021.
GJENGITT MED TILLATELSE AV TIDSSKRIFTET

ORIGINALARTIKKEL

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

HOVEDBUDSKAP
Et tidlig og stort covid-19-utbrudd satte fastlegekontoret i Otta under betydelig press, og hjelpepersonellet opplevde den nødvendige driftsomleggingen som krevende.
Hjelpepersonellets lokalkunnskap, fagkompetanse, fleksibilitet, kommunikasjonsevner og ansvarsfølelse var viktige verktøy for rask omstilling.

BAKGRUNN
Utenfor de store byene er legetjenesten i kommunen ofte lokalisert til ett legekontor. Den lokale legetjenesten er sentral i kommunens helseberedskap. Vi ønsket å undersøke hvordan hjelpepersonellet ved legekontoret opplevde omlegging av driften ved legekontoret under covid-19-utbruddet i mars 2020, og hvilke faktorer som underlettet og vanskeliggjorde prosessen.

Innen beredskapsarbeid er det et overordnet prinsipp at krise skal håndteres av dem som er nærmest handlingen, og med samme organisasjon som ved vanlig drift (1). Allmennlegetjenesten er første kontaktpunkt for de fleste pasienter og spiller en strategisk rolle i kampen mot sykdom, både i forebygging og behandler store store pandemier (2-6). Det norske helsepersonet bruker på fastlegetjenesten, og i de fleste mindre kommuner er fastlegekontoret stammen i helseberedskapen. En norsk studie viser at influensautbruddet i 2009 ville begrenset akte krav til fastlegekontor og legevakter og at disse tjenestene ennå å innarbeidsmme kravene (5).

Sel kommune i Gudbrandsdalen ble rammet av covid-19 i begynnelsen av mars 2020. Det var et av de første store utbruddene i Norge, og sentrale retningslinjer var fortsatt under utarbeiding. Kommunen har 5 700 innbyggere og ligger i hjertet av den norske fjellheimen med ti mil til nærmeste sykehus. Det lokale fastlegekontoret, som drives av kommunen, fikk en sentral rolle i håndteringen av utbruddet. Under dette finnes faser var kun to av seks fastleger i full jobb på legekontoret, og de hadde ikke tid å fokusere på organisasjon og drift.

Vi ønsket å se på hvordan personalet ved fastlegekontoret opplevde driftsomleggingen, hvilke faktorer som gjorde at overgangen fra vanlig drift til en beredskapssituasjon lykkes og hvilke som gjorde det vanskelig.

Materiale og metode

I juni 2020 gjennomførte vi et fokusgruppeintervju med åtte sykepleiere og helsesekretærer ansatt ved Otta legekontor. Alle sykepleiere og helsesekretærene deltok i fokusgruppen, også vikarer og deltidsansatte. De ble rekruttert direkte av hovedforfatter. Alle ansatte å delta i studien og ingen ansatte å trekke seg etter gjennomført intervju. Deltakerne skrev under samtykkeerklæring og ble informert om at de hadde anledning til å trekke seg uten begrunnelse.

Intervjuet ble utført av annenforfatter, som er en erfaren fastlege og akademiker uten relasjon til de ansatte ved legekontoret. Prosjektet ble presentert for deltakerne ved gjennom informasjon på samtykkeskjemaet og gjennom en kort muntlig introduksjon i starten av intervjuet.

Det semistrukturerte intervjuet ble gjennomført med utgangspunkt i en bevegelsesmall:

1. Hvordan opplevde dere omleggingen av driften ved legekontoret i forbindelse med covid-19-utbruddet i mars?
2. Hvilke faktorer underlettet omlegging av driften?
3. Hvilke faktorer gjorde omlegging av driften vanskelig?

Intervjuet ble gjennomført på arbeidsplassen og varte i en time. Kun intervjuer og fokusgruppedeltakerne var til stede under intervjuet. Materialet i artikkelen bygger utelukkende på intervjuet. Deltakerne har ikke hatt anledning til å lese eller kommentere det transkriberte intervjuet, men har lest artikkelen før publisering.

Intervjuet ble spilt inn og deretter skrevet ut ordrett. Videre bearbeiding av materialet bygger på metoden systematisk tekstkondensering (6). Begge forfatterne deltok i analysen av manuskriptet, som omfatter følgende trinn: Først leste begge teksten flere ganger for å få et overordnet inntrykk og for å identifisere foreløpige temaer. Så ble meningsbærende enheter identifisert og kodet, og kodene ble sorteret i kategorier og subkategorier. Innholdet i hver kodegruppe ble kondensert, dvs. omformulert fra tekstens til mer generelle uttrykk. Illustrerende sitater ble identifisert. Kondensatene fra hver kodegruppe ble så syntetisert til overordnede temaer. Temaene oppsto fra dataene og var ikke bestemt på forhånd. Analysen ble gjort manuelt ved hjelp av fargekoder og uten programsamsvarende. Deltakerne fikk ikke anledning til å utøve sug om valg av tema eller resultater av analysen.

Metode og resultater er presentert i henhold til COREQ-sjekklisten (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (7).

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (ref. 544226). Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har forhåndsvurdert at prosjektet ikke trenger godkjenning (REK Sør-Øst A, ref. 129062).

Resultater

I nødskjæl tørrong

Dem første tiden var prosjet av frykt og usikerhet. Selv om covid-19-situasjonen i verden var kjent gjennom media, ga det en følelse av uverkelighet og ujuk at egen kommune plutselig ble rammet.

«jeg følte at utbruddet kom ikanist på oss. I starten så var det mun pasienter som sendte det på det og vi prøvte litt om det, plutselig en dag så hadde vi det» – hero (Deltaker nr. 6)

Flere besøkere fryktet for egen helse og tanker om risiko for å bli smittet eller smitte andre. Samtidig var det frustrasjon over tolkningen av sikkers kunnsinnsvegler. De som måtte vøre hemø på grunn av karamme, følte utbelnag ved at det ikke arbeidsbelastningen for dem som var igjen på jobb. Mørk Fryktt i beholdningen førte til at mange tok telefonisk kontakt med legekontoret, og det var utfordrende å besvare alle henvendelser. Det ble kø på telefonen og lang ventetid. På det mest hektiske dagene całt personalet å besvare telefonen og injeksjoner og sårstell til telefonbesvarelse. Pasienterøp og ergoterapitjenesten ble stengt og de ansatte rekrutteret til å hvaeta adgangskontroll og sortering av pasienter som møtte opp på legekontoret. De fleste også med fysisk plassering av pasienterne på ventereommet slik at avstandsregelne ble overholdt.

«ler var veldig usrtukturert i begynnelsen, vi visste ja ikke helt hvordan vi skulle begynne på en måte, fikke jeg da. Men med mange likke hodder sammen klarte vi å komme frem til noe. Hvordan vi skulle håndtere ventereom for eksempel, dette med telefon. Noe av problemet var at vi var ja ikke så mange folk da, fordi det var flere som var kreperterte blant annet, så vi var ja ikke så mange» (Deltaker nr. 1)

Det tok en uke før kommunen fikk på plass en informasjonsmeldelsen for å håndtere covid-19-personal. I løpet av den uken hle personalet led legekontoret pressset til brisepunktet. Det hdde ansatte for å hvemmå som trygge og tilgjengelige for å dempe uroen i befolkningen, men det manøse tryktket av spørsmål og hodepsmmer same ukkere retningslinjer forårsaket feleheen av egen utryggehet.

«Vi fikke ar prøvte hem på en, med mange spørsmål. Vi var ikke helt forberedt på at det kom så brått på oss, det var vanskelig å vite hva man skulle svare mange av de som ringte.» (Deltaker nr. 6)

Uten kart og veiviser

Manglende retningslinjer fra myndighetene ukte følelsen av usikkerhet i møte med pasienteme, og det ble beskrevet ulhelhag ved å skulle gå inn som ikke var forankret i kunnskapskap.

«Vi å begynne med – på telefonen så visste jeg ikke hva jeg skulle svare. Til å begynne med – så de var usikkere ikke sant? Men etterpå hadde vingt seen fler de vingte.» (Deltaker nr. 1)

Det var også vanskelig å hndle sog oppsatsert på de stadige endringene i retningslinjene. De første ukene i mars var hovedfiguene i myndighetenes pandemihåndtering formant under utarbeiding, og det kom daglige prestiseringer og endringer fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Tett kontakt mnd smittevernlegen var en viktig statte.

«Vi visste ja ikke helt hva vi skulle svare. Og det var helte tidens spørsmål! ern hvo vi skulle gjøre med dem og dem situasjonen. Det var veldig godt å ha smittevernlegen fser jeg tenker jeg dem som ikke har smittevernlegen i nærheten, staklaer dem. I begynnelsen altså, fer hun mørsp på alt. Om vi sprøte ti gangre, så vnerte hun på det. For vi var stadig vekk i situasjoner der vi ikke visste hva vi skulle svare.» (Deltaker nr. 5)

Det vteste seg også at det generelle planverket ikke ga ulive veiledg i forbindelse med omlegging av driften. De hendeerte endringene i rutiner og prioritering måtte gjøres fortlløpende og tilpasses situasjonen til enhver tid. I forbindelse med dette uttrykte deltakerne frustrasjon over kommuneledelsen. Flere følte at de som hadde beslutningsmyndighet hadde lita kunnskap om driften av et legekontor, og beklaen ble opplattet som fjern og lite involvert. Ledelsen kommunisterte i liten grad direkte med de ansatte, og det var flere tilfeller der problemstillinger ble formidlet til ledelsen uten at det ble tilbakemelding. Kommuneledelsen hadde f.eks. definert den som ansvarlig for å organisere mottak av pasienter med feber og luftveissymptomer, men ingenting kom på plass for legekontoret ettgaatsette det selv.

«Og det er viktig at de som lysmer til hvordan dem legekontoret driftes, er medarbeidere i ansgiesthet. Forstå det er uholdig at det tas avgjørelser hapsere opp av de som ikke kjemmer til drift av et fastlegekontor.» (Deltaker nr. 8)

Personalet så hem selv hva som måtte til for å få driften til å hungen. Samtidig manglet de myndighet til å ilt gjennomføret de nødvendige endringene.

«Vi har vørt nøvet. Vi har sittet som nøkkelpersonel. Det er oss helplimingen har hatt kontakt med på dagtid. … Jeg har sett hva som trengs, men vi har jøy ikke hatt beslutningsmyndighet. Men likevel så har det vørt tverkaat tiing, for vi vørt de dørre må gå plass. Og da må vi jå det vil gå rundt.» (Deltaker nr. 3)

Når kommuneledelsen tok beslutninger og innførte tiltak som ikke var forankret i legekontoret, skapte det irritasjon og ble opplevd som en tilleggsbelastning.

Styrket samhold i mestring

Det var enighet om at krisen hadde ført til ødt samhold på legekontoret og kanskje også endret litt i maktbalansen mellom leger og hjelpepersonelle.

«jeg tenker på hvordan vi har mørt hverandre. Ikke hvordan legene har mørt oss, men også hvordan vi har mørt hverandre. Jeg føler at alle har vørt mer imøtekommende og mer tankeretlige.» (Deltaker nr. 8)

Personalet beskrev en ekt høvtsnthet over sin egen betydning og over legekontorets rolle i krisehåndteringen.

«Vi mø ta mod det at vi er viktig. Vi har vørt en gamale endringsvillige og fleksible og at vi gjør den jobben som krevem, uansett hvo det skulle vørre. Så lenge vi gjør i stitt og i samsvar med den som inder oss dir da.» (Deltaker nr. 7)

Da så tydelig at de i fellesskap hadde gode verktøy for å møte utfordringer, men også et felles verdigrunnlag og stå på-ville. Igjennopar som fleksibilitet og utholdenhet ble fremhævet, men også omsorgen og støtten de gav hverandre i en vanskelig situasjon. Nær alle behøvdes de ulike arbeidsoppgaavene ved legekontoret, hle det mindre kommunesvner når noen ble borte.

«og vi sørvte samørbeidet på hele kontoret, fremm vi at ville kunne ennville seg, fro i dag hø vi det vill, i morgen kanne de vørre nye her. Det var ja store utfordringer her, men det synes i hørt fall jeg da, at vi har lørt om kjemppende kjemmen det, ja, samholdet imellom oss på kontoret og dokterene og alle, så synes jeg at det har gått bra, positivt, det hø» (Deltaker nr. 5)

Alle var enige om at hvemsøgelsen var å ta uov på pasientene på best mulig måte. Det ble imøtet flere tiltak for å redusere smitterisikoen inne på legekontoret etter hvert som pasienterne vendte tilbake. Spesielt arbeidet med å sikre pasientflyten ble hvemhøldt som viktig, men også vanskelig. Miller var å sikre at et begrenset antall pasienter oppholdt seg samtidig på ventereommet mens de venter på legetime, blodprøvest, undersøkelser eller transport. Håndteringen av ventereommet krevede vedtsomende ressurser og gir logistiske utfordringer.

Helsepersonell som var omplassert fra fysioterapitjenesten, kreatvisk adjungkontroll til legekontoret i en periode. Hter hvert overtsk fvrilige dørne oppgaaven. Pasienter med feber, luftveissymptomer eller magesymptomer ble tvaversatt i bokser som var fysisk adskilt fra legekontoret.

Personalet opplevde flere av de nye rutinene som nyttige og hørevkuelige over tid. De ansatet å fortsette å arbeide på samme måte også etter at utbruddet var avslutet. Spesielt det felles morgenmøtet blir hvemhøldt som et nødvendig sakssoksiektiverktøy i krisehåndteringen. Det var tidligere gjennomført møter et par dager i uka, men nå samler hele legekontoret seg et kvarter hver morgen før arbeidsstart. Det korte møtet sikrer at alle var oppdatert på forskriing av dagens oppgaver og om noen var borte. Ønda tiktigere var det at møtet styrket fellesskapsfølelsen og samholdet mellom legene og personalet.

«Jeg begynte ern da å ha møte felles på morgenen der alle diskterene deltok, og kontorpersonellet deltok. Det synten jeg var til god hjelp, fr da hadde vi en gjennomgang om morgenen. Hva som hadde skjedd? Hva er utfordringen nå? Hvordan skal vi organisere oss i dag?» (Deltaker nr. 6)

142

TIDSSKR NOR LEGEFOREN NR. 2, 2021; 141

TIDSSKR NOR LEGEFOREN NR. 2, 2021; 141

143

I denne fasen vinglet jeg mellom en overdreven tillit til at alle ville synes temaet var kjempeinteressant og en tanke om at jeg like gjerne kunne ha beskrevet innsiden av øyelokkene mine. Veileder Mette Brekkes tro på at det kunne bli en artikkel som *Tidsskriftet* ville trykke, virket smått absurd.

Teksten kom tilbake fra *Tidsskriftet* med flere siders kommentarer fra redaktør og fagfeller. Kommentarene var kloke og velformulerte og pekte på åpenbare mangler og inkonsekvenser i teksten. Flau, men takknemlig gikk jeg i gang med å revidere teksten – det vil si skrive den helt på nytt. Mette Brekke hjalp med følgebrevet, mens jeg korrigerte fotnoter, igjen og igjen.

Den reviderte teksten hadde nytt skjelett og mer kjøtt der det trengtes, mens andre deler var nådeløst kuttet. Beskjæringen var nødvendig for å få teksten til å flyte, men etter hvert ble det smertefull flikking for å komme ned på riktig antall ord. Selv fotnotene måtte strammes opp.

Helt til slutt stoppet det helt opp. Revisjonen var ferdig, følgebrevet klart. Vi hadde en frist på å levere teksten, og det gjensto bare å sende den. Jeg ble overveldet av en følelse av ubesluttsomhet, plutselig ga ikke teksten mening, resonnementene smuldret opp, formuleringene føltes tunge og uhåndterlige. Etter å ha flyttet på samme setning fem ganger, resignerte jeg og sendte den inn.

Da beskjeden kom fra *Tidsskriftet* om at artikkelen med tittel «Driftsomlegging ved et fastlegekontor under covid-19-pandemien – en fokusgruppestudie», var godkjent og at de ville trykke den (med noen små korreksjoner av fotnotene), føltes det uvirkelig (2). Jeg passet på å nevne det tilfeldig i samtaler, men det var tydelig at ingen andre skjønte hvor stas det var. Da *Tidsskriftet* kom med artikkelen fysisk på trykk, sto jeg midt i et nytt koronautbrudd, så champagneflasken ligger fortsatt uåpnet i kjøleskapet. Jeg ble bekymret for at intervjuobjektene var fornærmet siden de ikke kommenterte artikkelen, men det viser seg at de fortsatt ikke har lest den. Resultatet av mange måneders arbeid skapte knapt krusninger i hverdagen.

Tre måneder

Jeg hadde fått tildelt Allmennmedisinsk forskningsutvalgs (AFU) stipend for tre måneder, men var veldig usikker på hvordan jeg skulle beregne tiden som var brukt. Jeg hadde tatt noen korte perioder med permisjon fra jobben, ellers hadde arbeidet foregått i sprekkene i hverdagen. Vi manglet en fastlege i kommunen, så jeg måtte være på jobb som fastlege. Det kom stadig små klynger med smitte, så jeg måtte være på jobb som smittevernlege. Den regionale legevakten var nede i knestående. Jeg måtte derfor ta min del av legevaktene. Jeg hadde fortsatt igjen å analysere fokusgruppeintervjuet med fastlegene, og savnet roen og friheten jeg hadde opplevd under skriveperioden med artikkelen. Søknadsfristen for AFU stipend nærmet seg, så jeg søkte om ytterligere tre måneders stipend. Samtidig gikk jeg i forhandlinger med kommunen – jeg måtte ha en dag i uken med ulønnet permisjon for å få jobbet med det siste intervjuet. Jeg fikk stipendet, og jeg fikk ulønnet permisjon. Endelig hadde jeg laget meg rom. Et nytt smitteutbrudd førte til nye 18 timers dager og sju dagers arbeidsuker. I tillegg skulle vi vaksinere risikogruppene. Permisjonen ble raskt dratt inn igjen.

Det er en konstant kamp å få ryddet tid. Nå kribler det etter å komme i gang igjen. Mette Brekkes advarsel om arbeidsmengden var absolutt begrunnet, men det er arbeid som gir energi. For meg har det føltes som en gave. Muligheten for å få veiledning fra universitetet og lære noe nytt, tid til å fordype seg og bremse opp litt. Livet som fastlege er krevende og slitsomt. Et AFU stipend gir mulighet for en pause og til å gjenfinne undringen i faget vårt. Allmennmedisinsk forskningsutvalg har som mål å stimulere til mer allmennmedisinsk forskning. Vi trenger praksisnær forskning som har relevans i den hverdagen vi møter som fastleger. Vi trenger allmennleger som jobber med systematisk kunnskapsinnhenting og refleksjon rundt egen praksis for å styrke faget vårt.

Søknadsfristen for AFU stipend er 15. mars og 15. september.

REFERANSER

1. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health 2012; 40: 795–805.
2. Renaa T. Driftsomlegging ved et fastlegekontor under covid-19-pandemien – en fokusgruppestudie. Tidsskr Nor Legeforen 2021.

Trøtt av pandemi? Jeg også!

EVA MURIEL KIBSGAARD NORDBERG • *Kommuneoverlege i Vestvågøy og forsker ved Nasjonalt senter for distrikstmedisin, UiT*

«Pandemien er det nye været!»

Denne treffende betraktningen kom fra en av de mange jeg kommer i kontakt med som kommuneoverlege. Pandemien har påvirket det mest hverdagslige av alt. Nå er det 'koronaen' det snakkes og sukkes om.

Selv om 2020 var både vanskelig og uvant, bar det etter hvert med seg et håp for det nye året. I 2021 skulle Norges befolkning vaksineres, og pandemien skulle etter hvert slukne. Helseministeren proklamerte på senhøsten at til sommeren skulle nordmenn få friere tøyler; da kunne vi begynne å leve mer som normalt. Etter et år med forvirring og frykt for et ukjent virus, medfølgende lockdown og deretter stadige endringer i både lovtekst, råd og anbefalinger, var «til sommeren» en tidshorisont vi kunne leve med og som ga oss motivasjon til å holde ut.

'KORONAEN' ble av Språkrådet kåret til årets nyord i 2020. Og de fleste har vel tatt det i sin munn mer enn én gang som et begrep for hvordan livet har endret seg. Effektive vaksiner var det derfor god grunn å glede seg til. Allerede rundt juletider fikk kommunene beskjed om å forberede seg på komplisert logistikk, da disse vaksinene stilte store krav til blant annet korrekt oppbevaring. Men også her skulle uforutsigbarhet være den største utfordringen. Antallet vaksiner og tidspunkt for levering skulle være nok en oppgave for kommunene som var underlagt Joker Nords spilleregler.

Så dukket den britiske mutasjonen opp i Norge rett over nyttår. Deretter den sørafrikanske. En kraftig påminnelse om at utbruddene vi har hatt her til lands, tross alt har kommet utenfra. Og dersom de mer smittsomme variantene får fotfeste i Norge, vil de utgjøre en stor trussel mot den kontrollen som vi tross alt har nå. Med dette som bakteppe, startet 2021 med de strengeste nasjonale anbefalinger på lang tid. For en kommune uten smitte ble det etterhvert vanskelig å forstå hvorfor regjeringens råd skulle gjelde også her. Dessuten ble Lofotfisket, som årlig belager seg på utenlandsk arbeidskraft, offer for et drastisk innreiseforbud. Etter flere uker med nitide smittevernforberedelser var frustrasjonen stor i næringen selv. Og på toppen av alt dette kom tallenes klare tale om hvilken innvirkning pandemitiltakene har hatt nasjonalt på barn og unges psykiske helse, så langt.

HER I KOMMUNEN er det ikke lenger tilstrekkelig å se tilbake på pandemiens herjinger lokalt for å holde motivasjonen oppe. Vi gjennomgikk et smitteutbrudd på sensommeren i fjor som startet med flere tusen i karantene og som ble avsluttet etter knappe 14 dager som resultat av omfattende testing og målrettede tiltak. Vårt lokalsamfunn ble fullstendig satt på hodet. Men på grafene som Folkehelseinstituttet fortløpende utarbeider, er kurven over fylket imidlertid helt flat den aktuelle tiden. 20–30 faktiske smittetilfeller gir lite statistisk utslag. Og flere måneder senere skal vi erfare varierende hukommelse av hva dette kostet for tjenester og enkeltmennesker. Det mange kjenner på nå, er hvilken byrde dagens tiltak påfører oss.

FOR EN SOM SELV ER TRØTT av hele 'koronaen' ble ikke starten på 2021 helt som forventet. Det nye året har så langt gått til søk etter inspirasjon til å opprettholde det tempo som til enhver tid kreves. I min kommune er veien kort fra folk til kommuneoverlege, enten det er på telefon, mail eller på butikken. Og fra å betrakte dette som større nytte den ene veien, innser jeg mer og mer hvor verdifull denne dynamikken er også for meg. Selv om jeg tilstreber å fremstå profesjonell, relaterer jeg personlig til den pandemitrettheten som kommer til uttrykk. Og særlig den som omhandler de sosiale begrensingene. Dette har gjort meg klar over en interessant motsetning: Vi holder avstand til hverandre for å ivareta fellesskapet mellom oss. Og nettopp i dette fellesskapet, fra

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

sentrale myndigheter til enkeltmennesker rundt meg, finner jeg min samfunnsmedisinske inspirasjon.

DA JEG FLYTTET TIL LOFOTEN som turnuslege i sin tid, uttrykte min daværende leder en humoristisk skepsis til «søringer» – angivelig fordi vi blir så værsyke. Dette har jeg siden vært bevisst på å ikke gi lederen rett i, blant annet ved å styre unna hverdagspraten om været. Men når pandemiens uvær omsider stilner, gleder jeg meg til å snakke om nettopp været – for ingenting er mer normalt og dermed etterlengtet enn det.

EMK.NORDBERG@GMAIL.COM

Rolleforståelse under pandemi sett med kommunelegens briller

MARIANN EINTVEIT LIE • *Kommuneoverlege i Tysvær kommune*

Som tidligere kliniker innenfor spesialisthelsetjenesten ble det en ilddåp å gå inn i kommunelegestillingen i det man så signalene på en verdensomspennende pandemi.

Det har overrasket meg hvor godt samarbeidet til andre nivå enn mitt eget har vært, samt hvor vid rollen som medisinsk faglig rådgiver ble i en krisesituasjon. Jeg har stilt meg spørsmålet om oppgavene kommunelegene fikk tildelt, burde vært fordelt bedre, eller om det rett og slett ikke var en annen måte å gjøre det på. I tillegg til å være rådgiver, ble jeg i tillegg beslutningstaker, mediekontakt, datasystemansvarlig, juristen, samt ofte den med avgjørende stemme i konfliktsituasjoner. På toppen av alt dette kom rollen som støttepersonell til ledere i ulike deler av organisasjonen.

Hvor langt strekker rollen som medisinsk faglig rådgiver seg, og hva burde vært delegert til de ulike lederne i kommunen? Ja, det var en pandemi, men en krise påvirker mange deler av samfunnet. Arbeidslivet, skolene og kirken m.m. var også i krise. Kommunelegen har eksempelvis neppe best kunnskap om databehandleravtaler, ventilasjonsanlegg, leiekontrakter på telt eller mest kjennskap til de ulike campingplassene i kommunen.

Rolleutfordringer

Den medisinskfaglige rådgiverrollen ble plutselig svært vid. Hvordan skulle jeg nå skille mellom hva min rolle som medisinsk faglig rådgiver innebar, og hvilket ansvar de ulike lederne i kommunen hadde. En av hovedutfordringene i denne fordelingen har vært informasjonshåndtering. Skulle kommunelegen svare opp alt og alle? En typisk situasjon har vært ulike ansatte som har trengt råd og informasjon om hvordan de skal forstå veilederne, hvordan tolke forskriften eller for eksempel hvordan vurdere regelverket for gravide. Når ledere ikke har blitt orientert om de samme spørsmålene som kommer opp, har man neppe definert linjene godt nok.

Rollen som medisinsk faglig rådgiver under pandemien har vært svært omfattende.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) definerer kjennetegnene ved en informasjonskrise på følgende måte: Undervurdering av informasjonsbehovet og en opplevelse av et informasjonsvakuum. Videre karakteristika er at ulike aktører uttaler seg forskjellige og skaper utrygghet, store mengder informasjon som gjør det vanskelig å orientere seg, forsinket informasjon grunnet behov for kvalitetssikring og til slutt dårlig kapasitet til å møte medier og publikum. Ja, vi hadde en informasjonskrise.

Ansvarsområder

Et av de viktigste og mest effektive tiltakene for håndtering av informasjonskrisen lokalt i kommunen, ble at informasjon og spørsmål skulle gå i linjen. Det var og viktig med en tydelig fordeling av ansvarsområde og forventninger til hva både kommunelegen og de ulike lederne måtte håndtere. På denne måten fikk lederne bedre trygghet og kunnskap, og var sånn sett bedre rustet til å svare på spørsmål i neste runde. Det var ingen tvil om at informasjonsbehovet var større enn kunnskapen som forelå, stilt ovenfor et nytt virus. I en krise er man avhengig av ledere som står opp og fremstår trygge, men samtidig ydmyke på at det foreligger en usikkerhet i avgjørelsene man tar under en pandemi. Kommunelegen fikk en rolle i å trygge lederne i det faglige innholdet. Et samarbeid om innholdet og kvalitetssikring av det, ble viktig for å skape trygghet, og lederne viste tydelig at de stolte på rådene de fikk. I mange av avgjørelsene vi som leger tar, vet vi at det er en porsjon usikkerhet. Det er en del av gamet og kanskje en naturlig del av arbeidet til leger. Samtidig er det noen fallgruver når man tydelig går ut og ber ansatte og ledere å ta spørsmål i linjen. Da må man være sikker på at linjen fun-

PERSONEN PÅ BILDET HAR INGEN TILKNYTNING TIL ARTIKKELFORFATTER. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

BAKGRUNNSFOTO: COLOURBOX

Kommunelegen i Tysvær kommune i Rogaland er ikke en del av beredskapsledelsen, men fikk med en gang en sentral rolle i kriseledelsen under pandemien. FOTO: TYSVÆR KOMMUNE/KURT MISJE

gerer. Etter fem måneder kom det eksempelvis frem en frustrasjon hos flere ansatte over at de ikke hadde fått avklart hvordan de skulle organisere arbeidsdagen sin.

DSB skriver: «den viktigste jobben for kommunikasjonsstaben er å bruke kommunikasjon på en slik måte at man bidrar til arbeidsro for dem som håndterer krise.» Lokalt opprettet man en egen «korona-redaksjon» som kunne sammenfatte informasjon og bidra i utforming av tekster og skriv. Dette viste seg å være effektivt. Enda tidligere forståelse av det informasjonsbehovet befolkningen hadde, ville nok lette presset på kommunen ytterlige.

Kriseledelse

Kommunelegen i vår kommune er ikke en del av beredskapsledelsen, men jeg fikk med en gang en sentral rolle i kriseledelsen under pandemien. Presseansvarlig i kriseledelsen fikk en mindre rolle i mediehåndteringen, mens det ble naturlig at kommunelegen ble den som stod frem i media. Hvorfor skled kommunelegene flere steder i landet naturlig inn i rollen som mediaansvarlig? Samfunnsmedisiner eller ei, leger generelt er vant til å arbeide under press. Både studenter, LIS-leger og overleger blir presset på hver sin måte. Vi blir etter hvert varmere i trøya i vårt fagfelt, men snur ikke ryggen til når det kommer en akutt situasjon utenfor vårt fagfelt. Samtidig har de fleste leger et iboende kontrollbehov. Pandemi er en situasjon hvor det er behov for kontroll, i den grad man kan ha kontroll. Å slippe denne kontrollen er og har vært vanskelig. Det overordnede blikket fra et faglig ståsted var viktig, selv om flere av oss tidvis satt som store spørsmålstegn selv i det vi skulle navigere i all informasjonen. Det ble tidlig viktig at informasjon som ble gitt ut til befolkningen og kommunens ansatte, var korrekt. Vi så hvor sårbare vi var når informasjonen ble oppfattet galt, og derfor ønsket vi å være tett på, slik at det ikke genererte mer arbeid senere. Noen kommuneleger har uttalt at mediekjøret har vært den vanskeligste delen av pandemien. Åpenhet ja, men det ble nok tidlig en oppfatning av at det skulle være full åpenhet, som for meg som kommunelege, utfordret personvernet. En forståelse av viktigheten med å opprettholde personvernet ble oppfattet forskjellig. Helsepersonell har innprentet fra første dag hvor viktig dette er, mens media var nok av en annen oppfatning.

Hva med neste gang?

Så hva gjør vi, når vi om 50 år får en ny pandemi? Norge og kommunene har nok lært mye. Kommunelegen bør være med i kriseledelsen, det er få kriser uten et helsefaglig aspekt. Å arbeide under press er leger vant til. Dersom man skal gi gode helsefaglige råd, er man avhengig av å ha god oversikt over situasjonen. I vår kommune fikk jeg som kommunelege en god oversikt, fordi jeg tidlig ble involvert, og dette skapte tidlig en presedens på hva kommunelegens ansvar skulle være. Jeg har også hatt et godt samarbeid med de ulike lederne i kommunen.

Norge er ikke et stort land. Kanskje man ved neste pandemi bør etablere et akutt interkommunalt, samfunnsmedisinsk beredskapssenter? Da unngår man sårbarheten ved fravær, informasjonen blir mer synkronisert og sannsynligvis letter det arbeidsbelastningen til samfunnsmedisinere også.

■ MARIANN.LIE@TYSVER.KOMMUNE.NO

Pandem
sett med

■ UNNI GOPINATHAN • *Seniorrådgiver og lege i samfunn*

Koronapandemien har satt samfunnsmedisineren i full sving på ulike nivåer – i kommunehelsetjenesten, i helseforetakene og helseforvaltningen. En rekke problemstillinger er håndtert i skjæringspunktet mellom Folkehelseinstituttets (FHI) nasjonale oppgaver og rådgivende rolle og kommunenes smittevernansvar. Dette berører både rådgivning og samhandling.

Med økende antall tilfeller av covid-19 i begynnelsen av mars 2020, måtte FHI raskt utvide kapasiteten på rådgivningstjenesten smittevernvakten med det vi kaller for 'korona hotline'. Denne telefontjenesten har vært bemannet med personer fra FHI med helsefaglig bakgrunn som har fått opplæring i koronarelatert fagstoff. For mer kompliserte problemstillinger har disse kunnet henvende seg til en andrelinje med 'superbrukere' som roterer på å ha bakvaktfunksjon. Disse kan igjen konferere med smittevernvakten. Samlet sikres gode smittevernfaglige vurderinger når kommuneleger over hele landet daglig henvender seg for å drøfte konkrete saker. I snart ett år har jeg hatt vakter i andrelinjen og etter hvert fått rikelig erfaring med vurderingene som inngår når FHIs råd skal omsettes til praksis.

I mars i fjor var det mest fremtredende spørsmålet hvem som skal testes, hvem som skal i karantene og når pasienter kan avisoleres. Testkapasiteten var lav, og det var behov for å prioritere testing av dem som hadde høyere sannsynlighet for å faktisk være smittet – herunder personer som hadde symptomer etter å ha vendt hjem fra områder med utbredt smitte, samt helse-

i i teori og praksis
FHI-briller

smedisinsk spesialisering, Folkehelseinstituttet

personell. Men for klinikere og samfunnsmedisinere som hadde pasienter, fremsto nok rådene tidvis som rigide. Skulle virkelig ikke noen med luftveissymptomer som hadde ankommet Norge etter å ha vært i Anterselva testes, når det var rapportert smitte i andre deler av Nord-Italia? En annen problemstilling var lengden på karantene. Hvor lenge er egentlig en pasient med koronavirus smittsom, og hvilken betydning har dette for karantenetiden? Skulle karantene vare 14 dager fra første dag en i familien testet positivt, eller skulle den vare 14 dager fra indekstilfellet var friskmeldt og avisolert? Utover høsten handlet mange henvendelser om omfanget av karantenesetting og testing, spesielt i forbindelse med påvist smitte blant elever eller ansatte på skoler, eller i forbindelse med uoversiktlige utbrudd.

Problemstillingene er ulike, men de har hatt noen felles trekk. De illustrerer at behovet for kunnskap har vært stort i møte med koronaviruset. En overveldende mengde forskning om koronavirusets egenskaper – inkubasjonstid, smittsomhet, smittemåter, symptombilde og mye annet – har blitt publisert, og denne kunnskapen har stått sentralt i for eksempel rådene om testing, isolasjon, smittesporing og karantene. Det er tidkrevende å gjennomgå litteraturen og anvende den som basis for utforming av anvendbare råd. Det er spesielt utfordrende i en tid hvor forskning har spesielt stor interesse for medier som er raske til å opplyse befolkningen om sensasjonspregede funn.

Problemstillingene illustrerer også at kunnskapsbaserte definisjoner og råd er et verktøy, men ikke kan anses som en streng rettesnor for hva man faktisk gjør i praksis. Smittesituasjonene og i hvilken grad den som beslutter (som oftest kommunelegen) har oversikt, varierer og konsekvensene kan bli store – både ved å gjennomføre eller ikke gjennomføre tiltak. For eksempel kan definisjonen av en nærkontakt være klar på papiret, men ikke like rett fram å implementere når beslutningene skal tas under stor usikkerhet. Øvelsen hvor definisjoner og råd omsettes til implementering, krever derfor rom og respekt for skjønn.

Evidensbasert medisin defineres ofte – etter en bok om kunnskapsbasert medisin forfattet av Sackett og kollegaer i 2000 (1) – som «integrering av beste tilgjengelige forskningsevidens med klinisk ekspertise og pasientverdier». I samfunnsmedisinske termer kan 'klinisk ekspertise' oversettes til god risiko- og situasjonsforståelse og kjennskap til egen befolkning og 'pasientverdier' til befolkningens preferanser. Kunnskapsbaserte beslutninger under koronapandemien handler derfor om mye mer enn å slavisk rette seg etter nasjonalt utformede råd basert på oppsummert kunnskap.

Min opplevelse av koronapandemien er at det er mye fornuft i at utformingen av kunnskapsbaserte råd utgjør en sentralisert funksjon, hvor en institusjon (i dette tilfelle FHI) gjør et arbeid, herunder løpende vurdering av forskning, som skal komme kommuner, helseforetak og befolkningen til gode. Men jeg tror det er vel så viktig at det er en kontinuerlig kontaktflate og utveksling mellom de som utformer rådene og de som skal anvende dem i praksis. Dersom avstanden blir for stor, er det risiko for at rådene oppleves å ikke ha nytte i virkeligheten. Vel så viktig er det at den rådgivende funksjonen ikke representerer en enveiskommunikasjon fra den rådgivende institusjonen til de som skal implementere, men at det skapes rom for kontinuerlig drøfting, at tilbakemeldingene blir lyttet til og at råd blir justert. Jeg vet at for instituttet har forespørslene til koronatelefonen og drøftingen med kommunelegene vært en uvurderlig kilde til kunnskap om hvordan rådenes forstås, vurderes og implementeres, og hvordan de bør justeres. Jeg håper kommunelegene har dratt nytte av det samme. Fordi vår felles forståelse av kunnskapen, den rådende usikkerhet og konsekvensene av tiltakene har endret seg og vil fortsette å endre seg over tid.

ILLUSTRASJON: COLOURBOX

REFERANSER

1. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM (2nd edition). New York: Churchill Livingstone; 2000.

UNNI.GOPINATHAN@FHI.NO

Tilsynssaker fra allmenn

En oversikt

LISBETH HOMLONG • *Seniorrådgiver i Statens helsetilsyn, spesialist i allmennmedisin*

Bakgrunn

I 2017 var det 14,4 millioner konsultasjoner hos fastleger i Norge, og hver person hadde i snitt 3,14 konsultasjoner hos fastlegen (1). På legevakt var tilsvarende tall 1,3 millioner konsultasjoner og 0,24 konsultasjoner pr. person (2). Til sammenligning behandlet Fylkesmennene til sammen 869 tilsynssaker mot leger i allmennpraksis og legevakt det året. Av disse ble 91 saker ansett som så alvorlige at de ble oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering. Sett i forhold til hvor mange pasienter som behandles i allmennpraksis og på legevakt hvert år, mottar tilsynsmyndighetene dermed få saker fra disse tjenestene.

Tilsynssaker basert på pasientklager og bekymringsmeldinger kan likevel gi verdifull informasjon om hvor i helsetjenesten svikt forekommer, og på hvilke medisinske områder det er risiko for svikt (3). Gjennomgang av tilsynssaker er derfor nyttig for å identifisere slik risiko, og nærmere analyser av saker som tilsynsmyndighetene behandler kan gi oss mer kunnskap om hvor og hvorfor det svikter.

Det er Statsforvalteren (tidligere Fylkesmannen) som fører tilsyn med helse- og omsorgstjenester og med alt helsepersonell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester. Når Statsforvalteren mottar en klage eller bekymringsmelding, oppretter Statsforvalteren tilsynssak og innhenter dokumentasjon for å opplyse saken. Statsforvalteren kan selv avslutte saken og konkludere med pliktbrudd (for eksempel brudd på helsepersonelloven), eller de kan avslutte uten at det blir konstatert lovbrudd. De alvorligste sakene blir oversendt Statens helsetilsyn for videre behandling (TEKSTRAMME 1).

Statens helsetilsyn kan fatte vedtak om administrativ reaksjon, for eksempel advarsel eller tilbakekall av autorisasjonen. Statsforvalteren er underlagt Statens helsetilsyn som har det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenester i Norge. Det er bare Statens helsetilsyn som kan gi administrative reaksjoner til helsepersonell og virksomheter.

Vi har i denne undersøkelsen gjennomgått alle tilsynssaker mot leger i allmennpraksis og legevakt behandlet hos Statsforvalteren og i Statens helsetilsyn i en treårsperiode for å få en oversikt over saksomfanget, identifisere områder med risiko og hva vi kan ta lærdom av. Avslutningsvis drøfter vi våre funn sett i lys av eksisterende forskningslitteratur som omhandler tilsyn og pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten.

TEKSTRAMME 1

KORT OM SAKSBEHANDLINGEN HOS STATSFORVALTEREN OG I STATENS HELSETILSYN

- Det er Statsforvalteren som fører tilsyn med helse- og omsorgstjenester i fylket og med alt helsepersonell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester.
- Statsforvalteren er underlagt Statens helsetilsyn som har det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenester i Norge. Det er bare Statens helsetilsyn som kan gi administrative reaksjoner til helsepersonell og virksomheter.
- Når Statsforvalteren mottar en klage eller bekymringsmelding, oppretter Statsforvalteren tilsynssak og innhenter dokumentasjon for å opplyse saken.
- Statsforvalteren kan selv avslutte saken og konkludere med at det ikke er begått noe lovbrudd, eller de kan påpeke lovbrudd. De alvorligste sakene blir oversendt Statens helsetilsyn for videre behandling.
- Statens helsetilsyn utreder saken videre, og når saken rt tilstrekkelig opplyst, avsluttes saken, man konkluderer om det har skjedd lovbrudd eller ikke og fatter eventuelt vedtak om administrativ reaksjon.
- Helsepersonellet har klageadgang til Helseklage (Statens helsepersonellnemnd).
- Statsforvalteren og Statens helsetilsyn er forvaltningsorganer. Forvaltningsloven gjelder for all virksomhet som drives av forvaltningsorganer, jf. forvaltningsloven § 1.

Materiale og metode

NESTOR (nettbasert system for tilsyn og rettighetssaker)

Undersøkelsen er en kvantitativ gjennomgang av alle tilsynssaker mot leger i allmennpraksis og legevakt som var ferdigbehandlet hos Fylkesmennene og i Statens helsetilsyn i perioden 1. januar 2015 til 31. desember 2017, basert på tall fra NESTOR.

NESTOR er et registrerings- og styringssystem som Statsforvalterne og Statens helsetilsyn benytter for planlagte tilsyn og enkeltsaker innen helse/omsorg. Alle hendelsesbaserte tilsynssaker innen helse og omsorg blir registrert i NESTOR. I tilsynssaker mot leger registreres blant annet legens spesialitet, hvor i helsetjenesten saken kommer fra, legens alder og kjønn, samt vurderte lovbestemmelser og eventuelle administrative reaksjoner mot legen.

På bakgrunn av data registrert i NESTOR, har vi trukket ut nøkkeltall som gjelder tilsynssaker mot leger i allmennpraksis og legevakt behandlet hos Fylkesmennene og Statens helsetilsyn.

I tillegg har vi lest gjennom vedtaksbrevene i alle saker som Statens helsetilsyn har behandlet i den aktuelle perioden, der vi har vurdert brudd på faglig forsvarlighet (faglige feil) og/eller omsorgsfull hjelp i helsepersonellovens § 4 (FIGUR 1) og kartlagt nærmere hva som var hovedtema i sakene, samt hva slags vurderinger som ble gjort av Statens helsetilsyn, utover det som er registrert som tema i NESTOR.

Data relatert til disse sakene er registrert og bearbeidet i excel-regneark.

Resultater

Overordnede tall fra tilsynsmyndighetene

I perioden 2015 til 2017 ble det hos Fylkesmennene behandlet 2682 individsaker mot leger i allmennpraksis og legevakt (TABELL 1). Nesten alle sakene som er registrert

praksis og legevakt.

som allmennpraksis gjelder fastleger eller vikar for fastlege.

I alt 359 av sakene (14 prosent) mot allmennleger og leger i legevakt ble oversendt Statens helsetilsyn for vurdering om legen skulle få en administrativ reaksjon.

Statens helsetilsyn vurderte 392 leger i allmennpraksis eller legevakt i den aktuelle perioden, da noen av de 359 oversendte sakene fra fylkesmennene involverte flere leger (TABELL 2). Saker mot leger i allmennpraksis og legevakt utgjorde 57 prosent av tilsynssaker mot leger totalt.

Leger i allmennpraksis utgjorde 88 prosent, mens 12 prosent av sakene var fra legevakt. Noen av sakene som blir registrert som leger i allmennpraksis kan ha utgangspunkt i en legevaktsetting, f.eks. daglegevakt på et fastlegekontor.

Vi har analysert nærmere det materialet som dreier seg om leger i allmennpraksis og legevakt som Statens helsetilsyn behandlet.

Brudd på § 4 i helsepersonelloven

Av 392 leger i allmennpraksis og legevakt, ble 240 leger vurdert i saker som gjelder brudd på faglig forsvarlig helsehjelp i helsepersonellovens § 4 (TABELL 3). Av disse omhandlet 80 vurdering av uforsvarlig rekvirering av vanedannende legemidler. Fire saker var registrert som feilmedisinering/feildosering, mens 156 leger ble vurdert i saker som gjaldt vurdering av faglig uforsvarlig virksomhet, i betydning faglige feil for øvrig.

Videre ble brudd på faglig forsvarlighet i form av rollesammenblanding, det vil si saker der vi vurderte om legen hadde innledet seksuelle relasjoner til pasienter, vurdert i seks saker. Rollesammenblanding som gjaldt ikke-seksuelle relasjoner ble vurdert i fem saker. Eksempler på sistnevnte er leger som har involvert seg i behandling av nærstående, for eksempel ved å rekvirere vanedannende legemidler til familiemedlemmer. I 13 saker vurderte vi om legen hadde brutt kravet til omsorgsfull hjelp i helsepersonellovens § 4. Dette dreier seg om atferd og kommunikasjon, der legen kan ha oppført seg lite respektfullt eller lite hensynsfullt overfor pasienten, eller ikke i tilstrekkelig grad lyttet til pasienten.

Av de 156 sakene som gjaldt vurdering av faglige feil, omhandlet 64 saker mulig mangelfull diagnostikk og behandling av akutt, potensiell alvorlig sykdom. Av disse sakene gjaldt 15 saker hjerteinfarkt som ikke ble oppdaget. Andre eksempler er diagnostikk av sepsis og andre alvorlige infeksjoner, vurdering av dyp venetrombose/lungeemboli eller vurdering/håndtering av akutte hodeskader. Til sammen 30 saker omhandlet vurdering av forsinket utredning og diagnostikk av symptomer som kunne være tegn på kreft. De resterende 62 sakene gjaldt varierte forhold, innenfor en rekke fagområder.

TABELL 3

VURDERTE LOVBRUDD I SAKER MOT ALLMENNLEGER OG LEGEVAKTSLEGER BEHANDLET AV STATENS HELSETILSYN I PERIODEN 2015–2017	ANTALL
Brudd på faglig forsvarlighet § 4	240
Brudd på kravet til omsorgsfull hjelp § 4	13
Ressursbruk § 6	16
Brudd på taushetsplikten §§ 21/21a	16
Krav til attester og erklæringer § 15	5
Meldeplikten til barnevernet § 33	3
Meldeplikten i førerkortsaker § 34	56
Plikten til å føre journal § 39	18
Kravet til journalens innhold § 40	110

TABELL 1. *Avsluttede saker hos Fylkesmennene i perioden 2015 til 2017 (n=2682).*

	ANTALL (N)	ANDEL (%)
Kjønn		
Mann	1901	71
Kvinne	742	28
Ikke registrert	39	1
Spesialitet i allmennmedisin		
Ja	1194	45
Nei	1488	55
Utdanningsland		
Norge	1380	51
Utlandet	1302	49
Tjenestested		
Allmennpraksis	2358	88
Legevakt	324	12
Utfall		
Lokal avklaring	454	17
Ikke lovbrudd	1097	42
Lovbrudd	715	27
Oversendt Statens helsetilsyn	359	14

TABELL 2. *Avsluttede saker i Helsetilsynet 2015 til 2017 (n=392).*

	ANTALL (N)	ANDEL (%)
Kjønn		
Mann	296	76
Kvinne	87	22
Ikke registrert	9	2
Spesialitet i allmennmedisin		
Ja	130	33
Nei	262	67
Utdanningsland		
Norge	187	48
Utlandet	205	52
Tjenestested		
Allmennpraksis	335	88
Legevakt	57	12

Brudd på andre bestemmelser i helsepersonelloven

I 16 saker vurderte vi brudd på §6 i helsepersonelloven, som gjelder ressursbruk. Dette inkluderer svindelsaker mot Helfo og/eller Nav, der legen er dømt for grovt bedrageri, og mindre alvorlige forhold, for eksempel saker der legen gjentatte ganger unnlater å svare på forespørsler om legeattester til Nav eller forsikringsselskap, eller har brutt sykemeldingsregelverket.

I 16 saker vurderte vi brudd på §21 taushetsplikten, i seks saker brudd på §21 a Forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, for eksempel urettmessig lesing i pasientjournaler («journalsnoking»).

Fem saker gjaldt vurdering av §15 Krav til attester og erklæringer, som gjelder saker der legen ikke har vært varsom, nøyaktig eller objektiv nok i utstedelse av legeattester.

I tre saker vurderte vi brudd på §33 Meldeplikten til barnevernet, mens vi i 56 saker vurderte brudd på §34 Meldeplikten til Statsforvalteren i førerkortsaker. Disse vurderingene er oftest en del av §4 sakene som gjelder rekvirering av vanedannende legemidler nevnt over. Brudd på journalføringsplikten og journalens innhold (helsepersonelloven §§39 og 40) ble vurdert i henholdsvis 18 og 110 saker. Brudd på journalføringsplikten er sjelden vurdert isolert, men som en del av saker med andre hovedtema.

Fordi flere typer lovbrudd etter helsepersonelloven kan være vurdert i hver enkelt sak, vil summen av sakene gjort rede for over, overstige antall saker mot leger totalt.

Gjennomgang av nøkkeltall

I sakene som fylkesmennene behandlet var 1380 av de 2682 legene utdannet i Norge (51 prosent) (TABELL 1). 71 prosent av legene var menn. 45 prosent var spesialister i allmennmedisin. 88 prosent av sakene var registrert som allmennpraksis, 12 prosent som legevakt.

I sakene som Statens helsetilsyn behandlet var 187 av de 392 leger utdannet i Norge (TABELL 2). 77 prosent av legene var menn. 33 prosent var spesialister i allmennmedisin. 85 prosent av sakene var registrert som allmennpraksis, 15 prosent som legevakt.

Utfallet i våre saker

Hos Fylkesmennene ble det konkludert med lovbrudd i 715 av de behandlede sakene (27 prosent). I 1097 (42 prosent) saker ble konklusjonen at det ikke var begått lovbrudd, mens 454 (17 prosent) saker ble sendt tilbake til kommunene for «lokal avklaring». Det betyr at Statsforvalteren finner det hensiktsmessig at klager og helsepersonellet har dialog og finner en løsning sammen, uten at tilsynsmyndighetene involverer seg videre, og saken avsluttes hos tilsynsmyndighetene. De resterende sakene ble sendt videre til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon (14 prosent).

Av de 392 sakene som ble behandlet hos Statens helsetilsyn, ble 68 saker (17 prosent) avsluttet uten at det ble konstatert lovbrudd. I 90 saker (22 prosent) ble det konkludert med lovbrudd, men man valgte å ikke gi administrativ reaksjon. I de resterende sakene (51 prosent) ble det gitt ulike nivå av administrative reaksjoner, der advarsel ble gitt hyppigst, i 153 saker (37 prosent).

I 12 saker (tre prosent) fikk legen tilbakekalt sin rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B.

I 49 saker (13 prosent) fikk legen tilbakekalt sin autorisasjon. Av disse fikk sju leger tilbakekalt sin autorisasjon på grunn av faglig uforsvarlig virksomhet, de andre tilbakekallene var begrunnet i rusproblemer eller alvorlig psykisk sykdom/svekkelse hos legen, rollesammenblanding, eller annen atferd som er uforenlig med yrkesutøvelsen. I alt 17 leger fikk begrenset sin autorisasjon.

Fortolkning

Et flertall av tilsynssaker mot leger i Norge gjelder leger i primærhelsetjenesten. De fleste av disse sakene er fra allmennpraksis, en mindre andel fra legevakt. De fleste sakene avsluttes uten at det konstateres lovbrudd, og kun en liten andel av legene får administrativ reaksjon fra Statens helsetilsyn.

Stokstad og medarbeidere publiserte et materiale fra Helsedirektoratet tilbake i 1992, som viste at 51 prosent av klagesaker mot allmennleger var knyttet til øyeblikkelig hjelp-situasjoner (4). Det betyr at vi nå behandler betydelig flere saker fra andre allmennmedisinske fagområder, sammenlignet med hvordan det var tidligere. Et flertall av våre tilsynssaker involverer mannlige leger. En rekke tidligere studier har vist at mannlige leger er overrepresentert i klage- og tilsynssaker (5). Færre leger involvert i våre tilsynssaker er spesialist i allmennmedisin, sammenlignet med gjennomsnittet blant fastleger. En studie fra 2020 gjennomført på legevakter i Norge, viste at leger med spesialitet i allmennmedisin hadde lavere risiko for å motta pasientklager (6).

Majoriteten av sakene Helsetilsynet behandler mot leger i allmennpraksis og legevakt, dreier seg om vurderinger opp mot §4 i helsepersonelloven; brudd på forsvarlighetskravet. Funn fra en systematisk oversikt fra 2015, konkluderte med at diagnostiske feil og feilmedisinering var de hyppigste forholdene som medførte risiko for pasientsikkerheten i primærhelsetjenesten (7). Saker som omhandler rekvirering av vanedannende legemidler utgjør en stor andel av sakene som gjelder uforsvarlig virksomhet hos oss. Vi behandler også mange saker der mulig uforsvarlig virksomhet har medført alvorlige konsekvenser for pasienter, eller medfører risiko for dette, som forsinket diagnostikk av kreftsykdom og mangelfull utredning og behandling av potensielt alvorlige, akutte tilstander. Sakene som gjelder forsinket diagnostikk av kreftsykdom er nærmere omtalt i Statens helsetilsyns tilsynsmelding fra 2019 (8).

Noen leger får mange klager og tilsynssaker mot seg. Flere av disse legene har etter vår vurdering drevet en praksis på grensen til det uforsvarlige over lengre tid og gjerne sviktet på flere fagområder. Flere av disse legene mister autorisasjonen eller får en begrensning i sin autorisasjon. Begrensning vil si at legens yrkesutøvelse eksempelvis skal begrenses til nærmere bestemte arbeidsoppgaver eller nærmere bestemt arbeidssted, eller at legen må motta veiledning. Med tanke på pasientsikkerheten er det etter vårt syn viktig at slike leger blir tatt ut av tjeneste eller får tett oppfølging og veiledning, slik at kvaliteten på deres kliniske yrkesutøvelse bedres.

Denne undersøkelsen er basert på tilsynssaker mot allmennleger og legevaktleger behandlet av tilsynsmyndighetene i en periode på tre år. Dette gir et representativt utvalg av saksomfanget totalt sett og innholdet i sakene behandlet hos Statens helsetilsyn. Vi har valgt å gjennomgå vedtakene i saker oversendt Statens helsetilsyn. Dette er de mest alvorlige sakene. Også hos Statsforvalteren konstateres lovbrudd, og det ville gitt oss et mer omfattende materiale dersom vi også undersøkte et utvalg av saker avsluttet hos Statsforvalterne. Dette kunne også gitt oss mer kunnskap om vurderingene som blir gjort ute hos Statsforvalterne.

Mange av sakene som gjelder spørsmål om faglig svikt dreier seg om enkeltstående hendelser eller helsehjelp over et kort tidsrom. Dette kan likevel være saker som gjenspeiler feil som begås gang på gang av andre leger, og som tjenestene ellers kan ta lærdom av (3). Ifølge en gjennomgang av

tilsynssaker behandlet i Statens helsetilsyn i perioden 2000–2002, er behandlingen av tilsynssaker mot allmennleger forutsigbar og kan derfor være en kilde til læring (9). Tema i tilsynssaker kan være et tegn på hvilke områder innen helsetjenesten der det oftere skjer feil. Eksempler på dette er tilstander der diagnostikken kan være utfordrende, som atypiske koronarsymptomer og lungeemboli, eller andre utfordringer innenfor fagfeltet, som for eksempel avhengighet og rekvirering av vanedannende legemidler.

Selv om tilsynssaker kan gi oss en viss kunnskap om risikoområder og svikt, så trenger vi i tillegg forskning for å kartlegge pasientsikkerheten i et bredere, epidemiologisk perspektiv. Det har tradisjonelt sett vært større fokus på pasientsikkerhet og medisinske feil i sykehus, og man regner med at rundt ti prosent av hospitaliserte pasienter opplever hendelser som kan true pasientsikkerheten (10). Det finnes betydelig mindre kunnskap om hvor stort omfanget av slike hendelser er i primærhelsetjenesten.

Resultater fra en systematisk oversiktsartikkel fra 2015 bidrar til å gi oss mer kunnskap om epidemiologien på dette feltet. Studien inkluderte et utvalg av 100 primærstudier fra en rekke land der det ble rapportert om <1 til 24 episoder som kan true pasientsikkerheten pr. 100 konsultasjoner i primærhelsetjenesten, her definert som førstelinjetjenester utenfor sykehus (7). Gjennomgangen av ni oversiktsstudier som også var inkludert i studien, indikerte at det forekommer to til tre slike episoder pr. 100 konsultasjoner (7). Rundt fire prosent av disse var assosiert med alvorlig skade på pasient, definert som langvarig fysisk eller psykisk skade, eller død. De tre mest vanlige hendelsene var innen kategoriene administrative (svikt i dokumentasjon) og kommunikasjonsmessige problemer; diagnostiske feil; og forskrivning og håndtering av legemidler. Episoder relatert til diagnostikk og rekvirering av legemidler var oftest assosiert med alvorlig skade på pasient.

Ifølge resultatene av studien omtalt over oppstår altså episoder med fare for pasientsikkerheten relativt ofte, men de fleste har ikke alvorlige konsekvenser for pasienter. En studie fra legevakt i Nederland fra 2010, fant en insidensrate på hendelser som kunne true pasientsikkerheten på 2,4 prosent, altså tilsvarende tall som ble funnet i oversiktsartikkelen (11).

Basert på funnene fra oversiktsartikkelen til Panesar og medarbeidere, vil det omregnet til norske forhold være rundt 360 000 episoder årlig som kan true pasientsikkerheten. Av disse vil rundt 14 000 være assosiert med risiko for alvorlig pasientskade. På legevakt vil tilsvarende tall være rundt 32 000 episoder, der 1300 vil være assosiert med alvorlig pasientskade. Dette kan høres mye ut, gitt at pasientpopulasjonen som til enhver tid bruker primærhelsetjenesten er relativt frisk. Vi har imidlertid ikke studier eller undersøkelser på norske forhold som kan bekrefte at tallene her tilsvarer det som er funnet i internasjonal forskning.

Målsettingen er at helsetjenesten skal gi tjenester av høy kvalitet, i tråd med god medisinsk praksis. Formålet med tilsyn er å bidra til bedre kvalitet og sikkerhet i tjenestene. Et sentralt virkemiddel til å oppnå dette er lovlighetskontroll. Måten tilsynsmyndighetene gjennomfører lovlighetskontrollen på, er avgjørende for i hvilken grad vi oppnår formålet med tilsyn. Felles for håndtering av tilsynssaker hos Statsforvalterne og i Statens helsetilsyn har vært en økende bevissthet og forventning om at tilsyn skal bidra til nødvendige endringer, bedre kvalitet og økt sikkerhet. Det er ikke nok å fatte avgjørelser som er juridisk korrekte. Det utfordrer både måten vi utreder saker på, og hvilke ressurser tilsynsmyndighetene bruker til å følge opp avgjørelser for å påse at endringer faktisk skjer (13).

Det er helsepersonell og virksomhetene selv som har ansvaret for at pasienter og brukere får forsvarlige helsetjenester. For saker som gjelder fastleger og legevaktsleger, har kommunene et overordnet ansvar for å sikre en forsvarlig fastlegetjeneste for innbyggerne, samt en forsvarlig organisering av legevakttjenesten (13, 14), samtidig som legene selv har et selvstendig ansvar for å yte forsvarlige tjenester innenfor disse rammene.

Svært mye pasientbehandling skjer hos fastleger og på legevakt. Det skal være trygt å være pasient hos fastlegen og på legevakt. Men det vil uunngåelig oppstå episoder som kan true pasientsikkerheten. Selv om tilsyn med helsetjenestene er nødvendig og viktig, så oppnår man mest ved at tjenestene selv har et kontinuerlig fokus på å yte trygge og gode helsetjenester.

REFERANSER

1. Allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå 2017. https://www.ssb.no/statbank/table/10141/
2. Allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå 2017. https://www.ssb.no/statbank/table/10903/
3. Schnitzer S, Kuhlmey A, Adolph H et al. Complaints as indicators of health care shortcomings: which groups of patients are affected? Int J Qual Health Care 2012;24(5):476-82. doi: 10.1093/intqhc/mzs036.Epub 2012 Jul 9. PubMed PMID: 22778146.
4. Stokstad I, Eskerud J, Jordal H et al. [Complaints about primary care physicians]. Tidsskr Nor Laegeforen. 1993 10;113(7):863-6. Norwegian. PubMed PMID: 8480297.
5. Unwin E, Woolf K, Wadlow C et al. Sex differences in medico-legal action against doctors: a systematic review and meta-analysis. BMC Med 2015 13;13:172. doi: 10.1186/s12916-015-0413-5.
6. Bratland, S.Z., Baste, V., Steen, K. et al. Physician factors associated with increased risk for complaints in primary care emergency services: a case – control study. BMC Fam Pract 21, 201 (2020). https://doi.org/10.1186/s12875-020-01272-0
7. Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A et al. How safe is primary care? A systematic review. BMJ Qual Saf 2016;25(7):544-53. doi:10.1136/bmjqs-2015-004178. Epub 2015 Dec 29. Review. PubMed PMID: 26715764.
8. Tilsynsmelding 2019: Forseinka diagnostikk av kreftsjukdom. Utgitt av Statens helsetilsyn. Oslo, mars 2020. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/tilsynsmelding/2019/tilsynsmelding2019.pdf
9. Bratland SZ, Hunskår S. [Medico-legal assessments of complaints against general practitioners]. Tidsskr Nor Laegeforen 2006 Jan 12;126 (2):166-9. Norwegian. PubMed PMID: 16415939.
10. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, red. To err is human: Building a safer health system. National Academy Press 1999.
11. Smits M, Huibers L, Kerssemeijer B et al. Patient safety in out-of-hours primary care: a review of patient records. BMC Health Serv Res 2010 10;10:335. doi: 10.1186/1472-6963-10-335. PubMed PMID: 21143949; PubMed Central PMCID: PMC3016358.
12. Utviklingsprosjekt for tilsynssaker i helse- og omsorgstjenesten. Rapport fra forprosjekt i Statens helsetilsyn Januar 2019. Statens helsetilsyn, Internserien 4/2019. https://losen.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/internserien/2019/2019_4_internserien_prosjektrapport_tilsynssaker.pdf
13. FOR-2012-08-29-842 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842
14. FOR-2016-10-28-1250 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250

LISBETH.HOMLONG@HOTMAIL.COM

Nye spesialister

Utposten gratulerer alle nye spesialister i allmennmedisin og samfunnsmedisin i siste halvdel av 2020!

ALLMENNMEDISIN

- Achtentuch, Anette Nielsen
- Adrian, Allan
- Aghdam, Mohammad Reza Fatholahzadeh
- Ahmed, Moammer Iqbal
- Al Mousa, Gewan
- Alexandersen, Julia
- Al-Hellali, Selma Seifaddin Hussain
- Al-Saaid, Mohammad Jawad
- Al-Toma, Sawsan Kadhim Abdulwahhab
- Andersen, Trine Lindgård
- Andersen, Christina Gaardsted
- Andersen, Jacob
- Anjum, Neelam Sarwar
- Antonsen, Petter Fredrik
- Arden, Amir David
- Aronsen, Anne Cathrine Fjukstad
- Aslaksen, Silje Helene Waaler
- Atai, Shahriar
- Atya, Sherehan Shaban Maty
- Aukland, Marianne Fjeld
- Backer-Grøndahl, Thomas
- Bakken, Kristin
- Banaras, Mobashar
- Barazandeh, Negar
- Basic, Ermin
- Bendiksen, Ketil Johan
- Berg, Christian Sjeggestad
- Bergseth, Cecilie
- Berntzen, Vibeke, Engan
- Birkeland, Jon Steinar
- Bjerke, Lisa
- Bjørge, Thomas
- Bjørløw, Egil
- Blikman, Maria Johanna Christina
- Boge, Christoffer, Kallestad
- Boldingh, Anne Marthe
- Brandslien, Anna
- Bratland, Agnieszka Halina Nowakowska
- Breivik, Hege
- Brühl, Daniela Gisela
- Brødbæk, Kasper
- Carr, Iestyn Thomas Hubert
- Casado de Amezua Fernandez-Amigo, Paloma
- Chaudhary, Halima Sadia Mehdi
- Chaudhry, Gohar, Majid
- Crowo, Anne Hilde
- Dahlback, Hanne-Sofie, Spenning
- Dahlgren, Tobias Douglas Hamza
- Dale, Jonas Nordvik
- D'angelo, Ingeborg Ailin Alessandra
- Davis, Simon Jonathan
- Denil, Julian Ruben N
- Dianat Nejad, Ramin
- Djupesland, Benedicte
- Dobra, Mexhid
- Dokka, Kjetil, Tørå
- Doktor, Brian
- Dominteanu, Eugen Cristian
- Do-Vu, Huy
- Duong, Cuu Van
- Dyborn, Carl Magnus
- Dyreborg-Tversland, Svein Roald
- Eckbo, Bernhard Christian Taugbøl
- Eggesvik, Sivert
- Eilertsen, Maja Gunvor
- Eilertsen, Haakon Hasselgren
- Elde, Erlend
- Engedal, Ingunn
- Eriksen, Lars Håvard
- Fanghol-Syvertsen, Maria Therese
- Fauske, Markus
- Fauske, Siri Jorunn
- Figenschow, Helle Lee Elena Beck
- Fiskum, Cathrine
- Fjeldstad, Hanne Catherine
- Fjellheim, Lars-Ole
- Flo, Stian
- Fløter, Anders, Klokk
- Flå, Vegar, Vangen
- Foshaug, Mats
- Fosse, Else, Bue
- Franck, Andreas Michael
- Frog, Rolf Christofer, Raddum
- Galashevskaya, Anastasia
- Ghandi, Shahriar
- Giske, Anders, Svebakk
- Gisnås, Anne Marte
- Giørtz-Carlsen, Birgitte
- Gospodinova, Tsonka Ivanova
- Graff, Jeanett
- Granström, Daniel Per Fredrik
- Gravaune, Kristin
- Grønningsæter, Per Øyvind Bø
- Gudjonsson, Johann
- Guedada, Kamilla
- Gulsrud, Siriann
- Gupta, Rajesh
- Hadler-Olsen, Ida Balnagown
- Hagerupsen, Kristin Vik
- Handeland, Jorunn Irene
- Harboe-Sjåvik, Hege
- Hart, Børge
- Hattestad, Guro
- Haugrønning, Isabell Teige
- Heatta-Speicher, Elle Marja
- Heeren, Johanna Adriana
- Hegelstad-Bielak, Anne
- Helgeland, Jostein
- Helgesen, Realf Ording
- Hellvik, Hilde
- Hermansen, Rune Hermann
- Hertzberg, Tuva Kolstad
- Hesbøl, Anders Godø
- Hillerns Bonotto, Inka Marina
- Hjelmtvedt, Ellen Klausen
- Hoff, Hanne Marthe Myhr
- Hovdahl, Thuy-Vu Le
- Hultgren, Magnus, Wold
- Hussains, Sajids
- Hustad, Julie, Ellingsen
- Høibø, Trond
- Høisen, Petter Andreas
- Høvset, Rita
- Haanes, Dag Aasmund
- Ipsen, Poul
- Iversen, Arild
- Iversen, Fredrik Rønning
- Jacobsen, Hege Rebecca Skårhaug
- Jensen, Connie
- Jensen, Ruben, Granberg
- Jeyananthan, Anita
- Johannesen, Siv Adele
- Johannessen, Ingeborg
- Johansen, Tom Kenneth
- Johansen, Kenneth
- Johnson, Gunnar Grøstad
- Jonsson, Bo Jonas
- Järvik, Kaja
- Jørgensen, Agnete
- Kalbasi, Siamak
- Kalsbeek, Allardus Jan
- Karlsen, Sunniva Nyberg
- Kasko, Martin
- Kasko, Viktoria
- Kawarea, Eyad Gabr Hemdan
- Keilen, Åsmund
- Kirk, Julie Benedikte Colbjørnsen
- Kjellevold, Lars Kristian
- Kjelling, Stefan
- Kleivmyr-Sandvoll, Hilde
- Knutsen, Geir Olav
- Kongshaug, Are
- Koos, Christina
- Korssjøen, Ingrid
- Kosaric-Kadragic, Emila
- Kren, Gasper
- Krogh, Hanna Helgetun
- Kryvi, Peter Daniel
- Kvien, Tone Anita
- Laméris, Sjoerd Tjelland
- Langnes, Silje Elisabeth

- Larsen, Christer Torgilstveit
- Lende, Gabriel
- Lie, Heidi
- Lien, Henning Andre
- Lister, Patience Rachel
- Ljosland, Haakon
- Lomax, Mari Hjelde
- Longfellow, Kristine Brix
- Luggenes, Brita
- Lundbom, Hans Olof Anders
- Lunde, Ole Kaare
- Lyngen, Bjørn Arnt
- Lysbakken, Anne Elisabeth Undeland
- Løvlihaugen, Ina
- Madsen, Tatyana Uzenkova
- Malekshahian, Arezou
- Maxwell, Aravinthan Leo
- Mehren, Christine Rønneberg
- Mehri, Ali
- Meyer, André, Almvik
- Midtbu, Jo-Endre, Digranes
- Mihu Moldovan, Ariana Diana
- Moghaddas, Mehrnaz
- Moss, Andrew David
- Mostad, Hege
- Mourad, Khaled Dawoud Mohammed
- Myklebust, Steffen
- Müller, Møyfrid
- Mæhlum, Nikolai Aarre
- Møen, Kathy Ainul Mashrooka
- Mølmen-Lanz, Harald Edvard
- Maaløe, Anja Bjørk
- Namtvedt, Charlotte Schjøtt
- Natås, Ida
- Nessa, Kyrre, Flatø
- Neverdahl, Jakob
- Nicolette, Linda Ann
- Nielsen, Solveig Tangen
- Nielsen, Line, Sistiaga
- Nielsen, Ena
- Nordmand-Solfjell, Ivar
- Novik, Susanne
- Oftedal, Per Arne
- Ohm, Lars
- Olsen, Håvard
- Opdahl, Kirsten Vikan
- Opsahl, Marius
- Orphee Suarez, Mildre
- Oseberg, Morten André Hoff
- Pahle, Jan Andreas Saxlund
- Pedersen, Arild Smith
- Pervez, Mohammad Omar
- Petreaca, Mihai
- Pettersen, Sonja Natasha
- Pietilä, Otto Samuel
- Pillgram, Magnus
- Pinto dos Santos, Margarette de Jesus
- Pulenthiran, Kajandran
- Qureshi, Tayyaba
- Rasul, Kovan
- Ravindran, Vanaja
- Relling, Ingeborg Olga Salen
- Rendum, Kristin, Lein
- Richter, Elisabeth Ellen Kristina
- Riiser, Sharline
- Rimehaug, Angelina Lied
- Ringen, Tone Camilla
- Rosland, Ragnhild Gunnarshaug
- Rosø, Anders
- Rud, Elisabeth Helene
- Rustebakke, Zarina
- Rygg, Åsmund, Bartnæs
- Ræstad, Ellen Wang
- Røisland, Lise Meland
- Røkenes, Mette
- Rørtveit, Linda Øglend
- Raaen, Gry Silje Dahl
- Saleh, Mohamed Nour
- Salter, Charlotte Amy
- Sandli, Kim Roar
- Sandstad, Isa Mari
- Schou, Martin
- Seglen, Inger-Johanne
- Selstø, Diana, Schnierer
- Sem, Marthe
- Serrano Teruel, Maria de Los Reyes
- Shakeel, Nilam
- Siddique, Kashif
- Sitter, Torkild
- Sivertsen, Asgeir
- Sivonen, Kaisa Katariina
- Sjaavik, Jan Roar
- Skjelbred, Oliver
- Skogli, Mathias, Madsen
- Skogvold-Knutsen, Charlotte
- Skretting, Åge Aleksander
- Skaar, Helene Onsrud
- Skaarn, Espen
- Slåtsveen, Jane Marie
- Snustad-Grønskag, Ragnhild Agnes
- Sohrabi, Mohammad
- Srikumar, Nirosha
- Stangeland, Mats
- Stavang, Ragnhild Bye
- Stigen, Stein Inge
- Strand, Øyvind Bjerkreim
- Strand, Lars Sunde
- Sunde, Emma Remine Reisvaag
- Svangtun, Hege
- Svorkmo-Stemland, Martine Therese
- Syed Mohd Noori, Sharifah Nuriyah
- Syltesæter, Kristin Søvik
- Synnes, Sigve Martin Røsvik
- Szepkuti, Zoltan
- Sætersmoen, Ingrid
- Sørensen, Alina
- Sørheim, Inga Cecilie
- Teigen, Ingvill Marie
- Thorsen, Ellen Sofie
- Thu, Guri, Sandal
- Thune, Marit, Hommedal
- Torgersen, Kristin Stensland
- Trimbitasu, Alexandra Ilinca
- Tyrell, Mark Dominic
- Ulset, Elisabeth Vågen
- Unsgård, Åsne Kristine
- Usman, Qudsia Norin
- Vasli, Axel Christoffer
- Vattøy, Torstein
- Velkova, Liliya Hristova
- Westnes, Thomas
- Westrum, Bente
- Wikell, Jimmy Håkan Glenn
- Wille, Ina Nikoline
- Wojcik, Aleksandra
- Wüller, Sofie Christophersen
- Yusuf, Mohamed Bashiir
- Ødegaard, Lars Røssel
- Øksnes, Rasmus Sørli
- Ågedal, Odd Arild
- Ågedal, Lene
- Ågotnes, Håkon Torbjørnsen
- Aaker, Tori Kalleberg
- Aalborg-Langhelle, Audun
- Aalgaard, Anne
- Aamann, Lars
- Aareskjold, Morten
- Aarnes-Eidshaug, Ranja Cecilie
- Aas, Olav
- Aas, Ingrid
- Aasbø, Frøydis, Blaker
- Åsheim, Maiken

SAMFUNNSMEDISIN

- Andersen, Jacob
- Anjum, Neelam Sarwar
- Banaras, Mobashar
- Brühl, Daniela Gisela
- Crowo, Anne Hilde
- Dale, Jonas, Nordvik
- Eilertsen, Maja Gunvor
- Eilertsen, Haakon Hasselgren
- Elde, Erlend
- Eriksen, Lars Håvard
- Harboe-Sjåvik, Hege
- Helgeland, Jostein
- Hermansen, Rune Hermann
- Iversen, Arild
- Iversen, Fredrik, Rønning
- Jacobsen, Hege Rebecca Skårhaug
- Jeyananthan, Anita
- Johansen, Kenneth
- Kjelling, Stefan
- Longfellow, Kristine Brix
- Natås, Ida
- Olsen, Håvard
- Rosø, Anders
- Røkenes, Mette
- Sitter, Torkild
- Sjaavik, Jan Roar
- Stigen, Stein Inge
- Westrum, Bente
- Wikell, Jimmy Håkan Glenn

Læstadius – og mot alkoholmisbruk blant

ARILD AAMBØ • *Seniorrådgiver, Enhet for migrasjonshelse, Folkehelseinstituttet*

De siste tiårene har det vært en voksende interesse for den svensk-samiske presten Lars Levi Læstadius (1800–1861) og hans arbeid. Det skyldes ikke minst Nils Gaup sin filmatisering av sameopprøret i Kautokeino i 1852 og romanen *Koke bjørn* av den svenske forfatteren Mikael Niemi.

For de fleste er Læstadius kjent som en kristen reformator. Færre kjenner til hans innsats for å kartlegge og systematisere planter. Mikael Niemi skriver om denne siden av Læstadius i romanen *Koke bjørn* (1). Også hans betydelige arbeid for å få slutt på den utbredte alkoholismen som på hans tid fantes blant samer og kvener, blir sjelden nevnt. I denne artikkelen skal vi se nærmere på hvilken betydning Læstadius kan ha hatt for samer og kvener i et folkehelseperspektiv.

Minoriteter og alkohol

Urfolk over hele verden er sårbare for alkohol og rusmidler. Det gjelder berbere i Marokko, maorier på New Zealand, aboriginer i Australia, indianere i Nord- og Sør-Amerika, grønlendere og flere andre urfolksgrupper (2). Undersøkelser fra Australia viser at selv om det er færre blant aboriginere som drikker alkohol enn det er blant andre australiere, er det forholdsvis mange som drikker farlig mye, både episodisk, det vil si når de ruser seg, og over tid. Forekomsten av vold og kriminalitet er høy. Mange ender opp med alvorlig leverskade, og kulturell identitet smuldrer opp (3, 4). Australske styresmakter peker på årsaksmekanismer som traumer som strekker seg over flere generasjoner, vonde opplevelser i barndommen, skilsmisser, usikre boforhold, vansker med å finne arbeid, rasisme og andre former for stress (5).

Lignende mønster ser man blant indianerne i Nord-Amerika. I utgangspunktet hadde indianere i Nord-Amerika ingen erfaring med alkohol, men de tok etter de hvite kolonialistene som ofte var overstadig beruset og som i rusen ofte utviste ukritisk atferd. Det fortelles sågar at alkohol ble nødet på indianerne, både av profitthensyn og fordi alkohol ble ansett som et anvendelig redskap i offisielle forhandlinger mellom myndighetene og de innfødte (6).

Noe lignende så man i de skandinaviske nordområdene på Læstadius sin tid. Blant samer og kvener var det stor sosial nød, og alkoholmisbruk var utbredt både blant kvinner og menn. At situasjonen i dag er en helt annen, må man anta i stor grad skyldes læstadianismen, som fikk sterkt religiøst og kulturelt fotfeste i Nordområdene. Blant samer og kvener her i Norge er det betydelig færre som drikker alkohol ofte, sammenliknet med de uten samisk/kvensk/norskfinsk bakgrunn, og man finner heller ikke flere med høyt episodisk inntak av alkohol (7).

Deler av altertavlen av Bror Hjort i Jukkasjärvi kirke, Luleå, Sverige viser scener fra Læstadius' liv.
FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

hans innsats samene

Lars Levi Læstadius. Portrettet er fra 1830-tallet og sannsynligvis det eneste som finnes av ham.

ILLUSTRASJON: WIKIMEDIA COMMONS/BEARBEIDET.

Lars Levi Læstadius

Lars Levi Læstadius (1800–1861) var født i Jäkkvik i Sverige. Han var i likhet med flere andre i familien presteutdannet, og virket som sokneprest i Karesuando (1826–1849) og som prost i Pajala (1849–1861). Han satte også tydelige spor etter seg som botaniker, lingvist og etnograf.

Tidlig barndom var preget av fattigdom og farens alkoholisme og hissige temperament. Da han var åtte år gammel, flyttet han sammen med en yngre bror til Kvikkjokk, til en eldre halvbror som var prest der. Halvbroren var, i likhet med mange andre av datidens prester, opptatt av botanikk. Denne interessen smittet over på Lars Levi, og allerede seksten år gammel la han på egen hånd ut på en stor botanisk rundreise, først gjennom Ångermannland og Jämtland, så over til Trondheim, videre nordover langs Helgelandskysten, før han så vendte hjemover til Arjeplog. Turen varte i tre måneder.

I studietiden i Uppsala kom Lars Levi under innflytelse av den kjente botanikeren Göran Wahlenberg, og i 1822 reiste han sammen med Wahlenberg til Sør-Sverige for å studere planter. Funnene ble dokumentert gjennom Lars Levis sirlige tegninger som senere ble tatt inn i bokverket *Svensk botanik*. Lars Levi fikk også flere planter oppkalt etter seg. I Troms fant han en fjellvalmue som ingen hadde beskrevet før ham. Den fikk senere navnet læstadiusvalmuen, eller på latin *papaver laestadium*. Også planten bergjunker er oppkalt etter læstadius i sitt latinske navn, *saxifraga ai-*

Papaver laestadianum.
FOTO: IVAR HEGGELUND, NORDFLORA.NO

Gullrublom (Draba alpina). Tegning av Læstadius for «Svensk Botanik». FOTO: MARI KARLSTAD

zoon subsp. laestadii. Den tyske botanikeren Carl Sigismund Kunth (1788–1850) sørget dessuten for at Læstadius fikk en hel slekt i kurvplantefamilien oppkalt etter seg, *Laestadia* (Asteraceae), en slekt som kun finnes i Sør- og Mellom-Amerika (8).

Til tross for sine evner som botaniker, valgte Lars Levi likevel prestestudiet. I 1826 ble han ansatt som prest i Karesuando, en liten bygd helt nord i Sverige. I hans prestegjeld var de fleste flyttsamer og finske nybyggere. Lars Levi hadde selv samiske aner. Han var oppvokst i samiske bygder, han snakket språket, og han kjente den samiske kulturen fra innsiden. Hans interesse for samiske myter og sagn førte til at han av den franske Recherche-ekspedisjonen, som besøkte Nordområdene i 1838–1840, fikk i oppdrag å skrive en oversikt over samisk mytologi. Manuskriptet ble ferdig i 1844, men ble i sin helhet først publisert i 2003 som *Fragmenter i lappska mytologien.* Her gjengir han og vurderer hva andre før ham hadde skrevet om emnet. Hans fremstilling bærer preg av skarp kildekritikk, men også av en oppvurdering av folkelig fortellertradisjon (9).

I sin prestegjerning fremstod Læstadius som en reformator. Han solidariserte seg sterkt med samene og ønsket at deres kultur skulle aksepteres. Det innebar blant annet at han måtte snakke et språk som de forstod. Han lærte seg derfor tornedalsfinsk, en dialekt som både samene og kvenene i distriktet forstod, og begynte å preke på tornedalsfinsk i stedet for på svensk. Men fordi han ikke følte seg helt komfortabel i dette språket, skrev han ned sine prekener. Her benyttet han seg dessuten i stor grad av anekdoter og metaforer med samisk klangbunn, et billedspråk som samer og kvener kunne kjenne seg igjen i. Det gjorde at tekstene ble lettere å huske og budskapet lettere å videreformidle. Læstadius' prekener ble da også spredt viden om gjennom avskrifter og opplesning, gjennom gjenfortelling og ved at predikanter brukte elementer fra hans forkynnelse (10).

Læstadius og alkoholen

Læstadius sin innsats mot alkoholmisbruket kan knapt skilles fra hans prestegjerning. Idéhistorikeren Karl Johan Bjørge skriver:

> «Når Læstadius angriper alkoholen og de lidelser den førte med seg for hjem og familier, var det ikke bare hans mål å preke avhold, men å berede en grunn for evangeliet … For Læstadius er det mer å forstå som to sider av samme sak, snarere en nødvendighet. Slik er det også når han kritiserer de opprør og det forfall han mener pågår i samfunnet».

Læstadius hadde alkoholproblemet tett inn på seg. I ethvert tettsted i prestesoknet var brennevinskroer åpne til langt på natt. Når folk kom sammen, ble det fyll og spetakkel. Ansvar for kone og barn smuldret opp, og evnen til å skille rett fra vrangt ble sløvet (11).

Engasjementet mot alkoholen skjøt for alvor fart etter at han i 1844, på en reise til Åsele, møtte Milla Clementsdotter, av Læstadius senere omtalt som Maria. Kanskje var Læstadius spesielt åpen for Marias budskap «fordi hun var kvinne, en fattig same og ikke minst fordi hun avskydde sprit. Sammen med livserfaringene som lignet hans egne, var det alt sammen tillitsvekkende» (10). For Læstadius ser møtet ut til å ha hatt en forløsende virkning på hans forkynnelse, og det ble en ny giv i arbeidet mot drukkenskapen. All hans energi ble viet kampen mot alkoholen, og i et hverdagslig språk utfordret han nå sine tilhørere til å omvende seg fra sitt moralsk forkastelige liv. Om ikke, ventet fortapelsen. Språket var klart og direkte. Han beskriver sine sognebarn som «krögare och fyllhundar, rentjuvar og bedragare så djupt sunken över öronen i fördärvet, så att fingerspesane knappt synes». (*Ens Ropandes Röst i Öknen*, sitert i (12)). Læstadius var på grunn av sine botaniske bragder på dette tidspunktet blitt valgt inn som medlem i Det kongelige svenske vitenskapsakademiet. Etterhvert ble kampen mot alkoholen altoverskyggende, og han fikk liten tid til å dyrke sine botaniske studier.

Hendelsene under Kautokeino-opprøret i 1852 ble gjenskapt i filmen med samme navn i 2008. FOTO: FILMWEB

Betydningen for folkehelsen

Forkynnelsen førte til en vekkelse som etter hvert spredte seg til hele Nordområdet. Denne vekkelsen, læstadianismen, fikk avgjørende betydning for samers og kveners helse og velferd. Det fortelles at «tyver sluttet å stjele, alkoholmisbruket gikk voldsomt tilbake, og man ble mer nøye med å leve rett» (13). Den svenske forfatteren Julia Svedelius (1870–1955) beskriver hvordan vekkelsen førte til at kriminalitet, konflikter og drukkenskap ble erstattet av samhold, forståelse og edruelighet (14). Interessant nok faller det reduserte alkoholmisbruket i Finnmark sammen med en betydelig reduksjon i drukningsulykker. Samfunnsforskeren Eilert Sundt (1817–1875) tolker denne reduksjonen slik at

> «besparelsen hovedsagelig eller dog for en anseelig del skyldes den lykkelige vending der er indtruffet i befolkningens åndsliv og som særlig merkes gjennom en overmåde nidkjær og virksom iver mot fylderiet»
>
> (Sundt 1967 [1862]:39, sitert i (15)).

Læstadius organiserte også skoler for samiske barn. Lærerne ved disse skolene ble hans mest betrodde menn, og mange av dem reiste vidt omkring når det var opphold i skolenes virksomhet. På denne måten ble en rekke lekfolk involvert i både den religiøse vekkelsen og i alkoholsaken. Flere kom også til Norge (13).

Kautokeinoopprøret

I Nord-Norge hadde statsmaktene i lang tid gjort sine interesser rådende på en slik måte at den lokale kultur ble tvunget til endringer som verken føltes relevante eller som ble oppfattet som nødvendige. De første forsøkene på å kristne samene startet midt på 1200-tallet og på 1700-tallet ble dette et statsanliggende. Misjonærer og prester hadde ordre om å ødelegge offersteder når de kom over dem, og de samene som ønsket å praktisere gamle religiøse skikker, måtte gjøre dette i det skjulte. I en periode ble det i samiske skoler undervist på samisk, men utover på 1800-tallet ble det samiske språket mer og mer marginalisert.

Økonomisk usikkerhet og flere episoder med provoserende atferd av øvrighetens representanter skapte etter hvert et høyt konfliktnivå mellom samer og øvrighetens representanter. Sentralt i striden stod alkoholen. I Kautokeino var alkohol en viktig handelsvare, og spriten ble omsatt svært ukritisk. Mange samer ble gjort avhengige og satte seg i dyp gjeld til handelsmannen. Gjelden ble ofte innkassert via tvungen konfiskering og nedslakting av rein, og de sosiale og økonomiske følgene for familiene som ble rammet av dette var svært alvorlige. I en situasjon hvor tilværelsen fortonte

«Læstadius preker for samene» (Le Pasteur Læstadius instruisant les Lapons) fra 1840 er malt av François-Auguste Biard (1799–1882). Biard deltok i La Recherche-ekspedisjonen 1838–1840 og besøkte blant annet Svalbard, Hammerfest og Læstadius i Karesuando. Maleriet bygger på skisser fra reisen og ble stilt ut i Parissalongen 1841.

seg stadig mer problematisk for samer og kvener, fordi begge grupper befant seg i en konfliktfylt relasjon til det norske samfunnet, der deres identitet og egenverd ble underkjent, ble det generert konflikter som etter hvert ikke lot seg skjule.

Læstadianismen, slik den etter hvert ble forstått og praktisert i Kautokeino, økte spenningen. På den ene siden stod en gruppe samer som deltok i den læstadianske vekkelsesbevegelsen og gjorde motstand mot brennevinshandelens makt og innflytelse. På den andre siden stod representanter for den ikke-samiske øvrigheta i Kautokeino: handelsmannen, presten og lensmannen.

8. november 1852 kom det til et voldelig sammenstøt i Kautokeino bygd. Under opptøyene mistet handelsmannen og lensmannen livet, og presten og flere andre ble pisket. Opprøret ble fort slått ned. To av lederne ble dømt til døden. Flere andre måtte sone lange fengselsstraffer.

Kautokeino-opprøret blir ansett som en medvirkende årsak til at fornorskingspolitikken på nytt fikk gjennomslag i norsk politisk tenking. Tanken om at samer skulle legge vekk sin kultur og assimileres inn i den norske befolkninga, ble det dominerende i norsk samepolitikk de neste 100 år (16,17).

Læstadianismen og assimileringspolitikken

Ved å anse materiell fattigdom som åndelig rikdom, ble det skapt en form for opposisjonsideologi der storsamfunnets verdier, normer og statushierarki ble vendt opp ned og nøysomhet og hjelpsomhet overfor trosfeller ble idealer å strekke seg etter (13, 18). Ved at man i de læstadianske forsamlingene først og fremst snakket samisk, markerte man dessuten selvstendighet overfor de norske styresmaktene. I møte med storsamfunnets assimileringspolitikk har læstadianismen trolig hatt en samlende funksjon blant minoritetsgruppene i nord. Det ble skapt en felles kultur som ble markert og gjenkjent i ord og handling. Dette interetniske fellesskapet gav en religiøs og sosial trygghet som det norske samfunnet ikke kunne tilby på grunn av sitt sterke påtrykk for å fornorske minoritetsgruppene (13). Flere forskere har konkludert med at læstadianismen ikke bare styrket samenes kultur. Den reddet den samiske kulturen fra tilintetgjørelse (19).

En del av den religiøse praksis innen læstadianismen er å ta avstand fra og vise avholdenhet overfor det som defineres som «verdens» fristelser og dermed anses syndefullt. Dette gjelder blant annet alkohol, bannskap, moderne musikk så vel som tradisjonell samisk joik, underholdningsprogrammer i radio og TV, og sex utenom ekteskapet. Alle disse forholdene regnes for å ta fokus vekk fra Gud og er dermed potensielle syndefristelser for en kristen (21). For ikke-læstadiansk ungdom kan det synes som om unge læstadianere er fanget i et nett av påbud og forbud. Fra læstadiansk hold handler det om gode råd og formaninger for å hjelpe den enkelte til å leve et liv i samsvar med egen samvittighet og felles tradisjon, og som på ingen måte må påtvinges andre (20).

I et helseperspektiv er det også av en viss

betydning at den gamle samiske noaiden (sjaman og helbreder) ble borte etter hvert som læstadianismen gjorde sitt inntog. Noiadens rolle som helbreder ble likevel til en viss grad videreført av kurerere og lesere i landsdelen (22). En slik rolle ble fortsatt tillagt en religiøs dimensjon.

Når det derimot kommer til spørsmål som ikke omfattes av forbud, stiller de læstadianske gruppene seg mer åpne for impulser utenfra og forholder seg dynamisk til utviklingen i kirken og i det moderne samfunnet (23). Som i mange andre minoritetssamfunn, kan den sosiale kontrollen likevel være sterk. Bare tanken på at folk vil prate om en, virker preventivt for utføring av visse handlinger og regulerer oppførsel. Det handler om å verne den lokale moralske orden mot omverden, og å forhindre at noen tråkker over grensene samfunnet har satt for hva som regnes som sømmelig oppførsel. Om en likevel handler imot gjeldende regler og normer, er påføring av skam en type sanksjonering som skal hindre gjentakelse (24). Mari Boine forteller i et intervju i *Aftenposten* 9. februar 1992:

> For jeg har et sinne i meg på grunn av misjoneringen vi ble utsatt for, der kristendommen skulle tres nedover mitt folk med vold og makt. Det er dette maktmisbruket som hindret meg i å nå mine foreldre. ... Jeg har kjent så mye sinne og sorg for dette. Det har jo pågått en religionskrig oppe hos oss i flere hundre år. Vært en angst for oss som tar frem joiken og trommen. I dag er jeg mere klar over det jeg holder på med. Jeg skjønner også at jeg må beskytte meg sjøl. Før ble folk som jeg brent. I dag har man en annen slags heksebrenning. Man fryses ut.

Mye tyder på at en slik sterk sosial kontroll, kombinert med den konstante frykten for represalier, også er skadelig for helsen. Kampen mot alkoholen og alt det den kunne føre med seg, har således en skyggeside. I likhet med mange andre tiltak for å verne om folkehelsen, så handler det om en balansegang mellom velmente og velbegrunnede tiltak, som samtidig kan ha negative konsekvenser. Eller som den svenske forfatteren Svedelius uttrykker det:

> «Lärans allvar bannlyser det onda men på samma gång många av livets oskyldiga leenden. Läran har blivit en stav att stödja seg på men ock att slå med, ty oförstående äro än i denna dag dess rätta lärjungar gent emot andra trosriktningar.» (sitert i (14))

Hva kan dagens helsearbeidere lære av dette?

Læstadius og læstadianismen har utvilsomt hatt stor betydning for samenes helse, både fysisk, psykisk og sosialt. Spesielt må her nevnes at til forskjell fra mange andre urbefolkningsgrupper, er ikke alkoholmisbruk i dag et særlig problem blant samene.

Mange helsearbeidere bruker mye tid på å gi pasienter helseinformasjon og livsstilveiledning. Men en del vil nok også sitte tilbake med opplevelsen av å ikke nå frem med budskapet. Læstadius lærte seg et språk som menigheten forstod, han var ikke redd for å sette ting på spissen, og han brukte metaforer og bilder som hadde klangbunn i lokale forhold og som folk kunne kjenne seg igjen i. Dette kan være et eksempel til etterfølgelse også i dag.

Læstadius brukte lekpersoner for å få budskapet frem til de områdene han selv ikke kunne nå. Mange hadde større tillit til disse lekpersonene enn til representantene for øvrigheten. Det samme kan være tilfelle i enkelte innvandrermiljøer i dagens Norge, og det vil i slike miljø være verdt å undersøke i hvilken grad det kan la seg gjøre å involvere ressurssterke lekpersoner i helseinformasjonsarbeidet.

For samene var det på Læstadius sin tid en tydelig forbindelse mellom helse og spiritualitet. Dette gjelder for mange også i dag, og det finnes flere helseinstitusjoner hvor man forholder seg bevisst til denne sammenhengen. Her kan nevnes Modum Bad, en privat stiftelse innen psykisk helsevern og Stiftelsen Evangeliesenteret, som jobber med å oppsøke, hjelpe og rehabilitere mennesker som er i sosial nød på grunn av rus.

Men tiltak som i utgangspunktet er ment til å bedre helse og livskvalitet, kan også ha en skyggeside og dessuten medføre en overdreven sosial kontroll som for noen kan gå på helsa løs. Det handler om å finne en akseptabel balanse mellom støtte og kontroll, og dette kan best skje i dialog med målgruppen.

REFERANSER

1. Niemi M. (2019) Koke bjørn. Oslo: Forlaget Oktober.
2. WHO (uten dato) Indiginous people and substance abuse. https://www.who.int/substance_abuse/activities/indigenous/en/
3. Douglas H. (2007) The curse of 'white man's water': aboriginal people and the control of alcohol. University of New England Law Journal 4 (1). https://www.researchgate.net/publication/288827349_The_curse_of_'white_man's_water'_Aboriginal_people_and_the_control_of_alcohol
4. Gray D, Cartwright K, Stearne A, Saggers S, Wilkes E, Wilson M (2018) Review of the harmful use of alcohol among Aboriginal and Torres Strait Islander people. Australian Indigenous HealthInfoNet.
5. https://www.health.gov.au/health-topics/alcohol/alcohol-throughout-life/alcohol-and-aboriginal-and-torres-strait-islander-peoples
6. Frank JW, Moore RS, Ames GM. (2000) Historical and cultural roots of drinking problems among American Indians. Am J Public Health. 90(3): 344–351. doi:10.2105/ajph.90.3.344.
7. Melhus M, Broderstad AR. (2020) Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark. Tilleggsrapport om samisk og kvensk/norskfinsk befolkning. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet. https://fido.nrk.no/a638cb7368b1ee2631e368cf24b8c9023bd15439e595e90697f07b43cf369a4e/Rapport_Troms_Finnmark_SSHF_redigert_april2020.pdf
8. Granmo A. (2000) Botanikeren Lars Levi Læstadius. Ravnetrykk (Universitetsbiblioteket i Tromsøs skriftserie) 23: 235–252. http://nhm2.uio.no/botanisk/nbf/laestadius/laestadiusmanus.htm
9. Pentikäinen, J. (1997) Lars Levi Læstadius som samisk mytolog och mytograf. Ingår i: Læstadius, Lars Levi: Fragmenter i Lappska Mythologien. Åbo: NIF, 1997. (NIF publications, 0355-8924; 37). ISBN 952-9724-20-9; s. 238–263: ill.
10. Elgvin LAØ. (2018) «Lappflickan Maria» – Milla Clementsdotter fra Åsele. I D Lindmark og J Samuelson (red.) Kvinnor och andlighet i norr. Historiska och litterära perspektiv. Skellefteå: Aros & Norma bokförlag.
11. Bjørge KJ. (2016) Læstadius' kritikk av frihet og rasjonalisme. En undersøkelse av Lars Levi Læstadius' Crapula Mundi og Hur står det till med kristendomen i den lutherska kyrkan? Masteroppgave ved institutt for filosofi, idéhistorie, kultur og klassiske språk. (IFIKK) UiO.
12. Wikipedia. Lars Levi Læstadius. https://no.wikipedia.org/wiki/Lars_Levi_L%C3%A6stadius
13. Kristiansen R. (2005) Samisk religion og læstadianisme. Bergen: Fagbokforlaget.
14. Lindmark D. (2018) Norrlandsk kyrkohistoria i Julia Svedelius författarskap. I D Lindmark og J Samuelson (red.) Kvinnor och andlighet i norr. Historiska och litterära perspektiv. Skellefteå: Aros & Norma bokförlag.
15. Lien ME. (2018) Hva kan vi lære av Eilert Sundt? Tidsskrift for samfunnsforskning 59(1): 80–88. https://www.idunn.no/tfs/2018/01/hva_kan_vi_laere_av_eilert_sundt
16. Berg-Nordlie M. (2020) l: Kautokeino-opprøret i Store norske leksikon på snl.no. Hentet 16. desember 2020 fra https://snl.no/Kautokeino-oppr%C3%B8re
17. Nellejet Zorgdrager (1997). De rettferdiges strid: Kautokeino 1852: Samisk motstand mot norsk kolonialisme ; oversatt fra nederlandsk av Trond Kirkeby-Garstad. Nesbru: Vett & Viten.
18. Paine R. (1965) Læstadianismen og samfunnet. Tidsskrift for samfunnsforskning 1: 60–73.
19. Larsen RI. (2020) A research history of Laestadianism in Norway From the 1960s to the present day Approaching Religion. 10(1): 74–90 DOI: https://doi.org/10.30664/ar.87497
20. Kristiansen R. (2001) Læstadianismen: fremvekst og utbredelse. http://www.love.is/roald/lestad01.htm
21. Myrvoll M. (2010) «Bare gudsordet duger». Om kontinuitet og brudd i samisk virkelighetsforståelse. UiT. http://www.vardobaiki.no/wp-content/uploads/2017/02/Myrvoll-PhD-Bare-gudsordet-duger.sept-2010.pdf
22. Sosial- og helsedepartementet (1998). Alternativ medisin NOU 1998: 21.
23. Nordvik T. (2015) De førstefødtes og Lyngen-retningens forhold til Den norske kirke ved inngangen til 2000-tallet – Avhandling levert for graden Philosophiae Doctor – januar 2015, Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning, UiT.
24. Vangen L. (2005) De fromme har mange sorger, mens verdens dårer ler: en studie av hvordan ikke-læstadianere i Manndalen forholder seg til læstadianismen. Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning UiT.

■ ARILDKJELL.AAMBO@FHI.NO

Utfordrende perspektiver

Sigrid Bratlie, Hallvard Kvale
Fremtidsmennesket
Hva den bioteknologiske revolusjonen betyr for deg
207 sider
Kagge forlag
Oslo 2020
ISBN 978-82-489-2610-8

For flere av oss leger vil denne boken kunne være mer spennende – og utfordrende - enn en hvilken som helst roman. Tematikken kan rammes inn av overskriften på baksiden av boken: «Med bioteknologi endres livets spilleregler. Hvor langt vil du gå?» Forfatterne har begge hatt sete i Bioteknologirådet. Molekylærbiologi er Sigrid Bratlies forskningsfelt, mens samtidshistorie er Hallvard Kvales spesialområde. Tematikken i boken spenner fra menneskelivets begynnelse til livets slutt. Og evolusjonen er ikke et avsluttet kapittel – heller ikke for mennesket, kan vi lese.

Vi har lenge kjent til det biologiske utgangspunktet for et menneske i det sinnrike systemet med adenin, guanin, cytosin og tymin, og hvordan disse basene inngår i DNA'et vårt. Men at disse kjedene fra alle våre kroppsceller – utstrukket og lagt etter hverandre – kunne gått 2,5 millioner ganger rundt jorden er knapt til å fatte. Hele den solide beskrivelsen av «manuset» for et menneskeliv blir videre utdypet i slike detaljer at en leser kan bli svimmel av mindre. Bare det at vi «er halvt banan», eller at vår felles stamfar med en mus finner vi ca. 75 millioner år tilbake i tid .

Men forfatterne begrenser seg ikke til å legge ut om de lange og de noe kortere linjene innen biologien for å vise hva vi i dag mener å vite om forutsetningene for menneskelivet anno 2020. Flere forskere har så vidt begynt å forstå betydningen av epigenetikk, dette at vår biologi også styres av miljømessige forhold i livsløpet. «Epigenetikken er miljøets og livsstilens avtrykk på genene og virker som en genetisk volumknapp ..... Livet ditt og omgivelsene du lever i, setter sitt preg på genene og dermed dine biologiske forutsetninger.»

Men hovedtematikken i boken handler om hva vi som mennesker kan bidra med ved å «hacke» menneskets biologi – på godt og vondt. Stikkord innen fertilitetsfeltet: pre-implantasjons-diagnostikk (PGD), NIPT-test, IVF i vid forstand, for å nevne noen temaer som engasjerer for tiden. – Forfatterne kaller denne utviklingen for «reproduksjon 2.0».

Videre går diskusjonen høyt om bruken av CRISPR-teknologi. «Med denne kan vi omskrive livets kildekode» er kortversjonen av hva det dreier seg om. Gensaks, genredigering, genterapi. Forfatterne mener bl.a. at vi her antakelig står overfor fremtidens reproduksjonsteknologi «enten vi liker det eller ikke».

Som om ikke dette er nok: «Omskolering av celler». Stikkord: stamcelleteknologi, kjønnsceller fra hud. Eller hva med befruktning i petriskål og deretter fosterutvikling i spesialbygget pose i stedet for i en kvinnes livmor? Hvor langt bør vi gå? spør forfatterne. Teknologien er jo ikke god eller ond i seg selv, men spørsmålet er hva vi bruker den til. «Etikk og troen på menneskets egenverdi må være en veiviser.» Og «er det etisk forsvarlig å overstyre vår egen evolusjon? Er det etisk forsvarlig å la være dersom vi kan forhindre alvorlig sykdom?»

Forfatterne har også en solid og tankevekkende gjennomgang av kjente genetiske sykdommer. Men ønsker vi å vite at vi bærer på mulig sykdom? Og hvor langt er vi kommet i forhold til dette å rette opp feilene i arvestoffet? Og hvilke rettigheter har andre til din personlige genetiske informasjon? Og hva med kostnadene for fellesskapet?

Også den andre enden av livsløpet har fått en stor plass i denne boken. «Hvorfor dør du?» Det enkle svaret er at «de typiske alderdomssykdommene oppstår først når det har blitt mange skader på DNA'et... I motsetning til sjeldne, genetiske sykdommer som skyldes en enkelt genfeil.» Også telomerenes betydning blir solid omtalt og betegnes som «klokka som teller ned».

Hva er så «supergamlingenes hemmeligheter»? Her er mange momenter til ettertanke, mye vet vi kanskje fra før, og noe er ny kunnskap om hva som kan gi et langt – og godt – liv. Men skal vi gripe inn og overstyre aldring? Forfatterne er klare på at dette skal vi være «svært forsiktige med». Noen ønsker seriøst å komme aldringen til livs. Enkelte mener sågar at den første 1000-åringen allerede er født.

Men det å forlenge livsfasen vår ved både å forlenge reproduksjonsalderen og å bremse aldringsprosessene kan være «uheldig for oss fra et evolusjonært perspektiv.»

Forfatterne konkluderer boken med bl.a. at «vi har ennå ikke nok kunnskap og erfaring til fullt ut å mestre en så kraftfull teknologi. Med trening vil vi likevel bli stadig bedre – og derfor må vi ha en plan for hvordan vi skal bruke denne teknologien».

En velskrevet bok med mange utfordringer og til stor ettertanke.

Anbefales.

ELI BERG

Hvor langt tilbake i tid man må gå for å finne vår felles stamfar med en mus, er bare noe av det man kan få svar på i dennne spennende boken. FOTO: COLOURBOX

Hva med de enslige mindreårige?

Ketil Eide (red.)
Barn på flukt
Psykososialt arbeid med
enslige mindreårige flyktninger
2. utgave
312 sider
Gyldendal
Oslo 2020
978-82-05-51236-8

14 personer med solid faglig bakgrunn, både praktisk og teoretisk, har i denne boken skrevet om «hvilken kompetanse som er nødvendig for å kunne støtte enslige mindreårige flyktninger når det gjelder mottak, bosetting, rettigheter, skole og psykososialt arbeid» (sitat fra bakside-teksten).

I perioden 2007–18 kom det ca. 14 000 mindreårige asylsøkere til landet vårt. I 2015 under den såkalte «flyktningkrisen» kom det barn alene til Norge hovedsakelig fra Afghanistan, Midtøsten (Syria og Irak) og Eritrea. Begrepet «oktober- barn» førte til mang en viktig diskusjon her til lands, - ikke minst omkring myndighetenes holdninger til at barn kunne få opphold på humanitært grunnlag fram til 18 år – for så å få vurdert om varig asyl skulle innvilges eller ikke. Dette har utvilsomt skapt alt annet enn en akseptabel livssituasjon for flere av «oktober-barna».

Dette og mye annet «rammer» enslige mindreårige barn på flukt når de ankommer vårt land. Hvorfor? Politikk, de såkalte innvandringspolitiske hensyn? Økonomi? Muligheter med tanke på nordmenns evne til å ta vare på barn i nød?

Som nasjon har vi jo i nær fortid erfaringer med å ta vare på mindreårige personer fra land i krise: Jødiske barn fra Østerrike og Tsjekkoslovakia før annen verdenskrig, de ungarske barna i 1956 og tibetanske barn i 1964. Men også ved disse mottakene var det diskusjoner: For eksempel hvordan beskytte jødiske barn mot norske negative holdninger? Og tibetanske barn måtte segregeres slik at de ikke skulle bli for norske før de igjen kunne reise tilbake til India. Men felles for flyktningbarna var at de var i fare og trengte beskyttelse, og at de hadde en svært usikker framtid foran seg.

Ovennevnte er ment som en antydning om hva denne boken omhandler av refleksjoner over nasjonal politikk holdt opp mot de mindreårige flyktningene det gjelder i vår tid.

Forfatterne viser med stor innsikt hva som kan ligge bak at barn flykter fra sine hjemland, hva de kan ha erfart av uhyrlige situasjoner underveis, hvordan mottaket i Norge kan oppleves, og hvordan vi kan bidra til en adekvat ivaretakelse av de mindreårige når de når våre breddegrader. Alt dette og mere til blir belyst også med beretninger fra mindreårige selv. Det er en svært sterk lesning.

Ikke minst vesentlig er dette en bok som utdyper hva vi kan gjøre som fagpersoner, som medmennesker i lokalmiljøet og som samfunn/politikere, et hvem-hva-hvor-hvordan-hvorfor – og ikke om flere år, men nå. For vi mangler ikke kunnskap – noe ikke minst flyktningbarna selv har bidratt med å fortelle oss. Boken både utfordrer og oppmuntrer. Og den kan forhåpentligvis bidra til dype og konstruktive refleksjoner over hva vi som leger kan bistå med i hverdagen. For barn på flukt må vi dessverre regne med at ikke er et avsluttet kapittel.

Boken anbefales.

ELI BERG

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

En helhetlig tilnærming

Eline Thornquist, Anna Luise Kirkengen
Sammensatte lidelser
Et samfunnsspeil
166 sider
Fagbokforlaget
Bergen 2020
ISBN 978-82-450-3406-6

Denne boken er høyaktuell både medisinskfaglig – og ikke minst for befolkningen. Mange mennesker lider av det som har vært kalt uforklarlige helseproblemer, ofte preget av mye smerter. Mange av pasientene har endt opp med uføretrygd, og flere har antakelig fått et kortere liv enn de kunne ha hatt. Uansett har de lidd mye.

Men er disse tilstandene uforklarlige?

I 20–25 år har flere leger i Norge, ikke minst i allmennpraksis, prøvd ut - for demnye tilnærminger til disse sterkt lidende pasientene, noe som har bidratt til at flere har sett noen sammenhenger mellom det de har opplevd i livet, og hvordan helsa etter hvert har blitt stadig dårligere. Og for flere har dette bidratt til en helt annen og bedre hverdag.

En av disse kollegene er nettopp Anna Luise Kirkengen, nå professor emeritus i allmennmedisin ved NTNU. Sammen med professor emeritus i fysioterapi ved Høgskolen på Vestlandet, Eline Thornquist, har hun bidratt til nok en svært aktuell og klargjørende bok om nettopp kronisk syke pasienter som har belastende erfaringer allerede fra tidlige barneår.

Denne boken tar utgangspunkt i et felles forskningsprosjekt mellom de to professorene. Kirkengen har fått anledning til å intervjue pasienter som har vært henvist til utredning og behandling på en smerte-poliklinikk på et større norsk sykehus. Forskernes anliggende har blant annet vært om hva pasientene selv har tenkt – og etter hvert tenker – om hva som kan ha bidratt til de alvorlige helseplagene de har.

Det er talende å lese hvordan historiene folder seg ut i intervjuene. Samtalene er preget av en varsom tilnærming fra legens side med spørsmål om hva pasienten har opplevd, hva de har tenkt og hvor de står i dag. Historien ligger ikke der ferdig til presentasjon. Den folder seg ut litt etter litt etter hvert som nennsomme spørsmål om utdypninger føyer seg inn fra legens side. – Bare det å lese tilnærmingen fra legen i disse pasientavsnittene av boken er inspirerende i seg selv.

Deler av direkte utskrifter av intervjuene utgjør en solid del av boken. I tillegg presenteres refleksjoner over hvor vi står i dag når det gjelder å forstå sammenhenger mellom levd liv og personenes helse, solid dokumentert med nyere forskning både innenfor naturvitenskap, humaniora og samfunnsvitenskap. Referanselisten er lang!

Det vil kunne være «von i hangande snøre» for mang en pasient om vi som helsevesen setter oss inn i og forsøker å tenke og praktisere mer i tråd med hva denne boken legger opp til. Kanskje vi omsider kan si farvel til Descartes dualisme, denne inndelingen av mennesket i kropp og sjel? Da kan vi se på personen som et hele. Kanskje vi til og med kan føye sammen den såkalte somatiske og ditto psykiatriske kunnskapen til en helhetlig medisinsk forståelseshorisont?

Boken anbefales.

ELI BERG

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode primærmedisin

Hva er en faggruppe? Norsk forening for allmennmedisin (NFA) har 24 ulike faggrupper. Utposten vil framover presentere faggruppene og deres arbeid. Hvem er de og hva holder de på med?

Faggruppe for klinisk kommunikasjon

Norsk Forening for Allmennmedisin (NFA) sin faggruppe for klinisk kommunikasjon ble startet i 2018. Vi er fastleger fra forskjellige kanter av landet med interesse for denne viktige delen av faget vårt. Våre viktigste oppgaver er å formidle faget til kollegiet, og å drive fagutvikling, forankret i norsk allmennmedisin.

Her er en kort rapport om hva faggruppen har syslet med det siste året, og hvilke planer vi har fremover:

1. Et høydepunkt: Offisiell overlevering av vår Håndbok i klinisk kommunikasjon til NFA ved Marte Kvittum Tangen på Kurskomitéseminaret på Soria Moria i januar – 20.
2. Håndboka ble første og inntil videre eneste bok i det nye Allmennlegebiblioteket.

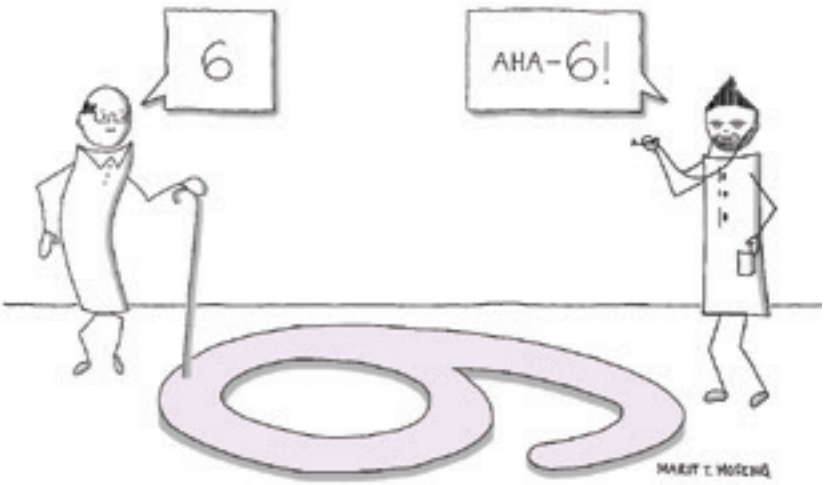
   Vi for vår del opplever det som konkret uttrykk for økt fokus og forankring av faget vårt i NFA, og det er jo mildt sagt inspirerende. Så takk for konstruktivt samarbeid med NFA sentralt!
3. Vi har deltatt på samling for veiledergruppeveilederne, og håndboka er innført som pensum i dette programmet. Den vil også bli utsendt til alle veiledergruppene. Så da føler vi at vi når en viktig målgruppe, nemlig alle kommende spesialister i allmennmedisin.
4. Vi er i spennende og inspirerende samarbeid med noen viktige nabo-faggrupper, spesielt smerte, og rus- og avhengighetsmedisin. Faget klinisk kommunikasjon er på sett og vis altovergripende, så da blir vel utfordrende nok strengt tatt **alle** faggrupper «nabofaggrupper».
5. Vi er i begynnende utvikling av det vi inntil videre har to arbeidsoverskrifter på: «Samhandlingsreform 2.0»: Ta allmennfaget tilbake. Det er tid for mer fokus på klinisk samhandling og ikke bare småkrangling om budsjettprosedyrer. Da må vi etablere og videreutvikle nye arenaer for klinisk kommunikasjon, og utvikle kompetansen i det vi inntil videre kaller «Pasientsentrert Klinisk Samhandlingologi». Hva er så det? Vi vil se nærmere på hvordan vi kan avvikle fruktbare samarbeidsmøter. I et komplekst helselandskap må det utvikles konkrete modeller og kommunikative strategier også for klinisk pasientsentrert samarbeid. Hva er fastlegens rolle? Hvordan prioritere i de uoverkommelige forventningene om å være overalt? Hvordan utnytte og rigge de nye video- og telefonmøte-mulighetene? Her har vi allerede prøvd ut noen modeller som må systematiseres.
6. Koronabetinget videorevolusjon og mer bruk av telefonkonsultasjoner gir nye muligheter og utfordringer også ved vanlige konsultasjoner. Dette må nå integreres og systematiseres i tenkningen om klinisk kommunikasjon. Vår plan er derfor å utvide Håndboken vår med fire sider om disse temaene under punkt 5 og 6. Vi har allerede innledet et samarbeid om dette med NFA sentralt.
7. Vi er invitert inn i en faglig referansegruppe i et større forskningsprosjekt rundt videobaserte samarbeidsmøter mellom Tverrfaglig Smerteklinikk ved St. Olav, fastlege og pasient. Dette prosjektet utgår fra NTNU og St. Olav, og er forankret i NFA.
8. Vi har hatt en god del undervisningsoppdrag, bl.a. emnekurs på Beitostølen, og flere flerfaglige kurs på St. Olav.

Noen utfordringer: Våre planlagte gruppesamlinger har blitt avlyst. Forankring og samkjøring av aktivitetene gjennom dialoger oss imellom har vært litt stusselig. Vi har ikke oppnådd en målsetting om felles mengdetrening og samkjøring om hvordan veilede i kommunikasjonsundervisning. Det skal det bli artig å justere når vi får lov til å treffes igjen.

Den **aller** største utfordringen: De kursene vi har hatt hovedansvar for både på PMU og Nidaroskongressen, ble begge avlyst, pga. for få deltakere. Hva gjør vi feil her, folkens? For dette er, i all ydmykhet, garantert matnyttige kurs. Så neste gang må du melde deg på. Eller tipse oss om hvorfor ikke.

Til slutt: Vi tar gjerne imot nye medlemmer! Ta kontakt.

HARALD SUNDBY
Leder for gruppen, fastlege ved Kalvskinnet legesenter, Trondheim, og universitetslektor i lege-pasient-kommunikasjon ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU
HAR-SU2@ONLINE.NO



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... Njål Flem Mæland?

Njål Flem Mæland, ny medredaktør i Utposten, hva leser du nå?
Jeg er på tampen av et spesielt halvår, med flink vikar i min egen praksis i Trondheim, og hver annen uke som liksom-turnus-lege i Skjåk. Det gir godt med tid til både turer og lesing, og dessuten lydbøker i bilen. Jeg har hørt klassikere som Hamsun sin *Pan*, en spesiell opplevelse var da jeg kom til den kjente setningen: «Det er ens eget indre som er sorgens eller gledens kilde». Akkurat i det øyeblikket så jeg at jeg tilfeldigvis kjørte forbi Hamsuns fødested, Hamsunstuggu, mellom Lom og Garmo. Dessuten har jeg hørt flere Ibsen-stykker, de egner seg godt som lydbok. *Peer Gynt* hører jo nærmest hjemme her, og Solveig er et allmennmedisinsk kommunikasjonsideal når hun sier til Peer: «Før ble du trett av talen å føre, enn jeg av å høre». Jeg har også en teori om at prestens tale ble holdt på kirkegården i Skjåk, hvor ellers kommer man når man reiser vestfra, som Peer gjorde etter forliset, og til et sted hvor «ødemarken grenser opp mot Lom»?

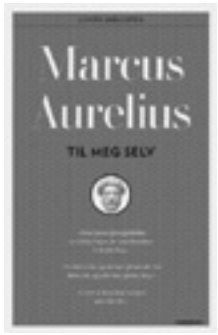
Det var hva du har hørt, men hva leser du akkurat nå?
Jeg har lest Tor Jonsson sine nyutgitte dikt i samling. Og siden han var fra Lom og var svært knyttet til stedet og nærområdet, så har jeg lest Ingar Sletten Kolloen sin biografi om ham, *Berre kjærleik og død*. Fantastisk skrevet, som en psykologisk krim hvor alt peker fram mot en varslet slutt, Tor Jonsson sitt selvmord. Sjelden ser man så tydelig hvordan tragedie i eget liv avler stor kunst. Jo større mørke han synker ned i, jo dypere og sterkere blir hans dikt. Til slutt er det to ting igjen, «berre kjærleik og død».

Men igjen, den har du lest, hva leser du nå?
Siden jeg nå har mulighet til å anbefale litteratur, vil jeg nevne to bøker som har betydd mye for meg, og som jeg stadig vender tilbake til, i tanke og i gjentatt lesing. Det første er Gabriel Garcia Marques sin *Beretningen om et varslet mord* – en detaljert fortelling om hvor komplekst begrepet skyld er, og hvordan det er mulig å være medskyldig på så mange forskjellige måter. På Bjørnebosk: «Enhver er skyld i alt som skjer på denne jord!». Og så er det keiser Markus Aurelius sine meditasjoner, *Til meg selv*, ikke tiltenkt å leses av andre enn ham selv, men en bok spekket med enkeltsetninger som taler rett til hjerte på i alle fall meg, drøyt atten hundre år senere. Hør bare noen sitater: «Skam deg ikke over å ta imot hjelp. Er du halt kan du ikke klatre alene opp på muren og en annen må hjelpe deg. Hva gjør vel det?» og «Ta imot uten hovmod, gi fra deg uten motvilje.» Eller denne, rett nok revet ut av sin sammenheng: «Samleie – hinner som gnis mot hverandre, spasmer og slim!» – den som leser boken vil finne en dypere mening bak denne lett humoristiske setningen!

Og fortsatt aner vi ikke hva du leser akkurat nå?
Akkurat nå leser jeg ikke. Jeg skriver. Skriver! Så spennende!

Hva skriver du?
Jeg skriver på et intervju med meg selv.

Jeg gir opp!



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 produsentuavhengig legemiddel-informasjon. 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.

Kalsitoningenrelatert peptid mot migrene – hva vet vi nå?

Det har gått et par år siden det ble varslet om et nytt fremskritt innen migreneforebygging, da flere legemidler i klassen CGRP-antagonister gjorde sitt inntog på det norske markedet (1). Vi ser i denne saken nærmere på hva som er status for disse legemidlene.

Migrene

Migrene er en nevrologisk sykdom som kjennetegnes av episodisk eller kronisk hodepine, ofte ledsaget av kvalme og ømfintlighet for lys og lyd (2). Patofysiologien bak migrene er fremdeles ikke helt forstått, men den ledende hypotesen involverer aktivering av trigeminovaskulære nevroner og frigivelse av vasoaktive signalmolekyler som induserer lokale, inflammatoriske reaksjoner. Ett av disse signalmolekylene er CGRP, som øker under migreneanfall (3). Anfallene med hodepine varer gjerne i 4–72 timer uten behandling. Enkelte forløp innledes med en aurafase, med reversible symptomer på syn, følesans eller tale, som gradvis utvikler seg over 5–60 minutter. Diagnosen settes etter minimum fem slike anfall (2).

Behandling

Behandlingen av migrene kan deles inn i egenbehandling (unngå og redusere faktorer som kan utløse migrene), anfallskupering med symptomlindring, og forebyggende behandling (4, 5).

Førstevalg ved farmakologisk behandling av anfall er NSAIDS, som ibuprofen, diklofenak eller acetylsalisylsyre. Disse legemidlene gir lindring hos om lag halvparten, og en av fire er smertefrie etter to timer. Paracetamol kan også benyttes, men etter to timer vil kun en av 12 være kvitt smertene. Dersom kvalme er en del av sykdomsbildet, kan metoklopramid brukes. Triptaner, som sumatriptan eller zolmitriptan, er andrevalget og kan eventuelt kombineres med de øvrige legemidlene. Det frarådes å bruke opioider eller barbiturater mot migrene på grunn av bivirkninger og avhengighetsrisiko (3–7).

Forebyggende behandling av migrene har som mål å redusere antall, varighet og alvorlighet av anfallene. Legemiddelbehandling kan vurderes ved to–tre anfall pr. måned, spesielt plagsomme eller langvarige anfall, eller lite tilfredsstillende respons på anfallsbehandling (3, 5, 6). Vi går ikke nærmere inn på alternativer her, men nevner at slik behandling tradisjonelt forskrives utenfor legemidlenes indikasjon, med det ekstra ansvaret som tilfaller forskriver (8). Fastlege anbefales å forsøke forebyggende behandling over tre måneder før henvisning til spesialist (5). Ved god effekt kan man forsøke nedtrapping til seponering etter seks til tolv måneder, men for noen vil lengre behandlingstid være nyttig (6).

Kalsitoningenrelatert peptid (CGRP) og relaterte legemidler mot migrene

Signalmolekylet CGRP har en mistenkt rolle i patofysiologien til migrene, både fordi nivået øker under migreneanfall og fordi infusjon av CGRP fremkaller anfall hos pasienter med tidligere kjent migrene. Dette har ført til målrettet utvikling av migrenemidler. Monoklonale antistoffer mot CGRP eller CGRP-reseptorer brukes forebyggende. Legemidler i denne gruppen inkluderer erenumab (Aimovig), fremanezumab (AJOVY), galkanezumab (Emgality) og eptinezumab (Vyepti), hvorav de tre første ble markedsført i Norge i 2018/2019, som profylakse hos voksne med minimum fire migrenedager pr. måned (3, 9–11).

Vi nevner også at geptaner er en gruppe småmolekylære CGRP-reseptorantagonister til bruk mot akutt migrene, med virkestoff som ubrogepant, rimegepant og lasmiditan (3). Ingen av disse har foreløpig markedsføringstillatelse i Norge.

Erenumab, fremanezumab og galkanezumab kommer i ferdigfylte sprøyter til subkutan injeksjon, som settes en gang i måneden av helsepersonell eller pasienten selv (9–11). Fremanezumab kan også doseres hver tredje måned (10). Legemidlene har vist god effekt mot episodisk og kronisk migrene, også for pasienter som tidligere ikke har respondert på annen forebyggende behandling (3). Bivirkningene som er oppgitt i preparatomtalene er nokså like for de tre legemidlene, og inkluderer hovedsakelig injeksjonsrelaterte bivirkninger, obstipasjon og hypersensitivitetsreaksjoner (3, 9–11).

RELIS minner her om at alle disse legemidlene har svart trekant, og behandlere og annet helsepersonell bør ha lav terskel for å melde pasienthendelser som kan være mistenkte legemiddelbivirkninger (12, 13). For eksempel er utvikling av antistoffer mot CGRP-antagonistene oppgitt som bivirkning i preparatomtalene til erenumab, fremanezumab og galkanezumab (9–11). Immunogenisering er en vanlig bivirkning av monoklonale antistoffer, og kan føre til nøytralisering av legemidlet og redusert effekt over tid, eller i verste fall alvorlige bivirkninger. Dette er ikke sett for erenumab, fremanezumab og galkanezumab, og det er foreløpig usikkert om dette har klinisk betydning (14).

I åpne forlengelsesstudier av placebokontrollerte studier har erenumab vist tilsvarende effekt og sikkerhet etter fem år, som etter de første tolv månedene med placebokontrollgruppe (15). Flere studier med lengre varighet trengs for å kunne si mer om effekt og sikkerhet for CGRP-antagonister over tid.

Hva sier kliniske retningslinjer?

I den grad CGRP-antagonistene har rukket å bli vurdert ved revidering av nasjonale og internasjonale kliniske retningslinjer for migrene, er anbefalingene om bruk forsiktige.

BEGGE ILLUSTRASJONER: OTTO COLOMBRAX

(CGRP)-antagonister

Den europeiske hodepineforeningen og Den tyske nevrologiforeningen, sammen med Den tyske migrene- og hodepineforeningen, gjorde en vurdering av disse legemidlene i 2019. Begge konkluderte med at bruk kunne anbefales ved forebygging av episodisk eller kronisk migrene, men etterlyste mer data for langtidseffekter. De anbefalte at minst to-fire andre forebyggende legemidler burde prøves først, og at seponering ved effekt bør vurderes etter 6–12 måneder. De foreslo å unngå behandling med CGRP-antagonister for en rekke grupper, inkludert gravide og ammende, barn, pasienter med alkohol- eller annet rusmisbruk, kardiologiske eller cerebrovaskulære sykdommer, og utvise forsiktighet ved samtidig kronisk sykdom, da dette ikke er undersøkt (16, 17). Den amerikanske hodepineforeningen oppdaterte sine retningslinjer i 2018, og etterlyste data fra klinisk bruk i store, heterogene populasjoner for å kunne konkludere (18). Norsk nevrologisk forening skal evaluere CGRP-antagonistene i 2021 (19).

Hodepinedagbok og refusjon

Det anbefales at migrenepasienter bruker en hodepinedagbok for å loggføre smertene og behandlingen sin (6, 7). Over tid vil behandler og pasient kunne danne seg et bilde av hvilke tiltak som har effekt. Hodepinedagbøker finnes i mange varianter, som papir og app (20, 21).

Fra utgangen av 2019 har det vært mulig for spesialister i nevrologi å søke om individuell stønad på blå resept for CGRP-antagonister i Norge ved kronisk migrene, som vil si minimum 15 hodepinedager pr. måned, hvorav minst åtte er migrenedager, i minst tre måneder. Pasienten må tidligere ha forsøkt behandling med forebyggende legemidler fra minst tre ulike legemiddelklasser uten tilstrekkelig effekt eller med bivirkninger. Ved medikamentoverforbrukshodepine skal gjennomført avvenning dokumenteres. Behandlingen skal evalueres etter 12 uker, og avsluttes dersom pasienten ikke har fått effekt av behandlingen. Ved innvilget vedtak på individuell stønad på blå resept for CGRP-antagonister er det krav om at behandlingen skal dokumenteres i hodepinedagbok og evalueres etter 12 uker (22).

Oppsummering

CRGP-antagonistene erenumab, fremanezumab og galkanezumab representer et alternativ for pasienter med episodisk eller kronisk migrene som ikke responderer godt på annen migreneprofylakse. Legemidlene har indikasjon på minst fire migrenedager pr. måned, men dersom nevrolog skal søke om individuell refusjon må vilkår for kronisk migrene oppfylles.

LINE BUAN
Legemiddelrådgiver, master i farmasi, RELIS Midt-Norge

TERJE NILSEN
Rådgiver, farmasøyti, RELIS Nord-Norge

REFERANSER

1. Nilsen T, Vorren S. Nytt behandlingsprinsipp for migreneprofylakse på trappene. www.relis.no (Publisert: 6. juli 2018).
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018; 38: 18–20.
3. Ashina M. Migraine. N Engl J Med. 2020; 383(19): 1866–76.
4. Norsk elektronisk legehåndbok. Migrene. https://legehandboka.no/ (Sist endret: 21. januar 2021).
5. Aamodt AH, Bjørk MH, Alstadhaug KB, Eldøen G, Dueland AN, Poole T et al. Praktisk håndtering av hodepine. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139(7): 617–20.
6. Amundsen S, Poole ACB, Spigset O, Nordeng H. Farmakologisk behandling av migrene. Nor Farmaceut Tidsskr. 2015;(11): 30–5.
7. Evers S, Afra J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A et al; European Federation of Neurological Societies. EFNS guideline on the drug treatment of migraine-revised report of an EFNS task force. Eur J Neurol. 2009; 16(9): 968–81.
8. Raknes G. Utenfor etiketten? Tidsskr Nor Laegeforen 2018; 138(17): 1588.
9. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Aimovig. (Sist oppdatert: 9. september 2020).
10. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) AJOVY. (Sist oppdatert: 4. november 2020).
11. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Aimovig. (Sist oppdatert: 12. juni 2020).
12. Bakkebø T, Jahnsen JA. Nye migrenemiddel og biverknader. Nor Farmaceut Tidsskr. 2021; 129 (2): 25–6.
13. Statens legemiddelverk. Svart trekant – kva vil det seie? https://legemiddelverket.no/ (Sist oppdatert: 25. september 2019).
14. Szkutnik-Fiedler D. Pharmacokinetics, Pharmacodynamics and Drug-Drug Interactions of New Anti-Migraine Drugs-Lasmiditan, Gepants, and Calcitonin-Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Monoclonal Antibodies. Pharmaceutics. 2020; 12(12): 1180.
15. Ashina M, Goadsby PJ et al. Long-term efficacy and safety of erenumab in migraine prevention: Results from a 5-year, open-label treatment phase of a randomized clinical trial. Eur J Neurol 2021. Online ahead of print.
16. Sacco S, Bendtsen L, Ashina M, Reuter U, Terwindt G, Mitsikostas DD, Martelletti P. European headache federation guideline on the use of monoclonal antibodies acting on the calcitonin gene related peptide or its receptor for migraine prevention. J Headache Pain. 2019; 20(1): 6. Erratum in: J Headache Pain. 2019; 20(1): 58.
17. Diener HC, Förderreuther S, Gaul C, Giese F, Hamann T, Holle-Lee D et al. Prevention of migraine with monoclonal antibodies against CGRP or the CGRP receptor: Addition to the S1 guideline: Therapy of migraine attacks and prevention of migraine. Recommendations of the Germany Society of Neurology and the German Migraine and Headache Society. Neurol Res Pract. 2020; 2: 11.
18. American Headache Society. The American Headache Society Position Statement On Integrating New Migraine Treatments Into Clinical Practice. Headache. 2019; 59(1): 1–18. Epub 2018. Erratum in: Headache. 2019; 59(4): 650–1.
19. Hella V. Prøvde ny migrenemedisin: – Det var som å slå av en bryter. www.nrk.no (Publisert: 15. februar 2021).
20. Norsk elektronisk legehåndbok. Hodepinedagbok og kalender. www.legehandboka.no (Sist endret: 21.01.2021).
21. Nordic Brain Tech AS. Brain Twin hodepinedagbok. https://braintwin.no/ (Søk: 17. februar 2021).
22. Individuell stønad til Aimovig, Ajovy og Emgality. Helfo. https://www.helfo.no/ (Sist oppdatert: 22. oktober 2020).

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

Velkommen og lykke til! *Tove Rutle – lagleder*

Gleden, styrken og svakheten...

Jeg ble utfordret av min kloke venn Marie Solli Slaattebræk til å delta i *Utpostens* lyrikkstafett.

Tenk at hun hadde valgt et dikt av Kolbein Falkeid!

Som haugesunder fikk jeg gleden av å ha ham som lærer en periode på videregående.

Pensum var ikke det viktigste for Falkeid. Siste (dobbeltime) torsdag var alltid avsatt til at en av oss unge og lovende presenterte et dikt. Med innkjøpte boller fra kantina delte Falkeid personlige opplevelser fra sitt kjennskap til forfatterne. Diktene til Hans Børli ble presentert på en levende måte, skogens dikter.

De var både enkle og dype. Det måtte bli to dikt, sånn er jeg. Vanskelig å velge, sånn er livet. Det består av sorger og gleder.

Hva skal vi fokusere på i en pandemi?

Mest sannsynlig også begge deler. Ikke la det ene utelukke det andre.

Stafettpinnen sendes videre til en av mine fine turnuslegekollegaer fra tiden i Finnmark – som nå har blitt en dedikert fastlege, Vibeke Mørken Stuestøl.

Jeg gleder meg til å se hva du finner frem!

Hilsen fra
KRISTIN EIDE

Styrke og svakhet

Styrken –
den virkelige styrke –
har i si hand en stav
som heter svakhet
Den dagen styrken glemmer
å stø seg til denne mjå seljestaven,
da snubler den i en kingeltråd
og brekker lårhalsen

HANS BØRLI

Gleden

Den frostbrente gleden ved livet
søker deg ved vadestedene,
ved leirbålene, ved korsveiene,
alltid –
Selv i sorgens dager
selv i motgangens bratte døgn
og våkenettenes martrende timer
søker gleden deg, kvidende
lik en trofast hund
som løp med blødende poter
gjennom
rimfrosten
og svømte mellom isflakene i strie
elver
for å finne sin husbond

HANS BØRLI

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX