

Utposten



3 2021
ÅRGANG 50

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Akademisk allmennlege:
Steinar Westin

Fallforebygging for eldre
Når unges liv sporer av
Prostatakreft

RMR/UTPOSTEN**v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**REDAKTØRENE****AV UTPOSTEN****Inga Marthe Grønseth**

MOBIL: 980 83 115

E-POST: i.m.gronseth@gmail.com**Kjell-Arne Helgebostad**

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com**Kristina Riis Iden**

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com**Jan Håkon Juul**

MOBIL: 905 91 341

E-POST: janhakonjuul@gmail.com**Kari Thori Kogstad**

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no**Njål Flem Mæland**

MOBIL: 994 09 959

E-POST: nflem@online.no**Therese Renaa**

MOBIL: 906 40 095

E-POST: thereserenaa@gmail.com**Marit Tuv**

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com**FAGLIG MEDARBEIDERE:****Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDEFOTO:**Helle Dunker****DESIGN/LAYOUT:****Morten Hernæs**

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media



NO - 1470



Du finner Utposten på
www.utposten.no

BÅGRUNSFOTO: HELLE DUNKER

1 LEDER: Hverdagsledelse under en langvarig krise*Marit Tuv***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Den akademiske allmennlegen***Steinar Westin intervjuet av Njål Flem Mæland***6 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Fallforebygging for eldre – erfaringer fra et pilotprosjekt i Bømlo kommune***Kjersti Follesø, Christine H. Rolfsnes, Mona Thorbjørnsen, Kathrine T. Nygård, Bård Erik Bogen, Monica Hermann og Gunnar T. Bondevik***12 Kveldsbønn fra helvete. Rapport fra et kaldt og ensomt landskap***Harald Sundby***18 Når unges liv sporer av – slik ble de møtt av fastlegene***Lisbeth Nilsen***21 Hjelpeløshet kan hindre oss i å komme videre***Lisbeth Nilsen***22 Forseinka diagnostikk av kreftsjukdom i allmennpraksis***Lisbeth Homlong***24 'Saman er ein mindre åleine'****– kan ein kommuneoverlege overleva pandemien?***Gerd Signy Omland***26 Situasjonsrapport fra Stovner***Trude Bakke***28 Smitteoppsporing i innvandrer miljø***Sapna Iqbal***32 Prostatakreft – gjennomgang av retningslinjer i lys av en klagesak***Jostein Tørstad med sidekommentar av Bjarne Austad***34 Da raset rammet – en historie fra første dag på evakueringshotellet***Christian Wirsching***37 Sakset fra allmennmedisinsk forskning | Kompilert av Lisbeth Nilsen****38 FAGGRUPPER:****Faggruppe for innovasjon i fastlegepraksis og allmennpraksis***Tommy Andrassen***39 Vaksiner på døra***Kristin Hågøy***40 BOKANMELDelse: Et solid oppslagsverk***«Geriatrí» anmeldt av Eli Berg***41 BOKANMELDelse: En vakker og nyttig bok***«Psykisk helse hos eldre» anmeldt av Eli Berg***42 KOLLEGAHJØRNET: Norsk forening for geriatri***Paal Naalsund intervjues***43 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 43****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 49**

Hverdagsledelse under en langvarig krise

Selv om koronakrisen har preget samfunnet i lang tid, har det siste året for mange av oss hovedsakelig bestått av ganske vanlige hverdager uten noen form for dramatik. Noen vil hevde at dette året har bydd på flere hverdager enn før, all den tid vi har måttet begrense det som krydrer tilværelsen, som å samles til fest eller å reise bort. Til og med møtene i kommunens kriseledelse, rapporter til Statsforvalteren og «Joker Nord»-pressekonferanser med stadige endringer i tiltak har etter hvert fått noe hverdagslig over seg.

Hverdagen er stort sett rimelig forutsigbar. Kriser er derimot kjennetegnet av usikkerhet, kaos og tidspress. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) definerer en krise som en hendelse som har potensial til å true samfunnssikkerheten eller andre viktige verdier og svekke en organisasjons evne til å utføre viktige funksjoner. Håndteringen utfordrer eller overskrider kapasiteten til den organisasjonen som har ansvaret. Da koronapandemien slo inn over oss med full kraft, var situasjonen preget av uvisshet og mangel på utstyr, samt frykt for at tallet på alvorlig syke skulle overskride sykehusenes intensivkapasitet.

Et drøyt år med pandemi har imidlertid lært oss å takle hverdagen med korona på en måte som gjør at samfunnet kan ivareta andre kritiske funksjoner parallelt. De fleste smitteutbruddene slås ned effektivt ved hjelp av testing, isolasjon, smittesporing og karantene, vi har nok smittevernustyr og vaksineringsen er godt i gang. Et oversiktlig utbrudd med få smittede utgjør neppe noen reell krise etter DSBs definisjon. Likevel må både kommunens kriseledelse og media orienteres. Statsforvalteren skal også ha sine ukentlige rapporter om antall smittetilfeller og hvor langt man er kommet i vaksineringsen – selv om det tar tid, selv om kommuneoverlegene er

presset på tid, selv de ukene det er null tilfeller å rapportere om, og selv om begge deler allerede er rapportert gjennom MSIS og SYSVAK.

Man kan undres om det som telles i rapportene er det som virkelig teller når organisasjonen settes på prøve. Ville kommunene latt være å planlegge for det verst tenkelige smittescenariot dersom sentrale myndigheter ikke holdt rapporteringstrykket oppe? Ville det vært vanskeligere for kommuneoverlegene å skille enkeltstående smittetilfeller fra et utbrudd med krisepotensial dersom man droppet ukentlige rapporteringsmøter med kommunen? Eller ville både kommuner og kommuneoverleger hatt vett nok til å be om hjelp ved behov? Det ville være synd om man gjennom slik kontrollbasert ledelse svekket den indre motivasjonen som vi vet er viktig for gode arbeidsprestasjoner og økt vilje til å ta i et tak for organisasjonen når det trengs (1).

Tradisjonelt defineres ledelse som en prosess hvor et individ påvirker enkeltpersoner eller en gruppe i retning av et felles mål. De fleste leger har støtt på både god og dårlig ledelse i løpet av karrieren, enten via pasientmøter eller gjennom egne erfaringer. Den som opplever seg forstått, respektert og verdsatt vil ofte synes godt om sin leder. Dette gjelder overalt – i offentlig virksomhet og private bedrifter, i organisasjonslivet og i det politiske liv. Dyktige ledere takler press, oppmuntrer til åpenhet, forklarer det kompliserte slik at alle forstår, og er gode rollemodeller som bygger tillit ved å behandle andre rettferdig (2).

Evnen til å motivere og inspirere er et viktig element i ledelse, særlig i møte med høyt kompetente medarbeidere som har stor verdi på arbeidsmarkedet. Per Andersen, tidligere toppleder i Posten SDS sa det slik: «Det er kritisk å utvikle og holde på nøkkelpersonene våre.

I en kompetansebedrift er det medarbeiderne som representerer verdien. Verdien sitter mellom ørene til våre medarbeidere, og den dagen de måtte forsvinne, er også bedriftens verdi forsvunnet.» Noen ledere tar dette på alvor, og har lagt om til tjenende lederskap. Denne ledelsesfilosofien har vokst frem i takt med et økende antall høyt utdannede arbeidstakere som først og fremst trenger tilrettelegging for å kunne gjøre en best mulig jobb.

Leger befinner seg i denne kategorien arbeidstakere, men mang en fastlege og kommuneoverlege har nok gjennom koronakrisen undret seg over manglende tilrettelegging fra kommunen. Fastlegene har måttet kjempe for å få utdelt smittevernustyr gratis, selv om kommunene er helt avhengige av fastlegene for å sikre befolkningen nødvendige helsetjenester. Kommuneoverlegene forventes i stor grad å jobbe kveld, natt og helg sammen med kriseledelsen i kommunen, uten samme kompensasjon som resten av ledergruppa. Mange kommuner har ikke evnet å ta nødvendige grep for å redusere arbeidsbelastningen til legene sine, ei heller lage fornuftige arbeidsavtaler som tar høyde for at legenes spisskompetanse er sårt tiltrengt når kommunen står overfor en krise.

Når krisen blir langvarig, er god hverdagsledelse nøkkelen til suksess. Det er på høy tid at kommunene spør hvordan de kan legge til rette for at legene kan få gjort det de virkelig behersker: Å gjøre gode medisinske vurderinger til det beste for individ og samfunn.

REFERANSER

1. <https://forskning.no/organisasjon/psykologi/ledelse-og-organisasjon-sosiale-relasjoner/engasjerte-jobber-bedre/844452>
2. <https://www.ledernytt.no/12-kvaliteter-som-kjennetegner-dyktige-ledere.5782337-112372.html>

MARIT TUV

Den akademiske

Steinar Westin ■ INTERVJUET AV NJÅL FLEM MÆLAND

Jeg møter professor emeritus Steinar Westin på gården Bjerkaker i Oppdal. Utsikten er formidabel, mot Allmannberget i øst, mot Oppdal og alpinbakkene i nord og mot Drivdalen og Dovre i sør. Jeg går inn på et gårdstun med gamle, laftede tømmerbygninger. Her er det røtter i noe solid og tradisjonelt, tenker jeg, med vidt utsyn for tanke og sinn. Et sted for en mann som Steinar.

Her har Steinar og kunsthåndverker Lise Skjåk Bræk vært leietagere siden 1995 og funnet sitt ferieparadis. Det siste året har korona-epidemien gjort at gården har vært deres tilholdssted også i hverdagen, i et slags selvvalgt eksil. Skjønt eksil er et dårlig ord på en som nærmest daglig er aktuell i aviser og andre medier, også med meninger om pandemien. Med sedvanlig klar stemme har Steinar gitt uttrykk for sine meninger. De siste seks årene har han vært i frokostradio på NRK P1+ hver onsdag morgen. Det siste året har pandemien vært et naturlig tema. Et første spørsmål blir derfor hvordan han vil oppsummere håndteringen av epidemien så langt.

«For det første må jeg si at jeg er imponert over Bent Høie. Han har vært tydelig og god til å informere. Problemet har vært «jo-jo-tiltakene», regler og tiltak som endres så fort at det gir forvirring. Men ser vi vestover, mot Boris sitt England, Trump sitt USA og Bolsonaros Brasil, så har vår håndtering til sammenligning vært svært god. Det skyldes nok også vår kapital av tillit og fellesskapsfølelse. Ser vi østover derimot, mot land i Asia som Taiwan, Vietnam og Kina, og også Australia, så har de klart å håndtere epidemien atskillig bedre.» Men, sier Steinar, «hva skal egentlig dette intervjuet handle om?»

Et godt spørsmål. Tanken var egentlig ikke å snakke om covid-19. I møte med



Gården Bjerkaker i Oppdal har vært Steinar Westins ferieparadis siden 1995.

Steinar er det tallrike tema som kan tas opp. Han var professor ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU i en årrekke. Men hans CV er bredere enn som så: Sosialmedisin, trygdemedisin, allmennmedisin, virkninger av arbeidsledighet, internasjonalt arbeide, antibiotika i landbruket, medisinsk undervisning og formidling, kommersialisering av helsevesenet, fastlegekrise, utenforskap og fattigdomsbekjempelse – alt dette og mer til kunne vært aktuelle tema fra et innholdsrikt liv. Jeg svarer at jeg har lyst til å se på de store linjene i livet hans og i norsk allmennmedisin. Så forteller jeg om mitt sterkeste Steinar-Westin-minne. Vi må tilbake til 1992. Jeg var student i Trondheim og aktiv i den internasjonale studentfestivalen IS-FiT. Jeg skulle lage et program over noen timer for medisinstudentene som deltok i festivalen. Det var studenter fra, om ikke alle, så i alle fall fra mange verdenshjørner. Jeg tok mot til meg og kontaktet Steinar på samfunnsmedisinsk institutt. Han var umiddelbart positiv, blid og imøtekomende som alltid, og skrudde sammen et program med omvisning på institutt og sykehus, og et foredrag om norsk allmennmedisin. Her ble vi presentert for spesialisingsløpet til allmennlegen – i små

grupper ute i praksis, ikke på sykehus, videre om organisering av norsk helsevesen med allmennlegen som helt sentral portvokter. Jeg syntes programmet virket midtels interessant og tok opp, for meg, litt selvsagte ting. Jeg ble derfor forbløffet over responsen. Dette var sensasjonelt for mange av de utenlandske studentene. De ble oppslukt av det de oppfattet som radikale grep i forhold til sine egne lands helsevesen. De var imponerte over at allmennmedisinen kunne ha så høy status. Det ble også behørig lagt merke til at Steinar og jeg var på fornavn, en professor og en student! Jeg husker jeg tenkte at Steinar kjente sitt publikum bedre enn meg. Jeg husker at jeg var stolt over å være norsk.

Historien gir gode minner om en studietilværelse der vi bare var 20 studenter på hvert kull. Den gir også et glimt inn i sentrale forhold i Steinar sitt profesjonelle liv: Arbeidet med å få etablert en spesialitet i allmennmedisin. Formidling av fag. Internasjonale kontakter. Folkelighet. Jeg ber Steinar om å fortelle historien om hvordan han ble så sentral i norsk allmennmedisin og i etableringen av egen spesialitet.

«Jeg skulle jo egentlig bli biokjemiker! Jeg studerte medisin i Bergen og ble fasinert av biokjemi og flink i det faget. Dette

allmennlegen

førte til et Fulbright-stipend til USA i 1966-67. Der hadde jeg blant annet Maslow – han med behovspyramiden (1) – som underviser. Dette var jo i 68-generasjonens tid, med «tjen folket»-paroler og Vietnamkrigen. Jeg deltok blant annet i en demonstrasjon mot krigen i Vietnam sammen med en halv million mennesker! Da ble dette med biokjemi og reagensrør for smått, og jeg skiftet til statsvitenskap, sosiologi og psykologi. Etter dette ble medisinstudiet i Bergen ganske grått å komme tilbake til. Før turnus jobbet jeg et par år i psykiatrien. Først da jeg var turnuskandidat på Askøy, ble jeg oppslukt av allmennmedisinen. Dette var jo gøy, det var jo selve livet! Dermed ble jeg på Askøy i over fem år.»

«Og det førte til forskning?»

«Ja, kanskje litt rart. Men vi var flere leger som la merke til at nedleggelse av fabrikker i nærområdet, blant annet en skofabrikk, nærmest skapte pasienter. Folk kom i klemme, de fikk økonomiske bekymringer, søvnvansker og problemer. Helseproblemer de før hadde hatt kjentes sterkere, og nye dukket opp. Disse observasjonene var starten på det hele. Senere fikk vi vite at sardinfabrikken vest i Hetlevik også skulle legges ned. Vi ble vel politisk opprørt, syntes det var urimelig og inviterte alle ansatte til en helseundersøkelse før nedleggelsen. Vi hadde først en somatisk tilnærming, men helseplager blir til sykdom, som blir til diagnoser, som igjen kan føre til trygdeløp og trygdeytelser. Dette ble etter hvert et hovedtema. En helt tilsvarende fabrikk nord i Davanger ble en perfekt kontrollgruppe. Vi kunne tydeligere se hvordan arbeidsledighet skapte helseproblemer. Dette var helt nytt da, og det gjelder fortsatt: Enhver bedriftsnedleggelse har en sosial kostnad som den enkelte bedrift ikke ser, og som ikke regnes inn når slike beslutninger tas. Men samfunnet får denne kostnaden, ikke etter ett år, men tydelig etter fire til fem år, med blant annet tre til fire ganger så høye andeler uførepensjonerte. Dette er bakgrunnen for min interesse for trygdemedisin.»

«Senere ble det akademia, doktorgrad og etter hvert professorat ved NTNU. Men før det – alt dette som hadde med spesialisering i allmennmedisin å gjøre...?»

«Ja. Legeforeningen vedtok på landsmøtet i Loen i 1983 at det skulle bli en spesialitet i allmennmedisin. Veien dit var likevel lang

og kom til å prege min arbeidshverdag på 80-tallet. Det var først tenkt en ordning som i England, med sentrale lærepraksiser. Men landsmøtet mente at ordningen var lite egnet for Norge på grunn av geografien med de store avstandene. Arne Ivar Østensen hadde vært på landsmøtet og ringte meg noen da-



Avisartikler skrevet av Steinar for mange år siden, er fortsatt aktuelle.

ger senere: «Steinar – du må skrive en bok. Vi må finne på en ny modell». Vi to var blitt litt knoll og tott for allmennmedisinen, og vi var i hver vår leir politisk. Det var ingen ulempe, for vi utfylte hverandre. En kreativ våkenatt kom vi opp med ideen om utdanning i lokale grupper. Allmennmedisin læres i allmennpraksis og ikke på sykehus. Og: Vi kan lære av hverandre. Dette hadde klare røtter inn i vår skandinaviske flate struktur, et tillitsbasert samfunn og 68-generasjonens antiautoritære «la de tusen blomster blomstre»-holdninger. Det var også en moralsk dimensjon her: «Tjen folket!».

Doktoravhandlingen fra 1990 – videreføringen av «Når sardinfabrikken nedlegges» fra 1977, med en ti års oppfølging.

På Bjerkaker, med Lise Skjåk Bræk.



«Og så ble det lærebok?»

«Ja, *Utdanningshåndbok for allmennpraktikere* på Gyldendal i 1985, og en senere sterkt utvidet utgave sammen med Linn Getz i 1996. Alt dette arbeidet førte til noen år med lite forskning.»

Steinar går for å hente mer kaffe. Jeg gjør meg noen refleksjoner. For en lege av min generasjon er spesialitet i allmennmedisin nærmest en selvsagt ting. Det ville også vært en helt fremmed tanke om vi i dag skulle bli allmennmedisinspesialister gjennom å jobbe på en serie forskjellige sykehusavdelinger, som i Sverige. Jeg må nesten påminne «nye», eller skal vi si «unge» lesere, om at det fantes en verden hvor bare organsystem-interesse ga spesialitet. Sett i ettertid føles det gåtefullt at dette bare er noen få tiår siden. Men bak spesialiteten vår ligger det en lang og kronglete vei og kamp. Steinar returnerer med kaffe, og jeg kan fortsette intervjuet.

«Selv om du gikk inn i academia, så fortsatte du som fastlege en dag i uken ved Tempe legesenter, det som nå heter Mathesongården. Denne foten i allmennmedisinen er merkbar. Et eksempel er en artikkel du skrev i 2007 i *Bergens Tidende* (2), den het «Sint eller syk?». Du forteller om et møte med en sint mann som vil ha en sykemelding han ikke har krav på. Dette gir en tre kvarters konsultasjon før han mellomfornøyd aksepterer at han ikke kan sykemeldes. Dilemmaet og artikkelen er like aktuelle i dag. Jeg tenker når jeg leser dette at det er lagt på oss leger en stor bølge fra samfunnet når vi skal skille mellom sykt og friskt. Mange vil nok ikke evne, eller for den del ta seg nok tid, til det som kreves for å få aksept for et nei i en slik situasjon.»

Steinar tar ordet: «Ja, samfunnet har gitt oss en stor utfordring i dette vanskelige å skille mellom sykt og friskt, og en stor tilfylling i det å unngå å sykeliggjøre. Det er en vanskelig rolle å si nei uten å utløse trass. Gjennom trass skaper vi jo bare mer symptomer og sykdom. Men det er vår jobb! Vi må ta den selv om det er krevende også tidsmessig. En strategi jeg har brukt er å appellere til folks fantasi for å få dem med meg: «Hvor ser du deg selv om fem eller om ti år?». Folketrygden er vårt viktigste oppdrag. «Uten fastlegenes medvirkning i trygdesaker rakner velferdsstaten», er blitt mitt mantra. Andre attester og legeerklæringer kan vi prioritere ned. Økende ulikhet gir økende uhelse, og her er vi og folketrygden et våpen. En brutalisering av velferden, slik vi ser litt av i Sverige må vi unngå – der presses folk over på sosialen.»

«Og i USA presses de inn i fengslene?»

«Ja, nettopp.» Steinar smiler.

Jeg merker at intervjuet mitt mer og mer bærer preg av en dialog, en samtale hvor Steinar får meg til å dele mine tanker like mye som han deler sine. Dette sier vel noe

om en uprofesjonell journalist som meg, men kanskje sier det vel så mye om Steinars åpne nysgjerrighet for andre og andres meninger. 76 år er han blitt, kvikk og rask i kropp og i tanke, og altså stimulerende å snakke med. Han er fortsatt aktiv med nesten like lange arbeidsdager som før han ble emeritus.

«Du er en aktiv stemme, du underviser fortsatt, er ukentlig på radio og uttaler deg stadig i aviser og andre medier. I over 20 år var du fast spaltist i *Adresseavisen*.»

«For meg har formidling alltid vært viktig. Universitetet har tre oppdrag, undervisning og forskning, men også formidling ut til samfunnet. Det siste oppdraget har lett for å bli neglisjert, men det er viktig».

«Og så står vi oppe i en fastlegekrise.»

«Ja, og her svikter myndighetene. Fastlegeordningen er underfinansiert. ALIS-tiltakene er gode, men treffer ulikt. Det trengs brede tiltak for hele ordningen. Helst hadde jeg sett at fastleger var på offentlig fastlønn, en god fastlønn. Ordningen har også ytre trusler som press om overbehandling. Helseforsikringer brer om seg og skaper uhelse. Vi ser en delprivatisering av helsevesenet som gir behov for kontroll og en uheldig byråkratisering. Globalisering vanskeliggjør sosial utjevning. Konkurranse høres fint ut, men vil alltid ha en slagside – den setter noen på sidelinjen. Jeg er mot globalisering!»

«Du er fortsatt radikaler ...?»

«Jeg har alltid vært det. Jeg har det kanskje fra min morfar som var såkalt arbeiderprest og sosialist, senere prost i Lofotkatedralen i Kabelvåg – en legende gjennom 30 år der oppe!»

«Du er gift med Lise Skjåk Bræk, hun er kunsthåndverker og designer. Ganske langt unna ditt yrke! Har du savnet å diskutere prostata-utredning, Krebs sykkel og sosial elendighet over middagsbordet?»

«Nei! Jeg er jo så glad i Lise! Og jeg setter pris på hennes kreativitet, bare se på huset vi er i! Jeg er glad for forskjellen.» Lise overhører dette og ler: «Vi er travle begge to, det er mest i bilen mellom Trondheim og Oppdal vi får tid til å snakke sammen!».

«Og hva gjør du når du skal gjøre noe helt annet enn fag?»

Siden vi er Oppdal: Gjerne ski, både alpint i bakkene her borte, og gjerne «bortoverski» også, på tur! Men det er seilbrett som har vært min greie», sier Steinar og viser et mobilbilde som jeg syns tar ham på kornet: Glad og med en avslappet holdning, men blikk og retning fremover.

REFERANSER

1. https://no.wikipedia.org/wiki/Maslows_behovspyramide
2. <https://www.bt.no/btmeninger/kronikk/i/6P9PO/sint-eller-syk>



Glad og med en avslappet holdning, men blikk og retning fremover.

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.

Fallforebygging for fra et pilotprosjekt i Bømlo

■ KJERSTI FOLLESØ • Kommuneoverlege Bømlo kommune | CHRISTINE H. ROLFSNES • Fysioterapeut Bømlo kommune

MONA THORBJØRNSSEN • Fysioterapeut Bømlo kommune | KATHRINE T. NYGÅRD • Virksomhetsleder/fysioterapeut Bømlo kommune

BÅRD ERIK BOGEN • Høgskulen på Vestlandet, Institutt for helse og funksjon | MONICA HERMANN • Høgskulen på Vestlandet, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

GUNNAR T. BONDEVIK • Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, NORCE Norwegian Research Centre. Fastlege Bømlo kommune

Bømlo kommune er en øy-kommune lokalisert vest i havet mellom Haugesund og Bergen, med ca. 12 000 innbyggere.

Kommunen har gjennomsnittlig levealder på 84,7 år for kvinner og 80,2 år for menn (landssnittet hhv. 83,5 og 79,4). Andelen personer over 90 år er 1,2 prosent, mot 1,0 prosent i Vestland og 0,8 prosent nasjonalt. I Bømlo kommune har vi erfaring med fallforebyggende kurs. Vi har også et stort antall treningstilbud for eldre i regi av frivillige. Likevel ligger vi relativt høyt på forekomst av hoftebrudd (2,0 pr. 1000 innbyggere standardisert pr. år, mot 1,7 i Vestland fylke og 1,8 på landsbasis).

Bakgrunn

Fall og fallrelaterte skader innebærer lidelse og tap av livskvalitet, og medfører store samfunnskostnader i form av funksjonstap, medisinsk behandling og økt pleiebehov (1). Årsakene til fall er sammensatte, men for de fleste eldre er tap av muskelstyrke og balanse en viktig faktor. Regelmessig trening av styrke og balanse motvirker aldersbetinget svekkelse og er vist å ha en fallforebyggende effekt (2, 3). Derfor

FIGUR 1.
Screening fastlege.

Kartleggingsskjema fallrisiko

Dato _____

Pas.navn: _____ F.dato: _____ Fastlege initialer: _____

Høyde: _____ Vekt: _____

Økt fallrisiko? Ja _____ Nei _____

Vitamin D-nivå (dersom kjent): _____

(Vitamin D-nivå i løpet av siste år, kan innhentes senere om det ikke er tatt)

Risikofaktorer (sett kryss):

Kjent risiko?	Ja	Nei	Ikke vurdert	Evt. utfyllende oppl./kommentar
Nevrologiske utfall, motoriske eller sensoriske				
Hypotensjon eller ortostatisk blodtrykksfall				
Hjertearytmi				
Øyesykdom med synstap				
Kognitiv svikt (mild, moderat eller alvorlig)				
Kjent risiko for, eller etablert osteoporose				

Legg ved legemiddel-liste, både fast medisin og behovsmedisin.

eldre – erfaringer kommune



FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

er fallforebygging blant eldre en viktig del av den nasjonale satsingen på folkehelse og et sentralt element i pasientsikkerhetsprogrammet. I en kunnskapsoppsummering fra omsorgsbiblioteket (4) skrives det følgende:

«Kommunale prosjekter som involverer ulike aktører (tverrfaglig og tverretattlig, frivillige), med lokalt tilpassede tiltak, synes å gi økt kunnskap og bevissthet om fallforebygging hos både eldre, ledelse og ansatte. Tiltak som rapporteres å være særlig effektive er fallregistrering, fysisk aktivitetstilbud koblet med sosial tilstelning, samt forebyggende hjemmebesøk».

I en systematisk oversikt i **Uptodate.com** fra 2019 ved Kiel et al (5) er det angitt at 30–40 prosent av hjemmeboende over 65 år faller årlig. Andelen øker til rundt 50 prosent for de over 80 år. Omtrent 10 prosent av alle fall fører til bruddskader, mens andelen av skader som trenger tilsyn av helsepersonell er anslått å være 25 prosent av alle fall (6). Trening forventes å redusere fallfrekvensen med ca. 25 prosent, og andel som opplever et eller flere fall med 15 prosent (6).

De fleste studier på bruddskader har en oppfølgingstid på inntil tre år, og det foreligger få langtidsstudier. Det er i tillegg lite kunnskap om opplevd livskvalitet relatert til fallrisiko hos denne gruppen (7).

Planlagt hovedprosjekt

Ofte blir tiltak som fallforebyggende kurs tilbudt når fallrisikoen er stor og skade allerede har skjedd. For å komme tidligere inn med forebyggende tiltak, valgte vi i 2018 å starte et forskningsprosjekt med utgangspunkt i rekruttering via fastleger. Hovedmålet for prosjektet var å hindre eller utsette fallrelatert skade og funksjonstap i den eldre del av befolkningen i kommunen. Vi ønsket å gjøre fastlegene oppmerksomme på fallrisiko hos personer over 65 år, og å introdusere deltakerne for fallforebyggende trening tidlig for å bevare et tilfredsstillende funksjonsnivå og hindre fallskader.

Vi etablerte en prosjektgruppe med kommuneoverlegen som prosjektleder, og med leder for ergo- og fysioterapijenesten i kommunen og to kommunale fysiotera-

peuter som prosjektmedarbeidere. I tillegg besto prosjektgruppen av en professor som også er fastlege i kommunen, en førsteamanuensis med fysioterapibakgrunn og en professor med farmakologibakgrunn. Prosjektet ble godkjent av REK sør-øst høsten 2018 (godkj.nr.2018/11113), og fikk tildelt forprosjektmidler fra Regionalt forskningsfond Vest for 2019. Rekruttering til forprosjektet ble gjennomført vinteren 2019. Prosjektleder fikk tildelt 3-måneders stipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU).

Eldre med fallrisiko, som ble vurdert å kunne gjennomføre gruppetrening, var aktuelle for inklusjon i prosjektet. Vi planla at fastlegene skulle gjennomføre en screening av fallrisiko hos alle personer som oppsøkte praksisen i aldersgruppen 70–85 år, og krysse av for kjente tilstander som er relatert til økt fall- og bruddfare på et skjema om komorbiditet (FIGUR 1). Nedre aldersgrense på 70 år ble valgt i første omgang for å begrense antall personer som var aktuelle for screening, ettersom vi forventet at en relativt mindre andel i gruppen 65–70 år ville ha økt fallrisiko. Personer med er-

kjent fallrisiko som samtykket til deltakelse ble henvist fra fastlege til ergo- og fysioterapitjenesten i Bømlo kommune via PLO-melding.

Inklusjonskriterier

- 70 (65¹)–85 år
- Hjemmeboende i Bømlo kommune
- Fallrisiko etter screening hos fastlege
- Vurdert som i stand til å kunne gjennomføre gruppetrening
- Samtykke til deltagelse i studien

Eksklusjonskriterier

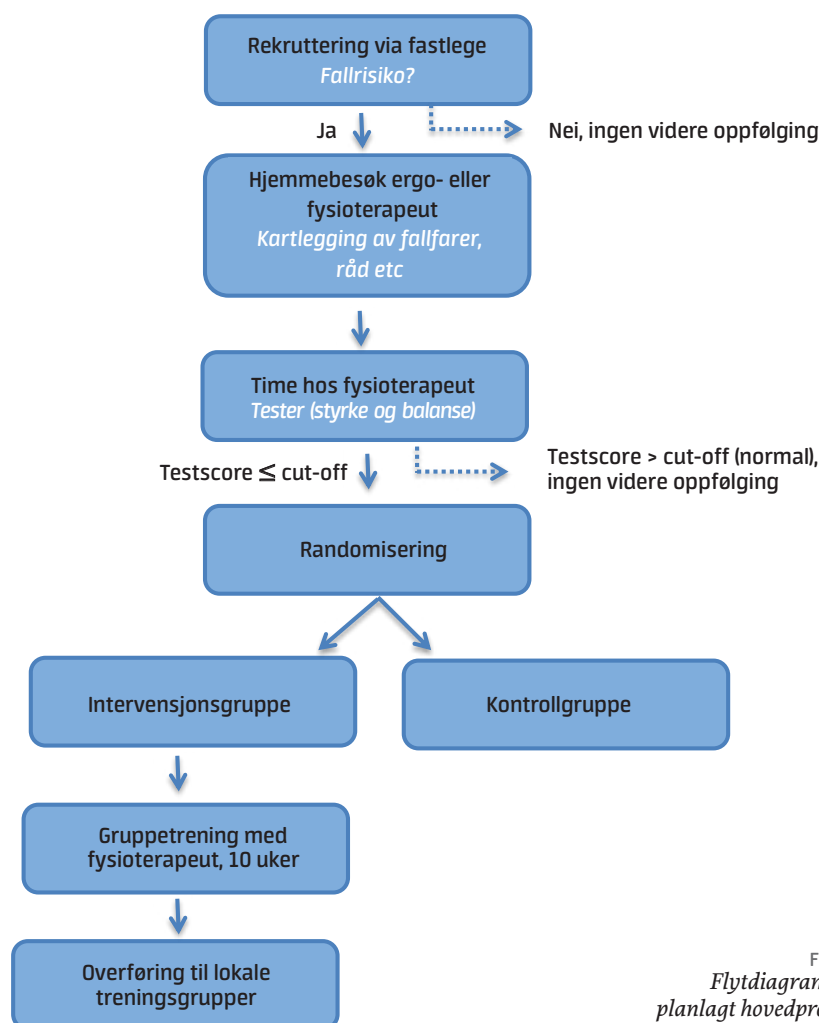
- Alvorlig sykdom hvor treningsopplegget vil utgjøre en helserisiko
- Avhengig av rullator ved gange inne
- Moderat og alvorlig kognitiv svikt
- Alder utenfor definert aldersgruppe

Alle rekrutterte deltakere skulle få et hjemmebesøk av ergo- eller fysioterapeut, med informasjon om fallfeller og forebygging av fall i hjemmet. Det ville bli gjennomgått fallforebyggende øvelser og gitt informasjon om aktuelle frivillige treningstilbud i nærmiljøet. Dette er å regne som standardtiltak for pasienter henvist for fallfare i Bømlo kommune. I tillegg skulle alle de rekrutterte få time hos fysioterapeut for testing av styrke og balanse. I testtiden ville det bli gitt individuelle råd om trening, øvelser og andre fallforebyggende tiltak.

Etter testing skulle deltakerne bli randomisert til treningsgruppe eller kontrollgruppe ved hjelp av loddtrekning (FIGUR 2). Treningsgruppen skulle gjennomføre ti uker med to treninger à en time pr. uke, ledet av fysioterapeut. Etter endt trening skulle gruppen aktivt settes i kontakt med egnet frivillig treningstilbud og oppfordres til videre trening. Begge grupper ville bli bedt om å registrere treningsaktivitet og fall på eget registreringsskjema det første året, og møte til ny registrering av styrke/balanse etter tre og seks måneder og ett, tre og fem år.

Totalt var planlagt oppfølgingsstid fem år, der endepunktet var forskjell i fallskade dokumentert i fastlegejournal i intervensjonsgruppe versus kontrollgruppe ett, tre og fem år etter oppstart. I tillegg til journalførte fallskader, ønsket vi å registrere fall og treningsaktivitet gjennom egenrapportering på eget skjema det første året. Registreringsskjema skulle leveres for tre måneder av gangen, og ved ni måneders oppfølging sendes ut til deltakerne via posten med påminning og frankert svarkonvolutt.

¹ Alder for inklusjon ble satt til 70 år i forprosjektet, med plan om å utvide til 65 år i hovedprosjektet.



FIGUR 2.
Flytdiagram over
planlagt hovedprosjekt.

Forprosjekt

Rekruttering av deltakere

Vinteren 2018/19 startet vi et forprosjekt der hensikten var å vurdere om hovedprosjektet var gjennomførbart gjennom å innhente informasjon om utvalgspopulasjonen, teste metoder og styrkeberegning og etablere samarbeid med frivillige organisasjoner og private initiativtakere. Forprosjektet ble gjennomført i tråd med beskrivelsen over.

For å kunne gjennomføre en større hovedstudie, var det behov for å avklare flere forhold:

- Er screening via fastleger en egnet metode for å rekruttere personer med fallrisiko?
- Er loddtrekning egnet som randomiseringsmetode?
- Er valgte tester for styrke og balanse egnet for målgruppen?
- Er cut-off-verdien vi har valgt for testene hensiktsmessig for inkludering med tanke på å kunne vurdere endring?

- Hvor høy er gjennomføringsgraden, og hva skyldes eventuelt frafall?
- Vil deltakerne registrere fall og treningsaktivitet slik vi har bedt dem om?
- Er egenrapporteringsskjemaet egnet når det gjelder utforming og innhold?
- Hva skal til for å etablere et samarbeid med frivillige treningsinstruktører, slik at deltakere kan «overføres» til egnet treningstilbud i nærmiljøet?
- Hvordan kan fagpersoner i kommunen bidra til å sikre at frivillige treningstilbud for seniorer har fallforebyggende effekt?

Etablering av samarbeid med fastlegene

Prosjektleder besøkte alle fastlegekontorene i kommunen (fire kontorer med til sammen 13 fastleger) og informerte legene og øvrig personell ved kontorene om prosjektet. Prosjektmedarbeider, som også er fastlege, bidro i utformingen av kartleggingsskjemaet, og to fastleger testet ut tidsbruk ved utfylling. Målsettingen var å samle nyttig informasjon med minst mulig ressursbruk.

Testing av styrke og balanse

Tre tester for å vurdere fallrisiko ble vurdert; Bergs balanseskala (BBS), Short Physical Performance Battery (SPPB) og Mini-Balance Evaluation Systems Test (Mini-BESTest). Testing ble utført i treningssal for å ha mest mulig standardiserte forhold. Maksscore er 12 poeng på SPPB, 28 poeng på Mini-BESTest og 56 poeng på BBS. I vår studie ønsket vi å inkludere personer med høyt funksjonsnivå og samtidig redusert balanse, da vi forventet at disse hadde mest å hente på forebyggende balansetrening. Cut-off i vår studie ble derfor satt noe høyere enn det som vanligvis brukes som cut-off for fallhistorie (8,9,10). Vi valgte å benytte den høyeste scoren som fortsatt ga mulighet for betydningsfull bedring som cut-off verdi. For SPPB er klinisk betydningsfull endring ett poeng, for Mini-BESTest fire poeng og for BBS fire til syv poeng. Dermed ble cutoff for inkludering 11 på SPPB, 24 på Mini-BESTest og 49 på BBS. (11,12)

Testrekkefølge for hver deltaker ble avgjort ved loddtrekning første testdag for å unngå at én test alltid ble gjennomført sist. Vi beholdt rekkefølgen for hver deltaker ved retest for hindre at differansen fra test til retest ble påvirket av testrekkefølgen. Testene har delvis overlappende momenter.

Samarbeid med frivillige

For å oppnå varig effekt av intervensjonen, var det avgjørende med videreføring av treningsaktivitet etter fullført ti ukers treningsopplegg. Planen var å få på plass en «overføring» til egnet treningstilbud tilpasset den enkelte deltaker i intervensjonsgruppen etter endt trening. I kommunen er det en rekke aktivitetstilbud og treningstilbud til aktuell alderspopulasjon i regi av ulike frivillige organisasjoner og engasjerte enkeltpersoner. Vi inviterte de frivillige til et dialogmøte, og fikk mange konstruktive innspill, og et tydelig ønske om tettere samarbeid. I etterkant av møtet ble seks av møtedeltakerne invitert til et fokusgruppeintervju. Det var et uttrykt ønske fra flere om å få besøk av fagpersoner for å vise frem aktiviteten og få faglig støtte. I løpet av vinteren 2019/2020 hospiterte medlemmer av prosjektgruppen ved en rekke frivillige treningstilbud, og fikk bedre kjennskap til type treningsaktivitet, intensitetsnivå, og styrker og svakheter opp mot fallforebyggende effekt. Samtidig markedsførte vi BASIS, Helsedirektoratet sine gratis e-læringskurs for frivillige treningsinstruktører, og ga råd om supplerende øvelser for dem som ønsket det.

	INTERVENSJON	KONTROLL
Kjønn (m/k)	4/4	8/0
Alder	75 (72–80)	74 (72–84)
Antall diagnoser	1 (1–3)	1 (1–2)
Antall faste legemidler	7 (1–9)	6 (2–8)

TABELL 1.
Demografiske data, komorbiditet og bruk av legemidler ved inklusjon. Data er oppgitt som median (range).

	INTERVENSJON	KONTROLL
3 måneder (ved fremmøte)	6/8	5/8
6 måneder (ved fremmøte)	3/7	8/8
9 måneder (pr. post)	5/8	6/8

TABELL 2.
Andel deltakere som har levert egenrapporterings-skjema for registrering av trening og fall.

TABELL 3. Resultater fra test av styrke og balanse (median og interkvartilbredde).

TESTSCORE	GRUPPE	VED INKLUSJON	3 MNDR	6 MNDR
Bergs balanseskala	Intervensjon	49 (48–52)	51 (49–54)	50* (48–53)
	Kontroll	49 (44–52)	50 (43–52)	53 (46–55)
SPPB	Intervensjon	9 (5–12)	12 (7–12)	9* (8–11)
	Kontroll	8 (7–10)	8 (6–11)	8 (6–10)
MiniBEST	Intervensjon	18 (14–21)	19 (17–23)	17* (17–22)
	Kontroll	18 (14–22)	20 (16–23)	21 (15–24)

* Sju personer ble testet på seks måneders kontroll i intervensjonsgruppen, ett fravær på grunn av sykdom.

	INTERVENSJON	KONTROLL
Antall faste legemidler etter 1 år	7 (1–9)	6 (1–10)
Totalt antall egenrapporterte fall (n)	16	4
Egenrapporterte fall pr person	1 (0–7)	0 (0–2)

TABELL 4.
Legemiddelbruk ved 1-års oppfølging og fall registrert på skjema ved ni måneders oppfølging. Data er oppgitt som median (range).

Resultater

Ni ulike leger rekrutterte pasienter til prosjektet. Det tok likevel fire måneder å rekruttere 20 deltakere. En pasient trakk seg og tre ble ekskludert i tråd med eksklusjonskriterier. De øvrige 16 ble randomisert til intervensjonsgruppe eller kontrollgruppe, 8 i hver. Demografiske data ved inklusjon er vist i tabell 1.

Plassering i gruppe etter loddtrekning fungerte greit. Gjennomføringsgraden har vært god, sju av åtte i treningsgruppen har gjennomført minst 80 prosent av treningene. 11 av 16 deltagere fylte ut egenrapporterings-skjema ved kontroller, se tabell 2 for fordeling mellom gruppene. Skjemaet viste seg å kunne tolkes forskjellig, og ved revisjon ble «turgåing» tatt med som egen kategori for å skille det fra spesifikk styrke- og balansetrening. Det var likevel stor variasjon i hvordan skjema var fylt ut, og det var vanskelig å lese frekvensen av treningsaktivitet ut fra skjemaet uten supplerende intervju med deltakerne. Gjennomføringsgrad av gruppetrening og egenrapportering har vært en del av prosessevalueringen i prosjektet.

Styrke og balanse

Testresultatene etter tre og seks måneder viste en tendens til bedring sammenlignet med utgangspunktet i begge gruppene (TABELL 3). Til sammen sju individer hadde bedring på alle tre testene. Av disse var fem i intervensjonsgruppen og to i kontrollgruppen.

Fall og fallskader

Det var totalt 16 egenrapporterte fall registrert på skjema i intervensjonsgruppen, hvor to personer sto for 13 av disse (7+6) (TABELL 4). I tillegg rapporterte to deltakere i intervensjonsgruppen muntlig om fall i tillegg til registrerte (hhv ett og ca. seks fall²). Et fall i forbindelse med testing, som heldigvis ikke førte til skade, understreket viktigheten av å ha kompetent personell tilstede. Det var to egenrapporterte skader (brist i ribben, hjernerystelse), som ikke var kjent for fastlege og ikke journalført. Det var kun en skade (brudd i hånd) som var registrert i fastlegejournal (i form av epikrise), og denne personen hadde ikke

² Personen med seks muntlig rapporterte fall, var den samme som hadde sju registrerte fall på skjema.

Om hjemmebesøket i forkant

- Rådene som ble gitt: visste det meste, men det er godt å få det repetert.
- Har blitt mer forsiktig i trapp.
- Har fjernet tepper.

Om treningsopplegget

- Synes treningsopplegget var veldig bra.
- Fått bedre balanse, bedre form, kjenner det i heile kroppen, gangspærre.
- Meir merksam og obs på nedsett balanse.
- Tungt å kome opp frå golvet. Trening på det kunne vore med.
- Håper mange andre skal få oppleve dette.
- Har vært kjekt, gledet meg til hver gang.

RAMME 1. *Eksempler på tilbakemeldinger fra deltakerne i prosjektet*

fylt ut egenrapporteringsskjema. I kontrollgruppen var det fire egenrapporterte fall, og ingen rapporterte eller registrerte skader.

Tilbakemelding fra deltakere

Flere deltakere ga uttrykk for at testing og oppfølging var en motivasjonsfaktor i seg selv, og flere opplyste at de regelmessig gjorde fallforebyggende øvelser, også i kontrollgruppen. Gruppetreningen ble opplevd som sosial og kjekk, og deltakerne var positive til opplegget og fornøyd med instruktørene (RAMME 1).

Drøfting

Vi hadde god dialog med fastlegene og øvrig personell ved legekantorene i forkant og møtte stor velvilje. Vi hadde også dialog ved utforming og testing av screeningverktøy. Men selv om screeningmetoden var lite tidkrevende, genererte spørsmålet om deltakelse i studien behov for mye informasjon, noe som var utfordrende å prioritere i en travel fastlegepraksis. Mye tid gikk med til personer som ikke definerte seg i målgruppen, og som takket nei til deltakelse.

En fastlege har likevel opplyst at prosjektet har ført til større oppmerksomhet på fallrisiko og faktorer som påvirker denne risikoen, og at det har bidratt til tidlig utredning hos enkelte pasienter med underliggende sykdom.

Alle de inkluderte ble klinisk vurdert til å ha redusert balanse, og deltakerne mente også selv at de hadde redusert balanse. Det tilsier at valgte cut-off verdier ved inkludering var passende, og at testresultat under valgt cut-off-verdi på en av testene var til-

strekkelig for å bekrefte en økt fallrisiko og følgelig for inkludering. Tre tester på rad ble for krevende for deltakerne. Både BBS og SPPB hadde takeffekt ved inklusjon. Det var åtte personer som fikk takeffekt ved inklusjon på BBS versus tre personer på SPPB. BBS var i tillegg mer krevende enn SPPB. I det planlagte hovedprosjektet ble derfor BBS valgt bort. SPPB og MiniBEST ble vurdert å være egnede verktøy for å identifisere målgruppen, men mindre egnet til å vurdere bedring for de med høy score.

I denne pilotstudien er det først og fremst forskningsprosessen som evalueres, og ikke effekten av treningen. Deltakerantallet tilsier at vi ikke har nok statistisk styrke til å avdekke eventuelle forskjeller mellom gruppene. Ved inspeksjon av resultatene ser vi imidlertid at det ikke virker som om det er betydningsfulle forskjeller i styrke og balanse mellom gruppene. Dette kan skyldes at testene og valgte cutoff verdier ikke var hensiktsmessige for å fange opp endringer, at treningsprogrammet ikke var effektivt nok for deltakerne, eller at kontrollgruppen også fikk en form for tiltak i form av rådgivning og oppfølging.

Det var vesentlig flere fall og fallskader i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen i dette materialet. Fallskader som kan verifiseres objektivt, f.eks. i form av skader behandlet på sykehus eller registrert i fastlegejournal, er relativt sjeldne hendelser, tross alt. I vårt materiale var bare en av tre skader registrert i fastlegejournal. Et bedret funksjonsnivå kan føre til økt fysisk aktivitet som igjen øker risikoen for skader, mens et redusert funksjonsnivå kan føre til passivitet og økt bruk av ganghjelpemiddel som reduserer skadeforekomst, men også reduserer livskvalitet. En langtidsoppfølging bør derfor gjerne suppleres med måling av livskvalitet, som vil kunne gi et mer helhetlig bilde av funksjonsnivå (7). Vi planla å bruke den norske versjonen av Rand-36 i videre prosjekt.

To personer sto for et flertall av fallhendelsene, begge i intervensjonsgruppen, og bidro sterkt til forskjellen mellom gruppene. Noen av deltakerne var marginalt fungerende opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og kriteriet om bruk av rullator inne burde referert til behov for rullator og ikke faktisk bruk.

Gjennomføringsgraden i prosjektet var god. Kommunen har en spredt bosetning og dårlige kollektivtilbud, og vi var bekymret for at det kunne føre til stort frafall. Det har likevel ikke vært en vesentlig hindring for deltakelse, selv om enkelte har hatt utfordringer med transport til treningsgrupper. Det kan være interessant å

merke seg at det var en tendens til bedre svarprosent i egenrapporteringsskjema i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen. Det kan være uttrykk for at kontrollgruppen motiveres av å delta i studien, og slik motivasjon kan også påvirke andre resultater som mengde treningsaktivitet, styrke og balanse. Dette er en utfordring ved studiedesignet, der kontrollgruppen får tett oppfølging over tid.

Bråstopp

På grunn av utfordringer med rekruttering via fastleger, ble det besluttet å bruke media og aktuelle møteplasser som rekrutteringsarenaer i et videre forløp. I januar 2020 rekrutterte vi 24 personer på to uker etter en annonse i lokalavisen. Vi var godt i gang med ettårstesting og planlegging av oppstart av ny treningsgruppe med tilhørende kontrollgruppe da vi måtte stoppe videre inntak pga. koronapandemien. Samtidig opphørte alle treningstilbud i frivillig regi for aldersgruppen, og mye av grunnlaget for studien forsvant. Foreløpige resultater har også vist at fall og skader ikke nødvendigvis fanges opp i fastlegejournal, og vi må erkjenne at vi trolig ikke ville klart å rekruttere nok deltakere i egen kommune til å kunne gjennomføre prosjektet. Pilotgruppen er allerede «tapt» pga stopp i treningsaktiviteter i lokalsamfunnet. Samtidig er samarbeidet med frivillige helt sentralt i prosjektet, og gjør at det er vanskelig å utvide prosjektet ut over kommunegrensene. Vi har derfor pr. i dag skrinlagt planene om videreføring av prosjektet som et forskningsprosjekt.

Erfaringer fra prosjektet og veien videre

En viktig erfaring er at det ligger et betydelig uutnyttet potensial i et mer systematisk samarbeid med frivillige treningsinstruktører. Vi opplevde et stort engasjement og en sterk motivasjon i det å kunne bidra til at folk opplever bedre helse og trivsel. Vi fikk mange gode forslag, blant annet:

- Fellessamlinger med presentasjon av de ulike tilbudene, felles trening og faglige innslag, bli kjent med hverandre
- Tips og råd gjennom at fagpersoner besøker tilbudene, bidrar med kompetanseheving og at kommunen kan fungere som et bindeledd mellom publikum og frivillige
- Åpen dag for seniorer («gøy-dag», etter modell fra barneskole) der de frivillige presenterer seg på ulike poster, og folk kan bli kjent med tilbud i nærmiljøet og få prøve forskjellige aktiviteter

- Kunne utveksle erfaringer og bistå hverandre på tvers av frivillige organisasjoner med den personlige kompetanse/erfaring som den enkelte har, samt henviser til hverandre for å hjelpe folk å finne rett tilbud og nivå, og sikre at de blir tatt godt imot
- Utarbeide brosjyre over aktuelle treningstilbud for aldersgruppen med beskrivelse av treningsnivå og innhold, for distribusjon til fastleger, private fysioterapeuter og andre som kommer i kontakt med eldre
- Opprette en felles kalender for aktivitetstilbud, slik at man supplerer hverandre i stedet for å konkurrere

I skrivende stund håper vi å kunne tilby et fallforebyggende kurs til alle som har meldt seg til prosjektet. På sikt ønsker vi å etablere fallforebyggende kurs som et fast tilbud til personer som opplever begynnende ustøhet og å videreutvikle samarbeidet med frivillige, slik at det blir naturlig for deltakerne å fortsette dokumentert fallforebyggende trening i en sosial kontekst.

REFERANSER

1. Osnes EK, Lofthus CM, Meyer HE, Falch JA, Nordsetten L, Cappelen I, et al. Consequences of hip fracture on activities of daily life and residential needs. *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*. 2004; 15(7): 567–74.
2. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012(9): Cd007146.
3. Husebø B, Erdal A, Kjellstadli C, Bøe JB. Helsehjelp til eldre, kunnskapsoppsummering. Sefas, Universitetet i Bergen, 2017.
4. Olsen RM, Ness TM, Devik SA: Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene, en oppsummering av kunnskap. Omsorgsbiblioteket 2017.
5. Kiel DP, Schmader KE, Givens J. Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation.
6. Sherrington C et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 1. Art. No.: CD012424. DOI: 10.1002/14651858. CD012424.pub2.
7. Hopewell S, Adedire O, Copsey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, Close JCT, Lamb SE. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 7. Art. No.: CD012221. DOI: 10.1002/14651858.CD012221.pub2.
8. Veronese N, Bolzetta F, Toffanello ED, Zambon S, De Rui M, Perissinotto E, Coin A, Corti M-C, Baggio G, Crepaldi G, Sergi G, Manzano E. Association between Short Physical Performance Battery and falls in older people: The Progettao Veneto Anziani Study. *Rejuvenation Research*. Jun 2014;276–284.
9. Marques A, Alimeida S, Carvalho J, Cruz J, Oliveira A, Jacome C. Reliability, validity and ability to identify fall. Status of the Balance Evaluation Systems test, and Brief-Balance Evaluation Systems test in older people living in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2016; 97: 2166–73.
10. Lima CA, Ricci NA, Nogueira EC, Perracini MR. The Berg Balance Scale as a clinical screening tool to predict fall risk in older adults: a systematic review. *Physiotherapy* 2018 Dec; 104(4): 383–394.
11. Godi M, Franchignoni F, Caligari M, Giordano A, Turcato AM, Nardone A. Comparison of reliability, validity and responsiveness of the Mini-BESTest and Berg Balance Scale in patients with balance disorder. *Physical Therapy* volume 93, number 2, 2013.
12. Perera, S., Mody, S. H., Woodman, R. C. & Studenski, S. A. (2006). Meaningful change and responsiveness in common physical performance measures in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 54(5), 743–749.

■ KJERSTI.FOLLESO@BOMLO.KOMMUNE.NO



Kveldsbønn fra helvete

Rapport fra et kaldt og ensomt landskap

■ HARALD SUNDBY • Fastlege ved Kalvskinnets legesenter

Jeg samler på utlendinger. Helt konkret. Hver gang en pasient fra et annet land kommer inn på mitt kontor konverteres vedkommende til en knappenål som pasienten må plassere i min egen lille verden. Den er ca. 110 x 60 cm og er et verdenskart på vegg. Jeg husker nøyaktig når jeg startet med å samle. Det var mandag 25. juli 2011. Det er mitt mottrekk mot xenofobisk terror.

Nålene i vegg

Jeg registrerer nå, snart ti år senere, 413 knappenåler. Det har gitt en tydelig visualisering av den globale tilstanden. I Midtøsten er det helt fullt. Knapt plass til én eneste knappenål til. Sild i tønne. Det er mange på Afrikas horn også, men det er litt større plass der. Det vil gå greit med fem til seks til i Eritrea/Etiopia-området. Det er 27 nåler i Somalia, men der er det likevel ganske mye plass til overs. Så er det noen knappenålklasser spredt litt rundt. Tsjetsjenia, Chile, Kongo, El Salvador, Balkan, og faktisk to knappenåler i Xinjiang-provinsen. Polen er blitt ganske fullt, Sverige har en god del, men de er spredt. Bare to i hele Canada. I USA teller jeg fem. For å nevne noen. Nordmenn er like velkomne, men de får ikke knappenåler.

413 knappenåler. 413 fortellinger. Fra klasse-områdene: Fortellinger om flukt fra krig, ofte borgerkrig, og om å være uønsket eller truet på livet. Gjerne begge deler. Fortellinger om livsbetingelser som ikke er bra for helsen. De fortellingene er ikke alltid så brutale som jeg trodde. De er ofte verre.

Tverrfaglig utforskning

Det siste året har jeg jobbet ved Klinik for smertemedisin ved St. Olavs hospital. Der drives det, ta sats: «tverrfaglig utredning av pasienter med langvarige smerter av sammensatt årsak». Kall det gjerne tverrfaglig utforskning av lange og sammensatte livsfortellinger. De fleste er norske, og handler ikke sjelden også om smertefulle og utmattende reiser, gjennom strabaser og kamp i livet. Dessverre også om helseskadelige reiser i den norske velferdsstaten. Litt for





ofte norske fortellinger om å føle seg uønsket.

En dag på Smertesenteret kommer det inn en fremmedlandsk fortelling. Denne fortellingen heter Coung. Han ser dystert og plaget ut på venterommet, men ansiktet hans lyser overraskende opp i døra:

– Du har et hyggelig smil og et godt ansikt, sier han.

– Det har du også! detter det ut av meg.

Vi blir glade i hverandre med en gang. Tillit og respekt på plass før det er gått 25 sekunder. En god start. Tid for en ny oppdagelsesreise i ukjent terreng.

– Det står i henvisningen at du er fra Vietnam?

Det kan Coung bekrefte. Bakteppet kjenner vi: dominoteori, napalm, teppebombing, agent orange og 7000 amerikanske kamphelikoptre. Geriljakrig. Mer enn to millioner døde vietnamesere. Folkemord.

Tre av disse døde var fra Coungs nære familie. En søster på seks år ble sprengt i fillebiter rett foran øynene hans. Faren og en bror forsvant. Coung ble båtflyktning, og drev i noen uker rundt i en overfylt båt i det indiske hav. Mange døde ombord. De ble omsider plukket opp av en norsk lastebåt. Så tre år i thailandsk flyktningeleir. Slik han beskrev leiren høres det mer ut som en fangeleir for meg. Så hadde han litt flaks og ble kvoteflyktning gjennom FN. Neste stopp verdens rikeste land. Mor ble igjen i hjemlandet, og han så henne ikke igjen. Hun døde av sykdom for ti år siden.

Forpliktet av Buddha

Overgangen til et liv i Norge med en bagasje av tap, traumer og utrygghet er ikke enkel: Stressaktivering kommer tilbake, som sorg, posttraumatiske reaksjoner, språkvansker, økonomiske bekymringer. Og, paradoksalt nok: For dem som har mistet mange kommer skyldfølelse. «Survivors guilt». Alt sammen i en krevende kombinasjon som kan sette seg som stor smerte i både kropp og sjel. Da dukker de opp på fastlegekontoret.

Det vil føre for langt å beskrive våre funn i større detaljer når det gjelder Coung. Kortversjon: Her hadde onde sirkler fått gå mange runder ukorrigert i mange tiår. Konsekvensene av det hele kan oppsummeres som tre kritiske mangelsykdommer: mangel på håp, mangel på relasjoner og mangel på penger. Anamnesen om håp starter han selv. Han forteller at han hver kveld ba til gudene om å få slippe å leve. Ikke bare til Buddha, men også til Jesus, Gud, både den kristne og den jødiske, samtlike hinduistiske guder og Allah.

– Så du ønsker egentlig ikke å leve?

– Nei, mitt aller høyeste ønske er å få dø.

– Men da må jeg spørre deg, har du tanker om å avslutte livet på egen hånd?

– Hver dag.

– Men du lever ennå?

– Ja, i buddhismen er selvmord helt forbudt.

– Så du føler at Buddha på en måte forplikter deg til å fortsette å leve?

– Ja, dessverre.

– Og du forteller meg at du sover bare to-tre timer hver natt og har smerter i hele kroppen hver time på dagen?

– Ja. Hva kan du gjøre med smertene?

– Det der høres ut som et rent helvete!

– Ja, jeg er i helvete.

– Ser du noe håp?

– Ja, at jeg kan få dø snart.

– Coung, la meg sjekke ut om jeg har forstått deg rett: Du føler du lever i helvete, og håper at alle guder hjelper deg ut av livet. Dette ber du om hver kveld. Buddha pålegger deg å fortsette å leve i dette helvete. Du opplever livet som helt håpløst.

Pussig nok smiler Coung

– Akkurat sånn er det.

«Sine qua non»*

Om *hjelpekunsten* av Søren Kierkegaard er en ofte brukt referanse. En gullstandard.

«At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjelpekunst.»

Resten anbefales du å lese deg opp på.

Coungs manglende håp må bli stedet å starte. Jeg har lært meg at det å være konkret ofte fungerer best.

– Nå har jeg hørt på deg. Vet du hva jeg sitter og kjenner på?

* Sine qua non (latin, «uten hvilket ikke») er et uttrykk som brukes om noe en ikke kan klare seg foruten.

– At jeg er en håpløs pasient?
– Nei. Helt motsatt. Jeg kjenner at det er håp for deg.

Coung virker vantro. Her ble det nødvendig å tydeliggjøre. Jeg ser meg om etter en gul post-it-lapp og finner en bunt av de minste. På en av dem skriver jeg: «Velkommen til oss, Hong. Her er det håp!» Jeg gir ham lappen.

– Denne får du ta med deg hjem i dag. Det er den første resepten du får.

Coung smiler. Nesten like bredt som da han kom inn døren for 54 minutter siden. Galgenhumor i sin rette forstand. Jeg får en følelse av at det kan bygges opp en utvei for ham. Jeg blir litt kreativ.

– Forresten, kast den lappen i søppelkassen her. Og gi meg ett minutt.

Coung tilbake i vantro, men gjør som jeg sier. Så da er det ikke håp likevel? Jeg går ut på lageret og finner en pakke dobbelt så store post-it-lapper. Åpner pakken og skriver på en av dem i stedet. «Velkommen hit. Her er det et masse håp.»

– Jeg så det smilet ditt og ser at jeg tok litt feil. Her får du en annen lapp i stedet.

Dette kunne jeg si med medisinsk begrunnelse. De aller dypest deprimererte smiler sjelden. Coung tar det poenget. Smiler igjen. Og blir lettet, mener jeg å kunne skimte i blikket hans. Fra å se mot gulvet var blikket for lengst kommet opp, og trefte mitt. Er han mer ensom enn deprimeret? Så nå som det var substituert litt håp, hva da med ensomheten?

Kritisk relasjonsmangel

Mange refererer også til filosofen Levinas når hjelperolle og etikk skal analyseres: «Når vi møter et annet menneske, ansikt til ansikt, på et likestilt nivå av felles menneskelighet, våkner vår etiske bevissthet. Den andres ansikt utsteder en ubedt appell om ansvar, et ansvar som er mitt, ikke noen annens eller hvermanns.»

Helt ærlig opplever jeg dette som ørlite pompøst. Eller kanskje ikke. Jeg satt i alle fall ikke med noen tung opplevelse av etiske plikter i møtet med Coung. Å ha en jobb der vi må se avmakt i øynene, men også være litt skolert i det å snu onde sirkler er et privilegium. Der det finnes muligheter blir det ofte mestring og arbeidsglede.

Her startet elendigheten med napalm-bomber for førti år siden, men det hadde allerede på kort tid skjedd spennende ting i våre ansikter. Over til relasjonsanamnese.

– Du virker litt ensom, Coung. Hvem har du rundt deg?

– Bare Anne Marie.

– Anne Marie?

– Det er hun som følger meg opp. Uten henne var jeg ikke kommet hit.

Anne Marie viser seg å være psykiatrisk sykepleier i den lille kommunen langt nord i fylket. Coung så henne hver annen uke. Hun hadde tatt ham med til fastlegen, og foreslått en henvisning til Smerteklinikken. For noe måtte gjøres. I slike kommuner er ofte fastlegeordningen en arena for vikarstafett. Coung hadde de siste tre årene hatt fem forskjellige. Oftest hyggelige leger, men uten ramme for helhetlig tilnærming eller utredning. Og Coung kommer fra en kultur der det å be om hjelp er sett på som skambelagt.

Uansett, med Anne Marie som pådriver ble henvisning sendt og antatt. Det var billetten for den delen av livsreisen hans som førte ham til vår klinikk.

– Utover henne, hvem andre har du rundt deg?

– Jeg går ikke så mye ut av huset. Men jeg hilser på folk på butikken.

– Når var siste gangen du gjorde noe hyggelig med familien eller venner?

– Mange år.

Dette er med god margin utenfor sunt normalområde for flokkdyret homo sapiens. Med sikkerhet noe man må forholde seg til klinisk. Ensomhet overses ofte. Men ta det med ro: Statsforvalteren vil sjelden kommentere det. Relasjonsmangel og lengsel kan være forklaringen på at han så ut til å nyttiggjøre seg et vennlig overlegefjes så raskt den formiddagen. Det bekrefter han selv også. Flere ganger. «Det smilet ditt gjør meg varm i magen.» Et signal om behov for menneskelig kontakt. Snakk om å bli spilt god i legerollen. Det ble stadig lettere å by på det varme smilet. Det kom etter hvert helt av seg selv.

Flere røde tall

Foreløpig oppsummert er det gjort viktige funn: Røde tall med hensyn til håp og ensomhet. Kartleggingen må fortsette:

– Hvordan ordner du deg økonomisk, Coung? Du er visst ikke i arbeid? Er du uføretrygdet?

– Hva er uføretrygdet?

– Penger fra NAV.

– Nei, jeg har ikke penger fra NAV.

Litt overraskende.

– Da får du kanskje sosialpenger? Penger fra kommunen?

– Nei, det fikk jeg ikke. De sa jeg måtte bruke opp mine egne først.

Coung forteller at han har vært forsiktig med penger, og hadde hatt 300 000 kroner på bankbok for noen år siden. Antakelig hadde livet lært ham en lekse om nøysom-

het. Nå var det 20 000 kroner igjen. Når kontoen var helt tom, kunne han søke sosialpenger. Det viste seg at denne uvissheten aktiverte mye stress. Ikke så rart. Økonomi er en marginal faktor for alle mennesker på jorden, og økonomisk trygghet er blant de viktigste premissene for godt liv og god helse. Så enda en kritisk mangeltilstand forelå.

– Det der høres rart ut. Jeg sitter med en følelse av at vi kan ordne opp i dette med økonomien. Med dine store helseplager har du åpenbart rett på uføretrygd, mener jeg. Dette er jeg ganske god på.

Den lå nok litt utenfor umiddelbar rekkevidde. Coung ble et vietnamesisk spørsmålsteget.

– Det der fikk du ikke helt med deg, ser det ut som.

Smilefjes. Så, med nesten utestemme:

– Det med økonomi skal vi ta tak i, og jeg tror det ordner seg!

Var det å gå litt høyt ut? Da må vi huske at som smerteoverlege har man langt større gjennomslagskraft i NAV-systemet enn noen fastlege kan drømme om.

Den andres ansikt

Timen er over, men Coung hadde to avtaler til de kommende uker: hos smertepsykologen vår og hos vår manuellterapeut. Et drømmescenario. Som fastlege er man jo mest vant til å jobbe flerfaglig i eget hode. På Smerteklinikken er man tverrfaglige sammen.

Vi takker hverandre for samtalen, og begge gleder vi oss til å møtes igjen på den tverrfaglige oppsummeringstimen om tre uker.

– Det var så godt å se ansiktet ditt.

Coung gjentok det for sjuende gang. Jeg er kommet i et kreativt modus, og slipper impulsene nok en gang litt løs.

– Sett mobiltelefonen din i kameramodus og gi den til meg.

Coung igjen litt vantro, men gir meg mobilen. Jeg tar en selfie. Smertelege med varmt smilefjes.

– Da får du ta med deg det ansiktet og det smilet hjem da. Du kan se på det tre ganger om dagen. Men ikke mer. Vi snakkes.

To smilefjes er ferdige med dagens samtale.

Selvfølkelig frykter jeg for at folk og kolleger vil anse meg som rar. At jeg velger helt rare intervensjoner. Hverken gule klissetapper med håp eller selfie-smilefjes morgen, middag og kveld er evidensbasert behandling. Men hva om vi kaller det pilotering? I så fall kan de foreløpige erfaringene peke mot noen potensial. Coung har



Håp

fortalt at han faktisk allerede samme kveld sluttet med den femdoble bønne om død i nåde. Han hengte post-it-håp medium size på kjøleskapsdøra. Og, tro det eller ei, brukte han selfien fra blid smertelege tre ganger daglig. Det er i alle fall det han har fortalt, med et litt underfundig og ertende smil. «Jeg gjør alltid som legen sier.» Så de piloterte intervensjonene var både enkle og tilsynelatende virksomme.

Tverrfaglig kur mot avmakt

En times samtale på video med vår unge, talentfulle psykolog Mari gir mer styrke til snuoperasjonen. Ny runde med det vi kaller *validering*: Livet kjennes utrygt og ensomt fordi det er utrygt og ensomt. Mari er litt overveldet over lidelsestrykket. Hun opplever et behov for å forsikre seg om at samtalen hadde gått bra. Igjen, vi må passe på å ikke gjøre det vanskeligere enn det er. Mari ringer opp Coung to-tre dager etter deres samtale og sier det som det er – at hun hadde tenkt mye på samtalen og lurte på om det gikk bra. Et så håndfast bevis på at han var tenkt på gjorde Coung svært godt.

Så en times grundig kroppsundersøkelse av vår manuellterapeut Lars sine erfarne, kyndige hender. Hvor satt smerten? Hva gjorde smertene verre og bedre? Hva tenkte han om dem selv? Langvarige smerter setter alltid opp langvarig stressaktivering.

Lars lanserer en litt sammensatt, men likevel ganske enkel modell: At krigskaos, fluktkaos, integrasjonskaos og ensomhetskaos på en måte flytter inn i kroppen og blir til spente muskler og smertehelvet. «Det er akkurat som om krigen fortsetter i kroppen din». Dette ga mening. Litt mindre kaos.

Ikke bønnhørt

Bedringsprosesser tar oftest tid, og å basere seg på frelse er faglig uklokt. Veien videre måtte by på oppfølging. Der kan Smerteklinikken vanligvis ikke bidra så mye. For tilfellet Coung var det så som så med mulighet for det hos fastlegen. Men han hadde Anne Marie. Vi snakker med henne i telefonen, og avtaler oppsummeringsmøte på telefon, med seks deltakere. Oss tre fra Smerteklinikken, i hver sin telefon. Coung, Anne Marie og fastlegen på fastlegekontoret. Det fungerer formålstjenlig. Vi opparbeider en samstemt forståelse av Coungs situasjon. Nå har han et lag med fem dedikerte støttepillere som alle snakker sammen, er validerende og utarbeider en plan:

- Smerteklinikk lager epikrise med diagnostisk avklaring og trygdemedisinsk vurdering. Denne sendes fastlegevikaren, som kan vedlegge den i legeerklæring til NAV. Fastlegevikaren var fra Irak, og hadde spesialkompetanse på asiatis-

ke forhold og flukt fra krig. Mindre skoler i velferdsdynamikk, men han tar poengene raskt. Det blir lett å spille ham god. Og vår vurdering er krystallklar: Her må bedring av livskvalitet være hovedfokus for videre behandling, og arbeid er urealistisk og uegnet som mål.

- Manuellterapeut Lars tar kontakt med fysioterapeutkollega lokalt og gir henne og Coung litt starthjelp.
- Samarbeidet mellom Anne Marie og Coung fortsetter, med tettere dialog med fastlegen. Hva kan gjøres medikamentelt? Hva kan gjøres med relasjonsmangelen?
- Psykolog Mari ringer om noen uker og hører hvordan det går.

Om overleger på Smerteklinikken har et privilegium angående trygdemedisinsk gjennomslagskraft, har vi fastleger et fortrinn som jeg synes trumfer dette: Vi kan følge opp og faktisk se hvordan ting går. Det vil jeg påstå er mer enn halve arbeidsgleden ved det å være kliniker, og som sagt et savn på Smerteklinikken. Coung uttrykker dyp takknemlighet for hjelpen han fikk hos oss, og lover å kvittere med en SMS med kort rapport om noen måneder.

Den kom forrige uke. Den bar bud om at Coung er sett av mennesker og ikke er bønnhørt av gudene. Det var da jeg fikk lyst til å fortelle denne historien. Det å få være med på samarbeid om å få lidelse lindret og velferdsstaten til å fungere bør gi oss takknemlighet over å ha en meningsfylt jobb. Med blick for at det like gjerne kunne vært oss som hadde havnet som en fordrevet knappenål på verdenskartet.

«Hei dere på Smerteklinikken. Dette er Coung. Endelig har NAV ordnet opp saken min, og jeg har fått uføretrygd. Jeg føler meg bedre i kropp og hode. Tusen hjertelig takk for all hjelpen. Jeg hadde tillit hele tiden. Den siste tiden har jeg hatt uforglemmelige opplevelser. Ønsker dere alt godt, sunnhet og lykke.»

En slik melding kan være en dokumentasjon på at her er onde sirkler i ferd med å bli snudd til bedringsdynamikk. Hvor kommer den kraften fra? Jeg ser fire kilder. Den viktigste: Coungs dype ønske om å bidra i verden med kjærlighet. Den andre: Anne Marie. Det var ett menneske som så Coung. Den tredje: en fungerende velferdsstat. Den fjerde, tror jeg, er at vi fikk til fasitering av disse kreftene i et respektfullt, validerende og samstemt samarbeid.

Fortellingen er anonymisert og publiseres med samtykke fra «Anne Marie» og «Coug».

■ HAR-SU2@ONLINE.NO

Når unges liv sporer av – slik ble de møtt av fastlegene

■ LISBETH NILSEN • Frilanser

Intervjuer av ulike fagpersoner og erfarne fastleger avdekket fellestrekk ved måten de kommuniserte om og med ungdommer som hadde medisinske uforklarte symptomer. Postdoktor og sosialantropolog Maria Fredriksen Kvamme har disputert på temaet.

De kommer til fastlegen sin med hodepine og magesmerter, rygg smerter og utmattelse. Likevel er det ikke symptomene som disse ungdommene er aller mest opptatt av. Og fastlegene har også en oppfatning av at dette ikke handler om sykdom i streng biomedisinsk forstand, men sykdomsopplevelser som henger sammen med og kan forstås og håndteres i lys av sosiale utfordringer.

Det er noen av funnene fra forskningen til Maria Fredriksen Kvamme. Hun har sett på hvordan fagpersoner, deriblant erfarne fastleger, har funnet en god måte å kommunisere om og med ungdom som har medisinsk uforklarte symptomer (MUS) – og

på hvilke strategier de unge selv bruker for å håndtere symptomene.

18 ungdommer fra Tromsø som er fulgt over halvannet år i 2015 og 2016, og 12 erfarne fagfolk er intervjuet. Fagpersonene var helsesykepleiere, lærere, skolerådgivere, sosialarbeidere og fastleger. Ungdommene hadde somatiske plager som hodepine, magesmerter og fordøyelsesproblemer, rygg smerter eller utmattelse.

Ambivalent og pragmatisk

– Leger og andre fagpersoner som møter ungdom med MUS kan oppleve dilemmaer ved å skulle kommunisere godt og anerkjen-

nende om de sosiale aspektene uten at det oppstår dualistiske forståelser som at helseplagene enten skyldes sykdom eller psykososiale faktorer. De 12 fagpersonene jeg har intervjuet har funnet erfaringsbaserte strategier for å imøtekomme disse dilemmaene, forteller Maria Fredriksen Kvamme.

– Gjennom intervjuene med noen av de mest erfarne fagpersonene, så vi at hovedfokus var å hjelpe den unge til å se sammenhenger og elementer i hverdagen og ta grep i sitt eget liv. Samtidig pekte fagfolkene også på mer overordnede grep med tanke på de unges oppvekstvilkår og problemene med et oppdelt hjelpeapparat, som gjorde det mer utfordrende å få til endring gjennom konsultasjoner og ved selvhjelp.

Kvamme er postdoktor ved Allmennmedisinsk forskningsgruppe ved Universitetet i Tromsø, tidligere student på forskerskolen i allmennmedisin (NAFALM) og har vært tilknyttet forskningsprosjekter på ALIS-Vest for Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Nå er hun prosjektleder for «Studentblikk på psykisk helse og trivsel».

I mai i fjor disputerte hun med avhandlingen som utforsker forståelse og håndtering av medisinsk uforklarte symptomer hos ungdommer. Forskningsmetodene har vært kollaborativ film, deltagende observasjon og intervjuer.

Intervjuene avdekket fellestrekk ved måtene noen av de mest erfarne av fastlegene og andre involverte fagfolk kommuniserte med de unge på. De to hovedstrategiene er i avhandlingen beskrevet som såkalte omsorgsfulle uttrykk.

Den første strategien var å oppnå anerkjennelse i hjelpeapparatet for den unges sosiale lidelse.

– Dette handler om å respondere pragmatisk innenfor det medisinske språket, som er basert på en mer reduksjonistisk forståelse. For å nå gjennom systemet og hjelpeapparatet, for å få en sykmelding for en ungdom som ikke har klart å være på skolen, må fagfolkene bruke medisinske begreper, bemerker Kvamme.

– Fagpersonene jeg har møtt opplever at det har stor betydning hvilke ord som brukes, sier postdoktor og sosialantropolog Maria Fredriksen Kvamme. FOTO: UNIVERSITETET I TROMSØ





En av ungdommene i studien beskrev sykdomserfaringene som en avsporing fra det han opplevde som en legitim ungdomstid, og syntes han hadde mislykkes i å håndtere press fra skole, venner og foreldre. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Dialog og refleksjon

Den andre hovedstrategien var å etablere en åpen dialog med ungdommen, en dialog med en mer helhetlig tilnærming. De erfarne fastlegene forholdt seg pragmatisk til rammene og snakket med ungdommene om hverdagen deres for å komme frem til årsaker til helseplagene og til konkrete tiltak. Hvordan oppstår symptomene? I hvilke situasjoner kommer symptomene? Dialog bidro til refleksjon hos den unge selv, som ofte kom frem til at plagene hadde sosiale årsaker.

Et av eksemplene en lege beskrev, var en 16-år gammel pasient med vedvarende vekt-tap, hodepine og magesmerter som satte begrensninger i hverdagen. Fastlegen hadde kjent henne siden hun ble født, og hadde hatt samtaler med henne over fire måneder. På spørsmål om symptomene, ga jenta utførlige beskrivelser.

Da legen til slutt spurte i hvilke situasjoner hun var mest plaget, svarte hun at det var vanskelig å spise lunsj i klasserommet.

Fordi hun var en flink elev, hadde hun fått ansvar for å sitte ved siden av en elev med store utfordringer i klassen. Hun fortalte at dette var en oppgave hun strevde med, selv om hun også opplevde at andre så på henne som en ressurs. Da legen ba henne ta dette opp med moren sin, og deretter læreren, klarte jenta å sette egne grenser. Hun fikk til en endring, og symptomene avtok.

Redde for psykologisering

Fastlegene i studien var opptatt av å vise at de tok de kroppslige plagene alvorlig, og var redde for å bruke ord og forklaringer som kunne oppfattes som ren psykologisering – og dermed legge en ekstra sten til byrden. En av legene stilte den unge alltid spørsmål om hvordan det går på skolen og med venner – men først etter å ha spurt om de fysiske plagene. «Jeg gjør det for at de ikke skal tro at jeg mener dette bare er psykisk.»

– Fagpersonene jeg har møtt opplever at det har stor betydning hvilke ord som bru-

kes. Medisinske begrep kan ha en funksjon, men kan også være sykeliggjørende. Og det rommer heller ikke hverdagslivet og sosiale aspekter av betydning. Hvis forklaringene på funksjonelle helseplager – på MUS – er håndgripelige nok til å skape muligheter for å gjøre noe, blir forklaringene myndiggjørende uten å sykeliggjøre. Min erfaring er at balansen mellom mestring og anerkjennelse og marginalisering og lidelse hos de unge er et utfordrende terreng å bevege seg i. Mye oppmerksomhet på problemene kan lett bidra til offerroller fremfor endring. Samtidig kan oppmerksomhet på mestring også bidra til at unge som ikke får til mestring, føler seg ytterligere mislykket, kommenterer Kvamme.

Navigerte forventningene

Alle ungdommene hun møtte i studien, sa at symptomene begrenset forventningene deres til å være ung, være på skole og blant venner.

– Det ble opplevd tungt og skamfullt for mange, særlig for dem som falt ut av skolen. De som var på skolen, klarte ved hjelp av ulike teknikker å «skjule» symptomene – legge dem til side.

Hun understreker at utvalget i studien er skjevt og nok ikke representativt for alle unge med MUS.

– Vi rekrutterte ungdom som ønsket å delta i prosjektet. Men selv om de unge hadde gode strategier for mestring, ble flere av dem fra utsiden opplevd som ganske dårlige – som syke.

Ungdommene i studien brukte tid og krefter på å mestre tilværelsen, og i løpet av studieperioden på halvannet år ble flere friskere i bred forstand. Forskerne oppdaget at parallelt med forståelsen av sykdom, jobbet de unge aktivt med alternative tolkninger – en redefinering av sykdomserfaringer, som et mulighetsrom. En av ungdommene i studien var vokst opp i en idrettsfamilie og hadde droppet ut av idrettsgymnas. Nå hadde han selv begynt å jobbe for en mer akademisk identitet.

– Redefinisjonen av erfaringer, å sette alternative mål for seg selv og justeringen av sosiale relasjoner for å kunne være seg selv sammen med andre, var strategier ungdommene i hovedsak brukte utenfor møtene med hjelpeapparatet, og var ikke noe de hadde tatt opp i møter med for eksempel fastlegen, sier Kvamme.

Og de unge var mer opptatt av seg selv som person enn som pasient. Hovedstrategiene deres for å fikse livet, for å reparere sosiale og eksistensielle utfordringer, var altså ikke rettet mot sykdom i medisinsk forstand.

– De unge navigerte forventninger til seg som unge like mye eller mer enn de var orientert mot legitime sykeroller. Ungdommene jobbet for å delta i livet på en bærekraftig måte. Slik ble betydningen av helseplagene reforhandlet av de unge. Fastleger kan bidra til denne typen meningsdanning – til hvordan forstå og håndtere helseplagene i lys av hverdagslivet, poengterer Kvamme.

På hvert sitt nes

Hun mener at selv om det er en utbredt helhetlig forståelse av psykosomatiske helseplager og MUS, så er det fortsatt utfordringer ved å omsette kunnskapen i praksis.

– I mitt felt er det veldig tydelig at fagfolk fortsatt strever med å måtte fordele ansvaret – er det psykisk helsevern, sosiale instanser eller medisinske instanser?

– Hvorfor tror du det er så vanskelig å jobbe mer helhetlig på tvers av fagområder?

– I fokusgrupper beskriver fagfolkene det som kjempevanskelig å få til tverrfaglig samarbeid fordi det er så ulike verdener, ulik økonomi, ulike registreringssystemer og ulikt lovverk. Jeg jobbet som utekontakt i åtte år og erfarte hvordan fagfolkene ofte sitter på hvert sitt nes. Vi trenger møteplasser, og vi trenger en struktur som gjør det lettere å dele ansvaret.

Med antropologisk blikk

Maria Kvamme er sosialantropolog og har jobbet i åtte år som utekontakt i Tromsø.

– Hva kan medisinen lære av antropologien?

– Det er mange gode teoretiske verktøy innen medisinsk antropologi. Disse verktøyene kan bidra til å forstå kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. Amerikanske Arthur Kleinmann, som er antropolog og lege, har skrevet mye om skillet mellom *illness* og *disease* og om *social suffering*. Det å tenke på lidelse som en sosialt formet erfaring er nyttig – og på hvilke strukturer og kategorier vi bruker for å anerkjenne ulike lidelser på en omsorgsfull måte. Og kanskje er kløftene mellom de ulike anerkjennende kategoriene det aller mest interessante å utforske.

– Også den nederlandske antropologen Annemarie Mols begrep *omsorgslogikk* er nyttig å tenke med. I studien vår ble det synlig hvor mye omsorg som ofte lå i de to kommunikasjonsstrategiene fagfolkene brukte. Mol mener kommunikasjon kan være en viktig form for omsorgsuttrykk, og hun tar høyde for dilemmaene fastlegene står i.

Omsorgslogikken i dette feltet bygger på at legen og pasienten sammen blir bygge om – forhandler om – hva som er en god vei videre og hva som er god behandling. Omsorgslogikken er opptatt av støttende pasientrelasjoner og baserer seg på hva som er god behandling ut ifra pasientens situasjon.

– I studien vår så vi hvordan ungdom

mane navigerte forventningene til seg selv. Den danske antropologen Henrik E. Vigh har utviklet det teoretiske begrepet *navigering*, som er en metafor for praksis. Dette er godt begrep fordi det tar høyde for unges handlekraft midt i en ofte begrensende, uoversiktlig og utfordrende situasjon.

«Spør om hverdagen»

– Hvordan kan fastlegene gjøre en forskjell for en gruppe som kan være utfordrende å hjelpe?

– Spør om ungdommens historie, deres hverdag og hva de drømmer om å få til! Mange fastleger har god kompetanse i å kommunisere på et helhetlig nivå. En stor del av hjelpen til unge med MUS handler om å fordele ansvar for videre oppfølging. Men det er fornuftig at det helhetlige perspektivet får rom hos fastlegene, særlig når ungdommens plager er vedvarende og langvarige. Det betyr jo ikke at de kroppslige plagene ikke anerkjennes, men at den sosiale konteksten har noe å si for utvikling eller vedlikehold av symptomene, svarer Maria Fredriksen Kvamme og legger til:

– En av fastlegene jeg har snakket med var opptatt av fastlegens rolle i et tverrfaglig samarbeid, ikke bare som den som har ansvar for kroppen, men som deltaker i en dialog der alle forholder seg til helheten. Jeg tenker det er mulig for den enkelte fastlege å få til nye måter å samarbeide på, men mye handler om tid og om økonomi.

LES MER I MARIA FREDRIKSEN KVAMMES STUDIER:

- «Fixing my life»: Young people's everyday efforts towards recovery from persistent bodily complaints. *Anthropology & Medicine*, 2020.
- Careful expressions of social aspects: How local professionals in high school settings, municipal services, and general practice communicate care to youth presenting persistent bodily complaints. *Health and Social Care in the Community*, 2019
- «Not a film about my slackness»: Making sense of medically unexplained illness in youth using collaborative visual methods. *Health*, 2018

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

– I mitt felt er det veldig tydelig at fagfolk fortsatt strever med å måtte fordele ansvaret – er det psykisk helsevern, sosiale instanser eller medisinske instanser?

MARIE FREDRIKSEN KVAMME

Hjelpeløshet kan hindre oss i å komme videre

■ LISBETH NILSEN • Frilanser

– Som leger skal vi gjerne fremstå som den som har et svar, en løsning. Da er det lett å føle seg hjelpeløs når vi ikke har en forklaring, sier forsker og fastlege Ingjerd Jøssang.

– Maria Fredriksen Kvamme har gjort en kjempespennende studie, sier fastlege og Norce-stipendiat Ingjerd Jøssang, som forsker på hvordan fastleger og pasienter med medisinsk uforklarte symptomer (MUS) kan samarbeide bedre.

Jøssang mener fastlegene i studien til Kvamme gjør mye riktig for å komme frem til en felles forståelse av problemene og bidra til at pasientene kan mestre livet. Hun tror at mange leger derimot er redde for ikke å ha gode forklaringer på medisinske uforklarte symptomer, og at det blir et hinder for god kommunikasjon.

Tåler usikkerhet

– Som leger skal vi gjerne fremstå som den

– Hvis vi kan være opptatt av noe annet enn patologi og det som ikke fungerer, kan vi få til andre ting, sier forsker og fastlege Ingjerd Jøssang. FOTO: PRIVAT



som har et svar, en løsning. Da er det lett å føle seg hjelpeløs når vi ikke har en forklaring og ikke klarer å si hva som kan være veien videre. Samtidig føler pasienten seg hjelpeløs, og denne felles opplevelsen av hjelpeløshet, av uverdighet, kan hindre oss i å komme videre. Og dette er greit å ha i bakhodet for oss fastleger. Det er vist i studier at ofte er det fastlegen som sender pasienten til videre undersøkelse, mens det pasienten gjerne vil ha er støtte – ikke nødvendigvis mer utredning. Nå som det er mye oppmerksomhet om overdiagnostikk, er dette også et viktig poeng.

Jøssang viser også til Aase Aamlands studie om hjelpsomme strategier i møtet med MUS-pasienter, publisert i *British Journal of General Practice* i 2017.

– De fastlegene som hadde gode strategier var gjerne leger som hadde mye erfaring med MUS-pasienter. Legene tålte usikkerhet. Det spennende med denne pasientgruppen er at vi leger må være bevisste på hva og hvordan vi kommuniserer. I stedet for å si at «prøvene viser ikke noe galt» når vi får negative prøvesvar, kan vi heller si: «Selv om vi ikke finner noe, betyr det ikke at jeg ikke anerkjenner at du føler deg sliten. Dette skal vi se videre på.» Kanskje er det viktigere for pasienter med MUS enn for andre pasienter å oppnå aksept og anerkjennelse.

Empati og støtte

Hvilke elementer i kommunikasjonen mener både fastlegene og pasientene er viktige? Det har nederlandske forskere sett på i en fokusgruppe-studie som ble publisert i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* i februar, med Juul Houwen som førsteforfatter. Blant noen av de viktigste var å gjen-

nomføre en grundig somatisk og psykososial undersøkelse, kommunisere med empati og skape en felles forståelse av problemet.

– Grundig utredning og empatisk kommunikasjon er noe som er sett i flere studier, samt at MUS-pasienter i større grad enn andre ønsker emosjonell støtte.

Jøssang mener legene har mye å hente på å skape en felles forståelse av hva som er problemene.

– Forskning viser at legen kan ha en klar oppfatning av hva plagene skyldes, og pasienten har sin oppfatning – og begge parter tror at de vet hva den andre mener. Jeg har selv hatt aha-opplevelser der jeg trodde vi var enige, men så skjønte jeg at pasienten og jeg snakket helt forbi hverandre i lang tid.

Salutogenese

Nå er den norske forskeren i innspurten av første artikkel i doktoravhandlingen, som er støttet av Allmennmedisinsk forskningsfond. Gjennom fokusgruppeintervjuer undersøker hun fastlegenes erfaringer med å oppdage sterke sider hos MUS-pasienter, og hvilken betydning dette hadde for legen.

– Siden resultatene ikke er publisert ennå, kan jeg ikke si så mye. Men det var store variasjoner i legenes bruk av denne strategien. Hvis vi kan være opptatt av noe annet enn bare patologi og det som ikke fungerer, kan vi få til andre ting. Vi kan støtte pasientene ved å finne en mening i tilværelsen, og bare det kan være en god inngang til å komme videre. Det er strukturer som gjør at det er vanskelig å unngå det sykelige, som kravene i NAV-erklæringer. Men i et lengre perspektiv kan vi konsentrere oss om salutogenese – om det som fremmer mestring og god helse, sier Ingjerd Jøssang.

– Det spennende med denne pasientgruppen er at vi leger må være bevisste på hva og hvordan vi kommuniserer.

INGJERD JØSSANG

Forseinka diagnostikk av kreftsjukdom i allmenn

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

Dei fleste symptom og plager som pasientar kontaktar legen med, er ikkje teikn på alvorleg sjukdom, og mykje går over av seg sjølv, utan behandling. For mange pasientar vil derfor ein «vent-og-sjå» strategi vere det rette. Utgreiing med prøver og/eller biletdiagnostikk er likevel naudsynt i ein del tilfelle for å avkrefte eller avdekke alvorleg sjukdom, som til dømes kreft. Legen må bruke sin medisinske kunnskap og sitt faglege skjønn, og gjere det som er naudsynt av utgreiing for å stille rett diagnose. Samstundes må legen unngå overdiagnostikk og overbehandling, som også kan medføre skade på pasientar.

I ein open, uselektert allmennpraksis vil pasientane ved kontakt ofte presentere udiffrensiererte symptom og plager som kan vere teikn på sjukdom. Dei fleste symptom, plager og sjukdomar er likevel godarta. Og for mange pasientar vil ein vent-og-sjå strategi vere rett, sidan mykje går over av seg sjølv utan spesifikke tiltak eller behandling. Slik unngår ein også overdiagnostikk og overbehandling, som kan påføre pasientar skade, og dessutan overforbruk av ressursar (1, 2).

Men symptom og plager kan også vere teikn på alvorleg sjukdom, som til dømes kreft. Vi forventar at legen i møtet med pasienten som har symptom og/eller plager som kan vere teikn på kreft eller annan alvorleg sjukdom, tek opp ei relevant anamnese, gjer naudsynte kliniske undersøkingar, tek blodprøver og tilviser til biletdiagnostikk eller anna utgreiing, når det er grunn til det. Her kan legen støtte seg på kliniske retningslinjer som ein til dømes kan finne. NEL (Norsk elektronisk le-

gehåndbok), og pakkeforløp for kreft, som begge gir føringar for kva som er god medisinsk praksis (3, 4).

Statens helsetilsyn handsamer kvart år fleire saker der pasientar eller pårørande har klaga på forseinka utgreiing og diagnostikk av kreftsjukdom. Vi har granska klagesaker mot legar i allmennpraksis med dette temaet, for å sjå om vi kan finne fellestrekk som kan medverke til læring og forbetring i helsetenesta.

Metode

Denne artikkelen er basert på ein kvantitativ og kvalitativ gjennomgang av alle tilsynssaker mot leger i allmennpraksis og legevakt der vi har vurdert brot på fagleg forsvarleg verksemd i helsepersonellova §4 (RAMME 1), og som var ferdigbehandla i Statens helsetilsyn i perioden 1. januar 2015 til 31. desember 2017, basert på tall frå NESTOR (5).

NESTOR er eit registrerings- og styrings-

system som Statsforvaltarane (tidlegare Fylkesmennene) og Statens helsetilsyn nyttar for planlagt tilsyn og enkeltsaker innan helse/omsorg. Alle tilsynssaker innan helse/omsorg blir registrert i Nestor. I tilsynssaker mot legar vert legens spesialitet registrert, kvar i helsetenesta saka kjem frå, legens alder og kjønn, vidare kva lovbrøt Statens helsetilsyn/Statsforvaltarane har vurdert og eventuelle administrative reaksjonar mot legen.

Vi har lest gjennom vedtaksbrev i alle desse sakene og funne fram til dei som gjeld forseinka diagnostikk av kreftsjukdom. Vi har kartlagt nærare kva som var tema i sakene, utover den overordna informasjonen som vert registrert i NESTOR.

Data relatert til desse sakene er registrert og analysert i excel-regneark.

Funn

Av 392 legesaker frå allmennpraksis og legevakt, vart 240 legar vurdert i saker som

RAMME 1

Helsepersonellovens § 4.

Forsvarlighet

(første og andre ledd)

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven §2-5.

RAMME 2

Helsepersonellovens § 40.

Krav til journalens innhold m.m.

(første ledd)

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

praksis

KREFTTYPE	ANTALL SAKER
Brystkreft	9
Tyktarm- og endetarmskreft	4
Blærekreft	2
Prostatakreft	2
Lungekreft	3
Hudkreft	3
Livmorhalskreft	2
Eggstokk-kreft	1
Pancreaskreft	1
Leverkreft	1
Lymfom	1
Bihulekreft	1
Totalt	30

TABELL 1

gjeld brot på fagleg forsvarleg helsehjelp i helsepersonellova §4. Til saman 156 leger vart vurdert i saker som gjaldt vurdering av fagleg uforsvarleg verksemd, i tyding faglege feilvurderingar. Dei andre sakene gjaldt rollesamanblanding, uforsvarleg rekvirering av vanedannande legemiddel og feilmedisinering.

Av dei 156 sakene som gjaldt vurdering av faglege feil, handla 30 saker om forseinka utgreiing og diagnostikk av symptom som kunne være teikn på kreft. Vi fastslo i 26 av desse sakene at legen hadde brote kravet til forsvarleg verksemd i helsepersonellova §4. I ni av sakene konkluderte vi også med brot på §40, journalføringsplikta (RAMME 2). Ni av sakene gjaldt forseinka diagnostikk av brystkreft, fire tyktarm- eller endetarmskreft, tre lungekreft, tre blærekreft, tre prostatakreft og tre hudkreft. Elles var sakene fordelt på ulike krefttypar (TABELL 1). 20 av pasientane var kvinner. Sju av pasientane var døde før eller undervegs i klagebehandlinga. I mange av sakene medførte lovbroet etter vår vurdering sannsynleg dårlegare prognose og/eller behov for meir avansert og plagsam behandling for pasientane.

Nokre av sakene handla om avvikande prøvesvar (blodprøver, cytologiske prøvesvar o.l.) som blei oversett, vidare patologiske røntgensvar som ikkje vart følgd

opp. Dette kan skuldast rutinesvikt, svikt i organiseringa av verksemda (legekontoret) eller individuell svikt hjå legen. Nokre av legane viste til at forseinka diagnostikk skuldast svikt i t.d. datasystem. Vi såg også at oppfølging av patologiske prøvesvar kunne svikte i samband med ferieavvikling, vikarbruk o.l.

Døme på saker

Kul i brystet

Ei sak gjaldt ei 74 år gammal kvinne som konsulterte fastlegen etter at ho hadde kjent ein kul i brystet. Legen undersøkte pasienten og meinte at det ikkje var nokon kul i brystet, men viste til at det kunne vere kjertlar som hadde endra seg. Sjølv om pasienten var bekymra for kreft og bad om tilvising til mammografi, vart ho ikkje utgreia vidare.

I dette tilfellet handla legen etter vår vurdering fagleg uforsvarleg ved at han ikkje tilviste pasienten til vidare utgreiing. Pasienten fekk seinare påvist ein 2,6 cm stor kreftsvulst i brystet.

Blod i urinen

Eit anna døme gjaldt ei klage frå ein 78 år gammal mann som hadde vore til fastlegen ti gongar i løpet av eit år med urinvegsplager der det blei påvist mikroskopisk blod i urinen. Legen gav behandling for urinvegsinfeksjon og vurderte ikkje andre diagnoser, trass i at pasienten framleis hadde blod i urinen etter gjennomført behandling.

Det viste seg seinare at pasienten hadde blærekreft. Vi vurderte at legen handla fagleg uforsvarleg ved at han ikkje vurderte andre diagnoser og utgreia pasienten med naudsynte supplerande undersøkingar.

Diskusjon

Ved gransking av våre tilsynssaker fann vi at ni saker gjaldt vurdering og utgreiing av kul i brystet hos kvinner. Brystkreft er den mest vanlege kreftforma hjå kvinner og vi forventar at legar har omfattande kunnskap om temaet. Når kvinner over 50 år oppdagar ein kul i brystet, skal kreft mistenkast inntil det motsette er prova. I denne aldersgruppa er kreft den langt vanlegaste årsaken til eit slikt symptom, andre årsaker er sjeldsynte. God praksis i slike tilfelle vil vere å tilvise kvinna til eit brystdiagnostisk senter for vidare utgreiing og diagnostikk. Dette går fram av pakkeforløp for brystkreft, som er ei fagleg rettesnor for korleis ein skal utgreie pasientar med slike symptom (6).

Når det gjeld blod i urinen som var temaet i den andre saka referert til over, er dette ofte eit godarta symptom. Men ond-

arta sjukdom må mistenkast ved langvarig urinvegsinfeksjon og gjentekne funn av blod i urinen hjå eldre menn. God praksis i denne samanhengen ville vere å ta CT-urografi, og deretter eventuelt cystoskopi (7). I dømet over vart dette ikkje gjort. Generelle symptom som vektta, trøttheit, kul og oppfyllingar, uavklarte smertetilstandar, blod i avføring og langvarig hoste kan også vere symptom på kreftsjukdom, men dette er også symptom som ofte er godarta. Når pasientar kjem til konsultasjon og presenterer slike plager og symptom, må fastlegen balansere risikoen for å oversjå alvorleg sjukdom opp mot ein klok bruk av utgreiingsskritt og supplerande undersøkingar, basert på ei individuell vurdering av den enkelte pasient.

I fleire av sakene vi har gjennomgått vart avvikande prøvesvar og patologiske røntgensvar ikkje følgde opp slik dei skal. Dette kunne skuldast svikt i verksemda si organisering eller individuell svikt hjå helsepersonellet. Nokre av legane viste til at forseinka diagnostikk skuldast svikt i t.d. datasystem. I nokre saker svikta oppfølginga av patologiske prøvesvar i samband med ferieavvikling, vikarbruk o.l. Vi vil derfor påpeike kor viktig det er at eit legekontor har robuste rutinar i samband med tilsetjing av vikarar, avvikling av ferie og andre potensielt sårbare situasjonar forbunde med risiko. Også legekontor er underlagt Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (8), og legekontor må ha gode rutinar for å forhindre at svikt skjer i slike situasjonar.

REFERANSAR

1. Hunskaar, S. Allmennmedisin. 3. utg. 984 s, tab, ill. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013.
2. Hjørleifsson, S. Klope valg i allmennmedisin. Utposten Nr. 5, 2018, <https://www.utposten.no/i/2018/5/utposten-5-2018-a-1297>.
3. Norsk elektronisk legehåndbok, NEL. <https://legehandboka.no/>.
4. Pakkeforløp for kreft. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=pakkeforlop>.
5. Homlong, L. Tilsynssaker fra allmennpraksis og legevakst. En oversikt. Utposten nr. 2, 2021.
6. Pakkeforløp brystkreft. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft>.
7. Pakkeforløp blærekreft. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/blaerekreft>.
8. 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>.

Denne artikkelen er ein omarbeidd versjon av ein artikkel publisert i Statens helsetilsyns tilsynsmelding frå 2019: *Forseinka diagnostikk av kreftsjukdom*. Utgitt av Statens helsetilsyn. Oslo, mars 2020. (<https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/tilsynsmelding/2019/tilsynsmelding2019.pdf>)

■ LISBETH.HOMLONG@HOTMAIL.COM

'Saman er ein mindre – kan ein kommuneoverlege

■ GERD SIGNY OMLAND • Kommuneoverlege i Hå kommune

BOKA MED DENNE TITTELEN av Anna Gavalda er eit uttrykk eg har hatt i bakhovedet sidan eg las ho fyrste gong rundt 2008. Ei sjølv sagt og enkel utsegn, men likevel forløysande livsvisdom i mang ei tung stund. Om det er få andre parallellar å dra frå den litt rufsete gjengen i Paris til kommuneoverlegekollegaene mine og andre kollegaer i Sør-Rogaland, står overskrifta like støtt som overskrift for pandemifasen.

Midt i mars 2021, etter eitt år med ein svært annleis kvardag, kjenner eg på håp om at det verkeleg er dei siste motbakkane me er inne i. For meg, som for andre i same stilling, er dette ei rolle der arbeidstid og fritid med jamne mellomrom flyt litt over i kvarandre. Når lokalavisa etter kvart ringjer jamnleg midt i middagen, tiaringen svarer og endåtil får utsegna si på trykk, blir grensene litt vel lause. Likevel er frustrasjonane rundt informasjon, vaksinerings og naudsynste små og store restriksjonar noko eg ikkje har lyst til å rette merksemda mot her. På alle nivå er det alltid ting som kunne vore betre, det gjeld òg min organisasjon, kommune og region. Eg har lyst til å ytra meg om kva som for meg har gjort at eg, trass i eit år med pandemi, framleis tenkjer at det å vera kommuneoverlege i ein middels stor norsk kommune er draumejobben. I all hovudsak handlar det om folk og fellesskap på ulike nivå.

EG LIKAR MEG GODT I FJELLET, og prøver å ha ein tursekk førebudd på det meste når familien skal ut på ymse ekspedisjonar.

Frå eg oppdaga samfunnsmedisin som fag, har eg prøvd å fylla på erfaringssekken min slik at eg skal kunna vera rusta for det som måtte dukka opp. Å ikkje leggja ut på langtur utan trening er eit godt råd. Til ei kvar tid er det likevel lite som er sikrare enn at nye kriser vil koma, og at dei ikkje vil vera heilt like noko ein har vore borti før. I sekken min har eg mangt og mykje av kursing og spesialisering. Alt dette har gitt meg god kunnskap og ballast, ikkje minst til å vita kvar eg skal leita når eg ikkje veit

svaret sjølv. Gode kart og kompass i ein uoversiktleg kvardag. Det viktigaste for meg har vore å få «lytta til erfarne fjellfolk», både i utdanningssamanheng og i min eigen kommune. Frå 2006 og til eg overtok som kommuneoverlege i 2016 fekk eg testa meg ut i ulike leiarfunksjonar og samfunnsmedisinske roller under trygg rettleiing av min forgjengar. Ein av dei andre eg har kunna nytta godt av i min «kommuneoverlegeoppvekst» har som pensjonert fastlege vore supersmittesporar nærast på heiltid.

I tillegg er fjellvettregelen å ikkje gå åleine – noko som for meg vert stadig viktigare. Her er eg heldig å ha mange å gå ilag med.

I HÅ KOMMUNE der eg er «heime» er kommuneoverlegen einingsleiar for legetenestene, legevakt, fengselshelse, fysioterapi, ergoterapi, friskliv og folkehelse. Når kommuneoverlegedelen av kombistillinga mi skal dekkja opp for alt som pandemien fører med seg, er det vanskeleg å vera ein til dagleg nærværande leiar. Det er gull verdt å ha ei slik god gruppe som me har, med ansvarsfulle tilsette som tek alle sine oppgåver på strak arm, svarer ja med ein gong på spørsmål om å ta andre oppgåver for ei stund, og samvitsfullt set seg inn i korleis dei best kan løysa oppgåvene sine. Fastlegekontoret der eg sjølv har lista mi er plassen eg kan gå innom og dela ein kaffi og ein god latter over meningslause trivialiteter midt i dei verste stormane.

Mitt neste fellesskapsnivå er leiargruppa til kommunalsjef for helse- og sossalsaker. I ei kommunal leiargruppe med avgrensa budsjett er det alltid fare for at alle vil ha mest til seg. I mitt leiarforum opplever eg stor fridom til at me kan drøfta utfordringar og saman diskutera oss fram til gode løysingar. Me var i fjor vår heldige og hadde lite smitte i vår kommune. Me har hatt nokre toppar utetter hausten, men har då kunna lena oss på rutinane me fekk snekra saman i starten av pandemien.

Hå kommune har desentralisert admini-

strasjon, og kommuneoverlegen sitt kontor er ikkje på rådhuset. Eg treff difor ikkje til dagleg andre deler av administrasjonen i kantina. Fordi eg er litt «systemnerd», likar eg å delta på tverrfaglege møter i den grad tida strekk til. Eg er ikkje ærleg om eg påstår at alt eg er med på til ei kvar tid kjennerst like meningsfullt. Likevel har det å kjenna kommunen vore grunnleggjande for å få til gode løysingar gjennom det siste året. Hå kommune sin visjon er «Me løfter i lag». Vår kommunedirektør og ordfører er lydhøyre og interesserte i alle deler av ei sak. Eg må ikkje kjempa for å få gehør for mine smittevernaglege råd. Me har vore skåna for store utbrot i opplæringssektoren så langt, men me har hatt nokre tilfelle av smitte på ungdomsskule og vidaregåande skule. Med ei kort og lite vellukka karriere som vikarlærer er ikkje eg ekspert på korleis skule kan drivast forsvarleg. Avgjerdene som må takast er aldri utan ulemper. Når me som har ulike ansvarsområde finn i lag og kommuniserer ut felles, står me sterkare. Særleg har det å ha gode folk på kommunikasjon ut, og bistand til informasjonsformidling vore ein styrke. Eg har snakka med mange i kommunen til alle døgnets tider, men samtalan vert alltid opna med «passer det for deg?» eller «beklagar å måtta bry deg no».

Geografisk er jærkommunane så nære og samanvevde at personar utanfrå nok slit med å forstå kvifor dette ikkje er ein kommune og eitt legevaktsområde. Politiske prosessar har eg stor respekt for. Når det hastar er likevel jærkommunane gode til å snu seg rundt. På ei helg vart det etablert felles test- og luftvegslegevaktsenter for fem kommunar med rundt 140 000 innbyggjarar på Klepp. Dette har gitt ein skalerbar testkapasitet som har tatt unna for alle toppane me har vore gjennom så langt. Personar med behov for testing har stort sett fått time neste dag, og med få unntak har mikrobiologisk avdeling gitt oss svar innan 24 timar. Alle nærkontaktar har vorte testa med det same og på dag 7. Informa-

åleine'

overleva pandemien?



sjon er vorte samkøyrte og kommunisert ut, og gitt tryggleik for innbyggjarane om kva som gjeld hos oss.

DET ALLER VIKTIGASTE for meg gjennom dette året, er samarbeidet mellom oss kommuneoverlegar i nabokommunane og helseregionen. Det tenkjer eg me må bygga vidare på når dette er over. Kommuneoverlegerolla kan verta ein einsam posisjon. Særleg om ein opplever seg i kamp med kommunen sin. Det gjer ikkje eg, men det er mange avgjerder som må takast under tvil, så det å vera samkøyrte med kollegaer er svært verdifullt. I dei tre jærkommunane hadde me tre relativt nyttil sette etablerte eit forum med treff om lag ein gong i månaden. Dette samarbeidet har me no tatt til eit heilt anna nivå, sjølv om det berre er unntaksvis me har kunna treffast fysisk det siste året. I samband med oppretting av felles testsenter og luftvegslegevakt etablerte me felles kommuneoverlegevakt for kommunane Sandnes, Klepp, Time, Hå og Gjesdal. Denne vaktordninga tek imot meldingar om positive prøvar, gjer ei fyrste kartlegging og melder vidare til smittesporing i dei ulike samarbeidskommunane.

Den fungerer òg som bakvakt for luftvegslegevakta ved ymse spørsmål. Utan ei vaktordning ville ferieavvikling og fri på kveldar og helger vore uråd. I tillegg har det sikra felles forståing av rutinar og tette linjer for å avdekkja lenker i smittetrådane mellom dei ulike kommunane. Kvar veke har me treftest på Teams og gått gjennom smått og stort av det som er nytt for siste veke. Å lytta til anekdotar frå ulike kommuneoverlegeepokar er òg noko me gjerne tek oss tid til. Ein skal ikkje kimsa av eit godt sidespor. Feiringa me skal ha når dette er over og me endeleg kan treffast fysisk, får stadig nye element av absurd karakter. Me har hatt hyppig e-postkontakt og delt kvarandre sine rutinar og tilrådingar. Hastar det endå meir, er ingen av kollegaene meir enn ein telefon unna.

Sist, men ikkje minst, vil eg halda fram det regionale samarbeidet i regionen kring Helse Stavanger.

Kvar onsdag gjennom pandemien har smittevernlegar i regionen, beredskap, avdeling for medisinsk mikrobiologi ved Stavanger Universitetssjukehus, representantar frå Statsforvaltaren og andre aktørar som eventuelt skulle vera aktuelle hatt

felles forum for gjennomgang av smittesituasjonen, drøfting av aktuelle tema og samkøyring. Då det drog seg til rundt juletider, tok Hans Petter Torvik, kommuneoverlege i Sandnes og leiar for fagrådet mellom helseforetaket og kommunane, initiativ til daglege meir uformelle kveldsmøter. På desse møta har ein frå dag til dag kunna fylgja smittetrådane i regionen og oppklara dei dagsaktuelle problemstillingane. Bu- og arbeidsregionen frå Stavanger og sørover er tett samanvevd.

DET EG SIT ATT MED som hovudinntrykk, og det eg ynskjer å prioritera i tida som kjem etter pandemien kan altså oppsummerast i eit ord: fellesskapet. Det å vera forlikt med mine kvardagskollegaer og kommunen min. Å kunna bidra til læring for yngre kollegaer, arbeida for gode vilkår og vaktordningar for kommuneoverlegar i framtida, og ikkje minst prioritera tid til formelle og uformelle treff i ein travel kvardag. Med eit godt samfunnsmedisinsk nettverk i bakhand handterer ein kva som enn måtte koma av nye bølgjer.

■ GERDSIGNY@HOTMAIL.COM

Situasjonsrapport fra Stovner



■ TRUDE BAKKE • Bydelsoverlege Bydel Stovner, Oslo kommune, spesialist i samfunnsmedisin og i allmennmedisin

Det er ett år siden pandemien startet. På Stovner er vi slitne, men rede.

I skrivende stund 17. mars er det 1441 smittede/100 000 i bydelen siste 14 dager. Vi er i den tredje bølgen, og tallene går mer og mer til vær. Oslo strever. Stovner har det høyeste smittetrykket i Oslo, som gjennom det aller meste av pandemien. Ungdomsskoler og videregående skoler i Oslo har fra i dag heldigital undervisning. Det samme gjelder 5.–7. klasse i de sju bydelene med mest smitte nå. Bydelsoverlegen har fattet vedtak om midlertidig stenging av 1.–4. trinn på to barneskoler og vurderer de fire andre fortløpende. Det er smitte og flere utbrudd i avdelinger i 20 av 24 barnehager og det er nesten ikke mulig å drive. Aldersgruppen 10–19 år og dernest 0–9 år har den største smitteøkningen. Mye smitte skjer nå i barnehager og skoler, noe som ikke har vært tilfelle før.

Det er høyt symptomtrykk blant de smittede. Den 14. mars viste statistikken at 6,6 prosent av befolkningen på 33 000 er smittet. Det er drøyt én prosent mer enn neste bydel i Oslo og høyt over snittet. I går hadde vi 62 smittede. Vi er i en konstant utbruddssituasjon, men vi har enda en lav andel av ukjent smittested. Siste uke er andelen ni prosent, av de vi er kjent med.

Hvorfor Stovner?

Vi hadde første tilfelle 11. mars 2020. Det startet ikke hos oss. Ingen på Stovner hadde vært på skiferie, men vi visste viruset ville komme. I løpet av knappe to uker økte det til et stabilt høyt antall smittede pr. uke. Vi hadde forberedt oss fra vi visste om viruset som hadde spredt seg i Kina, men det var likevel en tid preget med mye usikkerhet.

Bemanningen til smitteoppsporingsarbeidet måtte øke drastisk på få uker, fra vi begynte med bydelsoverlegen og smittevernsykepleiere. Skolene ble stengt den 12. mars, og det ble flere og flere skolehelsesykepleiere som bemannet smitteoppsporingsteamet. Bydelsoverlegen rekrutterte fastleger til å være lege i bakvakt. De digitale løsningene var ikke på plass, vi satt med Excel-ark og en tungvint arbeidsform. Vi skjønnte at effektiv smittesporing var vesentlig. Kartlegging av helsetilstand var også svært viktig. Mange ble alvorlig syke og ble lagt inn på sykehus. Erfarne helsesykepleiere gjorde en formidabel jobb i front, og de erfarne bakvaktene var vel så verdifulle. En av fastlegene forsto at bydelsoverlegen trengte hjelp, og stilte seg til disposisjon som assisterende bydelsoverlege en dag i uka og litt til. Gry-Elin Tøfte-Furu bidrar fortsatt.

Vi vet at smittsomme sykdommer sprer seg fortere og rammer hardere i de deler av befolkningen som bor trangt og som tref-

fer mange. Dette er tilfellet i flere av delbydelene på Stovner, der det er stor grad av fattigdom og trangboddhet. Da smittetallene fortsatte å være høye i flere uker, fikk vi bekreftet at vi kom til å være ekstra hardt rammet av pandemien.

I første fase kom vi opp i 20 hoder til smittesporing. I tillegg til helsesykepleiere, benyttet vi flere andre helsepersonell, blant annet avtalesfysioterapeuter som jo var ledige. De fire til seks legene i bakvakt besvarte både kliniske spørsmål og enklere smitteverns spørsmål. Oslo har byomfattende samfunnsmedisinsk beredskapsvakt, men disse var i starten overbelastet, og det ble til at bydelsoverlegene hadde kontinuerlig bakvakt for de lokale bakvaktene.

Fra i sommer var det enda en erfaren fastlege som ønsket å bidra, denne gang Gunnar Rusten, som var blitt pensjonist. Bydelsoverlegekontoret kom opp i tre sterke hoder, om enn ikke mer enn 1,5 stillinger. Vi hadde en roligere fase og var blant bydelene som hadde lavest smittetall pr. innbygger. Men det varte ikke. Helsesykepleierne var for lengst tilbake i skolene, og mange nye sykepleiere kom til. De snakker over ti forskjellige språk, og alle de vanligste for befolkningen. Det har vi nytte av. Annet personell ble også rekruttert. Da det begynte å øke på i høst, varierte smittetrykket mellom bydelene i Oslo en lengre periode. Så skjedde det samme som på våren, vi inntok lederplassen.



Bebyggelse på Stovner. Stovner Senter i forgrunnen var under ombygging i 2015 da dette bildet ble tatt. FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

Det meste av byen gikk ned i snittetall etter andre bølge, mens Stovner fikk lite glede av det, og lå høyt over andre bydeler. Ved inngangen til julen økte smitten enda mer, og det holdt seg med høye snittetall gjennom hele høytiden. Vi kom opp i 670 smittede/100 000, og ti prosent av de testet positivt. Bydelsoverlegen jobbet for å få oversikt, og rakk ikke å kontakte Folkehelseinstituttet før kontakten gikk motsatt vei. Trengte vi hjelp? Ja. Vi hadde

et stort utbrudd i hjemmetjenesten, 23 ansatte og 13 brukere var smittet. Det ble mange forgreininger og flere alvorlig syke og innlagte. For øvrig skjedde smitten i alle deler av befolkningen, men mer i delbydelene med størst levekårsutfordringer.

Fra slutten av januar fikk vi endelig en nedgang i nye smittetilfeller. Ikke uventet varte det ikke lenge. Fra 15. februar har kurven gått i feil retning, og den blir brattere. Hver gang vi har høye snittetall, kry-

per andelen som tester positivt oppover. Mørketallene er store.

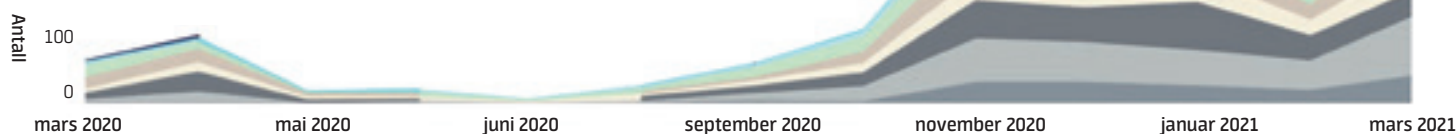
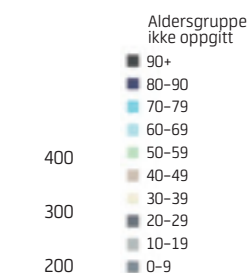
Andelen barn og ungdom som er smittet har vært høyere på Stovner enn i andre bydeler. Inntil nylig har dette reflektert smittesituasjonen i samfunnet, og i all hovedsak har det vært husstandssmitte. Vi hadde heller ikke tidligere mange utbrudd i barnehager og skoler.

For få uker siden viste statistikken at bydel Stovner hadde hatt 100 prosent flere sykehusinnlagte pr. innbygger enn neste bydel i Oslo siden 1. august. Situasjonsbildet skriker etter analyse og tiltak.

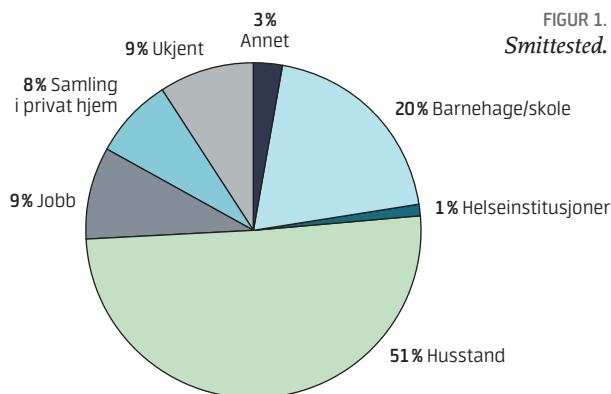
Det finnes ingen enkel forklaring på hvorfor vi er ekstra hardt rammet. Det er andre bydeler som har en stor andel som bor trangt, og hvor andelen med livsstilssykdommer som diabetes type II, fedme og hjerte-/karsykdom også er høy.

Vi har litt flere i aldersgruppa 65+ enn de bydelene som ligner oss mest. Men gjennomsnittsalderen på dem som har vært innlagt på Ahus til nå, er 59 år, som ikke er

FIGUR 2. Aldersfordeling over tid.



FIGUR 1. Smittede.



Smitteoppsporing i inn

■ SAPNA IQBAL • Kommuneoverlege i Sarpsborg kommune

Koronapandemien viser oss i klartekst folkeopplysningens enkle formål og samtidig kompliserte utfordring: Å nå alle. Her deler en kommuneoverlege som har stått i front i dette landskapet, noen ransakende refleksjoner.

Smittesporing er en prosess der en kartlegger og informerer alle nærkontakter av et smittetilfelle. Denne prosessen er sentral i den norske covid-19-strategien «TISK» som står for testing, isolering, smittesporing og karantene. Gjennom smittesporing kan vi bryte smittetekjeden, slik at vi forhindrer videre smittespredning i samfunnet. På den måten får vi oversikt og kontroll over pandemien.

Men hva når smittesporing ikke lar seg utføre?

For et par måneder siden opplevde en familie med innvandrerbakgrunn et dødsfall. Huset ble åpnet for sørgende. Flere var innom for å vise sin støtte og kondolanse i den tøffe tiden. I ettertid viste det seg at familien var koronasmitte. Flere som hadde besøkt familien for å kondolere, utviklet symptomer og testet positivt i etterkant.

Dette var et utbrudd, og TISK-strategien skulle etter planen komme oss til unnsetning, men det fungerte ikke. Vi stagnerte under smittesporingsprosessen og møtte på flere utfordringer. Det første steget for å få oversikt over et utbrudd er å kartlegge

alle som har vært tilstede. Dette var utfordrende da det ikke hadde vært naturlig for familien å føre en deltagerliste i en slik situasjon. Familien var også tilbakeholden med informasjon, uten at vi klarte å forstå hvorfor. Dermed klarte vi ikke å få hele oversikten over hvem og eventuelt hvor mange som hadde vært til stede.

Ved forsøk på å kontakte noen av dem som sannsynligvis hadde vært på dette arrangementet, møtte vi også på en del utfordringer med at folk holdt tilbake informasjon. Grunnet vansker med å innhente informasjon direkte fra familien og fra dem som angivelig hadde vært der, utformet vi en e-post til leder for trossamfunnet hvor vi visste at flere fra miljøet møttes. Denne e-posten ble sendt via flyktningkonsulenten som allerede kjenner miljøet. Tanken var å formidle informasjonen på en tillitsfull måte.

Vår hensikt med å informere via e-post var å formidle at det var smitte i miljøet og at en burde ha lav terskel for testing ved utvikling av symptomer. Dette gjør vi også ved smitte oppdaget i andre settinger når smittesituasjonen er uavklart, som for eksempel på konserter, treningssentre og ar-

beidsplasser. Under dette utbruddet merket vi at budskapet vårt ikke var tilstrekkelig, og at det falt i dårlig jord. Budskapet vårt ble mistolket og opplevd som diskriminering.

Hvorfor fungerte ikke vanlig prosess med TISK i dette utbruddet?

Spørsmålene var mange. Brukte vi feil tilnærming? Skulle vi ha brukt annen metode i dialog med denne gruppen enn det vi vanligvis gjør? Skulle vi tatt direkte kontakt med lederne og ikke inkludert flyktningkonsulent? Skulle vi ikke ha tatt kontakt med trossamfunnet, og heller brukt en annen lederskikkelse? Er miljøet redd for negative sanksjoner om det kommer frem at de ikke er orientert med tanke på smittevernstiltak? Er miljøet redd for skam dersom det blir allment kjent at det er koronasmitte hos dem? Vil det øke stigmatiseringen?

Hadde vi ikke nådd ut med god nok informasjon til denne gruppen? Hadde vi ikke nådd ut med orientering om hvor en kan finne informasjon på morsmål? Skulle vi fremmet informasjon via bilde, video og lyd på morsmål? Kommer motstanden pga. mistillit til myndighetene? Hvordan kan vi arbeide målrettet med å oppnå mer tillit? Kan synet på kvinner gjøre dialogen utfordrende? Kan det være at noen vegrer seg for å teste seg fordi de ikke vet at det er gratis?

ulikt nabobydelene. Våre data på Stovner viser at vi har store forskjeller i levekår, og veldig mange som lever under fattigdomsgrensen i noen grunnkretser. Vi har 55 prosent ikke-vestlige innvandrere, som er det meste i Oslo. Vi har også mange innbyggere i de store gruppene der det både er en høy andel smittede og en høy andel som er innlagt på sykehus.

Husstand har vært oppgitt smittet i rundt 50 prosent av tilfellene fra 1. august. Særlig når vi har hatt aller mest smitte, har husstandssmitte stått for en ekstra stor andel. Når noen først blir smittet, har de

ikke mulighet til å isolere seg med eget rom og bad. Husstanden består ofte av tre generasjoner, og kan bestå av ti personer. Det kan være mange nærkontakter fra storfamilien og andre. TISK-arbeidet er krevende. Nå har vi over 50 dyktige personer i smitteoppsporingen. Er det nok?

I starten var det begrensninger på testkapasiteten, men vi bestilte test i de tilfellene vi mente det var viktig for smittesporingen og behandlingen. Da det ble opprettet kommunale teststasjoner, ble Rommen det nærmeste for Stovners innbyggere. Det er mer enn 1 km å gå for de fleste, mange har

ikke bil, og mange har mange barn. Mange behersker ikke digital bestilling av test. Vi har ofte bestilt hjemmetesting når vi har en kjent smittet, men den første testen har kommet for sent.

Fra desember ble det opprettet mobile testenheter som Oslo kommune organiserte, og siden da har bydel Stovner hatt testmulighet utenfor Stovner Senter flere dager i uka. Nå er det seks dager i uka, og det er også mulighet andre steder i bydelen, dessverre ikke med samme kontinuitet. Forrige uke var det 1000 personer som testet seg på disse enhetene. De trengs.

vandrer miljø

Vi endret vår strategi og opplevde en markant endring

Vi kontaktet flyktningkonsulent i byen på nytt og inviterte til et møte. Vedkommende hadde med seg ressurspersoner som hadde aksept i miljøet og som også arbeidet i kommunen. Det ble et godt møte med gode innspill. Vi oppnådde bedre forståelse av kulturen. Det ble lagt en felles strategi for hvordan vi skulle nå ut med informasjon og arbeide mot et felles mål om å forhindre smittespredning i samfunnet.

Ressurspersoner ringte rundt i sitt nettverk og fikk kartlagt en stor andel av dem som hadde vært på arrangementet. Dette skjedde i løpet av noen få timer. Ressurspersonene hjalp våre smitteoppsporere med å gi informasjon på morsmål om definisjon av nærkontakt, gjennomføring av karantene, testing og eventuelle konsekvenser av karantenebrudd. Vi fikk testet alle disse og kun noen få testet positivt. Videre smittesporingsarbeid gikk fint for seg.

De viktigste læringspunktene

Kontakt med ressurspersoner i kommunen er viktig for å sikre at TISK-strategien harmoniserer best mulig med kulturelle normer. Direkte kommunikasjonsbistand i både smitteoppsporingsarbeid, og informasjonsflyt ut til miljøene var verdifullt. Vi lærte at det er viktig å tilpasse smittesporingsarbeidet når vi ser at språklige og kulturelle forskjeller kan gi utfordringer. Dette er avgjørende for å stoppe videre smittespredning i samfunnet og holde pandemien under kontroll.

■ SAPNA-TARSEM.IQBAL@SARPSBORG.COM

Vi har tilbudt bruk av alternativ bolig eller karantenehotell i de tilfellene det har vært mulig at enten den smittede eller husstandsmedlemmer kan flytte ut av hjemmet. Som oftest har hele husstanden sympotomer når smitten blir oppdaget, og om vi skulle være tidlig nok ute, er det få som ønsker tilbudet. Vi tilbyr også alternativ bolig til nærkontakter etter FHI's råd ved mutert virusvariant.

Informasjons- og kommunikasjonsarbeid er viktig. Det muntlige kan være best. Det er mye skam knyttet til det å bli smittet. Noen har trodd det har kostet flere hundre kroner å

bli testet. Munnbind koster penger. I tillegg til alt som styres av Oslo kommune sentralt og nasjonale myndigheter, har bydelen sine egne satsninger. Ungdommer deler ut munnbind og håndsprit på Stovner Senter, og ansatte i bydelen har ringt på alle dører i borettslag i forkant av testmulighet der folk bor.

Det er vanskelig å gjøre noe med usikre arbeidsforhold der man ikke har sykepenge rettigheter og det å bli satt i karantene og isolasjon innebærer et stort inntektstap. Hvordan skal du være i karantene når du er alene med mange barn? Mange i vår bydel har også yrker som innebærer mye

kontakt med andre, uten mulighet for hjemmekontor.

Vaksinering er veien ut av pandemien, og det haster. AstraZeneca-vaksinen er satt på vent. Denne uka har vi fått 2000 ekstra Moderna-vaksiner, som resultat av at de seks bydelene med høyest smittetrykk er blitt prioritert. Det var på tide. I skrivende stund får 76-åringene time på vaksinasjons-senteret. Det er ikke mange innvandrere som har fått vaksine enda, men de blir innlagt på sykehus. Det haster.

■ TRUDE.BAKKE@BSR.OSLO.KOMMUNE.NO



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Prostatakreft

– gjennomgang av retnings

■ JOSTEIN TØRSTAD • Fastlege ved Kirkenes legesenter

Jeg er en eldre doktor som gjennom noen tiår har fått innprentet tilbakeholdenhet med «villscreening» for prostatakreft. Jeg har forholdt meg til pålegg om å gi balansert informasjon om fordeler og ulemper ved å la seg undersøke med prostata-spesifikt antigen-test (PSA-test).

Jeg synes det kan være en tung pedagogisk oppgave å forklare folk at det ikke nødvendigvis lønner seg å oppdage kreft tidlig og jeg vet at mange misforstår. Jeg har fulgt opp med kontroller når pasienter som har valgt å ta test har havnet i «gråsonen» mellom 4 og 10 µg/L – «bør i det minste kontrolleres om en tid», kommenterer vårt laboratorium. Jeg har henvist pasienter som har vist stigende tendens i denne sonen, og har aldri fått noen negativ tilbakemelding på min henvisningspraksis fra spesialisthelsetjenesten. Det har gått bra i mange år.

Så en dag dukker det opp en pasient med aggressiv prostatakreft, hvor PSA var fulgt over mange år. Det ble en klagesak og Fyl-

kesmannen konkluderte med to lovbrudd: Bakgrunnen for prøvetaking var for dårlig dokumentert, og det var ikke fanget opp en stigning på mer enn 0,75 µg/L pr. år for en tid tilbake. Jeg legger ikke skjul på ubehaget denne tilsynssaken medfører og må innrømme feilen jeg har begått, men det er verre for pasienten enn for meg.

Jeg har studert temaet og funnet ut at retningslinjene er skjerpet opp mot det som har vært min praksis. Grunnen til at jeg skriver dette, er at jeg har snakket med flere kolleger, både eldre og yngre, og oppdaget at mange har hatt samme kunnskap om praktisk håndtering av og oppfølgingsrutiner av PSA-testen som meg.

Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) anbefaler henvisning til urolog ved bekreftet PSA-verdi over 3 µg/L (1). NEL går også langt i å anbefale informert screening for aldersgruppen 50–70. For gruppen over 75 år er screening skadelig. Videre anbefales det å henvise til urolog dersom PSA stiger med 0,75 µg/L eller mer på ett år, også i nivå under normalgrense for alder.

I innledningen til *Pakkeforløp for prostatakreft* (2), et dokument det er rimelig å anta at mange allmennleger har lest, står det:

Mistanke om prostatakreft oppstår primært når forhøyet PSA påvises ved generell helseundersøkelse hos allmennlege. Vannlatingsbesvær eller smerter som følge av prostatakreft skyldes oftest at sykdommen er lokalt avansert eller har spredt seg til skjelettet.

Ved mistanke om prostatakreft gjøres følgende:

- Generell klinisk undersøkelse
- Digital rektal eksplorasjon (DRE)
- Ved patologisk palpasjonsfunn skal pasienter henvises uavhengig av PSA
- Måling av PSA. Ved normal DRE måles PSA to ganger med 3 ukers mellomrom
- Ved forhøyet PSA skal urinretensjon og infeksjon utelukkes. Ved infeksjon skal PSA-måling gjentas etter 1–2 måneder

Det er vel her rimelig å anta at forhøyet verdi referer til angitte normalverdier, her nevnes heller ikke stigningsstallet på 0,75 µg/L pr. år.

Nasjonalt handlingsprogram mot prostatakreft fra 2015 anbefaler ikke screening, men påpeker nytte av å følge spesielt pasienter med arvelig disposisjon (3). Tiltaksgrense er bekreftet verdi over 3,5 µg/L. I dette programmet refereres undersøkelser som viser bedring i effekt av radikalbehandling, i følge NEL er NNT ved radikalbehandling nå ned mot 8, noe som er en klar forbedring i forhold til Helsedirektoratets brosjyre som skal brukes for å informere pasienter før PSA-prøvetaking. Der oppgis NNT til 48. Innledningen til denne brosjyren lyder:



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

linjer i lys av en klagesak

«Generelle forhold

PSA-testing av menn mellom 50 og 70 år har som formål å påvise prostatakraft på et tidlig stadium. Behandling kan da muligens redusere dødelighet på grunn av prostatakraft, men mange vil da bli behandlet uten at det egentlig er nødvendig. Behandlingen innebærer en ikke ubetydelig risiko for varige forandringer som kan gi redusert livskvalitet. Bakgrunnen for eventuell overbehandling er at prostatakraft påvist i et tidlig stadium kan ha et uforutsigbart forløp. Vi mangler pålitelige metoder som kan skille mellom de menn som vil ha nytte av behandling og de som har like gode leveutsikter uten behandling. Så lenge denne utvelgelseskunnskapen mangler, vil flere få behandling enn de som reelt trenger det. Med dagens kunnskap regner man med at 48 menn må behandles for prostatakraft i et tidlig stadium for å unngå ett dødsfall av sykdommen.»

Slik jeg oppfatter det, viser spriket i disse tallene at det går framover, men at behovet for kunnskapsoppdatering også finnes hos sentrale helsemyndigheter. Har vitenskapsgrunnlaget endret seg? Ikke overbevisende – det er fortsatt studier som viser små forskjeller i utfall mellom grupper som gjennomgår radikal behandling og grupper som ikke behandles. Overdiagnostikk og overbehandling er fortsatt sentrale tema når en søker opp artikler om prostatakraft. Tidsskriftet har ikke artikler fra de siste fem år som omhandler PSA som screeningmetode.

Det er et problem at grenseverdier ikke sammenfaller med tiltaksgrenser. Det er et problem at vi skal gi informasjon om en sykdom uten at det er åpenbart om vi skal tilrå eller frarå prøvetaking, og at Helsedirektoratets brosjyre avviker fra handlingsprogrammet og NEL om nytten av behandling. Jeg har lært at to forutsetninger for et screeningprogram for en sykdom er at en har en god test som plukker ut de syke på et tilstrekkelig tidlig tidspunkt, og at det finnes god behandling for sykdommen.

Det er noe motsetningsfullt i dagens situasjon, der tiltaksgrenser endres og senkes, og det råder optimisme rundt stadig mer avanserte behandlingsmetoder. Ikke-invasive diagnostiske metoder som MR er innført. Likevel tar sykdommen fortsatt ca. 1000 liv i året. Det tas årlig et antall PSA-prøver tilsvarende halvparten av norske menn over 40 år, minst én autoritativ kilde (1) går i retning av screening i gruppen 50 til 70 år, og PSA anbefales i utredning av vannlatingsbesvær hos menn i en aldersgruppe der de fleste har nettopp det. Er det på tide å systematisere dette i et nasjonalt program?

Inntil videre vil jeg spørre mine pasienter om arvelig disposisjon, tilrå testing for dem som har det, dokumentere dette og være indifferent i forhold til alle andre. Når en først inngår avtale om testing, vil jeg henvise alle som har bekreftet verdi over 3 µg/L. Jeg vil også sammenholde verdier fra år til år med oppmerksomhet på stigning på 0,75 µg/L pr. år og henvise disse. Om dette er god medisin vet jeg ikke, men det reduserer risikoen for flere tilsynssaker.

REFERANSER

1. Norsk elektronisk legehåndbok. Prostatkraft. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/mannlige-kjonnsgorgan/tilstander-og-sykdommer/prostata/prostatkraft/>
2. Helsedirektoratet (2014). Pakkeforløp for prostatakraft [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 15. august 2017, lest 15. mars 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/prostatkraft>
3. Helsedirektoratet (2015). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakraft [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 26. november 2020, lest 11. mars 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/prostatkraft-handlingsprogram>
4. Helsedirektorat PSA-Prostataspesifikt antigen IS-0291

■ JOSTEIN.TOERSTAD@GMAIL.COM

Sidekommentar

Denne historien er et godt eksempel på hvor krevende det til tider kan være å følge retningslinjer i allmennpraksis, spesielt der anbefalingene spriker. Historien viser dilemmaet mellom på den ene siden å risikere unødvendig utredning og behandling, og på den andre siden å ikke oppdage alvorlig sykdom.

Allmennpraksis er et fag som omfatter hele mennesket og spekteret av sykdommer, der pasientens behov og ønsker er sentrale. Retningslinjer, derimot, beskriver best dokumenterte behandling eller behandlingsløp for ofte bare én sykdom eller problemstilling. Dermed er det mange retningslinjer å forholde seg til totalt i allmennpraksis, og det er ikke enkelt å holde seg oppdatert på alle disse til tross for gode oppslagsverk som NEL med flere.

Hos eldre, skjøpelige og multi-syke pasienter er det heller ikke gitt at de blir friskere jo flere retningslinjer som anvendes på dem samtidig. Her må det brukes klinisk skjønn, og anbefalingene må veies opp mot hva som er viktig for pasienten.

BJARNE AUSTAD

Fastlege ved Øya legesenter og førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

■ BJARNE.AUSTAD@NTNU.NO

Da raset rammet – en historie fra første dag

■ CHRISTIAN WIRSCHING • Fastlege Gjerdrum legesenter

Utpostens lesere får her en øyenvitneskildring fra en fastlege i kommunen som dagene før nyttårsaften ble rammet av nor- geshistoriens største leirskred i nyere tid. Naturkatastrofen tok ti liv, og over tusen mennesker ble evakuerte.

Det er tirsdag 29. desember. Jeg er på kontoret på Gjerdrum legesenter. Det er sent, og jeg er alene. Innboksen skal ryddes før nyttårshelgen. Familien venter på meg på hytta i Gudbrandsdalen. «Pappa, kommer du i morgen?» spør sønnen min på 6 år. «Ja,

det gjør jeg. Kjør rett fra jobb.» Jeg setter på alarmen og vender nesen hjemover. Det er kaldt og det snør lett. Min faste arbeidsrute er riksvei 120 fra Gjerdrum mot Skedsmokorset. Det skal vise seg å bli siste gang på svært lenge at jeg bruker denne.

Telefonen ringer, klokken er 07.15 onsdag morgen. Det er min kollega ved legesenteret: «Det har gått et ras i Gjerdrum, folk evakueres. Jeg vet ikke mer foreløpig. Kan du komme til kommunehuset med en gang?» Jeg pakker pc med hjemmekontor, setter meg i bilen og kjører fra Oslo og nordover på E6. Telefonen ringer igjen: «Ikke kom hit likevel. Folk evakueres til Olavsgaard hotell. Der kan det være behov for lege». Jeg kommer til hotellet litt over klokken åtte. Det var stengt for sesongen,

men åpnet i all hast for å ta imot de evakuerte. Foajéen er full av mennesker. Mange uten klær, med kun et teppe rundt seg. Noen er dekket av leire. Det er gråt og fortvilelse, men mange trøster hverandre. Og det er rolig, påfallende rolig.

HVA GJØR JEG NÅ? Jeg befinner meg i Lillestrøm kommune, jeg jobber ikke her og jeg har heller ingen direkte rolle i beredskapen. Kanskje jeg bare er i veien? Usikkerheten tar meg et lite øyeblikk, men blikket faller på et skilt like ved resepsjonen: «Beredskapssenter». Jeg går dit. Rommet er tredelt, ambulanse, politi og kommune. Jeg presenterer meg som fastlege i Gjerdrum kommune og blir raskt integrert i beredskapen. Jeg tar plass ved Gjerdrum kommune sine representanter.

DE EVAKUERTE SOM HAR KOMMET til hotellet, har levert inn skjema med personalia og viktige opplysninger. Papirbunken er stor, det er over hundre mennesker som allerede har kommet hit. Jeg jobber meg igjennom registreringsskjemaene og leser: «mangler alle medisiner mine», «har mistet alt jeg har», «vet ikke hvor familien min er», «har et stort sår på beinet, trenger lege». Det er sterkt å lese. Det er mange kjente navn. Gjerdrum er et lite sted, og nesten alle i bygda har fastlege på Gjerdrum legesenter.

Jeg skjønner at dette blir omfattende, det er meldt om flere busser med evakuerte på vei. Jeg tilkaller en kollega fra legesenteret vårt, som kommer raskt til stedet. Vi får assistanse fra både Nannestad og Lillestrøm kommune. De stiller med en fastlege hver. Vi etablerer et allmennlegeteam i beredskapsrommet. Det føles naturlig for meg å ta rollen som koordinator, siden jeg var første lege på stedet. Det jobbes med å skrive resepter fra hjemmekontor, og det er behov for sykebesøk på flere rom. Vi blir enige om at legebilen til Nedre Romerike legevakt kan forlate stedet, men være i beredskap.

BEGGE FOTO: TORSTEIN DAVIDSEN, ROMERIKES BLAD



på evakueringshotellet



KOMMUNELEGEN I LILLESTRØM gir oss god støtte og planlegger for videre drift av legetjenesten på hotellet gjennom nyttårshelgen. Det vil være et behov for allmennlegetjeneste her videre også, kanskje i flere uker. Det er et ønske fra vertskommunen at det er legene i Gjerdrum som skal drifte dette videre.

Jeg beveger meg rundt på hotellet, det er fremdeles mye folk i gangene, men de fleste har nå fått egne rom. Ledelsen og de ansatte på hotellet gjør alt de kan for at folk skal føle seg ivaretatt og trygge. Det klarer de på en imponerende måte.

JEG MØTER KJENTE OG UKJENTE. De er takknemlige for at vi er der. De formidler at de kjenner en trygghet over å se en lege de kjenner eller bare kjenner ansiktet til. Det betyr mye for folk, det forstår jeg spesielt godt denne spesielle dagen. Hjemmesykepleien jobber utrettelig med å få oversikt over sine brukere og deres behov. Vi opp-

retter direkte kontakt. Det er mange som er der for å hjelpe. Jeg møter kriseteamet i Lillestrøm kommune og Røde Kors hjelpekorps. De snakker med folk og det er sterke historier. Jeg treffer soknepresten i Gjerdrum og lederen for psykisk helse i kommunen. De har etablert et eget kriseteam her på hotellet. Jeg briefes om deres arbeid og videre plan. Som fastlege faller koordinator-rollen naturlig. Vi er vant til å snakke med mange instanser, og de er vant til å snakke med oss.

Lokalsamfunnet stiller opp. På en dag hvor folk vanligvis planlegger hvordan de skal feire årets siste dag, så strømmer det på med hjelp til de evakuerte. Butikker fra nærområdet stiller med varme klær og sko, det kommer lassevis med hundemat, og «Kanarifansen» (LSK sin supporterklubb) har samlet inn diverse utstyr fra lokalområdet. Det kommer leker og bøker til barna, og man ser en giverglede som viser hva som bor i mennesket når det virkelig gjelder.

TIMENE GÅR. Jeg har ennå ikke sett bilder fra rasområdet. Det er flere som er savnet. Legesenteret er evakuert og ligger 50 meter fra raskanten. Strømmen er gått. Vi har ikke tilgang på hjemmekontor og heller ikke noe sted å drive legetjeneste. Det har jeg ikke hatt tid til å tenke på.

Klokken er snart halv ni på kvelden når jeg kjører hjem. Det blir ikke noen tur til fjells denne dagen, slik som jeg hadde lovet sønnen min.

Nå er det gått over ti uker siden raset rammet Gjerdrum, og bygda kom på alles lepper. Jeg trenger aldri igjen å måtte forklare folk hvor jeg jobber. Vi kom tilbake på vårt legekontor i Nystuen 15. februar 2021, og fastlegelivet må gå videre. Veien tilbake dit var dessverre lang og konfliktfylt, og som næringsdrivende ble vi glemt og forlatt i kampens hete. Vi raste ikke selv, men det føltes som vi ble rasert. Vårt kollegium er sterkt og sammensveiset, og uten denne styrken vet jeg ikke hvordan vi skulle klart oss.

BEBOERE I NYSTULIA der raset rammet, har igjen begynt å sove hjemme. Det dreier seg om å ta livet sitt tilbake. De fleste trives her, de vil ikke gi seg så lett. «I går kom naboen også, nå begynner vi å bli mange». Men noe er endret og vil for alltid være det. Enkelte vil aldri flytte tilbake, og det kan man forstå. Det som skjedde i Nystulia i Gjerdrum 30. desember 2020, var en katastrofe, men paradoksalt nok opplevdes akkurat denne dagen som den mest meningsfulle dagen jeg har hatt i min snart ni år lange karriere som fastlege. Jeg fikk være til stede denne dagen, bidra som lege og ta del i historiene til de som ble rammet. Det vil jeg aldri glemme. Som fastleger i Gjerdrum skal vi fortsette å være der for alle som trenger oss. Slik fastleger er.

■ CHRISTIANWIRSCHING@HOTMAIL.COM

TYPE 2-DIABETES

Andelen norske diabetespasienter som er overbehandlet, er relativt liten

Drøyt 4 prosent av fastlegepasientene ble potensielt overbehandlet for type 2-diabetes, 7,8 prosent ble potensielt underbehandlet, og 11 prosent hadde ikke målt HbA1c. Det viser en norsk studie med førsteforfatter Anh Thi Tran. Dataene er fra ROSA4-studien og inkluderer 10 233 pasienter med type-2 diabetes, fordelt på 282 fastleger.

Pasienter med en HbA1c-måling de siste 15 måneder, ble kategorisert som mulig overbehandlet dersom alder over 75 år, medisinert med sulfonyleurea og/eller insulin og HbA1c-verdi under 53 mmol/mol.

Hos diabetespasienter i aldersgruppen 65 og 75 år, var definisjonen på overbehandling HbA1c-verdi under 48 mmol/mol.

Faktorer som var forbundet med potensiell overbehandling, var diabetes sykdom i mange år, medisiner for høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdom og nyresvikt.

Mulig underbehandling hos diabetespasienter yngre enn 60 år ble definert ut ifra HbA1c på over 64 mmol/mol, eller 69 mmol/mol ved samtidig behandling med livsstilsintervensjon og/eller monoterapi. Menn, pasienter med ikke-vestlig opprinnelse og de med lavt utdanningsnivå var mest utsatt for å bli underbehandlet. Sannsynligheten for ikke å ha fått målt HbA1c var størst hos menn under 50 år med kardiovaskulær sykdom.

● Diabetic Medicine, doi: 10.1111/dme.14500



PANDEMIEN

Mer enn én av ti drakk mer alkohol

Bergens-forskere har sett på alkoholforbruket de første seks ukene med nedstenging under pandemien i fjor vår. Spørreundersøkelsen ble gjennomført blant 25 708 personer, og svarresponsen var på 36 prosent. I alt 13 prosent rapporterte at de hadde økt inntaket av alkohol. Drøyt halvparten sa at pandemien hadde gitt dem økonomiske eller helse-relaterte bekymringer. De økonomiske bekymringene hadde en sterkere sammenheng med økt alkoholdrikking enn frykten for helsemessige konsekvenser. Økt alkoholbruk var særlig vanlig blant 30-åringene, hos folk med økonomiske bekymringer knyttet til covid-19 og hos dem som var i karantene eller jobbet/studerte hjemmefra. Yngre var mest tilbøyelig til å ha endret alkoholforbruket sitt, mens de eldre var den aldersgruppen som i minst grad hadde endret på forbruket av alkohol.

● International Journal of Environmental Research and Public Health, doi: 10.3390/ijerph18031220

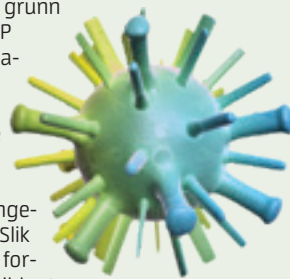


INFLUENZA-SYMPTOMER

Liten nytte av CRP

Det er ingen grunn til å teste CRP ved influensalignende symptomer, med mindre det er mistanke om bakteriell lungebetennelse. Slik konkluderer forfatterne, deriblant Nicolay Jonassen Harbin og Morten Lindbæk i en studie. Forskerne viser til at det er vanskelig å skille mellom mulig influensa A- eller B-virus ved uspesifikke symptomer på influensa. Studien fant ingen sammenheng mellom CRP-konsentrasjon og influensa A. Økt CRP-konsentrasjon var forbundet med signifikant lavere risiko for influensa B, et funn artikkelforfatterne påpeker ikke er klinisk nyttig. Mer alvorlige symptomer som kortpustethet, svette eller frysninger og svimmelhet var forbundet med høyere CRP. Studien er gjennomført ved allmennlegekontor i Litauen, Norge og Sverige og omfattet 277 pasienter eldre enn ett år, som var i kontakt med fastlege for influensalignende symptomer.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care, doi.org/10.1080/02813432.2020.1843942



LAVRISIKO PROSTATAKREFT

Ambivalente pasienter

Hvordan reagerer menn på å få prostatakreft-diagnose? Det har danske forskere undersøkt i en kvalitativ studie av 12 menn med asymptomatisk lavrisiko prostatakreft – og som ble fulgt opp ved aktiv overvåking. De fleste av mennene hadde selv etterspurt PSA-test, og ble overrasket over diagnosen. Mange var ambivalente til det å vite eller ikke vite at de hadde lavrisiko prostatakreft. De var klar over at risikoen for å dø av sykdommen er liten, men samtidig at det aldri er mulig å gi noen garanti. Noen sa diagnosen minnet dem om at livet ikke varer evig, andre opplevde fremtiden som usikker, og noen følte seg makteløse og ønsket å ha større kontroll. I lys av risikoen for overdiagnostikk, minner forfatterne om bevissthet blant fastleger på konsekvensene for pasienter som ønsker en PSA-test.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care, doi.org/10.1080/02813432.2020.1843826



PALLIASJON

Fanger ikke opp eksistensielle behov

Hvilke eksistensielle bekymringer uttrykker alvorlig kreftsyke pasienter i samtale med legen, og hvordan blir bekymringene besvart? Det har norske forskere sett på i en kvalitativ studie. Video-opptak fra 13 konsultasjoner er analysert. Pasientene ga uttrykk for at de var bekymret for den usikre fremtiden, for seg selv og for å bli avhengig av andre. De eksistensielle bekymringene var ofte ikke-eksplisitte og indirekte – gjennom mer medisinske spørsmål. Responsen fra legene var også av mer medisinsk karakter, og pasientenes eksistensielle spørsmål forble ubesvart. Vanskelige temaer og følelser ble sjelden brakt på bane. Artikkelforfatterne, med førsteforfatter Tonje Lundebj, mener kreftpasienter med alvorlig sykdom ønsker å diskutere eksistensielle bekymringer med legen, men at pasientene er nølende og usikre på hvordan de kan ta det opp. Resultatene ble presentert som abstrakt/poster på den 16. landskonferansen i palliasjon som ble avholdt digitalt i begynnelsen av mars.

● Abstraktet finner du på: www.landskonferansenipalliasjon.no

Faggruppe for innovasjon i fastlegepraksis og allmennmedisin

En ny faggruppe – etablert i et annerledes år

Faggruppen kom i stand etter anmodning fra Norsk forening for allmennmedisin (NFA), og ble etablert juni 2020 – midt i en pandemi som preget både livet som fastlege og livet for dem som ikke er fastlege. Likeså har pandemien preget oppstarten av en ny faggruppe som ennå ikke har hatt noe formelt møte sammen, men kun kontakt av variabel grad mellom medlemmene. Gruppen har seks medlemmer, som alle har ulik bakgrunn hva gjelder innovasjonsarbeid.

Den beste måten å predikere morgendagen er å skape den

Morgendagens muligheter, utfordringer og kompleksitet i helsetjenesten er en helt annen enn gårdagens. Stadig nye oppgaver, mer kompleks behandling og forventning om effektiv og rasjonell bruk av tilgjengelige ressurser krever at vi finner smartere måter å løse behovet for fastlegjetjenester. For allmennmedisin har fastlegeordningen vært en suksessformel i organiseringen av helsevesenet – en portvokter som kjenner den enkeltes behov er gull verdt.

Spesialisthelsetjenesten har i økende grad sett behovet for å finne nye løsninger. Fra Oslo universitetssykehus (OUS) sine nettsider leses det: «Innovasjon skal prege arbeidsdagen. Hos oss skal det nytte å tenke nytt» og «Innovasjon er nødvendig for å redusere det økende gapet mellom ressurser og behov i framtidens helsetjenester. Brukernes erfaringer står helt sentralt i ar-

beidet med å identifisere behov og påvirke morgendagens tjenester, produkter og tjenestemodeller.» Ved OUS er det etablert egen innovasjonsavdeling, innovasjonsstrategi og idepoliklinikk.

Det har også i primærhelsetjenesten foregått innovasjon, men det eksisterer ikke tilsvarende strukturert og målrettet arbeid. Handlingsrommet for endringsarbeid kan oppleves som lite i møte med den rigide strukturen som preger driften av mange legekontor.

KS, Innovasjon Norge og Innovasjonssenteret ved Oslo universitetssykehus fremholder definisjon av innovasjon som nytt, nyttig, nyttiggjort. Basert på denne definisjonen vil nye og nyttige erfaringer kun være innovasjon om dette kan nyttiggjøres. KS sier om innovasjonsbarometret følgende: «Det overordnede målet med alt endringsarbeid er å skape større verdier med de ressursene man har.»

Med innovasjonsarbeid menes ikke kun nye digitale løsninger, men organisering av kontor, rolleforståelse, oppgavefordeling, bruk av teknologi, samhandling og en generell jakt etter å løse utfordringene smartere, bedre og enklere – i alle ledd. Innovasjon er ikke å lete etter dagens beste praksis, men hele tiden lete etter det som kan bli morgendagens praksis. Det omhandler også å avdekke potensial for kvalitetsforbedring, effektivisering og optimalisering av ressursbruk, og søke etter potensial for bredere og mer sammensatte tjenester i allmennmedisin, samt skape en bedre brukeropplevelse av allmennlegetjenesten.

Faggruppens aktivitet

Fra NFA er det beskrevet at faggruppene gir styret råd til høringsuttalelser som berører interessefeltet. Målet for gruppens arbeid kan være å utarbeide en rapport eller annen publikasjon, arrangere kurs, utarbeide retningslinjer eller handlingsprogram, utarbeide faglige råd m.m. Gruppene kan påta seg et tidsavgrenset oppdrag eller ha et mer langsiktig perspektiv med fagutvikling på sitt felt.

Så langt har aktiviteten vår bestått i at det har vært avholdt møter med innovasjonsmiljøer i spesialisthelsetjenesten og ved ulike utdanningsinstitusjoner, for å ha kjennskap til noe av det pågående arbeidet innen helseinnovasjon i Norge. I tillegg er flere enkeltmedlemmer i faggruppen aktive og deltakende i flere ulike innovasjonsprosjekt innen allmennmedisin. Det jobbes også med muligheten for å skape et tilsvarende strukturert handlingsrom for innovasjon innen allmennmedisin som det nå eksisterer innen spesialisthelsetjenesten.

Vi som gruppe håper å kunne bidra til at det gis et rom for innovasjon – og legge til rette for at vi som allmennleger kan aktivt bidra i å skape morgendagens helsetjenester.

«1N73LL1G3NC3

15 7HE 4B1L17Y

70 4D4P7

70 CH4NG3.

– 573PH3N H4WK1NG

TOMMY ANDREASSEN
Leder

UTPOSTEN
– en viktig arena for
utvikling av primærmedisinen

Vaksiner på døra

■ KRISTIN HÅGØY • Fastlege ved Landåslegene

Sidan eg gjekk til det steget at eg har flytta 3 mil frå alle pasientane mine og ikkje hadde samvit til å be dei over 85 år komme seg til mitt kontor, tilbydde eg like godt heile gjengen å komme heim til dei for å setje vaksiner. Det er ganske mange, meir enn femti pasientar. Det høyrest kjekt ut – og det var det.

Om ein ser på kohorten av heimebuande pasientar over 85 år er nesten alle kvinner. Samtlege har levd svært isolert i eigne heimmar siste året. Og uana mengder heimebarka lefser, kaffi, sjokolade, snittar, cider og frukt har dermed hopa seg opp i dei eldre damene sine skap. Undervegs i vaksinerunden vart underteikna mettare og mettare etter kvart som vaksinane og lefsene vart fortært – alle må jo observerast i 20 minutt etter injeksjon, så det nyttar ikkje å skulde på knapt med tid.

Eg var ikkje kledd etter tilhøva og hadde vintersko som skulle snørast i massevis. Etter kvart orka eg ikkje lenger å knyte sko mellom kvart hus. Håret vart meir og meir bustete utover kvelden, og eg knytte det saman med det einaste eg hadde i bilen som likna eit strikk, nemleg ein blå plasthanske. Eg sølte kaffi på det venstre og blod på det høgre buksebeinet i starten av rundane. Utover kvelden kjente eg på aukande «rus» på eiga koronavaksine frå gårdsdagen, med hovudverk, immunologisk takykardi og litt svimmelheit. Tida gjekk mot midnatt og eg visste godt at dei verdifulle dråpane snart gjekk ut på tid, så her var det inga gammal dame sin overarm å miste.

Buksa begynte etter kvart å sagge, men hendene var fulle av smittevernutstyr og vaksinar, så eg hadde ikkje fleire hender til å hipse på den med. Etter kvart vart den nok hengande litt ukritisk langt nede. Brillene dogga og sveitten pipla i panna. Men klart – vaksinane skulle ut til folket. På siste hus orka eg heller ikkje parkere skikkeleg, men parkerte halvvegs oppi eit blomsterbed, innanfor der det var parkering forbode, på

skrå utanfor ei blokk der absolutt alt anna var sirleg rett og radig. Ut av bilen stumpa eg sjølvsagt litt i eigne skolisser.

Dess trøyttere eg vart orka eg stadig å ta mindre utstyr med ut av bilen. Til siste pasient hadde eg berre ein masse sprøyter og kanylar i eine handa, og i den andre spritflaska pluss ei heil samling av ampullar med uklar væske. Men framleis dessverre ikkje fleire hender til å hipse på buksa. Eg tenkte: Det er jo mørkt, ingen ser meg og eg har fortsatt kontroll, så lat oss bli ferdige.

Då stod han der brått, ein mann med fint hår og fine klede, litt eldre enn meg sjølv og berre såg på meg med store auger. Og med skolisser som var perfekt knytt, ein slik «leiar i burettslaget»-type, som også arbeider lenge på advokatkontoret sitt om kvelden, men som likevel ikkje er heilt ferdig med å utøve lov og rett når han endeleg er kommen heim. Eg kom meg ikkje unna han, og det var uansett flombelysning bak blokka.

Medan han stod der og betrakta meg, ringde ein sekretær frå kontoret. Noko ho aldri gjer så nær midnatt, så eg tenkte det var viktig og måtte ta den. Sjølv sagt på høgtalar sidan eg ikkje hadde fleire hender. Ho sprudlar i andre enden at no er det endeleg meir «utstyr» å få tak i på Sletten på måndag. Ho lurte på om eg eller ho skulle «plukke det opp». Eg klarte ikkje å svare tydeleg på det medan juristen hørte det heile på høgtalar og framleis kikka på meg med overdriven interesse, syntest eg.

Så stumpa eg litt til i mine eigne skolisser. Og kjende at eg var vorten skikkeleg kvalm av alle lefsene hos dei tre siste pasientane. Og var no den cidere så alkoholfri som ho påstod, ho i det førre huset? Eg tenkte: – Shit, no har juristfyren med fine klede og fint hår på knytte skolisser nok tenkt å sende klage til kommunen på «åtfærd uforeineleg med yrkesutøving», eventuelt lage ekstraordinært styremøte i burettslaget om ho som parkerte i blomsterbedet. Så seier han med beundrande stemme: – Er du lege, eller?

Eg hadde latens, anten grunna biverknader av vaksinen eller for mykje lefser, men sa noko om at vanlegvis ja, men i dag er eg litt usikker på kva eg skal presentere meg som. Eg følte eg såg ut som noko mellom

ein rusmisbrukar og ein innbrotstjuv. Men så fekk eg likevel spurd han:

– Av alle ting du kunne tenke deg at eg kunne vere, kvifor i alle dagar tenkte du at det er nok doktor ho er?

– Du såg berre veldig slik ut, var hans enkle forklaring til vaksinearbeidaren på veg inn i natta. – Og tenk at du til og med vaksinerer om natta!

■ KHAGØY@GMAIL.COM



Et solid oppslagsverk



Torgeir Bruun Wyller
GERIATRI
 En medisinsk lærebok
 3. utgave
 464 sider
 Gyldendal Akademisk
 Oslo 2020
 ISBN 978-82-05-53480-3

Dette er bokstavelig talt en stor bok, en «gullgrube» for leger som arbeider med eldre i kommunehelsetjenesten, både i allmennpraksis og i sykehjem. Også sykehusleger kan ha nytte og glede av å arbeide seg gjennom dette svært solide verket om hva aldring og helseproblemer i modne år kan innbefatte for personer i den siste delen av livet. Ikke minst kunnskapen om mulighetene som vises i denne oppdaterte gjennomgangen av geriatrien vil kunne være til stor nytte – og glede – for både pasient, pårørende og legene selv.

For de senere årenes kunnskapstilfang når det gjelder helsen til de eldre er betydelig, noe forfatteren av boken presenterer i denne utgivelsen. Her er perspektivene vide, og tematikken fanger bredt, noe hovedinndelingen av teksten antyder:

- Geriatriens grunnlag
- Symptomer hos gamle
- Undersøkelse av den geriatriiske pasienten
- Geriatriisk behandling
- Det geriatriiske sykdomspanorama.

Hvert av bokens 60 kapitler tar utgangspunkt i en pasientfortelling – og avsluttes med hvordan forløpet ble for nettopp denne pasienten.

For den erfarne legen vil boken utvilsomt også kunne fungere som et nyttig oppslagsverk i det daglige arbeidet. Stoffet er organisert både logisk, oversiktlig, i en lettflytende språkdrakt og med illustrasjoner som ytterligere får fram poengene i teksten. Og nettopp teksten er prisverdig konsis og samtidig utfyllende uten bruk av fremmedord ut over det nødvendige.

En gjennomlesning av denne boken var rett og slett inspirerende. Den anbefales.

ELI BERG



En vakker og nyttig bok



Johanne Tonga og Martin Bystad (red.)
Psykisk helse hos eldre
 Mestring og behandling
 349 sider
 Gyldendal Akademisk
 Oslo 2020
 ISBN 978-82-05-53135-2

Denne boken favner videre enn boktittelen kanskje skulle tilsi. For å sitere litt av baksideteksten:

«Eldre blir ofte betraktet som en homogen gruppe med ensartede behov. Men andre del av livsløpet er framfor alt preget av stort

mangfold og store individuelle variasjoner i funksjonsnivå, interesser, vaner og preferanser.»

Og nettopp dette er bokens sterke side. Det hele mennesket er det som er tema.

I bokens innledning poengteres at

«En rekke studier og mye klinisk erfaring viser nå at eldre har like godt utbytte av samtalerterapi og psykologiske intervensjoner som yngre personer. Likevel er de eldre fortsatt storforbrukere av psykofarmaka.»

Og videre:

«Vår bok skiller seg litt fra andre bøker innenfor alderspsykiatri ved at vi i større grad tar utgangspunkt i normalitets- og mestringmodellen enn i sykdomsmodellen».

Nettopp gjennom dette vil allmennpraktikere kunne ha stor nytte og glede av denne utgivelsen, både i arbeidet som fastlege og som sykehjemslege.

Boken har en spesielt delikat og informativ lay-out. Hvert kapittel starter med en farget side med en kort presentasjon av forfatter. Dernest kommer en tekst om «Hva er ditt viktigste budskap med kapitlet?», i tillegg til et lite avsnitt om «Hva er det viktigste du har lært av å jobbe innen dette fagfeltet?»

De ulike forfatterne har korte presentasjoner av pasientfortellinger, gjerne som

en føljetong gjennom kapittelet deres. Dermed synliggjøres dilemmaer og muligheter på en jordnær måte, i tillegg til praksisnære refleksjoner over muligheter for solid hjelp til de eldre pasientene.

Noen stikkord fra innholdsfortegnelsen kan belyse spennvidden i bokens tematikk:

- Aldring og myter om eldre
- Personlighet hos eldre
- Søvn i eldre år
- Seksualitet hos eldre
- Depresjon hos eldre
- Selvmord hos eldre
- Kognitiv screening av eldre
- Hukommelsesproblemer og demens
- Angst og bekymringer
- Traumer hos eldre
- Å leve med langvarige smerter
- Avspenning og mindfulness
- Rusvaner og rusproblemer blant eldre
- Pårørende

Det siste kapittelet gir ideer til hvordan leger kan støtte pårørende som bidrar til at deres familiemedlemmer får så gode dager som mulig i eldre år. Et tema med stor relevans for allmenn praksis.

Boken anbefales.

ELI BERG



Norsk forening for geriatri



Paal Naalsund

• leder i Norsk forening for geriatri
• seksjonsoverlege, Haraldsplass
Diakonale Sykehus

Hvor mange geriater har vi i Norge?

Det er 144 aktive spesialister. I tillegg kommer minst 50–60 leger i spesialisering.

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

Det er vanskelig å trekke fram enkeltstående fagnyheter innen vårt fag, da vi er en bred og generell spesialitet. Det dreier seg om å vurdere den geriatriiske pasienten helhetlig, og likeledes behandle hensiktsmessig.

Den medisinske revolusjonen innen en rekke fag, med ulike faglige nyheter og også nye muligheter for våre pasienter. Og aldersgrenser for ulike behandlinger eksisterer snart ikke! Da blir det desto viktigere å vurdere om pasienten vil ha nytte av ulike behandlinger, og ikke minst tolerere behandlingen. Det er viktig å vurdere den enkeltes funksjonsnivå, grad av skrøpelig- het og multimorbiditet i et utrednings- og behandlingsforløp.

Andelen av de eldste eldre øker, i takt med tilgjengelige behandlingsmuligheter, og dette skaper store utfordringer i vårt helsevesen. Her har allmennlegene en viktig rolle: skal for eksempel alle eldre over 85 med lett redusert hemoglobinverdi og positiv hemofec henvises til utredning eller pakkeforløp?

Jeg ønsker også å fremheve at forekomsten av demenssykdommer er jevnt stigende. I Norge estimeres det nå at over 100 000

Velkommen til kollegahjørnet, **Paal Naalsund**, leder i Norsk forening for geriatri

har demens. Det er knappe ti år siden tallet var på ca. 70 000. Hovedforklaringen på økningen er den såkalte eldrebolgen. Andelen med demens øker betydelig ved økende alder. I aldersgruppen 85–90 er forekomsten på nær 30 prosent. Vi må fordele ansvaret for utredning og behandling mellom første- og andrelinjetjenesten hvis vi skal klare å imøtekomme denne voksende pasientgruppens behov. Mange kan primært utredes og behandles i primærhelsetjenesten, eventuelt med råd fra spesialisthelsetjenesten. Mange med aldersdemens har langsomme og fredelige sykdomsforløp og kan diagnostiseres og behandles uten spesialistvurdering. Pretest sannsynlighet hos en 87 år gammel kvinne med gradvis kognitiv og praktisk svikt med tanke på aldersdemens, er svært høy!

Har deres forening diskutert samhandling med fastlegene?

Vi har ikke diskutert overordnet samhandling på foreningsnivå. Vi samarbeider imidlertid på enkeltsaker. Siste eksempel er en nylig skrevet felles kronikk om vedtaket i Stortinget om at eldre ikke lenger trenger utvidet helseattest for videre bilkjøring etter fylte 80. Begge foreninger mener dette er et svært uheldig vedtak! Nasjonalt vet jeg at det i hovedsak er god samhandling mellom de geriatriiske avdelingene og fastlegene i den kliniske hverdagen.

Norsk forening for geriatri har bidratt med mange gode råd til Legeforeningens kampanje «Gjør kloke valg» mot overdiagnostikk og overbehandling. Hva er deres viktigste råd til fastlegene?

De seks rådene fra oss er som følger:

- Unngå bruk av statiner som primærprofylakse hos eldre uten at det er gjort en individuell vurdering av nytte og risiko.
- Unngå bruk av antidepressiva hos eldre uten først å gjennomføre adekvat utredning, og vurdere ikke-medikamentelle tiltak.
- Unngå bruk av antibiotika ved asymptomatisk bakteriuri hos eldre.
- Unngå antipsykotika som førstevalg ved atferdsvansker hos eldre med demens.
- Unngå beroligende midler og sovemidler (benzodiazepiner/sedativa/hypnotika) som førstevalg ved søvnproblemer hos eldre.

- Unngå å foreskrive nye medikamenter til eldre uten først å gjøre legemiddelgjennomgang

Det mest sentrale rådet er det siste: Unngå å foreskrive nye medikamenter til eldre uten først å gjøre legemiddelgjennomgang. Tre av rådene dreier seg om å først vurdere andre tiltak enn medikamentell behandling med psykofarmaka ved psykiske plager, for å unngå unødig multifarmasi, og bivirkninger. Det er fortsatt svært mye bruk av psykofarmaka blant eldre. Her har både leger i allmennpraksis, sykehusleger og sykehjemsleger et felles ansvar. Generelt dreier alle rådene seg om å forsøke å redusere multifarmasi hos eldre. Multifarmasi gir økt fare for interaksjoner og symptomgivende bivirkninger som har en klinisk konsekvens. Vi beregner at minst ti prosent av alle innleggelser i sykehus skyldes helt eller delvis legemiddelrelaterte tilstander.



ILLUSTRASJONSFOTO: COURBONX

■ PAAL.NAALSUND@IHELSE.NET

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..

Kari Thori Kogstad?



Hva leser du nå?

Akkurat nå har skjønnlitteraturen ligget litt på hylla. Leirskredet som gikk her for ti uker siden definerte over natta en annen virkelighet der avislesing og fagartikler og om kvikkleire og geotekniske undersøkelser fikk en personlig relevans for meg jeg aldri hadde drømt om. I går leste jeg en tekst av Lars Weisæth om konfronterende omsorg. Det begrepet liker jeg! Skjer det oss noe overveldende tragisk, vet vi ikke alltid vårt eget beste. Den kloke hjelperen kan likevel vite at det kan være helende å få hjelp til å gjøre handlinger med momenter som minner om hendelsen. De sterke følelsene som da vekkes, blir til å bære fordi de skjer i en mindre truende sammenheng med trygge rammer.

Så har jeg som medredaktør i *Utposten* de siste dagene lest diverse interessante samfunnsmedisinske artikler om håndtering av koronaen i Norge.

Boka til Edvin Schei *Lytt* har jeg tidligere lest bare bruddstykker av, men den har jeg hatt stor glede av å lese fra perm til perm de siste par ukene.

Før jul kom jeg meg gjennom Saa-by Christensens trilogi *Byens spor*. Den hadde jeg prøvd meg på et par ganger før, men gitt opp fordi jeg gikk surr i alle gatenavn. Så sa eldste datter som bor i området at jeg måtte ta meg sammen, det var jo tross alt gatene i nabolaget hennes.

Da gikk det bra. Jeg gir sjelden bøger tre sjanser, men er glad jeg gjorde det! Mye nær Oslo-historie der inkludering og fordømming og kanskje første og fremst *handling* og *påfølgende forståelse* er store tema. Rett før denne trilogien leste jeg Jon Kalman Stefánssons *Trilogien om gutten*. En drivende god og sterk fortelling med Islands nære, barske historie som bakteppe.

Hvorfor leser du disse bøkene?

Etter at ungene ble større, har jeg de siste årene gjenoppdaget lesegledden fra ungdommen. Det å ha et parallelt univers å forsvinne inn i og tidvis sende tanker til gjennom dagen, er en utrolig effektiv avkobling fra et hektisk liv. Som fastlege tenker jeg også at skjønnlitteraturen tilbyr en unik innsikt i menneskesinnet, som de fleste fagbøker ikke kommer opp mot. Å lese om Ambjørnsens Elling, er å bli kjent med Elling og jeg vil gå så langt som å si – *glad i han*. Sjansen for at en da forstår litt mer av «Ellingene og Ella»

som kommer på kontoret, og dermed får et litt varmere hjerte for dem, øker betraktelig. De vi er glade i, holder vi bedre ut.

Hvor leser du?

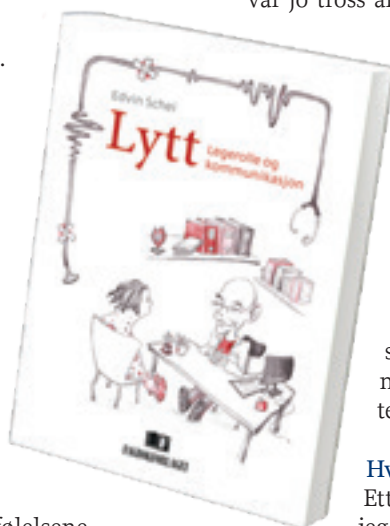
Over alt. I senga, på sofaen, ved kjøkkenbordet, på gulvet, på hytta, og aller mest på ferie. De beste bøkene er gjerne de jeg får lest sammenhengende i løpet av få dager, og da lukter det jo ferie.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Jeg leser ofte noe familie og venner har anbefalt. I bokhandelen og kanskje særlig på flyplassen, kan jeg studere baksida på paperbacks på jakt etter en god historie. Det er vanskelig å holde interessen for ei bok oppe hvis jeg ikke har noen berøringspunkter med forfatterpenne eller hovedpersonene. Hva det er som berører, varierer.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Forfatteren av *En mann ved navn Ove*, Fredrik Backman, har perler! *Britt Marie var her* er en av dem. Den sterkeste opplevelsen er likevel *Bjørnstad*. Jeg vil gå så langt som å si at den bør være obligatorisk høytlesing for foreldre sammen med deres tenåringsdøtre og -sønner.



RELIS

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

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

Valg av sovemedisiner til

SPØRSMÅL TIL RELIS

En gravid pasient fikk søvnproblemer og barselpsykose etter forrige fødsel. Lege spør hvilke sovemedisiner hun eventuelt kan bruke etter fødselen når hun ammer.

Selv om ikke-medikamentelle tiltak regnes som førstevalg, er det tilfeller hvor det vil være riktig å bruke sovemedisiner i ammeperioden, slik som her. Det er imidlertid ikke noe direkte førstevalg blant sovemedisiner til ammende. Både antihistaminer, z-hypnotika, benzodiazepiner og melatonin kan brukes ved indikasjon. I de fleste tilfeller kan kvinner amme som vanlig ved anbefalt bruk av disse legemidlene.

Den begrensede informasjonen som finnes, tyder på at spedbarn sjelden får bivirk-

ninger av sovemedisiner via morsmelk. Bruk av sovemedisiner hos ammende innebærer likevel en viss risiko for påvirkning av barnet. Dette gir grunn til en forsiktig tilnærming, særlig når barnet er under to til tre månedene gammelt og generelt er mest følsomt for legemiddelpåvirkning. Det må altså være en klar indikasjon for bruk. For å redusere eksponeringen hos brysternærte barn bør sovemedisiner, hvis mulig, brukes kortvarig eller intermitterende. Mer informasjon om de generelle aspektene ved behandling av søvnproblemer finnes hos Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer (SOVno) (1).

Ikke noe direkte førstevalg

Valg av sovemedisiner hos ammende må gjøres individuelt, på samme måte som hos andre voksne. Valget vil avhenge av hva slags søvnproblemer kvinnen har (innsovningsvansker, dårlig søvnkvalitet, avbrutt søvn og/eller for tidlig oppvåkning) og bakgrunnen for vanskene. Ofte vil det være

hensiktsmessig at legen tar utgangspunkt i det legemiddelet som ville vært valgt dersom kvinnen ikke ammet, og deretter vurderer sikkerheten til dette legemiddelet ved amming. Det må også tas hensyn til barnets alder og helsetilstand, legemiddeldose, behandlingsvarighet, eventuell annen legemiddelbruk, med mer. Tabell 1 oppsummerer faktorer som helsepersonell må tenke på ved valg av sovemedisin til ammende og som har betydning for hvilken risiko behandlingen innebærer.

Psykisk sykdom og sovemedisiner

I dette tilfelle har kvinnen hatt en barselpsykose tidligere. Det er svært viktig å ivareta mors psykiske helse, også av hensyn til barnet. Det finnes god dokumentasjon for at søvnvansker utgjør en betydelig risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser. Ved bipolar lidelse og psykoselidelser er søvn mangel en kjent sykdomstrigger. Veileder for fødselshjelp (2020) anbefaler at søvn og hvile tilrettelegges for kvinner med slik sykdom.

TABELL 1. Viktige faktorer å vurdere når det er behov for å behandle en ammende med sovemedisiner.

Barnets alder	Størst risiko for bivirkninger hos barn < 3 mnd pga. liten evne til å bryte ned og skille ut legemidler. Premature og nyfødte er spesielt følsomme.
Barnets helsetilstand	Friskt og robust barn eller sykt og sårbart barn?
Fullamming/delamming	Dette har betydning for hvor mye legemiddel barnet får i seg.
Mengde legemiddel i melken	Se faktaboks om barnets relative dose (RD) og tabell 2.
Brukes legemiddelet i behandling av spedbarn/barn?	Dette vil i generelt regnes som betryggende, men sikkerheten til legemiddelet må alltid vurderes.
Dose og behandlingslengde	Lavest effektive dose i kortest mulig tid er alltid anbefalt.
Legemiddel med kort eller lang halveringstid?	Vær forsiktig med legemidler (eller aktive metabolitter) med lang halveringstid, siden slike legemidler kan potensielt akkumuleres og eventuelt medføre bivirkninger hos brystbarnet.
Bruker mor andre CNS-legemidler?	Den samlede eksponeringen av brystbarnet må vurderes, og ikke hvert legemiddel for seg.
Legemiddelets effekt på morsmelkproduksjonen?	Enkelte legemidler kan påvirke melkeproduksjonen. Effekten er imidlertid trolig liten når ammingen er godt etablert.
Muligheter for å følge barnet tett	Hjemmesituasjon, ressurser hos omsorgspersoner til å følge med på barnet mht. eventuelle bivirkninger, kontakt med helsevesen etc.

ammende

HOVEDBUDSKAP

- Ammende kan bruke sovemedisiner ved klar indikasjon, men dette krever en forsiktig tilnærming.
- Det finnes ikke noe direkte førstevalg blant sovemedisiner til ammende. Valg av legemiddel må gjøres ut fra en individuell vurdering, blant annet på bakgrunn av type søvnvansker.
- Sovemedisiner bør generelt brukes kortvarig eller intermitterende for å redusere eksponeringen hos det brysternærte barnet.
- Foreldrene må følge nøye med på barnet for å oppdage eventuelle bivirkninger, slik som unormal tretthet/slapphet, redusert sugevillighet og lav vektøkning.
- Kvinnen bør vurdere om noen andre kan ta ansvar for barnet de nettene hun tar sovemedisin. Samsoving er ikke anbefalt.

BARNETS RELATIVE DOSE (RD)

- Barnets relative dose (RD) er et mål på hvor mye legemiddel barnet eksponeres for via morsmelk. RD er den teoretiske dosen barnet får i seg pr. kilo kroppsvekt i forhold til mors dose pr. kilo kroppsvekt.
- Som en tommelfingerregel regnes gjerne legemidler med RD < 10 prosent som trygge for brystbarnet, men dette avhenger også av type legemiddel. Tabell 2 oppgir RD-verdier for legemidler som brukes ved søvnforstyrrelser.

Dersom sovemedisiner er viktig for den psykiske helsen til mor, mener vi at amming ikke bør være til hinder for å behandle kvinnen. I enkelte tilfeller kan det likevel være gode grunner til at kvinnen ikke kan, bør eller ønsker å amme. Som kjent gjør ikke sovemedisiner noe med årsakene til søvnproblemene. Det er derfor viktig med god behandling av underliggende sykdom. Ved komorbid insomni kan det i enkelte tilfeller være aktuelt å utnytte de sedative egenskapene til antidepressiva og antipsykotika for å behandle søvnvansker (SE TABELL 2).

Samsoving og pass av barnet?

Samsoving er generelt ikke anbefalt når mor (eller far) bruker sovemedisiner eller andre sederende medisiner. I tillegg må det sammen med kvinnen vurderes om det er best at noen andre kan ta ansvar for å passe barnet de nettene kvinnen bruker sovemedisiner, i og med at hun da trenger å sove og at hun kan være mindre vår for barnets signaler.

Legemidlenes sikkerhet ved amming

Tabell 2 gir en oversikt over vanlige legemidler som brukes ved søvnproblemer. I teksten

TABELL 2.

Sovemedisiner under amming. RD-verdier er i hovedsak hentet fra oppslagsverket Hale (3) og halveringstider fra Felleskatalogen.

LEGEMIDDELGRUPPE	LEGEMIDDEL (EKS. PREPARATNAVN)	BARNETS RELATIVE DOSE (RD)	HALVERINGSTID (VOKSNE)	BRUK HOS AMMENDE
Antihistaminer (1. generasjon)	Doksylamin (Zonat)	Ukjent	Ca. 10–13 timer	Ikke kjent hvor mye som gjenfinnes i morsmelk. Søvninduksende antihistaminer tolereres trolig vanligvis godt, men kan forårsake bivirkninger som døsighet og irritabilitet hos enkelte brysternærte spedbarn. Kortvarig eller intermitterende dosering er derfor anbefalt.
	Alimemazin (Vallergan)	< 2%	Ca. 5 timer	
	Prometazin (Phenergan)	Ukjent	Ca. 13 timer	
	Meklozin (Postafen)	Ukjent	Ca. 6 timer	
Z-hypnotika	Zopiklon (Imovane)	1,5%	4–6 timer	Z-hypnotika bør hvis mulig foretrekkes fremfor BZD fordi disse legemidlene har kortere halveringstid og gjenfinnes tilsynelatende i liten grad i melken. Kortvarig eller intermitterende dosering er likevel anbefalt.
	Zolpidem (Stilnoct)	< 0,2%	0,8–4 timer	
Benzodiazepiner (BZD)	Diazepam (Stesolid, Valium, Vival)	0,9–7,1%	24–48 timer (metabolitt 40–100 timer). Premature: 40–110 timer Nyfødte: ca. 30 timer	Bruk over tid kan potensielt medføre akkumulering hos spedbarnet som følge av lang halveringstid. Oksazepam bør være førstevalg blant BZD. Kortvarig eller intermitterende dosering er anbefalt.
	Oksazepam (Sobril)	0,3–1%	Vanligvis 10–15 timer	
Melatonin-reseptoragonister	Melatonin (Circadin, samt reseptfrie produkter)	Ukjent	Angis ulikt i ulike kilder avhengig av adm.form	Ulike kilder gir ulike råd. Kan brukes ved klar indikasjon, men dokumentert erfaring mangler.
Antidepressiver med sederende egenskaper	Mianserin (Tolvon - avreg.)	< 2%	21–61 timer	Vanligvis forenlig med amming, men kun aktuelt ved psykisk komorbiditet.
	Mirtazapin (Remeron)	1,6–6,3%	20–40 timer	
Antipsykotika	Kvetiapin (Seroquel)	≤ 0,1%	Ca. 7 og 12 timer for hhv. kvetiapin og norkvetiapin	Vanligvis forenlig med amming, men kun aktuelt ved psykisk komorbiditet.
Plantebaserte legemidler	Pasjonsblomst (Sedix)	Ukjent	Ukjent	Sikkerhet ved bruk under amming er ikke undersøkt. Neppe effekt ved mer uttalte søvnforstyrrelser.
	Valerianarot (Valeriana Natt)	Ukjent	Ukjent	

videre gir vi mer informasjon om de enkelte legemidlene. RELIS kan gjerne kontaktes for diskusjon rundt behandling og sikkerhet.

Antihistaminer ved amming

Dessverre finnes det lite forskning på bruk av sederende antihistaminer ved amming, og det finnes ofte ingen målinger av hvor mye legemiddel som gjenfinnes i morsmelken. Samtidig er dette legemidler som også brukes hos småbarn. Ved sammenhengende bruk av sederende antihistaminer kan det likevel ikke utelukkes at enkelte barn kan bli trøtte og irritable av medisinen. Det er også stilt spørsmål ved om antihistaminer, først og fremst i høye doser, kan redusere melkeproduksjonen, men dette er trolig ikke problematisk ved etablert amming. Ved bruk av sederende antihistaminer, bør foreldrene følge med på eventuelle bivirkninger, og kontakte lege hvis de er usikre.

Z-hypnotika og benzodiazepiner ved amming

Zopiklon og zolpidem går i liten grad over i morsmelk og har relativt korte halveringstider. Det vanlige rådet er at ammende kan bruke slike z-hypnotika i korte perioder. Foreldrene må for sikkerhets skyld følge med på om barnet viser tegn på unormal trøtthet/slapphet, redusert sugevillighet, endret pustefrekvens etc., og kontakte lege hvis de opplever noe unormalt.

Den oppdaterte veilederen i fødsels-hjelp (2020) oppgir følgende om benzodiazepiner og z-hypnotika: «Kvinner som har behov for sporadisk bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika i lave doser kan i de fleste tilfeller fortsette å amme. Kvinnen bør informeres om å observere barnet for sedasjon og endret adferd.» Blant benzodiazepinene foretrekkes gjerne oksazepam til ammende, siden dette legemiddelet har gunstig halveringstid (moderat lang) og ingen aktive metabolitter.

Generelt har benzodiazepiner relativt lav overgang til morsmelk. Det finnes sporadiske rapporter med unormal trøtthet/slapphet og sugesvakhet, men dette gjelder først og fremst benzodiazepiner med lengre virketid, slik som diazepam og klonazepam. Siden nyfødte har redusert glukuronideringsevne, er det en viss bekymring for at legemidlene skal kunne akkumuleres hos spedbarn under tre måneder. Samlet sett anses likevel benzodiazepiner som forenlig med amming, men gjentatte doser bør generelt unngås.

Benzodiazepiner og z-hypnotika er dessuten anbefalt kun til korttidsbehandling, blant annet på grunn av risiko for toleranse og avhengighet.

Melatonin ved amming

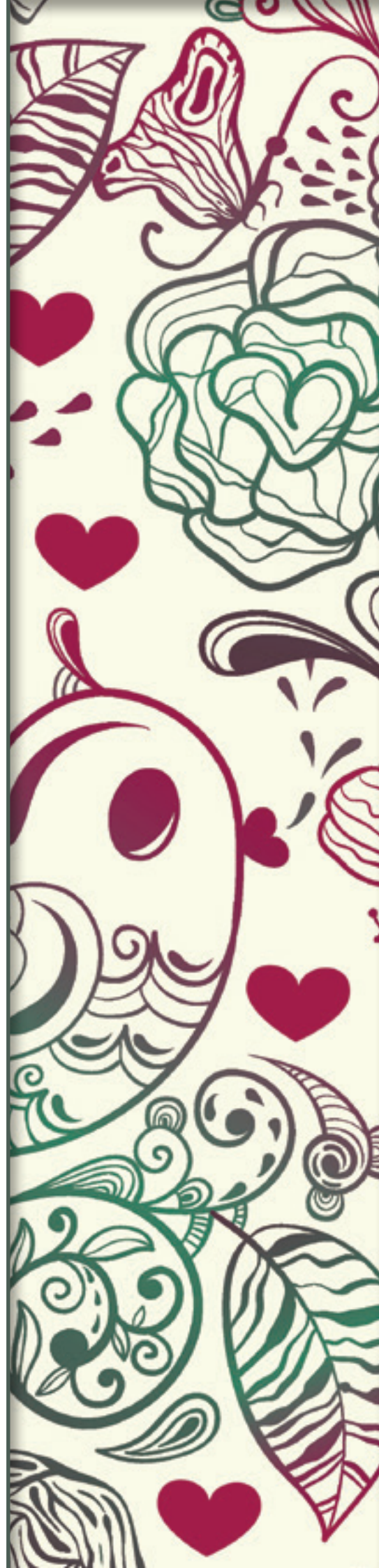
Melatonin er et kroppseget hormon som også finnes naturlig i morsmelken. Hormonet har en viktig rolle i regulering av søvn og søvnrytme. Hos yngre voksne brukes melatonin først og fremst ved døgnrytmeforstyrrelser. Ulike kilder gir ulike råd om bruk av melatonin hos ammende, der enkelte er mer tilbakeholdne, mens andre åpner for bruk. Bakgrunnen for de ulike rådene skyldes at det finnes svært lite dokumentasjon på bruk av melatonin hos ammende, og at det ikke er undersøkt hvor mye av inntatt melatonin som gjenfinnes i morsmelken. Det er likevel grunn til å anta at melatonin som sovemedisin vil gi et høyere nivå enn det som normalt er i melken. Til nå er det imidlertid ikke kjent at melatonin har gitt bivirkninger hos barn som ammes, og risikoen anses generelt som lav. Der som lege vurderer melatonin som den mest egnede behandlingen av søvnvan-skene, mener vi at kvinnen kan amme som vanlig. Egenbehandling med reseptfri melatonin bør derimot unngås.

Svaret er i hovedsak basert på referansene nedenfor.

REFERANSER

1. Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer (SOVno). <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovn-sykdommer-SOVno>
2. Steen TB, Eberhard-Gran M et al. Mental helse i svangerskapet i Veileder for fødsels-hjelp (2020). www.legeforeningen.no (Publisert: 17. februar 2020).
3. McAllister-Williams RH, Baldwin DS et al. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *J Psychopharmacol.* 2017; 31 (5): 519–552.
4. Hale TW, Rowe HE, editors. Medications and mothers milk 2019; 18th ed.
5. Drugs and Lactation database (LactMed). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/> (Søk: mars 2021).
6. E-lactancia. www.e-lactancia.org (Søk: mars 2021).
7. Janusmed amning. Karolinska universitetssjukhuset. <https://www.janusinfo.se/beslutsstod/janus-medamning/> (Søk: mars 2021).
8. Kronenfeld N, Berlin M et al. Use of Psychotropic Medications in Breastfeeding Women. *Birth Defects Res* 2017; 109(12): 957–997.
9. Chow CK, Koren G. Sedating drugs and breastfeeding. *Can Fam Physician* 2015; 61(3): 241–3.

GRO C. HAVNEN, RELIS Sør-Øst
HELLE T. LINDLAND, RELIS Sør-Øst
KRISTINE HEITMANN, RELIS Vest



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

Anekdoter om livet

Jeg har valgt et dikt skrevet av Hans Fredrik Beckstrøm.

Han var min mormors bror, og hele storfamilien satte stor pris på hans små og store anekdoter om livet. Han var gift med Anne Marie Beckstrøm som har bidratt med bakgrunn om dikteren:

Han ble født i Kristiania 20. september 1924, og vokste opp på Grünerløkka, før han som ungdom flyttet med familien til Høvik i Bærum. Han ble gift med Anne Marie, og flere av hans dikt omhandler den fine, lune hverdagskjærligheten som varmer når vi opplever den. De fikk fire barn, hvorav deres tredje er velkjent for musikkglade nordmenn: Lars Fredrik Becksrøm, den faste bassisten i gruppen deLillos.

Hans Fredrik var markedsforsker og medstifter av Fakta som senere ble Norsk Gallup.

Hans dikt ble til i inspirasjon fra dagsaktuelle hendelser og André Bjerke, mens han vandret rundt på stuegulvet hjemme og skrev ned diktene på lapper. Lappene ble etterhvert satt sammen av hans kone og familie og ble til slutt sammenfattet i et hefte av hans niese Eva. Dette til glede for oss alle, mens hovedpersonen noe motstrebende godtok dette.

Han døde kort tid etter sin 85-årsdag i 2009.

Jeg har valgt et medisinsk dikt han skrev i 1991 etter å ha hørt om dette i dagspressen, og det er særlig slutten som minner meg på det berømmelige gullet i fastlegelivet.

Jeg utfordrer min gode venn fra turnustiden; Nina Helberg.

Hilsen fra
VIBEKE MØRKEN STUESTØL

Framtids-vyer

Sitter og skummer igjennom avisen da ser jeg den interessante notisen om ny-nytt i legens årsberetning. Et avsnitt tar for seg årefortetning og pirrer min fantasi. Hør hva den har å si:

En roterende høvel – i miniatyr søker ved hjelp av no' datautstyr sin vei gjennom årer fulle av kalk. Den skyfler vekk alt, – ser som en falk.

Et hjerte som før følte hyppige stikk ble blodfylt og fint, det humpet og gikk. Vil tåle frustrerende storbytrafikk.

Så – tunge tanker om kolesterolet kan du fra nå av kaste på bålet. Ja, dette er sant, det skjer om et år, men neppe med alle fra karrige kår.

Og hør, kjære venner, skikkelig nytt: Kirurgen tar ondet ved roten. Har du en innskrumpet lever, så bytt til en fra en purke på Toten!

Problemet ved sådan transplantasjon er fare for avstøtning, en slags kollisjon mellom egne vev og donors organer. Så kirurgen må endre de medfødte vaner...

som selvsagt er svinaktig vanskelig! Han gjør det ved såkalt genterapi: En bunt pasientgener – fri for kjemi - inn i donator – en tilpasningsventen. Og så operasjon av lever-klienten.

Seansen tar tid – og kan virke litt tøff hvis klientene våkner og så sier 'NØFF!'

Ja, dette vil også bli virkelig sant, men neppe for vanlig fyllefant.

Vel er det fremskritt i vanlig forstand. Og visst er det flott at doktoren kan forandre de slappeste menn til virile, og at kirurgen gjør kvinnene barme. Gi meg heller en lege som kaller på smilet og frembringer menneskelig varme!

Som også – i tillegg til blod gjennom årer kan gi følelser avløp, åpne for tårer, og deretter skape befriende latter... Må dette bli tema i årets debatter!