

Utposten

4 2021
ÅRGANG 50

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Mor Utposten
trrer av

Koronasituasjonen
Miljøkamp
Folkehelse

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

1 LEDER: Gi meg de rene og ranke! *Njål Flæm Mæland***2** UTPOSTENS DOBBELTTIME:**Mor Utposten trer av***Tove Rutle intervjuet av Kristina Riis Iden og Kari Thori Kogstad***8** ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:**Hjerteinfarkt: – En av tre eldre hadde ikke brystsmerter***Lisbeth Nilsen***14** Ei lita verd. Da koronaen kom til Ulvik. *Unni Solem***17** Håndtering av luftveissyke.**Pasienter i fastlegjetjenesten under covid-19-pandemien***Laila Høyås Herlyng***19** Tillit – det norske arvesølv som er gull verdt*Maren Østberg***20** Kan Arbeidsmedisinsk avdeling være til nytte for dine pasienter?*Sindre Rabben Svedahl***24** Kampen for en friskere planet*John Gunnar Mæland og Erlend Tuseth Aasheim***27** Med #Sjekkdeg-kampanjen på agendaen, redder vi liv*Marianne Natvik***28** Nytt perspektiv på folkehelse. *Eivind Meland***32** Vinn-vinn-løsning: Samhandlingsgruppa for fastlegene og akuttlegene ved St. Olavs hospital*Tor Magne Johnsen, Peter Dietrich Jost, Ingard Løge og Lars Erik Laugsand***36** Zanzu.no – et nyttig verktøy når du skal snakke om seksuell og reproduktiv helse*Lennart Lee Lock***37** Sakset fra allmennmedisinsk forskning. *Kompilert av Lisbeth Nilsen***38** FAGGRUPPER: Faggruppa for elektronisk pasientjournal og elektronisk samhandling*Susanne Prøsch***39** FysMedUpdate: Raske, konkrete muskel-skjelett-updates?**39** Utposten gratulerer prisvinnere**40** MEDISINSK HISTORIE: Hans Nielsen Hauges innsats for folkehelsen*Arild Aambø***44** BOKANMELDelse: En jordnær tilnærming*«Kommunikasjon med pasienter» anmeldt av Eli Berg***45** BOKANMELDelse: Store muligheter*«Kvalitative forskningsmetoder i praksis» anmeldt av Eli Berg***46** BOKANMELDelse: Daglige utfordringer i praksis*«Personsentrert trygdemedisin i etiske perspektiver» anmeldt av Eli Berg***47 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 47****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Gi meg de rene og ranke!

Tanken på å gjøre feil hviler som en mørk skygge over legejobben. Vi tar en mengde vanskelige valg hver eneste dag, noen ganger flere slike valg for hver pasientkontakt. Det er en løpende risiko å overse sykdom. Konsekvensene kan være store for pasienten, i verste fall død. Konsekvensene er også store for legen: Å leve med følelsen av å mislykkes og vissheten om å ha påført andre smerte. For min egen del er det nok å se stempelen til Statsforvalteren på konvolutten, så øker pulsen. Det er en forsurrende skygge over tilværelsen som alltid vil være der.

På mange måter er det en usynlig fiende. Gitt symptomers enorme hyppighet i befolkningen, og at nesten alle symptomer i sjeldne tilfeller kan ha en alvorlig årsak, så oppleves det nokså tilfeldig om man ender opp med å forsinke diagnoser. Når så klagesaken kommer, er konsekvensene store. Vi vet at det medfører depresjoner, angst og selvmordstanker hos legen. I tillegg gir slike saker en endret praksis: Legen vil bli mer defensiv i sin utøvelse av faget (1). Dette gir unødige utredninger og bifunn, til ulempe for pasienten og til kostnad for samfunnet.

La oss tenke oss at du er nyutdannet lege. Du er følsom av natur, du engster deg for å gjøre feil og for å få kritikk. Alt dette er positive egenskaper i mange sammenhenger. Du har valget mellom å bli sykehuslege, fastlege i by, eller fastlege i distrikt. Det høres jo ikke ut som ureimelig ut om risikoen for advarsel eller lisenstap er åtte ganger større for fastleger sammenlignet med sykehusleger. I distriktspraksis er risikoen tjuetre ganger større! Disse tallene er ganske enkelt dramatiske og burde holde enhver lettere nevrotisk lege unna fastlegeyrket, og i hvert fall langt unna øde vakt-distrikter (2).

De umiddelbare konsekvensene av denne kunnskapen vil jo være nok et argument mot å bli fastlege. Det betyr en ytterligere tilstrømming av fastlegekrisen. Dernest vil man anta at en spesiell legetype vil kunne selekteres til å bli fastlege. For å sitere Rudolf Nielsen:

«Gi meg de rene og ranke, De faste og sterke menn (...), de kolde (...) som ikke har frykt i sitt blikk (...) som aldri gir tapt for tvil».

Er det ønskelig at bare de følelseskald og samvittighetsløse skal kunne overleve som fastleger i distrikt?

Det er åpenbart at det er strukturelle årsaker til at fastlegen er så utsatt for advarsler og lisenstap. Sykehuslegen står ikke alene, men jobber i et felleskap. Ansvar er pulverisert og faller på rutiner og foretak. Sykehuslegen har tilgang til helt andre utredningsmuligheter. Det jobbes innenfor et avgrenset fagfelt med langt færre problemstillinger. Ofte er det mulig å lage ryddige utrednings- og behandlingsalgoritmer. Det er gjerne ikke nødvendig å trekke endelige konklusjoner, bare en konklusjon innenfor eget fagfelt. På sykehus fins i større grad ordninger for egen sykdom og fravær, som gjør det lettere å ta hensyn til seg selv og til egen helse.

Allmennlegen forventes å være oppdatert på en uholdbar mengde retningslinjer (3). Fastlegen havner også i situasjoner hvor det nærmest er noe galt med alle løsninger, det kollega Harald Sundby kaller dilemmamedisin. I slike situasjoner har fastlegen intet sted å løpe, intet sted å gjemme seg, men er bundet til dilemmaet av det kontinuerlige lege-pasient-forholdet. Det er dessuten fastlegens skjebne å være portvokter og grensesetter i en stadig mer rettighetsbevisst befolkning, en høyst risikabel rolle.

Trenger vi tilsynsmyndigheter? Ja, ellers vil våre pasienter være rettsløse. Bør det være mulig å ta fra leger lisensen? Ja, det fins leger som bør lukes ut av personlige eller faglige årsaker.



Men disse tallene er et alvorlig varsko til samfunnet: Noe er strukturelt galt. Fastleger er ikke åtte ganger farligere eller åtte ganger svakere faglig enn andre leger. Det er urimelig og uakseptabelt at risikoen for alvorlig personlig belastning med depresjon, angst og selvmordstanker til følge, skal være så mye høyere hos fastleger enn hos andre leger – ikke fordi det er noe galt med dem, men i sjua av åtte tilfeller bare fordi de valgte å bli fastleger.

Konsekvensen er krystallklar: Det trengs tiltak. Fastlegen og fastlegeordningen behøver strukturell hjelp på systemnivå. I vurderinger fra statsforvalter og Helsetilsyn må det bli naturlig å skrive setninger som denne: «Man må ta i betraktning at legens beslutning ble tatt sent en kveld under pålagt vakt etter en lang arbeidsdag, uten støttepersonale, uten et faglig fellesskap, langt fra mulighet for avansert utredning, under tidspress, i et hav av symptomer, hos en pasient som i lang tid hadde hatt mange uforklarte plager og symptomer, og at pasienten hadde en sjelden tilstand med en atypisk presentasjon...»

REFERANSER

1. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06334-2>
2. <https://bmjopen.bmj.com/content/5/1/e006687.abstract>
3. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/10/17/leger-drukner-i-retningslinjer/>

NJÅL FLEM MÆLAND

Mor Utposten

Tove Rutle ■ KRISTINA RIIS IDEN OG KARI THORI KOGSTAD

Utpostens ferd på smale stier til reelle utposter og langs hovedfartsårer til sentrale strøk har vart i snart femti år. Tove Rutle har vært med på reisen de siste tretti år og sørget for enestående kontinuitet i jaktlaget. Nå overlater hun plassen til sin arvtaker.

Det er ikke uten motstand hun har gått med på å stille i *Utpostens* «dobbelttime». Forutsetningen er at det er nettopp *Utposten* som prosjekt det skal handle om – og ikke hennes person. Med kløkt og list håper våre utsendte å fravriste intervjuobjektet noe mer. Lett blir det ikke. Er det noe Tove Rutle ikke er, så er det objekt. Hun er et subjekt tvers igjennom.

Tove møter oss i pandemitrygg avstand over langbordet på kjøkkenet kl. 07.30. Dagen er godt i gang for hennes del. Det dufter fersk bakst og kaffe.

– Jo da, jeg er A. Kanskje dobbelt A, forklarer hun nøkternt over kaffekoppen. *Utpostens* medarbeidere vet veldig godt at meldinger sendt etter klokka 22.00 om kvelden, besvares av Tove grytidlig neste dag, ofte lenge før klokka seks om morgenen.

Til venstre Utpostens første utgave fra 1972, samt diverse utgaver fra Utpostens snart 50-årige historie, der Tove i 30 år har spilt en uvurderlig rolle.

Da svarer hun på mail, har kontroll på utgaver, deadline, korrekturlesing, trykking og abonnenter.

Utpostens fødsel, barndom og voksne liv

Det er *Utpostens* historie, formål og dugnadsprosjekt Tove helst vil snakke om. Mens morgensola flommer inn i stua, får vi høre om den tidlige historien.

Distriktslegene Per Wium, Harald Siem og Tore Ruud, som jobbet i distrikt på Nordvestlandet, så behovet for at legene utenfor sykehus fant sammen.

De tre legene opplevde at sentrale myndigheter ikke hadde forståelse for deres tanker og perspektiver rundt distriktsmedisin. Legetidsskriftet var ikke et relevant talerør for dem. I 1972 ble følgelig *Utposten* etablert som et uavhengig fagtidsskrift, hverken tilknyttet fagforening eller myndigheter. Og slik er det fremdeles, snart femti år seinere.

– Det var nok mye takket være innsats og tålmod fra koner og øvrig familie at de klarte å mekke sammen bladet, smiler Tove. Hun tar en kaffeslurk og fortsetter.

– Det var klare vedtekter helt fra den spede begynnelsen. Det skulle være åtte utgaver i året med populærvitenskapelige artikler fra samfunns- og allmennmedisin.

Ifølge statuttene skulle *Utposten* beskrive allmenn- og distriktsmedisins



trer av

hverdag, tekstene skulle være en blanding av klinikk og teori, bladet skulle ha begrenset annonsering, og det skulle ikke være rene temanummer. Videre ble det nedfelt at redaksjonene skulle sitte i fem år, medlemmene burde komme fra hele landet og ha ulik alder og kjønn.

I dag som den gang, er tilgangen på stoffet basert på det redaktørene henter inn, samt tekster som kommer direkte til redaksjonen forfattet av allmenn- og samfunnsmedisinere, men også stoff fra FHI, Relis og Statens Helsetilsyn. Det er fantastisk at det er mulig å produsere et så bra fagtidsskrift på dugnad – i femti år!

I forkant av hvert nummer har redaksjonen et telefonmøte. Her går man gjennom stofftilfanget og følger opp status på sakene. Av og til kan stemningen være noe panisk. Det redaksjonelle «jaktbyttet» er ikke alltid det en trodde det skulle være, en fugl viste seg å være en fisk, «og hvor er forresten byttet, har du hørt noe mere fra eller til ...» Tove sitter rolig på sin post, mens temperaturen hos redaktørene stiger.

– Jeg har lært meg at ting går seg til – jeg er helt avslappet overfor det. Jeg vet himla godt at jeg ikke kan eller vil være dråpen som får begeret til å renne over for dem som jobber med dette produktet, som produseres på dugnad av folk med en travel hverdag. Hvis noe ikke blir ferdig, så er ikke 101 ute, sier hun, og er kjapp med å tilføye: – Jeg er så glad jeg har jobbet på allmennlegekontor. Du ringer ikke og forstyrrer en konsultasjon. Det gjør du bare ikke. La det være en metafor. Så derfor: Hvis det blir fire sider mindre i en utgave en gang, så må det bare være slik.

Ifølge tidligere redaktører er Tove raus, men har en fast hånd på det hun beskjeftiger seg med. Lite forstyrrer henne eller vipper henne av pinnen. Det er en kjerneverdi hos henne, sier bekjente. Det kan Morten Hernæs fra 07 Media skrive under på.

Han er en viktig samarbeidspartner for Tove i arbeidet med *Utposten*. De har samarbeidet i 20 år og har oppstartsmøte for hvert nummer hjemme hos henne. Her serverer Tove nydelig bakst over pc-er og permer, som vist i bildet til høyre.



Tove besøkte 07 Medias trykkeri på Aursmoen i slutten av 2017.

FOTO: KARSTEN LINDBERG

FOTO: MORTEN HERNÆS, 07 MEDIA

Morten forteller:

– Vi har gjensidig respekt, og hun kjenner meg veldig godt.

Da *Utposten* skulle gå over til også å få nettutgave i 2018 i form av mPublish-løsning, var dette ukjent terreng for Tove. Da viste hun til fulle hvor mottakelig hun er for nye ting. Morten blir ivrig. – Hun legger seg ikke bakpå. Og når hun er sånn, så får hun også veldig god service av alle, også mine gode kolleger.

Når Tove blir spurt om samarbeidet med Morten, kommer det spontant: «Han er gull!»

I tillegg til telefonmøtene, treffes redaksjonen fysisk to ganger i året. Da går ferden til redaktørene som bor over det ganske land. Vi spør henne hva hun vil trekke fram fra reisene. Hun tenker og sier med drømmende blikk, at besøket hos en redaktør ved LoppHAVet var helt spesielt. Timesfersk torsk rett fra havet er en kulinarisk opplevelse hun ikke glemmer.

På en av de siste sidene i bladet finner vi Lyrikkspalten. Den har Tove tatt hånd om i mange år. «Lyrikk betyr mye for meg, og jeg er særlig glad når den presenteres i nynorsk drakt.»

– Da Olav (ektemannen) døde, så klarte

jeg ikke å lese annet enn overskrifter i avisen og lyrikk. Jeg tenker at lyrikk ikke behøver å ha så lang tekst for at man skal få mye ut av det. Lyrikken kan kanskje være en god støtte når livet buttrer? Tove mistet ektefellen brått like før sin egen femtiårsdag.

– Vi giftet oss tidlig, og fikk 29 år og tre unger sammen. Jeg er så takknemlig for alt det flotte vi hadde sammen.

Hva tenker så Tove om den opprinnelige ideologien for *Utposten*. Har den endret seg underveis?

Tove blir ettertenksom: – Faget allmennmedisin har vært gjennom en rivende utvikling. Etter hvert kom det professorer og doktorgrader på «*Utpostens* områder». Det var jo utenkelig på starten av 70-tallet. Dette påvirket selvsagt også redaksjonene i *Utposten*.

Hver redaksjon satte sitt særegne preg på bladet, og det endret seg ganske mye da vi måtte gå bort fra de femårige periodene redaksjonene satt. Men helt uavhengig av redaksjoner har den opprinnelige ideologien modnet, blitt knadd og utviklet seg i takt med samfunnsutviklingen forøvrig. Så er det også blitt en større forståelse for allmenn- og samfunnsmedisin i Legefore-

ningen, og *Utpostens* verdier har vunnet terreng også der.

Utpostens redaksjoner har hatt vyer, og særlig én redaksjon tenkte ekspansivt. Selvsagt måtte tidsskriftet arkiveres i Bibliotheca Alexandrina i Egypt. Med stolthet, selvsikkerhet og *Utposten* fra 1998 til 2002 innbundet i blått skinn og gullskrift, reiste redaksjonen til Egypt for å overlevere bladene til bibliotekdirektøren.

Med på turen var Jannike Reymert, Elisabeth Swensen, Gunnar Strøno, Frode Forland, Eirik J. Pedersen, Tone Skjerven og Torgeir Gilje Lid. – Det var en fin gjeng å dra med, sier Tove.

Hun forteller om togturen mellom Kairo og Alexandria, om varmen og all skitten og det vakre byggverket Bibliotheca Alexandrina.

– Kontrasten mellom den stive og kalde bibliotekdirektøren og de fattige menneskene i gatene utenfor var stor, forteller hun. Hun blir tankefull og minnes en episode – det var en dame jeg husker, og som kanskje var det sterkeste på hele turen. Hun stod utenfor bygningen, tildekket i burka, men så på meg med de mest inderlige og gode øyne, og gav meg et kort med bilde av en engel. Hun fasinerte meg, ikke den stive direktøren.



*Tove har samarbeidet med mange ulike redaksjoner opp gjennom årene. Disse var så heldig å få bli med til Alexandria der det berømte biblioteket i 2002 fikk overrakt årganger av *Utposten*. Fra venstre Elisabeth Swensen, Gunnar Strøno, Tone Skjerven, Erik Jesman Pedersen, Tove Rutle, Jannike Reymert, Torgeir Gilje Lid og Frode Forland.*

Bibliotheca Alexandrina er tegnet av det norske arkitektfirmaet Snøhetta.





Tove har vært svært involvert i PMU siden det ble arrangert første gang i 1989. Nå ser hun i likhet med mange andre frem til PMU som vil bli arrangert høsten 2022. Tove er veldig glad i Soria Moria-motivet med Oslo-elementer som er laget av hennes bror.

Trygge Tove

Og det er typisk Tove. Hun blir ikke blendet av ordener og rang. Hun vokste opp som militærdatter, kjæresten er tidligere dansk vicesentrallege (nå allmennlege), mens hun selv stolt definerer seg som pasifist. Hvor kommer denne iboende tryggheten fra?

Kanskje fordi hennes fire år eldre bror bar henne på gullstol gjennom hele oppveksten? Og en god far?

– Jeg spilte Tom Dooley på blokkfløyte for far da jeg var liten, og jeg husker han sa at det var det vakreste han hadde hørt. Skjønner dere? Det sier noe om hans hengivenhet, konstaterer hun, for den musikken kan ikke ha vært vakker. Vi forstår at Tove var et elsket barn.

Tove ler ofte. Den karakteristiske, synkende latteren sitter løst hos henne.

Venner, tidligere redaktører og kolleger beskriver henne som en høyreist dame med stor gjennomføringsevne, solid integritet, sjelden god samarbeidsevne og en herlig, sprudlende lekenhet. En av hennes aller nærmeste sammenlikner Tove med en grå eminense, en som trekker i trådene og har stor og ofte usynlig makt. Denne egenskapen har hun til fulle vist i sitt arbeid med Primærmedisinsk uke (PMU). Her er hun på godfot med alle samarbeidsaktører og snakker like godt med kelneren som med hotelldirektøren eller professoren.

Og det bringer oss over på et annet stort kapittel i Toves liv; nettopp PMU.

Det gode samspill til pasientens beste

Da hun jobbet sammen med sin avdøde all-

mennlegeektemann Olav, så de hvor todelte legerkontorene fungerte. Legene måtte ha kurstimer for sertifisering og reiste på kurs og seminar for faglig påfyll. Mens helsesekretærene ble sittende igjen uten tilgang på tilsvarende fagutvikling.

Tove lener seg fram og forteller:

– Det var min kjære Olav, med meg som «assistent», som hadde ideen og som startet PMU i 1989. I vedtektene står det «Gjennom denne uka vil vi vise at primærmedisinen er aktiv og levende, at interesser og kunnskaper spenner over et stort felt, og at vi satser på høy kvalitet i vårt tilbud til befolkningen».

PMU skulle være en faglig, sosial og kulturell smeltedigel, der alle skulle få faglig utbytte, og alle skulle trives. Det var det første store arrangementet i Norge hvor leger og medarbeidere var sammen på kongress.

Samspill og samarbeid for pasientene sitt beste, det var nye tanker den gangen. Den egalitære tankegangen om at både legen og helsesekretæren spiller hver sin avgjørende og viktige rolle overfor pasienten – men også overfor hverandre; de spiller hverandre gode.

Tove har i hele sitt voksne liv vært engasjert i helsesekretærene som yrkesgruppe og den majoriteten som er utdannet mot legerkontorene. På nittitallet hadde hun også flere kull med helsesekretærer i veiledningsgrupper!

– Kunnskapen har blitt dårlig forvaltet av oss som yrkesgruppe, konstaterer den tidligere helsesekretæren.

– Vi har ikke vært flinke til å foredle det. Utdanningen handler blant annet om labo-



Tove har alltid hatt et stort engasjement for helsesekretærenes rolle og vilkår på legekontoret. FAKSIMILE: UTPOSTEN 3/2021

ratoriearbeid, ekg, spirometri det krever jo at du hele tiden kvalitetssikrer det du gjør. Det er få og viktige oppgaver, men de må foredles og hele tiden kvalitetssikres. Da er det ikke interessant å utvide repertoaret, for tjenestene må være trygge for legen og pasientene, forklarer Tove.

– Og så har jeg en annen kjepphest! proklamerer hun. Og hun utdyper: – Helsesekretæren er «hertet» på legerkontoret, hun eller han sitter og håndterer alle henvendelser fra pasienter og fra legene. Hvis helsesekretærene ikke er dyktige nok, kan det skjære seg totalt. Den rollen må helsesekretæren være seg bevisst. Det betyr mye for pasientene å bli møtt på en ordentlig måte, anfører hun. Jeg synes heller ikke legen er flink nok til å verdsette helsesekretærene. Legerkontorene er ikke sterkere enn det svakeste ledd. Så er det også et paradoks når undersøkelser viser at helsesekretærer trives i jobben sin, på tross av at de ikke føler seg nok verdsatt når det gjelder anseelse og lønn. Jeg tror det er fordi de ser at de gjør en viktig jobb for mange pasienter.

Med Tove i komitéen til PMU, er medhjelperne fremdeles en sentral del av PMUs kursportefølje. Kanskje nettopp derfor traff konferansen blink. Fremdeles arrangeres PMU annethvert år i uke 43 med like årstall, med unntak av PMU 2020 som ble avlyst på grunn av pandemien.

Utpostens utsendte vil vite om slike store arrangement vil bli gjennomførbart i post-covide tider?

– Jo da, svarer Tove bestemt. PMU har sin berettigelse. Vi må holde fast på den allmenn- og samfunnsmedisinske happening

som dette er, kjenne på gleden og verdien i det å kunne reise hele legekantoret på kurs og samles etterpå, reflektere sammen om hva vi tar med oss hjem.

– Vi hadde tidlig en ide at det skulle være kulturelle innslag under konferansen. De første gangene var det legene selv som underholdt, sier hun med en trillende latter.

Etter hvert har de kulturelle innslagene preget PMU, med innslag før kursstart om morgenen og kulturelle drypp i løpet av dagen.

Kunst er en pedagogisk døråpner, slår hun fast. – Jeg tror at kultur er med på å åpne sansene og gjør deg mer mottakelig for faglig kunnskap. Vi har hatt mange, flinke kunstnere, ingen nevnt, ingen glemt, som har beriket oss i løpet av kursdagene. Men alt dette forutsetter planlegging og organisering. Nå er det profesjonelle firma som tar seg av det ikke-faglige ved kongressen. De første årene var det vi i hovedkomiteen som ordnet alt.

Det er dagen i dag vi har

Intervjuet nærmer seg slutten. Etter den tredje kaffekoppen og to ferske kringlebitter, klarer vi ikke lenger å dy oss.

– Hvorfor skal du slutte Tove?

Hun trekker litt på det, og svarer at hun har skjönt at andre synes hun begynner å bli gammel. Hun blir tilsynelatende forrettet når hun forteller dette. Hun ser lurt på oss og utbryter: – Det kan jeg jo simpelt hen ikke utsette meg for!

Dama er slagkraftig, hun evner å overraske og er utvilsomt av «intergenerasjonelt» format.

Hun lener seg fram og ser på oss: – Jeg skal fortelle om en morsom episode for mange år siden, om hun som har gitt meg oldebarn. Vi var mye sammen. Hun sa ofte:

«Kom igjen da Besta, det er du og jeg mot røkla.» Jeg ble med på leken, vi herjet og hadde det morsomt. Men plutselig sier hun: «Husk Besta, du er ikke et barn!» I vinter akte mine barnebarn og jeg opp og ned bakken ved Nordbytjernet. Vi hadde det kjempegøy, men så kommer 12-åringen: «Ikke mer nå, Besta.»

Når hun ikke er hjemme på Jessheim eller hos kjæresten i Danmark, er hun på hytta i Valdres. Her går hun turer på beina om sommeren og ski om vinteren, vi har med ei sprek dame å gjøre! Hun forteller at hun for noen år siden gav seg selv en gave til jul, og det var en tur på en til to timer hver dag.

– Jeg går fort, bekjentgjør den lettbeinte 73-åringen. – Jeg har løpt så mye at jeg har ødelagt et kne, så jeg løper ikke mer, dessverre. Men jeg går veldig fort, og kjæresten min kan slite med å holde følge med meg. Hun ser lurt på oss og røper: – men han blir jo snart pensjonist, så han må trene seg opp for å kunne gå i den norske fjellheimen.

Vår dobbelttime med Tove er over. Bladfykene skal videre til dagens arbeid, og Tove skal ut på sin daglige tur. Det er vakkert vær ute. Er dette din favorittårstid, vil vi vite.

– Jeg liker alle årstider, og jeg liker alltid best den årstiden som jeg er i akkurat der og

da, sier hun mens hun snører på seg joggeskoene på vei til dagens to timers treningsøkt.

Hvis du er til stede akkurat der du er, ser du virkelig de fire årstidenes ulikhet, glede og sjarm.

Tove lever. Hver dag. Her og nå.

Tove er glad i alle årstider og tilbringer gjerne tid på hytta i Valdres.

FOTO: THERESE RENAA



FOTO: HANS OLE JØRGENSEN



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.

HJERTEINFARKT: – En av tre eldre

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

– Vi må ha en bred tilnærming til akutt syke eldre, der sykdom gjerne vises som en akutt funksjonssvikt, sier forsker og legevaktlege Isabel Sebjørnsen.

Én av tre akutt syke eldre over 65 år har atypiske symptomer. Det fremgår av en systematisk kunnskapsoppsummering norske forskere står bak.

Magesmerter var fraværende hos én av ti med akutt abdomen. To av fem med infeksjon hadde ikke feber, og hver tredje eldre med akutt koronarsyndrom hadde ikke brystmerter. I stedet fremviste de eldre funksjonssvikt – med uspesifikke symptomer som fall, gangvansker, forvirring, inkontinens, utmattelse/tretthet, sykdomsfølelse, uvelhet og appetittløshet.

– Sykdom hos eldre vises gjerne som en akutt funksjonssvikt. Klassisk er fall, forvirring og gangsvikt, og disse symptomene kan skyldes alt fra en mindre alvorlig urinveisinfeksjon til akutt livstruende tilstand som blodforgiftning eller hjerneslag. Kanskje var det litt overraskende at en så stor prosentandel har atypisk sykdomspresentasjon. Det viser at vi ikke må bagatellisere sykdomstegn som fall og manglende evne til å spise og drikke hos eldre, sier lege og forsker Isabel Sebjørnsen til *Utposten*.

Hun er forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), NORCE, og lege ved Sotra legevakt i Øygarden kommune utenfor Bergen. Sammen med Linn Solveig Sortland og Lisa Marie Haraldseide står hun bak NKLM-rapporten *Eldre i den akuttmedisinske kjeden*, publisert i februar i år.

Tre delprosjekter inngår i rapporten:

- Registerdata på hva som karakteriserer eldres bruk av den akuttmedisinske kjeden i Norge
- En systematisk kunnskapsoppsummering



ALLE FOTO: PRIVAT/SOTRA LEGEVAKT

– Hvis fastlegene journalfører et utgangspunkt i en ganske frisk tilstand, kan det hjelpe oss i senere situasjoner med akutte sykdomsepisoder, mener legevaktlege og forsker Isabel Sebjørnsen.

ring på atypisk presentasjon av akutt sykdom og skade hos eldre

● Identifisering av skjøpeligheit

Flere internasjonale studier har funnet at akutt syke eldre kan ha en atypisk sykdomspresentasjon.

– Men denne kunnskapen har ikke blitt samlet tidligere, forteller Sebjørnsen.

Bred tilnærming

Ifølge kunnskapsoppsummering viser flere studier at atypisk sykdomspresentasjon fikk negative konsekvenser for pasienten, i

hovedsak ved forsinket diagnostikk, lengre sykehusopphold, varig nedsatt funksjon og økt dødelighet. Det ble konkludert med at det trengs en bred utredning ved uspesifikke symptomer.

– Funksjonssvikt som har oppstått i løpet av kort tid – fra timer inntil en til to uker – er alltid tegn på akutt sykdom, skade eller annen påvirkning. Hvilke funksjoner som svikter, har ofte å gjøre med hvilke funksjoner som er svekket hos pasienten i utgangspunktet, og er ikke spesifikt for en gitt tilstand. For å finne ut hva som ligger bak, er det nødvendig å gjøre en systema-

hadde ikke brystsmarter

tisk undersøkelse og lete etter en forklaring. Legen bør ta seg tid til å lytte på hjerte og lunger, kjenne på magen, ta en urinprøve, se over legemiddellisten.

– I stor grad handler det om å stille noen flere spørsmål, som «Hvordan var du for to uker siden? Hvordan fungerer du nå? Hvor lenge siden er det du var ute av huset?» Vi må ha en bred tilnærming hos akutt syke eldre – som vi har hos akutt syke barn, der vi ofte må lete etter årsaken til en nedsatt allmenntilstand og feber.

Opptriagering fra AMK-sentral

De norske registerdataene i rapporten viser at eldre som ringte nødtelefonen 113, fikk sjeldnere rød respons (akutt) og gul respons (haster) enn aldersgruppen 45–69 år.

Data fra én AMK-sentral viste at da ambulansepersonalet kom frem, ble hastegraden oppjustert for 81 prosent av alle eldre som i utgangspunktet fikk grønn respons. Yngre fikk også oppjustert hastegrad, men ikke i like stor grad.

Nær 20 prosent av eldre som ringte denne AMK-sentralen ble vurdert som rød respons. Da ambulansepersonalet ankom pasienten, vurderte de derimot at 38 prosent av tilfellene var rød respons.

– Det var en voldsom opptriagering og et interessant funn. Vi vet ikke om dette har en sammenheng med eldres tendens til å presentere sykdom og skade på mer uspesifikt vis. Andre faktorer som kan bidra til opptriagering, kan være bruk av klinisk triage ved ankomst hendelsessted, forverring av tilstand ved lang tid mellom første og andre vurdering, og lang transportvei fra hendelsessted til sykehus, kommenterer Sebjørnsen og føyer til:

– Vi så også at eldre fikk høyere hastegrad når andre enn pasienten selv var innringer, og dette er et funn som bør undersøkes nærmere.



– Funksjonssvikt som har oppstått i løpet av kort tid – fra timer inntil en til to uker – er alltid tegn på akutt sykdom, skade eller annen påvirkning, sier Isabel Sebjørnsen, legevaktlege ved Sotra legevakt og NKLM-forsker.

Skrøpelighet

Kunnskapsoppsummeringen bekrefter at skrópelige eldre har dárligere prognose ved akutt sykdom.

– Pr. i dag har vi ikke gode nok verktøy for á sikre at denne pasientgruppen får rett prioritering og behandling. Triage- og beslutningsstøtteverktøy som brukes i den akuttmedisinske kjeden adresserer ikke skrópelighet som en faktor hos eldre pasienter, sier Sebjørnsen.

Hun viser til at *Tidsskriftet* i utgave 4 i ár hadde skrópelighet som tema.

– Førsteforfatterne Ingebjørg Lavrantsdatter Kyrdalen og Ingerid Laukli skriver i en kronikk om at fastlegene kan avdekke skrópelighet og tidlig funksjonssvikt hos eldre ved á gjennomføre en gangtest. De understreker viktigheten av á kartlegge status før de blir akutt syke. Hvis fastlegene journalfører et utgangspunkt i en ganske frisk tilstand, kan det hjelpe oss i senere situasjoner med akutte sykdoms-episoder. Hvis vi kjenner til pasientens funksjonsnivå i utgangspunktet, blir vi i bedre stand til á vurdere tilstanden i akutt-situasjonen.

Sebjørnsen forteller at noen norske sykehus har tatt i bruk verktøyet *Clinical Frailty Scale* – et verktøy som ikke tar lang tid á bruke og som kan avdekke skrópelighet. Den finnes i en norsk versjon.

– Dette kan være et godt sammenligningsgrunnlag for á vurdere om pasienten er akutt syk – på tilsvarende måte som blodprøveverdier og vitale parametere tatt i habitualtilstand, mener legevaktlegen og forskeren.

Nytt, norsk nettkurs

De fleste studiene som inngikk i kunnskapsoppsummeringen, etterlyser mer forskning, bedre verktøy for triagering, screening og diagnostikk og mer kunnskap om atypisk symptompresentasjon hos både helsepersonell og i befolkningen.

For á øke kunnskapen hos helsepersonell, har den norske prosjektgruppen produsert et én-times nettkurs om atypisk sykdomspresentasjon.

– Kurset er relevant for alle som er ansatt i eller tilknyttet den akuttmedisinske kjeden. Det er gratis og er publisert på læringsportalen til kompetansesenteret for legevaktmedisin, sier Isabel Sebjørnsen.

Legevaktindeks, et beslutningsstøtteverktøy for legevakthenvendelser, er også oppdatert med et nytt oppslag om funksjonssvikt.

Se: oppvakt.no og legevaktindeks.no/funksjonssvikt

ELDRES BRUK AV AKUTT MEDISINSKE TJENESTER I NORGE:

- Eldre utgjorde 47 prosent av alle kontaktene til nødtelefonen 113 og stod for 15 prosent av kontaktene inn til legevakt og for 40 prosent av alle innleggelser for øyeblikkelig-hjelp (ØH).
- 17 prosent av eldres kontakter med legevaktlege førte til ØH-innleggelse, mens andelen var 11 prosent for pasienter mellom 45 og 69 ár.
- Fastlege eller legevaktlege var innleggende lege for to av tre eldre som ble ØH-innlagt.
- Drøyt seks av ti eldre ØH-innlagte pasienter hadde vært i kontakt med fastlege eller legevaktlege i løpet av de siste 14 dagene før innleggelsen – utenom kontakten som førte til selve innleggelsen.
- Nesten én av ti eldre ble innlagt mer enn én gang i løpet av ett ár.
- Data på kontakter inn til legevakt/legevaktsentral er fra sju legevaktdistrikt fra fireårsperioden 2014–2017.
- Kontakter med legevaktlege, fastlege og ØH-innleggelser er nasjonale data fra 2017.
- Kontakt med AMK omfatter data fra én AMK-sentral i 2019.

Kilde: «Eldre i den akuttmedisinske kjeden», Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE, 2021



Eldre stod for 15 prosent av kontaktene inn til legevakt, og for 40 prosent av alle innleggelser for øyeblikkelig-hjelp, ifølge norske data i en ny rapport som legevaktlege og NKLM-forsker Isabel Sebjørnsen er medforfatter av. Til venstre faksimile fra rapporten «Eldre i den akuttmedisinske kjeden».

Ei lita verd

Da koronaen kom til Ulvik

■ UNNI SOLEM • Fastlege og kommuneoverlege i Ulvik kommune

Ulvik i Hardanger var heilt lamma av eit stort utbrot av covid-19 i perioden 28. januar til 22. februar 2021. Ulvik er ein liten kommune med 1061 innbyggjarar, og av desse vart 12 prosent eller 134 personar smitta og 30 prosent sette i karantene.

I bygda vår er det mykje interaksjon mellom barnefamiliane. Vanlegvis er det tette nettverket eit stort pluss for livskvaliteten, som gir auka motstandskraft mot så mangt. Men i denne situasjonen vart dei sosiale nettverka akilleshælen som gjorde oss sårbare for smittespreiing. Nokså tidleg i utbrotet fekk vi melding om at viruset var den britiske mutasjonen B.1.1.7, som kom til oss via ei utanlandsreise.

Som kommuneoverlege og dessutan fastlege for halvparten av befolkninga, var eg sterkt involvert i alt som skjedde gjennom desse vekene. Heile tida prøvde eg å halda hovudmålet for auga: Å spora smitten og stoppa smittespreiinga. Det var eit hav av detaljinformasjon å halda styr på. Smittesporingsteamet var i utgangspunktet kommuneoverlegen og helsesjukepleiar, men no måtte det forsterkingar til. Eg har i ettertid skrive historia om korleis utbrotet vart opplevd av oss som sto midt i det. Dette dokumentet vart omfattande og til læring for oss internt, men for alle andre vil eg freista å oppsummera dei viktigaste poenga.

Smittespreiinga og kampen for å få oversikt

Frå starten av mistenkte eg både ein ekstra smittsam variant og lang tid frå smitte til symptom. Den første pasienten fekk symptom dagen etter avslutta innreisekarantene. I slutten av karantenetida hadde det

vore kontakt med anna nær familie, og via denne andre familien, som var utan symptom, spreidde smitten seg primært til barnehagen og barne- og ungdomsskulen. Smittesporing den første helga avslørte at alle fire avdelingane i barnehagen og sju av ti skuleklassar var nærkontaktar. Via eit bursdagsselskap for skuleklassen til den først smitta eleven spreidde smitten seg til ein forelder som òg var lærar i ungdomsskulen.

Jamvel om born både i skule og barnehage var i kohortar på gult nivå, så var det uklart definert korleis dei vaksne skulle forhalda seg, og det var mykje vaksenvandring mellom kohortane. Mange tilsette i skule og barnehage vart nærkontaktar. Ein heil del foreldre måtte ut i ventekarantene, og mange av desse jobba i pleie- og omsorgssektoren. På det mest kritiske tidspunktet kunne berre 8 av 41 tilsette ved sjukeheimen møte på arbeid. Unge vaksne har born i både barnehage og skule, og dei jobbar ofte sjølve i anten skulen, barnehagen eller pleie- og omsorgstenesta. I tillegg trenar dei gjerne eit lag innafor barneidretten. Når smitten kjem inn i barnefamiliane, får det difor fort store ringverknadar.

Då vi 28. januar vart klar over at vi hadde eit utbrot, hadde viruset alt vore i omløp i ei veke ut frå informasjon om dei to første familiane med smitte. Vurdert i ettertid var om lag 60 av dei 134 personane smitta allerede før 28. januar. Resten vart stort sett smitta seinare i eigen husstand. Det synt seg nesten uråd å hindra smitte innanfor familiane. Små ungar kan ikkje isolerast, og smittar resten av familien etter tur. Det vart lange isolasjonsperiodar, især for det siste familiemedlemmet som framleis testa negativt, og som fekk forlenga karantene for kvar gong eit nytt familiemedlem testa positivt. Vanskar med å hindre smitte i barnefamiliar gjaldt både innvandrarfamiliar og etnisk norske, jamvel om vi i Ulvik bur romsleg samanlikna med i byane. Å splitta familiar og setja nokon på karan-

tenehotell ville vera overgrep mot borna og familien, i ein situasjon som var ille nok likevel. Det såg ut til at berre større born og tenåringar kunne isolerast effektivt på eige rom og unngå å smitte familien. Det var fem slike tenåringar som ikkje smitta vidare i vårt utbrot.

Det vart ein stor jobb å skaffa oversikt, og eg laga tidleg ei pasientliste med nøkkelinformasjon om dei smitta. Lista vart oppdatert fortløpande og supplert med ei oversikt over dei fleste barnefamiliane som var ramma, noko som kravde lokalkunnskap. Heldigvis har både helsesjukepleiar og eg svært lang fartstid i kommunen. Lista vart eitt av dei beste arbeidsreiskapane våre. Vår einaste helsesjukepleiar og den eine av to fastlegar vart òg definerte som nærkontaktar. Desse to fekk dispensasjon til å opphalda seg på kvart sitt kontor ved legekontoret i karantenetida, og gjorde smittesporing og oppfølging av sjuke via telefonen.

Dei som vart alvorleg sjuke hjå oss er alle unge vaksne. Dei ni sjukehusinnlagde var i alderen 30–45 år, og fire av dei var utan kjende risikotilstandar. Fleire andre i same aldersgruppe har vore svært sjuke og sengeliggende heime. Dei har ikkje greidd å ta seg av ungane sine, og vi måtte i nokre tilfelle setja inn hjelpetiltak for at borna skulle få regelmessige måltid.

Vi valde 2. februar å forlenga karantenetida til 14 dagar gjennom lokal forskrift. Først og fremst fordi vi hadde for dårleg testkapasitet i starten og måtte kjøpa oss tid. Men også fordi vi frå starten observerte at vår virusvariant hadde lang inkubasjonstid, og vi frykta ny runde med smittespreiing dersom vi sleppte opp karantenen for tidleg. Eg og kommunal kriseleiar drøfta dette eit par gongar med Folkehelseinstituttet (FHI). FHI var med på første del av argumentasjonen om å kjøpa seg tid til å auka testkapasitet, men meinte at ti dagar karantene eigentleg skulle vera lenge nok. Vi fekk inntrykk av at dei ikkje

halda meg til juridiske omgrep og formuleringar. Det var difor ei stor lette at rådmannen tok den jobben. Ordføraren var vår pressekontakt og opplevde stor pågang. Journalistar ville ha tal og detaljar som vi på det tidspunktet ikkje kunne eller ville gi dei. Ordførar svarte sakleg og så utfyllande han kunne og skjerma meg i stor grad. I den første hektiske fasen var det heilt naudsynt. Informasjon ut til befolkninga via kommunen sine heimesider vart oppdatert hyppig, det var stabssjefen sitt ansvar.

Eg opplevde samarbeidet med kriseleiinga i daglege møte som svært godt og heilt avgjerande for å handtera utbrotet. Eg opplevde at dei andre var interesserte i diskusjonar omkring tiltak og viste handlekraft når naudsynt. Drøftingane hjelpte meg å ta avgjerder om rett smitteverntiltak til rett tid. Eg opplevde òg at alle i den utvida kriseleiinga fekk ei forståing for og lojalitet til det som vart bestemt. I ei slik krise er det heilt avgjerande å stø seg på kvarandre sin kunnskap og arbeidskapasitet, for det er uråd å løysa oppgåvene som solospelar. Kommuneoverlegen forvaltar fagkunnskap om smittevern og epidemiologi. Dei andre i kriseleiinga, ikkje minst ein erfaren ordførar, har svært mykje kunnskap om organisasjonen, om reaksjonar hjå dei tilsette og befolkninga, om korleis utfordringar kan løysast og om sine nettverk. Eit utbrot er ikkje berre eit medisinsk problem, og kommuneoverlegen må vera lagspelar for å kunne gjera jobben sin.

Samarbeidet med nabokommunar, helseforetak, Statsforvalter og FHI var òg svært viktig for oss. Heile kriseleiinga hadde den 3. februar eit digitalt møte med FHI, Helsedirektoratet, Statsforvaltaren og nabokommunane. Eg kommuniserte med smittevernkompetansen i FHI om problemstillingar som oppsto og formidla vurderingane vidare inn i kriseleiinga. Spørsmål som kommunen sende inn til

Statsforvaltaren eller FHI, vart raskt svara på. Rett nok fekk vi ikkje alltid fasitsvar. Vi spurte til dømes om vi kunne få dispensasjon frå karantenereglane i covid-19-forskrifta, då nesten alt vårt faste pleiepersonale var ute. Konkret var spørsmålet om helsepersonell i karantene kunne møte på jobb dersom dei var ikledde fullt smittevernustyr. Her viste Statsforvaltaren til FHI, og FHI tilbake til Statsforvaltaren, og ingen av dei kunne gi dispensasjon. Konklusjonen frå Statsforvaltaren var at kommunen sjølv kunne vedta dette som nødrett. Det gjorde vi, i meir enn ei veke. Det er eit ope spørsmål om ein verkeleg kan visa til nødrett så lenge, men vi måtte ha personale som var kjende med institusjonen og pasientane, ikkje berre tilreisande hjelp. Det var også kriseleiinga etter råd frå kommuneoverlegen som ga helsesjukepleiar og fastlege dispensasjon til å vera på jobb på eige kontor i karantenetida. Uansett var det nyttig med dei faglege drøftingane med FHI, noko vi hadde mange gongar dei første to vekene. Eg fekk alltid gode svar og opplevde fagleg støtte, også når det til sist var den lokale kriseleiinga som måtte ta avgjerda. Alt i alt reflekterer denne prosessen at vi har ei forvaltning som respekterer kommunalt sjølvstyre og plasserer ansvaret der det skal vera.

Smått og godt – som utgangspunkt for forskingsprosjekt

Dei data vi har samla gjennom utbrotet og den oversikten vi fekk fordi vi er små, viste seg å vera gull verd. Det spesielle ved Ulvik-utbrotet er at det var ei smittekjelde inn til ein frå før usmitta populasjon. Smiten spreidde seg så i eit cluster som til slutt talde 134 personar. For 133 av desse er det kjent smitteveg.

Framlegg til forskingssamarbeid kom i e-post 16. februar frå leiar ved mikrobiologisk avdeling ved Haukeland Universitets-

sjukehus, Elling Ulvestad. Frå 24. februar var vi i gang. UCCO (The Ulvik Covid-19 cluster outbreak study), er eit samarbeid mellom Haukeland Universitetssjukehus, Ulvik Herad og dei allmennmedisinske forskingsmiljøa ved Universitetet i Bergen og NORCE (Norwegian Research Centre). Prosjektet er godkjent av etisk komité og inneheld fire arbeidspakkar. Som kommuneoverlege i Ulvik har eg ansvar for arbeidspakke nummer 1, i tillegg til å levera grunnlagsmateriale, hjelpa med kontakt mot dei som har vore smitta, innsamling av samtykke, organisering av blodprøvetaking med meir. Overskriftene for arbeidspakkane er:

- ❶ Infeksjonskontroll og samfunnsmedisinsk perspektiv på virusspreiing i ein liten kommune.
- ❷ Beskriva sjukdomsforløp og eventuelle komplikasjonar ved den britiske B.1.1.7 virus-varianten (spørjeundersøking april og august 2021 og opplysningar frå legejournalane).
- ❸ Biomarkørar og immunrespons hjå dei smitta (blodprøveanalysar).
- ❹ Genom-karakteristikk av B.1.1.7 SARS-CoV-2 og moglege endringar av genomet gjennom utbrotet (utvida sekvensering av innsamla virusprøvar frå januar og februar).

Eg ser fram til vidare samarbeid med svært kompetente kollegaer i forskingsgruppa. Det gir litt ekstra energi til å halda motet oppe. Vi har framleis ein lang veg å gå før heile befolkninga er vaksinert og vi kan finna tilbake til ein normalsituasjon. I Ulvik har vi opplevd at framande virus-variantar berre var ei flyreise unna. Når verda no kom til oss, kan kanskje denne vesle bygda bidra med ein brikke i puslespelet for å forstå meir om viruset og sjukdommen.

■ UNNI.SOLEM@ULVIK.KOMMUNE.NO

Utsikt over Ulvikafjorden.

FOTO: MORTEN HERNÆS



Håndtering av luftveissyke

Pasienter i fastlegetjenesten under covid-19-pandemien

■ LAILA HØIÅS HERLYNG • kommuneoverlege og fastlege Åsnes kommune

Hvordan snur en liten kommune seg rundt når pandemien treffer? Her forteller en kombilege sin historie.

Jeg er en av to kommuneoverleger i Åsnes, en kommune på drøyt 7000 innbyggere. Jeg er kombilege med tre dager kurativ praksis og førte prosent kommuneoverlegestilling. Den andre jeg deler kommuneoverlegedagene med, har ansvar for smittevern i Åsnes kommune og interkommunalt i Solør-kommunene. Med utviklingen i covid-19-pandemien ble det behov for raskt å se på ressurser og rutiner knyttet til smittevern for å få etablert nye rutiner og tjenester. Det eksisterte ikke detaljerte rutiner og planer for en slik ekstraordinær situasjon, noe som gjorde at vi som kommuneoverleger i Åsnes begynte å lage egne rutiner for å håndtere covid-19-situasjonen lokalt. Grunnet den nasjonale situasjonen ble det også avholdt et interkommunalt krisemøte med samarbeidende kommuner, hvor skisse til løsning ble laget. Rett i forkant hadde fylkesmannen framskyndet frist for innlevering av oppdatert pandemiplan til 1.3.20. Denne planen skulle vise seg å bli et viktig verktøy for oss da vi møttes til første krisetabsmøte 9. mars og skulle se på hvilke behov vi måtte ta høyde for. Åsnes kommunes fastleger (åtte leger og LISr) ble samlokalisert til ett legesenter den 23. januar 2020 og var da pandemien brøt ut i etableringsfasen med å bygge opp felles rutiner. En vesentlig sårbarhetsfaktor knyttet til dette var at alt

hjelpepersonell (sju-åtte årsverk) og alle leger i fastlegetjenesten i Åsnes ville være mer utsatt for smitte internt. En styrke var at det var enklere med samlokalisering når hele legetjenesten skulle følge de samme rutine. Det var også lettere å holde oversikt over situasjonen med kun ett legesenter.

DEN FØRSTE STORE utfordringen for oss var hvordan vi skulle unngå at flere ansatte kom i karantene samtidig, og at vi i ytterste konsekvens skulle måtte stenge på grunn av smittespredning internt. I felles drøfting mellom kommuneoverleger og kommuneledelse fant vi ut at vi måtte etablere et tilbud for pasienter med luftveissmitte utenfor, men i nær tilknytning til legesenteret, slik at vi kunne avgi lege til dette deler av dagen og ha personell og labressurser tilgjengelig for diagnostikk. Vi vurderte dimensjonering av tilbudet, fysisk avgrensning, bemanning, samhandling med teknisk ledelse og helseledelse, bestilling av utstyr, informasjon til befolkningen. Utfordrende var også endring i drift fra dag til dag i et nylig samlokalisert senter, uten rutiner for felles drift og vakante legestillinger delvis besatt av korttidsvikarer. Tidspresset var stort når det gjaldt å lage prosedyrer og gjennomføre opplæring under stadig nye retningslinjer og smittevernregler. Samtidig skulle jeg ivareta egen praksis og svare på utallige spørsmål knyttet til covid-19 og gi informasjon til befolkningen. Helt i startfasen ryddet vi klart et legesenter i enden av bygget som pasienter med luftveissmitte ble avskjermet på.

Parallelt etablerte vi tidlig i mars en egen korona-telefonlinje for å få oversikt over og registrere henvendelser.

JEG SER I ETTERTID at vi hadde stor nytte av at vi startet registrering og siling av pasienter med luftveisinfeksjon fra første dag. Luftveissyke skulle følges opp, og det skulle føres statistikk som skulle rapporteres til fylkesmannen. Da vi så at omfanget av pasienter med luftveissplager økte, måtte vi vurdere en annen løsning. Flere alternative forslag var på bordet. Vi skjønte at å finne noe i geografisk nærhet til legesenteret var det viktigste for å kunne utnytte både de menneskelige og utstyrmessige ressursene best mulig. Vi hadde ett års positiv erfaring med leie av kontorbrakke som midlertidig påbygg til et av legekontorene i bygda i forbindelse med omorganisering av legetjenesten. Kommunen leide fortsatt en arbeidsbrakke som sto rett utenfor det nye legesenteret i forbindelse med slutføring av nybygget. Denne kunne raskt tas i bruk til formålet med noen tilpasninger, og dette ble luftveisklinikken for fastlegetjenesten i Åsnes.

Brakka kom raskt i drift, vi fikk sikret legesenteret mot smitte og det ble en god løsning i startfasen av pandemien. Det var vanskelig å tenke ut dimensjonering med den informasjonen vi hadde tilgjengelig i starten. I samhandling med fylkesmannen mener jeg at vi landet på en god, midlertidig løsning. Utover i mars økte omfanget av luftveissyke, og det kom publikasjoner som viste at andre symptomer enn luftveisspla-

Rett sør for Flisa renner Flisaelva ut i Glomma. Flisa er kommuneadministrasjonssentret i Åsnes kommune. Flisa ble i 2012 innvilget landsbystatus. Flisa bru er verdens lengste trebru konstruert for full trafikklast. Brua ble høytidlig åpnet sommeren 2003. Den er 196 meter lang fordelt på tre spenn – det lengste 70 meter. FOTO: WIKIMEDIA COMMONS



ger kunne være covid-relaterte. Dette medførte økt behov for testkapasitet og legeundersøkelse. I tillegg kom det anmodning fra fylkesmannen om å sørge for ivaretagelse av covid-syke pasienter i stort nok omfang. Brakkeløsningen tilfredsstilte ikke disse behovene, og vi måtte se oss om etter annet lokale. På grunn av utviklingen ønsket vi også å finne en interkommunal løsning for å samle ressursene. Sammen med helseledelsen besøkte vi flere alternative steder. Vi innhentet informasjon fra FHI, Helsedirektoratet og fylkesmannen, og landet sammen med kommuneledelsen i Åsnes på en interkommunal samarbeidsavtale om å leie sykestua på Haslemoen militærleir. Denne skulle brukes til infeksjonsklinikk, og vi fikk planlagt og etablert tolv IKAD-senger i andre etasje i slutten av mars. Sykestua var klar til innflytting og hadde godt vedlikeholdte lokaler tilpasset helsefaglig arbeid. Det var mulig for oss å dele inn bygget i rene og urene soner, ha god nok plass til testfelt utenfor, og i verste fall utvide med opptil 800 sengeplasser.

DETTE VISTE SEG å bli en svært god løsning for oss. Tilliggende kommuner har også etter hvert villt inngå samarbeid om bruk av tilbudet. De tre Solør-kommunene har i mange år hatt felles smittevernoverlege. Det ble naturlig at vi samarbeidet om håndteringen av helsetilbudet under pandemien. Siden vi var flere kommuneoverleger som jobbet sammen for å finne løsninger, kunne vi fordele arbeidsoppgavene mellom oss slik at noen laget rutiner, noen hadde oversikt over bestilling og samhandling med ledelsen i kommunen, noen samhandlet med informasjonskonsulent og media, og noen ivaretok ansvar for internopplæring på legekantoret/brakke/infeksjonsklinikk osv. Jeg så både underveis og i ettertid at dette lettet mye av arbeidshverdagen vår. Lokalt i Åsnes var det behov for tett samarbeid rundt bestilling av medisiner, samhandling med hjemmetjenesten og sykehjem, rådgivning til lokalbefolkningen, og tett kommunikasjon med lokalt sykehus og teknisk ledelse. Fordelen

med en liten kommune der alle kjenner alle, er at det er lettere å samhandle på tvers av flere etater og få tak i hverandre. Vårt eneste legesenter kunne enkelt samle ressurser og opprettholde like retningslinjer for alle.

EN VESENTLIG SUKSESSFaktor mener jeg har vært at ledelsen i kommunen har lyttet til faglige råd og innspill fra oss, og gitt oss muligheten til å etablere det vi mente var nødvendig. Vi fikk rom til å gjøre jobben slik vi ønsket. Det må sies at det har vært en bratt læringskurve, og vi har særlig i første fase måttet ta mange vanskelige valg helt lokalt. Det opplevdes svært utfordrende å, under stort tidspress, motta hyppige endringer i retningslinjene fra Helsedirektoratet og FHI. Parallelt med pandemien skulle vi ivareta øvrig legetjeneste. Det var hele tiden usikkert om vi kunne få tak i nok utstyr, og vi måtte ta valg om å samarbeide med frivillige for å få sy utstyr med riktige spesifikasjoner. Vi måtte også sette av nok personalressurser til ivaretagelse av henvendelser på koronatelefonen. Samtidig skulle vi selv lage retningslinjer for smittevern på legekantoret, rutiner ved mottak brakke/infeksjonsklinikk/IKAD knyttet til covid, lage rutiner for undersøkelse og siling og samtidig ivareta faktorer knyttet til nyetablert legesenter.

Proessen har vært utfordrende og tidkrevende, spesielt siden alt dette skjedde i en periode hvor vi både har manglet fastleger og sekretærer. Vi har foreløpig ikke hatt tilfelle av smitte innad på legekantoret, og jeg tenker at mye av årsaken til dette har vært at vi raskt fikk etablert eksterne løsninger

for å ta unna infeksjonstilfeller. Spesielt fordi kommunen er liten og dermed har lite helsepersonell å ta av, har dette vært en vesentlig suksess ved vår håndtering av pandemien, og det har gjort at vi kunne fortsette å ivareta andre pasientgrupper på en trygg måte. Selv om det er lett å samarbeide i en liten kommune, er det sårbart når arbeidsmengden er usedvanlig stor og mange av nøkkelpersonene ivaretar flere roller i helsetjenesten. Å unngå intern smitte har derfor vært helt sentralt.

I SENERE TID har det kommet gode og tydelige retningslinjer og informasjon fra flere hold. Spesielt har vi hatt god støtte i tett dialog med fylkesmannen. Gode innspill fra innsatsgruppen for allmennleger har også vært nyttig, men etter min mening var det altfor mye som var uklart og utfordrende å håndtere på egen hånd i startfasen. Nå når denne informasjonen er på plass, merker jeg hvor utrolig mye hjelp det hadde vært i å ha hatt tilgang til denne helt fra begynnelsen, slik at ikke alt måtte løses på lokalt nivå på det stadiet. Selv om løsningene vi kom frem til og implementerte har vist seg å fylle våre behov i fastlegetjenesten godt, har det vært og er fortsatt krevende å stå i en hverdag med stor usikkerhet og behov for å stadig oppdatere rutiner tilpasset den raske utviklingen i pandemien.

Aller viktigst er likevel det at verktøyene, rutinen og samarbeidskanalene vi har etablert vil være til god nytte videre for oss både i denne pandemien og eventuelt fremtidige lignende utfordrende situasjoner.

■ LAILAHOIAS.HERLYNG@ASNES.KOMMUNE.NO

Tillit – det norske arvesølv som er gull verdt

■ MAREN ØSTBERG • Smittevernoverlege og kommuneoverlege i Bykle

Hvilke grunnverdier er i spill når en pandemi håndteres? Dette har denne utdanningskandidaten i samfunnsmedisin reflektert over.

Det er typisk norsk å være god, sa landsmoder og daværende statsminister Gro Harlem Brundtland i nyttårstalen i 1992. Og hun har rett. For vi kan slå oss på brystet og si at vi er gode i Norge på pandemi-håndtering. Vi har lave smittetall og vi har lave dødstall.

En pandemi med et ukjent virus skaper både usikkerhet og frykt. Kunnskapsgrunnlaget endrer seg fortløpende. Tiltakene for å begrense pandemien endres i et forrykende tempo, både som et resultat av ny kunnskap og som et resultat av sving-

ninger i smittetallet. Det som gjaldt i går, gjelder ikke nødvendigvis i morgen. Dynamisk håndtering av pandemien er en annen måte å si det på. Og det har virkelig gått fort i svingene. Som kommuneoverleger har vi tidvis fått informasjonen gjennom nasjonale pressekonferanser. Og ja, det har vært vanskelig å manøvrere i en hverdag med stadige endringer og ekstremt korte frister.

REGJERINGEN HAR FORMIDLET at de (stort sett) følger faglige anbefalinger og lytter til faglige råd. Når ulike fagmyndigheter som FHI og Helsedirektoratet (som alle er på fornavn med nå, men som så å si ingen kjente til før denne pandemien) har kommet med ulike anbefalinger, har man lagt vekt på at nettopp usikkerhet gjør at man kommer til forskjellige konklusjoner.

Å formidle usikkerhet på en troverdig og tillitvekkende måte er ingen enkel øvelse. Å formidle stadig oppdatert og kompleks kunnskap rundt en pandemi er ikke mindre vanskelig. Den nasjonale helsefaglige ekspertisen har etter min mening klart dette særdeles godt. FHI og Helsedirektoratet har helt fra starten av pandemien operert etter prinsippet: Vi vet ikke alt, men dere skal få vite alt vi vet. Slik jeg ser det har det gitt grunnlag for styrket troverdighet og tillit til pandemi-håndteringen i Norge over tid.

Det kan være fristende å konkludere bombastisk for å fremstå overbevisende. Med en nylig avgått president fra USA friskt i minne er det all grunn til å verne om troverdighet og tillit. Alternative fakta og sosiale medier som et forsterkende ekkokammer kan skape grobunn for polarisering og mistillit.

I NORGE HAR VI generelt langt høyere tillit til myndighetene og hverandre enn andre land i Europa, og i verden for øvrig. Samfunnsøkonomer mener vi sparer betydelige beløp på denne tilliten. Høy grad

av tillit gjør at samhandling glir lett, eller sagt på økonomenes fagspråk: Transaksjonskostnadene blir lave. En slipper lange detaljerte kontrakter og forsikringer. Konflikter blir løst på et lavt nivå, og en unngår blant annet kostbare rettssaker.

I høst opplevde nasjonen at lobbyvirksomhet fra Norsk Industri trumfet smittevern-faglige råd. Resultatet var at regjeringen ga karantenefritak til utenlandske arbeidsinnvandrere. Importsmitten steg utover høsten, og 5. november stengte Norge delvis ned igjen.

Nylig tok opposisjonen på Stortinget styringen, og ba regjeringen om å la kommunene bestemme om det skulle være greit med et glass vin eller to til maten. Om det er opposisjonen som prøvde å slå politisk mynt, eller om det er regjeringens reaksjon som var «barnslig» skal være usagt. Kanskje var det bare uttrykk for en demokratisk flertallsavgjørelse basert på prinsippet om at det tross alt er Stortinget som har makt og myndighet gitt av folket.

I tillegg åpnet kulturministeren for karantenefritak for skieliten på tross av helsemyndighetenes advarsler om økt risiko for importsmitte. Dette skjedde paradoksal nok samme dag som en mutert virusvariant ble oppdaget i Nordre Follo. Det er dårlig timing og kan svekke tilliten fordi det framstår ulogisk.

DET ER EN SKJØR POLITISK balanse-gang å manøvrere på oppløpsiden i en pandemi som begynner å tære på tålmodigheten for noen og enhver. Som nasjon har vi i denne pandemien stått rimelig samlet, og hoppet når våre politikere har sagt at vi skal hoppe. Ikke fordi vi er med i en nordkoreansk parademarsj, men fordi vi har tillit til de rådene som blir gitt fra nasjonale myndigheter.

Så derfor en appell til alle politikere: ikke tull med tilliten!

Den er gull verdt, bokstavelig talt.

■ MAREN.OSTVOLD@BYKLE.KOMMUNE.NO



Kan Arbeidsmedisinsk avdeling være til nytte for

■ SINDRE RABBEN SVEDAHL • Med kolleger, Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs hospital

Relasjon mellom pasientens plager og eksponering på arbeidsplassen kan fanges opp med noen enkle spørsmål, dersom legen husker å stille dem.

I mange konsultasjoner hos allmennlegen kan arbeidsrelaterte plager være sentrale. I en spørreskjemaundersøkelse hos pasienter som oppsøkte en allmennpraksis for noen år tilbake, svarte 40 prosent av 237 kvinner og 54 prosent av 175 menn at det var mulig eller sikker sammenheng mellom påvirkningsfaktorer i arbeid og den aktuelle sykdommen eller helseplagen som de søkte lege for (1).

Dette bildet stemmer bra med kunnskapen vi i dag har om at påvirkninger i arbeid har stor betydning for både den enkeltes helse og folkehelsen. Eksponering for ulike kjemiske, fysiske og biologiske faktorer i arbeid kan føre til utvikling av arbeidsrelaterte sykdommer som for eksempel astma, kreftsykdommer, eksem eller vibrasjonsskader. På den andre siden er arbeidsplassen også viktig for å opprettholde god helse. Gjennom opplevelsen av å være til nytte, bli verdsatt og oppleve positive relasjoner dekkes grunnleggende menneskelige behov. Derfor vil det å måtte slutte i jobben grunnet arbeidsrelaterte helseproblemer ofte være dramatisk for den det gjelder, og dette bør derfor forebygges så langt som mulig.

Når en arbeidstaker tar opp en helseutfordring med fastlegen er det ikke alltid åpenbart hverken for arbeidstakeren eller legen at arbeidsmiljøfaktorer kan være av betydning for problemstillingen. Mekanismene bak arbeidets påvirkning på helsen kan være komplekse. Forverring av plager i løpet av arbeidsdagen eller utover i arbeidsuka, og forbedring i helger og friperioder tyder på arbeidsrelasjon. Slik arbeidsrelasjon er lett å fange opp med noen få,



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

enkle spørsmål. Samtidig kan det også være slik at arbeidsrelaterte plager ikke nødvendigvis rekker å bli bedre i løpet av noen få fridager, og da kan det være vanskeligere å oppdage en underliggende arbeidsrelasjon. Det er derfor viktig at alle leger har grunnleggende kunnskap om vanlige arbeidsrelaterte sykdommer, deres forløp og årsaker. Eksempelvis bør debut av astma i voksen alder alltid medføre en grundig vurdering av om det kan være snakk om yrkesastma. Håndeksem er en annen typisk problemstilling som krever nøye gjennomgang av relevante arbeidsmiljøfaktorer slik som vått arbeid og eksponering for hudirritanter og allergener.

Det er viktig å unngå at arbeidstakere med arbeidsrelaterte sykdommer blir gående i skadelig eksponering unødvendig lenge. Symptomatisk behandling uten grundig vurdering av årsak kan i noen til-

feller føre til forsinket diagnose ved arbeidsrelatert sykdom. Et eksempel er arbeidstakeren med yrkesastma, hvor reduksjon av den skadelige eksponeringen ned til et forsvarlig nivå er det viktigste tiltaket man kan iverksette for å unngå ytterligere forverring og kronifisering av sykdommen. I noen tilfeller kan man faktisk gjøre vondt verre dersom man starter medikamentell astmabehandling uten å sørge for at eksponeringen kommer under kontroll. Astmamedisinene vil kunne gjøre at arbeidstakeren holder ut og blir værende lenger i den skadelige jobben eller eksponeringen. Resultatet kan bli en høyere total eksponering og dermed en dårligere prognose på sikt. Før man skriver ut astmamedisin til voksne yrkesaktive med nyoppståtte plager, bør man derfor ha god kontroll på om det kan være utløsende årsaker i pasientens arbeidsmiljø.

Ofte er god kjennskap til ulike typer ar-

dine pasienter?

beidsplasser og prosesser, samt forløp og forekomst av arbeidsrelaterte sykdommer, nødvendig for å kunne vurdere om arbeidet har medvirket til en konkret helseutfordring. I dette arbeidet har bedriftshelsetjenesten en nøkkelrolle. Bedriftshelsetjenesten skal bistå både arbeidsgivere og arbeidstakere med faglig rådgivning knyttet til eksponeringer i arbeidsmiljøet og eventuelle helsepåvirkninger. Dersom en bedrift har et velfungerende samarbeid med en bedriftshelsetjeneste, vil disse kunne være en viktig samarbeidspartner for fastlegen og en viktig kilde til informasjon om eksponeringer i arbeidet. Det finnes også en arbeidsmedisinsk sekundærhelsetjeneste i form av de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene som er lokalisert i Tromsø, Trondheim, Bergen, Skien og Oslo, samt Statens Arbeidsmiljøinstitutt. Disse avdelingene har som mål å inneha

høy kompetanse innen eksponeringer i arbeidslivet og hvordan disse eksponeringene kan påvirke arbeidstakernes helse. De arbeidsmedisinske avdelingene bistår både med veiledning av bedriftshelsetjenester og i utredning av pasienter med mistenkt arbeidsrelatert sykdom. Allmennleger bør ha lav terskel for å kontakte avdelingene for å konferere, og også for å henvise pasienter med sykdommer som man mistenker kan være arbeidsrelaterte. Det er ønskelig at henvisningen inneholder nok opplysninger til at vi kan vurdere om pasienten vil ha nytte av utredning hos oss. I tillegg til en beskrivelse av selve helseutfordringen og annet som vanligvis hører med i en henvisning, ønsker vi en kort beskrivelse av om plagene har vist noen relasjon til arbeidsoppgaver eller eksponeringer på jobb, og noe informasjon om selve arbeidet og relevante arbeidsmiljøfaktorer.

Ved behov for utredning hos organspesialist kan man gjerne henvise til arbeidsmedisinsk poliklinikk parallelt for å unngå unødig lang ventetid. Det er ofte viktig å kunne utrede arbeidsrelasjon mens pasienten fortsatt er i arbeid, da slik sammenheng vil kunne være vanskelig å påvise i ettertid. Vi vil også oppfordre til at man på et tidlig stadium forsøker å involvere bedriftshelsetjenesten i oppfølgingen av arbeidsrelaterte helseplager.

Vi ved arbeidsmedisinsk avdeling vil sette pris på et nærmere samarbeid med allmennlegene!

REFERANSE

1. Hilt B, Kvenild K, Stenersen H. Arbeidsrelaterte sykdommer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2065–7.

■ SINDRE.SVEDAHL@STOLAV.NO

Tildelte AFU stipend til høsten 2021

UNIV.	NAVN	TITTEL	VEILEDER
UiO	Cathrine Abrahamsen	Legens mestring i arbeidet med sykemelding hos pasienters subjektive og sammensatte lidelser	Erik L. Werner
UiO	Gunhild Nytrøen	Samhandling om personlig plan for opiatforbruk etter alvorlige skader	Bård Natvig
UiO	Kristin Bjerke	Småbarnsforeldres bekymringer og erfaringer rundt deres infeksjonssyke barn under covid-19 pandemien	Guru Haugen Fossum
UiO	Cathrine Strøm Christiansen	Håndtering av akne hos ungdom; bruk av isotretinoin og systemisk antibiotika	Sigurd Høye
UiO	Hege Svenningsen	PUST! Kan økt kunnskap om pust og enkle pusteteknikker gitt innenfor rammen av allmennpraksis, gi bedring og hindre sementering av uspesifikke plager som myalgi, slitenhet, indre uro og søvnvansker?	Atle Klovning
UiO	Marianne Natvik	Hvordan møter vi overgangsalderen?	Atle Klovning
NTNU	Kari Thori Kogstad	Å se mennesket	Linn Getz
NTNU	Muhunthan Navaratnam	Forskrivningspraksis av vanedannende medisiner blant fastleger	Håvard Skjellegrind
UIT	Helle Friis Bjørke	Beslutninger i allmennpraksis	Eirik Hugaas Ofstad
UIT	Gry Elise Albrektsen	Samtrening i førstelinjetjenesten	Torben Wisborg

Kampen for en friskere planet

■ JOHN GUNNAR MÆLAND • ERLEND TUSETH AASHEIM

Livet på jorden har en lang og dramatisk utviklingshistorie, hvor livsformene er blitt styrt av de fysiske og kjemiske livsbetingelsene gjennom de siste 3,8 milliarder årene. Samtidig har biologisk liv påvirket de materielle omgivelsene, noen ganger helt avgjørende. Menneskene er ikke noe unntak, tvert imot trues nå jordens helse av menneskeskapte klima- og miljøendringer. Leger og helsepersonell må engasjere seg aktivt i kampen for en friskere planet.

Arten *homo* har vært til stede på jorden i omkring 5 millioner år, det moderne mennesket i bare vel 200 000 år. Våre forløpere påvirket knapt de ytre omgivelsene. Men dette har endret seg gjennom de siste årtusener, og i ekstrem grad i løpet av det siste århundret. Faktisk har *Homo sapiens* satt så stort miljømessig avtrykk at mange geologer kaller vår nåværende tidsperiode for antropocen (1). *Antropocen* handler om en menneskeskapt endret fysisk og kjemisk virkelighet med uoverskuelige konsekvenser for biologisk liv.

James Lovelock formulerte Gaia-hypotesen.



Gaia-hypotesen

På 1970-tallet formulerte den britiske atmosfæreforskeren James Lovelock den såkalte *Gaia-hypotesen*: biosfæren er et aktivt, tilpassningsdyktig kontrollsystem som er i stand til å opprettholde en indre likevektstilstand på jorden (2, 3). Slike forhold dreier seg blant annet om gasskonsentrasjoner i atmosfæren, temperatur og saltholdighet i havet. Gaia-hypotesen postulerer at både biologiske organismer og materielt miljø inngår i dette systemet med mål om å opprettholde beboelige forhold for liv på jorden.

Gaia-hypotesen er blitt kritisert og avvist som uvitenskapelig, kvasireligiøs spekulasjon. Samtidig har hypotesen stimulert forståelsen av selvregulerende prinsipper i komplekse systemer. Lovelocks tanker har gradvis fått større anerkjennelse, ikke minst gjennom den kjente franske vitenskapsfilosofen Bruno Latours sine skrifter (4). Lovelock har selv hevdet at «Gaia» må forstås metaforisk. Jorden har ingen sjel eller egen vilje, men den *oppfører seg* som om den har nettopp dette. Evnen til selvregulering er felles ikke bare for alle levende organismer, men også for jorden selv. Spørsmålet nå er om menneskearten har satt Gaia på sin alvorligste prøve.

Pasienten Jorden

I sin bok: *Gaias hevn* (2006) beskriver Lovelock jorden som en syk, eldre irritabel pasient. Hun er ikke så tilpassningsdyktig som før, hun strever med å takle økende solvarme, hun er tappet for ressurser som hun

tidligere kunne bruke for å regulere kroppstilstanden, og hun opplever at de individene som lever på hennes overflate ikke tar hensyn til hennes helsetilstand. «Hvis de ikke tar seg sammen, kommer hun til å kaste dem ut», skriver Lovelock (2, s. 84).

Sykdoms- og helsebegreper kan anvendes for de utfordringene jorden og dermed også menneskeheten står overfor. På et vis er mennesker barn som trenger Moder Jord som ivaretaker og beskytter. Og når moren ikke lenger kan gi denne tryggheten, er menneskebarna ille ute.

Etter at siste istid sluttet for 11 500 år siden, har det vært et stabilt og mildt klima på jorden. Denne epoken – *holocen* – muliggjorde menneskeartens enorme ekspansjon som har ført oss til den dominerende posisjonen vi har i dag. Naturen har vært god mot menneskene, og vi har forsynt oss grådig av tilbudene. I dag ser vi konsekvensene av vår uhemmede fråtsing. Jorden er ikke frisk, og det viktigste sykdomstegnet er at kloden er febril.

Kloden har feber

Jordens middeltemperatur ligger nå 1,1 °C over nivået på slutten av 1800-tallet, før den store industrialiseringen og den globale befolkningsveksten begynte. Det siste tiåret er det varmeste som har vært målt, og gjennomsnittstemperaturen øker nå 0,2 °C for hvert tiår som går (5). En så rask temperaturøkning finnes det ikke maken til i jordens nyere historie.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

På samme måte som enkeltindivider, har menneskeheten og mye av annet biologisk liv liten toleranse for større temperaturendringer. En økning på over 4 °C kan være dødelig for et individ og også på sikt bli utsluttende for menneskeheten. Passerer jorden dette nivået, er sannsynligheten stor for at selvforsterkende mekanismer slynger jorden ut i en ukontrollerbar utvikling, «Hothouse Earth» (6). Faktisk kan slike irreversible vippepunkter inntreffe enda tidligere.

Den globale oppvarmingen gir allerede nå mange gjensidig forsterkende virkninger på mennesker og miljø som får konsekvenser for liv og helse (5, 7, 8):

- Tørke og hete legger dyrkbar mark øde og gjør utsatte områder ubeboelige
- Sterkere uvær og flommer, samt hyppigere skogbranner gir ødeleggelser av bosettinger, veier og infrastruktur
- Stigende havnivå tvinger mennesker bort fra lavtliggende områder
- Smittsomme sykdommer og skadelige insekter sprer seg til nye områder og befolkninger
- Livstruende hetebølger opptrer oftere
- Sult og vannmangel truer stadig flere mennesker
- Krig og konflikter oppstår som følge av de begrensede ressursene. Utsatte befolkninger tvinges på flukt. Antallet klimaflyktninger er sterkt økende i verden.

Til dette kommer andre, samtidige miljøendringer (8, 9):

- En betydelig tilbakegang i bestanden av mange dyre- og fiskearter, insekter og ville planter. Særlig truende er nedgangen i antall pollinerende insekter, som er kritiske for matvekster og dermed for menneskers ernæring.
- Forsuring og oppvarming av havet skaper problemer for skalldannelsen til de minste organismene i den marine næringskjeden. I tillegg er koralldyrene alvorlig truet, noe som vil rasere levemiljøet for mange fiskearter.
- Kjemisk forurensning av jord og vannressurser gir til dels ukjente konsekvenser for animalsk og marint liv. Plastforurensningen i havene er alarmerende akutt.

Summen av alle disse og andre miljø- og klimaendringene er uoverskuelige, men vil uten tvil sette millioner av menneskers liv i fare, medføre enorm sykdomsbyrde og kunne rasere forbedringen i global helse som er oppnådd siste 50 år.

Årsaken

Den gode lege vet at man må finne årsaken til feber. I jordens tilfelle ligger forklaringen i menneskehetens samlede handlinger som øker nivået av klimagasser i atmosfæren (Romm 2016). Disse klimagassene holder tilbake noe av varmeenergien fra solen, på samme måte som glass gjør – en effekt vi utnytter i drivhus.

Blant klimagassene er utvilsomt CO₂ den viktigste. CO₂ er et uunngåelig endeprodukt av all forbrenning av hydrokarboner, og kan fra naturens side bare fjernes fra atmosfæren gjennom plantenes fotosyntese eller ved oppløsning i havet. I førindustriell tid var det en balanse mellom tilførsel og fjerning av CO₂, men denne likevekten er nå forrykket på grunn av for-

brenning av enorme mengder fossile hydrokarboner hentet fra jordskorpen i form av kull, olje og gass. I tillegg bidrar menneskeskapte endringer av landjord og vegetasjon til økte klimagassutslipp og minsket fjerning av karbon fra atmosfæren. Dette vil samlet kunne gi en fordobling av CO₂-innholdet i atmosfæren innen år 2100, sammenliknet med førindustrielt nivå, med mindre klimagassutslippene går dramatisk ned. Allerede nå ligger CO₂-konsentrasjonen høyere enn noen gang de siste 800 000 årene (7).

Verden er blitt karbonavhengig (10). Kull, olje og gass står for 78 prosent av all energi-produksjon i verden (5). Suget etter billig fossil energi drives primært av økonomisk vekst med stadig økende forbruk, særlig blant verdens rike minoritet. En underliggende faktor er også den eksponentielle globale befolkningsveksten. På 70 år er verdens befolkning mer enn tredoblet, fra 2,5 milliarder mennesker i 1950 til 7,8 milliarder i 2020. Selv om klimagassutslippene per innbygger er langt høyere i den rike del av verden, vil fortsatt befolkningsøkning sette press på klimautviklingen globalt, ikke minst fordi mange av tidligere fattige land nå strever hardt for å klatre raskt oppover på utviklingsstigen.

Prognosen

Jordtemperaturen vil fortsette å stige. Faktisk er tregheten i klimasystemet så stor at feberen ville øke ytterligere noen tideler selv om vi umiddelbart stoppet alle klimagassutslipp. Fortsetter vi å tilføre atmosfæren samme mengder CO₂ som nå, blir temperaturøkningen kritisk for jordens helse allerede om noen tiår. En fersk klimamodell-studie viser en 66 prosent sannsynlighet for at gjennomsnittstemperaturen mot slutten av dette århundret vil ligge 2,6–3,9 °C over førindustrielt nivå, med større sannsynlighet for enda større enn for mindre økning (11). Et viktig poeng er at slike modeller ikke omfatter mulige irreversible vippepunkter som kan akselerere den globale oppvarmingen (6).

Ser vi på klimakrisen som resultat av et avhengighetsproblem, er det lite trolig at menneskeheten klarer å redusere karbonforbruket tilstrekkelig og tidsnok for å forebygge omfattende helseskader. Situasjonen er velkjent for leger: pasienten er på vei inn i en livstruende sykdomsutvikling, og det eneste håp ligger i full stans i inntaket av det skadelige stoffet. Men avhengighetens makt og evnen til fortrenghet gjør at misbruket fortsetter. I disse situasjonene kan tvungen avrusning for noen pasienter være

eneste mulighet, men for jordkloden finnes ingen overordnet instans som har myndighet til å pålegge nasjonalstater å redusere sine klimautslipp. Vi er avhengig av at landene bestemmer seg for å gjøre det selv.

Behandling

Skal verden nå Paris-avtalens mål om en temperaturøkning på godt under to grader, må det en radikalt ny klimapolitikk til. Og vi har svært dårlig tid. Ifølge Klimapanels beregninger må verdens CO₂-utslipp halveres før 2030 om vi skal ha en sjanse (12).

Covid-19 pandemien medfører nok en forbigående nedgang i klimagassutslippene, men faren er stor for at disse øker på ny når nasjonene forsøker å restarte økonomien igjen. For å sikre vedvarende og tilstrekkelig klimagassutslipp, må det skje dyptgående strukturelle endringer i energipolitikk, landbruk, varehandel og transport, for å nevne sentrale samfunnsområder. Det krever modige politiske beslutninger og forpliktende internasjonalt samarbeid, noe som så langt ikke har ført fram.

På den annen side har nettopp covid-19 pandemien vist at nasjonale myndigheter kan gjennomføre omfattende og inngripende tiltak for å beskytte liv og helse, med lojal oppfølging fra befolkningen og samfunnsinstitusjoner. Stilt ovenfor en konkret helsetrussel, kan kollektivet reagere rasjonelt og i tråd med ekspertenes anbefalinger, selv om det har betydelige konsekvenser for økonomi og livsutfoldelse.

Legenes ansvar og rolle

De humanitære konsekvensene av global oppvarming og miljøødeleggelser har til nå blitt for dårlig forstått, og dermed fått for lite oppmerksomhet. Men klimakrisen er en helsekrise, og helsepersonells engasjement er viktig for å fremme forståelsen av hva klimakrisen betyr for folkehelsen i nær framtid og på lengre sikt (13,14). WHO har uttrykt at klimaendringer utgjør den største folkehelseutfordringen i dette århundret (15). Allerede nå dør 7 millioner mennesker årlig av luftforurensning hvor klimagassutslipp er en viktig bidragsyter. I tillegg fører klima- og miljøendringer til forverring av en rekke sentrale helsedeterminanter for store befolkningsgrupper, en utvikling som vil skyte fart i de kommende tiårene (7–9).

Denne erkjennelsen må også få konsekvenser for måten helsepersonell lever sine private og profesjonelle liv på. Helsesektoren i Norge har over 400 000 arbeids-

takere – og globalt står helsesektoren for fire til fem prosent av CO₂-utslippene (16). Her kan mye gjøres for å redusere karbonavtrykket. Ved å få bedre orden i eget hus, kan vi lettere dra andre med oss.

Oppropet «Leger krever klimahandling nå!» høsten 2019 samlet underskrifter fra mer enn 1200 norske leger og medisinstudenter, og har nå ført til dannelsen av *Legenes klimaaksjon* som en medlemsorganisasjon åpen for alt helsepersonell (17). Forhåpentligvis vil mange kolleger slutte seg til dette initiativet for en friskere verden.

REFERANSER

- Crutzen, P. J. Geology of mankind. *Nature* 2002; 415 (6867): 23. doi:10.1038/415023a
- Lovelock J. Gaia: A New Look at Life on Earth. Oxford University Press, Oxford, 1979.
- Lovelock J. Gaia's hevn. Spartakus, Oslo, 2006
- Latour B. Facing Gaia – eight lectures on the new climatic regime. Polity, Cambridge, 2017.
- Energi og klima. Klimavakten. <https://energiogklima.no/klimavakten/> (lest 27.07. 2020)
- Steffen W, Rockström J, Richardson K, Lenton TM, Folke C et al. Trajectories of the earth system in the Anthropocene. *Proceedings of the National Academy of Sciences (USA)*, 2018 DOI: 10.1073/pnas.1810141115
- Romm J. Climate change. What everyone needs to know. Oxford University Press, Oxford, 2016.
- Hessen DO. Verden på vippepunktet. Res Publica, Oslo, 2020
- Wallace-Wells D. Den ubeboelige planeten. Stejnersen forlag, Oslo, 2019.
- Mæland JG, Kvåle G. Norge er stofflanger til verdens avhengige stater. *Kronikk, Dagbladet* 13.07.2017 <https://www.dagbladet.no/kultur/norge-er-stofflanger-til-verdens-avhengige-stater/68497407>
- Sherwood S, Webb MJ, Annan JD, Armour KC, Forster PM et al. (2020). An assessment of Earth's climate sensitivity using multiple lines of evidence. *Reviews of Geophysics* 2020; 58, e2019RG000678. <https://doi.org/10.1029/2019RG000678>
- IPCC. Global Warming of 1.5°C. Intergovernmental Panel on Climate Change, special report, 2018. <https://www.ipcc.ch/sr15/>
- Haines A, Ebi K. The imperative for climate action to protect health. *N Engl J Med* 2019; 380: 263–73.
- Mæland JG, Pihlstrøm L, Skagen KM, Kvåle G. Leger krever klimahandling nå! *Tidsskr Nor Lægeforen* 2019; 139 (17) doi: 10.4045/tidsskr.19.0657
- World Health Organization. Health & Climate Change. COP24 Special Report, jk <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276405/9789241514972-eng.pdf?ua=1>
- Health Care Without Harm. Health care's climate footprint: How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. 2019. <https://noharm-uscanada.org/ClimateFootprintReport> (lest 27.07.2020)
- Legenes klimaaksjon. <https://www.legenesklimaaksjon.no> (lest 27.07.2020)

Med #sjekkdeg-kampanjen på agendaen, redder vi liv

■ MARIANNE NATVIK • Leder av Norsk forening for allmennmedisins faggruppe for gynekologi

Noen kvinner trenger et lite dytt og en påminnelse: «Er det lenge siden du har tatt livmorhalsprøven?» Det spørsmålet kan redde liv.

2020 ble året som satte fastlegen på prøve. Vi ble utfordret til å jobbe på nye måter. Organisere oss på nytt. Jobbe med pasienten på lenger avstand. Med munnbind, dugg på brillene og visir som krasjer med kaffekoppen. Vi mobiliserte krefter vi ikke trodde vi hadde, og timer i døgnet vi ikke visste fantes. For en enorm dugnad som er gjort og som fortsatt pågår! Midt i dette har noen pasienter kanskje prøvd å skåne oss, eller de har vært redde for å komme til oss, redde for smitte hos legen. Vi tror dette er viktigste grunn til at Livmorhalscreeningprogrammet hadde mindre deltagelse i 2020 enn vi forventet.

Når det er sagt, tok vi omtrent like mange livmorhalsprøver i 2020 som i 2019. Men ut fra forventet antall prøver som skulle blitt tatt i 2020, så mangler vi tes-

ting av 50 000 kvinner. Ingen tenker at fastlegen har skyld i dette. Vi kan kvinnehelse. Vi vil ta livmorhalsprøver, og vi gjør det. Ifølge tidsbruksundersøkelsen til Trønderoppgjøret fra 2017, gjør vi en gynekologisk undersøkelse hver dag, ofte med prøvetaking. Men det viser seg at noen kvinner trenger et lite dytt og en påminnelse: «Er det lenge siden du har tatt livmorhalsprøven?» Det spørsmålet kan redde liv.

Fastlegens engasjement er betydningsfullt

For noen år siden, før noen hadde hørt om koronapandemi, gjorde TNS Gallup, på oppdrag fra Kreftforeningen, en undersøkelse om hvorfor mange kvinner ikke tar livmorhalsprøve. De vanligste årsakene er at de gruer seg (42 prosent), at de synes det er ubehagelig (26 prosent) eller at de ikke har tid (16 prosent). Kreftregisteret oppgir at det ved Livmorhalscreeningprogram-



Praktiske tips ved livmorhalsprøvetaking

- Forklar hva du gjør gjennom hele undersøkelsen.
- Unngå eksplorasjonskrem, ev. liten mengde, men da ikke på tuppen av spekelet.
- Er det vanskelig å lokalisere cervix: Flytt kvinnen litt lenger frem i gyn-stolen, rumpa skal helt ut på kanten.
- Ved mye slim, tørk forsiktig over cervix før prøvetaking.
- Ved prøvetaking følg anvisningen: Hvor mange ganger skal du snurre børsten for

testen du har på kontoret? ThinPrep Pap-test og SurePath har ulike metoder.

- Vær lett på hånden, mye blod i prøven lager ekstraarbeid på laboratoriet.
- Er du usikker – del 1: Ta nettkurset om cervixcytologi: <https://nettkurs.legeforeningen.no/course/index.php?categoryid=168&course=courses&perpage=30&page=1>. Kurset er gratis å ta, men om du ønsker kursbevis er det en administrasjonskostnad på 300,-

- Er du usikker – del 2: Ta et kurs eller kontakt en kollega med spørsmål om mulighet til hospitering
- Er du usikker – del 3: På norsk.helseportal.no er det flere samtaler med lege Marius Johansen (tidligere faglig ansvarlig ved Sex og samfunn i Oslo) og fastlege Marianne Natvik om temaer rundt kvinnehelse. I episoden Gynekologisk undersøkelse er det mange lure triks for å få til den gode gyn-undersøkelsen.

Nytt perspektiv på folkehelse

■ EIVIND MELAND • Professor emeritus, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

«Ingen skal lenger trenge å stå med lua i hånda» skal Einar Gerhardsen (1897–1987) ha svart om arbeiderbevegelsens viktigste bidrag til å bedre livsbetingelsene for den jevne mann. Det var rettighetene innebygd i velferdsstaten Gerhardsen siktet til. Denne artikkelen drøfter utviklinger i samfunnet og samfunnsmedisinen. Kan gårldagens goder bli morgendagens svøpe? Hva kan vi i så fall gjøre med det?

Det er sannsynligvis en grov forenkling å omtale tankene bak samfunnsmedisinen og folkehelsearbeidet på 1900-tallet og på starten av 2000-tallet som et enkelt paradigme.

Samfunnsmedisinen utviklet seg fra midten av 1800-tallet med sterke motsetninger. På den ene siden stod et økologisk perspektiv med fokus på fattigdom og samfunnsforhold. Den andre siden var dominert av medisinske eksperter med søkelys på smittestoffer og sviktende hygiene. Disse spenningene i samfunnsmedisinen har siden vært til stede, men det medisinsk-vitenskapelige ekspertsynet har vært dominerende fra slutten av 1800-tallet helt fram til vår tid. Det økologiske rettferdsperspektivet har vært ivaretatt av utviklingen av

velferdsstaten med institusjonaliserte og automatiske rettigheter, selv om samfunnsmedisinen ikke har vært den mest drivende kraft i denne utviklingen.

Det gamle paradigmet kan kalles lineært, kausalt og reduksjonistisk (1). Menesket oppfattes primært som offer for sine genetiske og sosiale betingelser, og i mindre grad som moralsk aktør med egen vilje og eget ansvar. Medisinsk behandling oppfattes som et udelte gode, og det er en grunnleggende forutsetning at helsetjenester bør være tilgjengelig for alle, uavhengig av sosial status.

Det gamle paradigmet er også preget av en medisinsk praksis der vitenskapelige kategorier er fristilt fra moralen (2). Moral i et slikt perspektiv forveksles ofte med

moralisme og oppfattes som undertrykkende mot den individuelle, liberale frihet. Et slikt ståsted forsterkes av enveis årsaksforståelse, «determinisme». Man blir opptatt av ikke «å anklage offeret», men har samtidig liten beredskap mot «å offerforklare den lidende» (3). Ansvar blir forvekslet med skyld. Derved kan de liberale frihetsbestrebelsene stå i fare for å bli moralsk likegyldig og undertrykkende, slik filosofen Hans Skjervheim (1926–1999) påpekte i sitt kjente essay: *Det liberale dilemma* (4).

Den nye folkehelsebevegelsen

Folkehelsearbeidet har, spesielt etter Ottawacharteret ble formulert i 1986, blitt mer opptatt av helsefremmende arbeid og min-

met oppdages alvorlige celleforandringer hos ca. to prosent av kvinnene, mens det påvises livmorhalskreft hos 0,1 prosent. Det vil si at vi i 2020 ikke har fanget opp rundt 1100 kvinner med alvorlige celleforandringer og ca. 50 krefttilfeller.

Fastlege Kathy Møens avhandling fra 2019 viste at fastlegene har en viktig rolle for å øke deltakelsen til livmorhalsprogrammet. Hennes forskning viste at oppmøte blant innvandrerkvinner økte gjennom mer bevissthet på problemstillingen og enkle informasjonstiltak. Det hjelper om fastlegen engasjerer seg. Noen pasienter tar ikke dette temaet opp med oss, men spør vi

og viser vi dem at vi kan og vil ta prøven, er de ofte med oss. De kjenner oss, stoler på oss. Pasientene våre tar imot blodtryksmedisin om vi anbefaler det og tar prøver vi informerer dem om. Om ikke alle, så har vi i alle fall større sjanse for å få til en test, om temaet kommer opp. Blant yngre jenter viser Kreftregisterets brukersamtaler at flere vegrer seg fordi de tror det er vondt å ta prøven. De vet ikke hva prøven innebærer, de trenger mer informasjon og en trygg lege.

Vi kan være enige om at pasienten har ansvar for egen helse, men vi bidrar når de er hos oss til å gjøre kloke valg. Vi finner det helt naturlig å ta kolesterolprøver hos

en pasient med hypertensjon og hjertekarsykdom i familien, selv om pasienten selv ikke spør om det. På samme måte kan vi løfte frem livmorhalsprøven som en viktig undersøkelse når kvinnene er hos oss for en annen problemstilling. Dette er vel noe av det gylne med å være fastlege og kjenne sine pasienter. Vi kan være der over tid og passe litt på – også rundt dette temaet.

Hører hjemme i allmennpraksis

Kreftregisteret ser at kun sju av ti kvinner tar livmorhalsprøven. I Sverige er det nesten åtte av ti som tester seg. Vi har som mål



FOTO: TEIGENS FOTOATELIER / DEXRA PHOTO - DIGITALTMUSEUM.NO

dre opptatt av sykdom og risiko (5). Fokus ble rettet mot å styrke individ og fellesskap til å møte og mestre livsutfordringer.

Den amerikanske psykiateren George Engel (1913–1999) var en viktig premissleverandør, i det han forsto medisinsk aktivitet som en del av en større kontekst hvor biologiske, psykologiske og sosiale faktorer samvirket. Det var viktig for Engel å

understreke at samvirket ikke baserte seg på lineær kausalitetsforståelse, men at mennesket er et språklig subjekt som både er skapt av sin kultur og som samtidig skaper sin kultur (6, 7).

Midt på 1990-tallet kom essaysamlingen *Why are some people healthy – and others not? The determinants of health in populations* (8) fra en gruppe fremstående forskere på folke-

helse og biologi. Her presenterte de en sirkulær og systemisk forståelse av helse, sykdom og helsetjeneste. Forfatterne mente det var falskt og forførende når helse ble forvekslet med helsetjenester. De fremholdt at helsetjenester er gunstig opp til et visst nivå, men hevdet at det i mange tilfeller var med på å undergrave folkehelsen når tilgangen på helsetjenester ble for omfattende (9).

i Norge å bli like gode som eller bedre enn svenskene. Da trenger vi engasjement fra oss fastleger. Helsesykepleiere og jordmødre puster oss i nakken, denne oppgaven kan de godt ta. Men da må vi vise politikere og andre helseaktører at denne oppgaven er viktig for oss. Det er ikke dette vi vil ha avlastning fra i travle fastlegepraksiser.

Livmorhalsprøven gir fastlegen mulighet for å snakke om andre temaer som ikke så lett kommer på banen om vi mangler den knaggen som prøven gir oss. Menstruasjonsmerter, smerter ved samleie, prevensjon, overgangsalderen, samliv, urininkontinens, infeksjonsfare og overgrepshistorikk.

De fleste fastleger både vet og har opplevd dette – det dukker opp historier og symptomer som kanskje ikke hadde kommet frem om ikke vi «av plikt» skulle ta denne prøven hvert tredje eller femte år. I god kvinnehelse er det mye god livskvalitet.

Vi oppfordrer til å ta celleprøven hos fastlegen fordi det er enklest og best. Kreftregisteret støtter oss på dette – alle kvinner blir oppfordret til å bestille time hos fastlegen når de får brevet som minner dem om at det er tid for prøvetaking. Om det blir for vanskelig for henne å få gjennomført dette hos fastlegen, er vi kreative. Kanskje kan det lages en avtale med en kollega på samme lege-

kontor eller nabolegekontoret om å hjelpe hverandre. Noen ønsker å gjøre dette hos gynekolog, men også her er vi portvoktere og vil sørge for kapasitet til dem som trenger det mest. Gynekologene er en knapp resurs, men selvsagt finnes det unntak hvor det er beste løsning. Hvis det må henvises videre for rutineprøvetaking, må årsaken til dette forklares i henvisningen.

Vi oppfordrer til samtaler og oppmerksomhet rundt livmorhalsprogrammet. Vi vil ha med de siste tre av ti kvinnene – og vi vil at det skal skje hos fastlegen!

■ MARIANNE@NATVIK.NU

Tjue år etter meldte det seg kritiske røster også i Europa. Forskere fant dokumentasjon på at investeringer i helse- og velferdstjenester ikke bidro til bedret folkehelse. Det var vanskelig å finne holdepunkter for at slike investeringer førte til større utjevning av sosiale helseforskjeller, særlig i høyt utviklede velferdsstater som i de nordiske land (10). Den nederlandske professoren Johan P. Mackenbach analyserte mange mulige årsaker til slike effekter. Urealistiske forventninger til helsetjenesten, marginaliseringseffekter og endringer i den sosiale sammensetning av de forskjellige samfunnslagene, var blant de viktige årsaksforklaringene han identifiserte (10).

Sosiologene hadde vært opptatt av medikalisering, sykeliggjøring og marginalisering i lang tid (11). De paradoksale effektene av helse- og velferdstjenester ble også analysert av sosiologen Richard Sennett (1943–) i boka *Respect in a world of inequality* (12). Sennett tilskrev økt institusjonalisering og automatisering av velferd hovedansvaret for hvordan velintenderte tjenester og ytelser førte til nye former for marginalisering og sosiale helseforskjeller. Han så på den liberale rettighetskulturen som en form for moralsk likegyldighet og en ny form for undertrykkelse. Sennetts oppskrift var ikke moralsk fordømmelse og moralisme, men ansvarliggjøring gjennom respektfulle dialoger med samfunnets tapere.

En samfunnsmedisin for deltagelse og ansvar

Den nye folkehelsebevegelsen har internasjonalt vært sentral i utformingen av samfunnsmedisinsk kunnskapsproduksjon. Dette perspektivet lå også til grunn for WHO-rapporten *Closing the gap within a generation – Health equity through action on the social determinants of health* fra 2008 (13). Heller ikke forfatterne av denne rapporten klarte å omsette sitt forskningsparadigme til praktisk politisk og samfunnsmedisinsk handling. Dette var bakgrunnen for at WHO arrangerte et møte i Genève i september 2019, for å utvikle et «nytt narrativ» som kunne motivere til endringer i samfunnsmedisinsk praksis (14). Det nye narrative har følgende elementer:

Sykdomsprosessene kan ikke forstås som rettlinjede årsak-virkning-forhold fra bakterier eller risikofaktorer til sviktende helse. Det dreier seg om komplekse sammenhenger som utspiller seg i populasjoner og kjennetegnes av ulik eksponering for risikofaktorer, ulik sårbarhet for risiko-

faktorer og ulikheter når det gjelder konsekvenser av uhelse.

Selv om den nye folkehelsebevegelsen forsøkte å fremme en systemisk forankring i folkehelsearbeidet, har dette vært underkommunisert, og bevegelsen kritiserer nå seg selv for å ha fremmet et altfor deterministisk syn på uhelse. Det er korrekt at gjennomsnittlig er de sosiale gradientene helt tydelige. Nå ønsker de å komplettere dette bildet. Det er store variasjoner i uhelse innad i samme sosiale gruppe. Det nye narrative erkjenner at helseulikhetene dannes og vedlikeholdes i ulike livsfaser og på svært mange arenaer: Oppvekst i familien, utdanning i skolen, kvalifisering til arbeidslivet, stifting og vedlikehold av egen familie, vedlikehold av arbeidsstatus, ivaretagelse av vennskap og sosiale nettverk og mye mer. Ved å erkjenne dette, kan folkehelsearbeidet utvikle kompetanse og interesse på mange områder, men vil også ha som utfordring at de må samarbeide med svært mange ulike samfunnsaktører og politikkområder.

Slik er det også et større mulighetsrom, også for personer med få sosiale og økonomiske ressurser. De sosiale determinantene bør ikke forstås som enerådende og viktigere enn det personlige ansvar. Alle sosiale prosesser involverer individer som også omformer sine sosiale betingelser. Individene er ikke utelukkende ofre, og de bør ikke fratas status som moralske aktører i velmente forsøk på å unngå «å anklage offeret». Endelig pekes det på at helsevesenet ikke alltid spiller en konstruktiv rolle for å redusere helseulikhet. Spesielt er helsetjenestens rolle i høyt utviklede velferdsstater tvetydig, og krever nye perspektiver i forskning og praksis (14).

Etisk nyorientering i samfunnsmedisinen

De endringene som den nye folkehelsebevegelsen har fremmet, underbygges av en etisk nyorientering innen samfunnsfag og samfunnsmedisin (1). Vi observerer nye former for sykkelighet preget av menings- og relasjonstap, marginalisering, polarisering og oppløsning av moralske fellesverdier.

Den etiske nyorienteringen fremmer nye perspektiver som «relasjonell velferd», «deltakende rettferdighet» og «samskaping», som troverdige tiltak rettet mot de nye formene for sykkelighet. Det er den etiske filosofien til Nancy Fraser (1947–) som i stor grad legger premissene for denne nyorienteringen. Hun argumenterer for fire sentrale verdier:

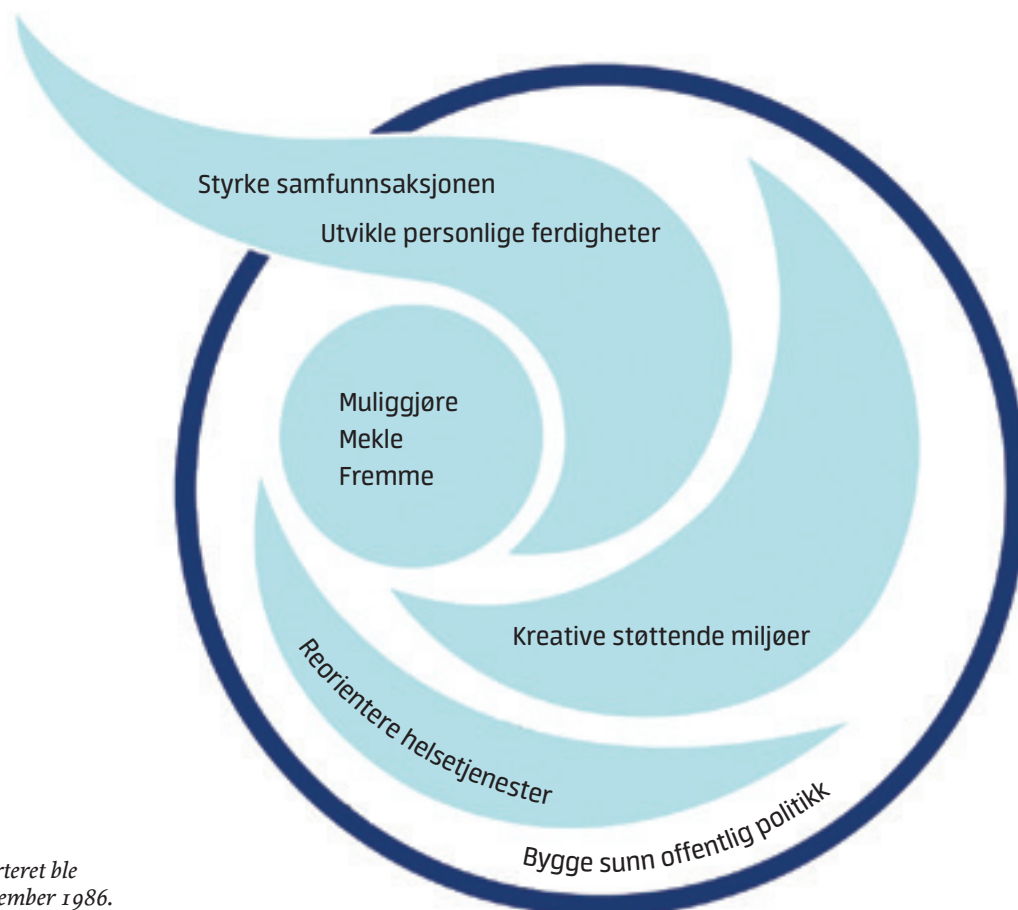
- ❶ **Redistribusjon** av makt og myndighet gjennom å bemektige individer og grupper til å utvikle verdier og praktiske mål for bedre funksjon.
- ❷ **Anerkjennelse** av individer og grupper som aktører og ansvarlige deltakere i utvikling av velferd og helse. Fokus rettes på å styrke familier, nabolag og samfunnet som helhet.
- ❸ **Representasjon** skal sikre deltagelse av alle berørte.
- ❹ **Relasjoner** er et viktig omdreiningspunkt i den nye velferden. Det er både et startpunkt, en del av metodikken og en viktig del av målsettingen (1).

Målsettingen med denne nyorienteringen er funksjonell. Den flytter etisk og praktisk søkelys fra et deskriptivt sykdoms- og risikofokus, til fokus på mestring og funksjon. Den flytter perspektiv fra symptomunngåelse og selvevaluering til menneskelige og medmenneskelige fellesskapsverdier.

Ottawa-charteret – en gjensitt og et frampek

Den kritiske leser vil sikkert kjenne igjen programmerklæringer fra Ottawa i disse formuleringene. Det er berettiget å tenke at dette er gammelt tankegods i ny innpakning. Hva var grunnene til at Ottawa-charteret fikk så liten innflytelse på samfunnsmedisin og politikk da det ble lansert for 35 år siden? WHO har selv omtalt og for-søkt å svare i helserapporten fra 2008: *Primary Health Care – now more than ever* (15): Ottawa-charteret var utarbeidet av fremstående pionerer, i en tid da samfunnsmedisinens mandat og selvforståelse var sterkt knyttet til det tidligere sykdoms- og risikoforebyggende paradigmet. Den gamle samfunnsmedisinen ble «tatt på senga» og overlatt til seg selv i politisk «ingenmannsland». De markedsliberale fremstøtene som kom samtidig, klarte å tilpasse seg de nye talemåtene og vant innpass med å markeditilpasse helsetjenestene og styrke de vertikale og spesialiserte tjenestene både i i-land og i u-land (15).

Nancy Fraser tar til orde for å endre samfunnet, men det er uklart hvordan det kan skje. Bør ikke samfunnsmedisinen begrense sitt mandat og beskytte seg mot politiske utopier? Bør vi ikke først og fremst rydde i eget hus? Det deskriptive sykdomsparadigmet og allmenngjøringen av denne sykdomsforståelsen har svært sterk innflytelse, og det er få som evner å mobilisere motstand mot en omsegripende selvopptatthet og identifikasjon med sykeroller. Økte tjenester og identitetspolitikk er det liberale samfunns svar på



Ottawa-charteret ble vedtatt i november 1986.

den rådende individualismen. Det er velment, men ser ut til å virke polariserende og dysfunksjonelt. Selvsikkerhet og selvopp-tatthet passer som hånd i hanske med en konsumerende og en ytre avhengighetsska-pende ideologi. Motkreftene mot samfunns-omveltninger er derved ikke ytre fiender, men det er «den luften vi puster i».

Når det er sagt, ligger det også mulighe-ter i at krisetegnene i de liberale demokra-tiene blir tydelige for oss. Det dreier seg om polarisering og manglende tillit i samfun-net. Det dreier seg om at velferdspolitik-ken med de automatiske rettighetene, blir vanskelig å opprettholde med en demogra-fisk utvikling der færre yter og flere nyter. Den nye folkehelseforståelsen er løfterik ved at den peker på hvordan vi i fellesskap kan skape en virkelighet der fokuset er på vårt ansvar som medmennesker og ikke bare på oss selv som individer. Den nye fol-kehelsebevegelsen vinner også moment ved at klinisk psykologi og klinisk medisin får et utvidet fokus på selvaksept, gjensidig aksept og felles menneskelige verdier (16). Det gir grunn til en ørliten optimisme.

REFERANSER

1. Von Heimburg D, Ness O. Relational welfare: a socially just response to co-creating health and wellbeing for all. *Scandinavian journal of public health*. 2020; 1403494820970815.
2. Agledahl KM, Forde R, Wifstad A. Clinical essentialising: a qualitative study of doctors' medical and moral practice. *Medicine, health care, and philosophy*. 2010; 13(2): 107–13.
3. Crawford R. You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *International J Health Service*. 1977; 7: 663–80.
4. Skjervheim H. Det liberale dilemma. Det liberale dilemma og andre essay. Oslo: Tanum; 1968. p. 11–30.
5. World Health Organization. Ottawa Charter for health promotion. Helsedirektoratet. 1986. Hentet 11.5.2021 fra www.forebygging.no/Ordbok/L-P/Ottawa-chartret/
6. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196: 129–36.
7. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Fam Syst Med*. 1996; 14: 425–33.
8. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not. New York: de Gruyter; 1994.
9. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. In: Evans RG, Barer ML, Mar-mor TR, editors. Why are some people healthy and others not? The determinants of health in populations. Berlin, New York: de Gruyter; 1994. p. 27–64.
10. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social science & medicine*. 2012; 75(4): 761–9.
11. Barsky AJ. The paradox of health. *The New England journal of medicine*. 1988; 318: 414–8.
12. Sennett R. Respect in a world of inequality. New York: W W Norton & Company; 2003.
13. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of H. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008; 372(9650): 1661–9.
14. Lundberg O. Next steps in the development of the social determinants of health approach: the need for a new narrative. *Scandinavian journal of public health*. 2020; 48(5): 473–9.
15. World Health Organisation. The challenges of a changing world. Primary Health Care: Now more than ever: The World Health Report 2008; 2008. p. 1–21.
16. Hayes S, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy – The Process and Practice of Mindful Change. New York, London: Guilford Press; 2012. 402 p.

Takk til Caroline BN Engen for innspill på innholdet og utformingen av teksten.

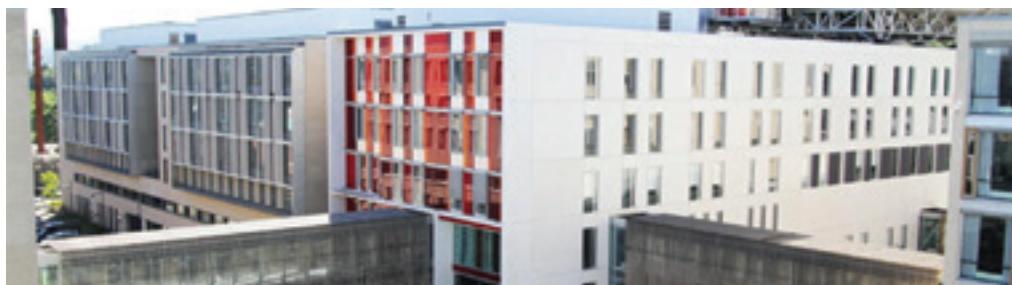
■EIVIND.MELAND@UIB.NO

VINN-VINN-LØSNING

Samhandlingsgruppa for akuttlegene ved St. Olavs

■ TOR MAGNE JOHNSEN, PETER DIETRICH JOST, INGARD LØGE OG LARS ERIK LAUGSAND • Samhandlingsgruppa ved St. Olavs hospital

Alle som har jobbet i et akuttmottak kjenner til at pasientstrømmen varierer gjennom døgnet. Pasientene kommer ikke nødvendigvis når bemanningen er best, og mange ankommer sykehuset i samme tidsrom.



En slik opphopning av pasienter kan raskt gi utilsiktede konsekvenser, både for den enkelte pasient som må vente unødig lenge, og for akuttlegene som må holde oversikt over mange pasienter på samme tid. Risikoen for å ikke oppdage en forverring av pasientens tilstand øker. I 2018 var det et kjent fenomen på Akutten på St. Olavs hospital at mange pasienter kom samtidig mellom klokken 14 og 18 – ikke overraskende da de fleste pasientene allerede hadde vært til vurdering hos sine fastleger tidligere på dagen. På Akutten på St. Olavs hospital medførte dette opphopning av pasienter og lange ventetider for de lavest prioriterte pasientene.

Dialogen mellom legene i første- og andrelinjetjenesten var også mangelfull. Fastlegene opplevde at sykehuslegene var lite tilgjengelige, og at nytten av konferering ble minimal når det uansett ikke fantes gode alternativer til innleggelse. Derfor ble de fleste pasientene sendt rett til akuttmottaket, der de som regel ble møtt av uerfarne assistentleger eller turnusleger. Det forekom også tilfeller der forverring av pasientens tilstand ble oppdaget så sent at det resulterte i enkelte alvorlige pasienthendelser.

I lys av denne situasjonen vedtok St. Olavs hospital å ta tak i samhandlingsrutinene for de hyppigste innleggelsesdiagnosene. Initiativtaker for dette prosjektet var Lars Erik Laugsand, assisterende klinikkjef

ved Klinikk for akutt- og mottaksmedisin ved St. Olavs hospital. Målsetningen var å effektivisere, forenkle og øke kvaliteten på samhandlingen og behandlingen av pasienter med «volumdiagnoser» på Akutten.

Det ble tidlig erkjent at rutinene ikke bare måtte ha en solid faglig forankring, men også at prosessen og arbeidsflyten måtte avstemmes mellom alle berørte parter. Som et ledd i dette ble representanter fra både fastlegene, legevakta og annen kommunal helsetjeneste invitert til å delta i en lokal samhandlingsgruppe sammen med leger fra Akutten ved St. Olavs hospital. Ut fra tematikk ble også leger fra øvrige relevante avdelinger på sykehuset invitert til enkeltmøter. Siden samhandlingsrutinene skulle deles via Norsk elektronisk legehåndbok (NEL), ble også to NEL-leger invitert til å delta i gruppen.

Vårt hovedmål er å lage samhandlingsrutiner for alle de hyppigste tilstandene på Akutten. Rutiner som beskriver ansvar og oppgaver for alle aktører i den akuttmedisinske kjeden, helt fra pasienten kontakter sitt fastlegekontor til vedkommende blir utskrevet fra sykehuset. Med andre ord rutiner for målrettet overføring til sykehuset fra fastlegekontoret, men også for en god overføring tilbake til fastlegene når pasienten er ferdig behandlet på sykehuset.

For å ferdigstille én rutine drøftes den i to til tre tverrfaglige møter i samhandlings-

gruppa. Hvert møte varer i 60–90 minutter og kan gjennomføres fysisk eller digitalt. Etter det første møtet lages det et utkast som grunnlag for videre diskusjon. Innspillene fra gruppedeltagerne brukes til å justere utkastet. Utkastet kvalitetssikres også gjennom dialog med organspesialister. Først når alle parter er enige, godkjennes og publiseres rutinen. Gjennom digital publisering i *Norsk elektronisk legehåndbok* (NEL) kan rutinen enkelt korrigeres på et senere tidspunkt. Det sikrer også rask og naturlig distribusjon til både fastleger og sykehusleger gjennom at samhandlingsrutinene ligger tilgjengelig der en stor del av legene uansett oppsøker informasjon.

De åpne diskusjonene bidro videre til å identifisere dårlig utnyttede kapasiteter og planlegge bedre utnyttelse av eksisterende ressurser, både på fastlegekontorene og på Akutten. I tillegg var det avgjørende at sykehusledelsen på St. Olavs hospital var åpen for innovative løsninger og villig til å investere i ny infrastruktur. Det ble blant annet bevilget midler til Akutten for å etablere en Akuttpoliklinikk med flere korttids observasjonssenger. På den måten ble det opprettet et tilbud for pasientgruppa som ikke krever øyeblikkelig hjelp innleggelse, men som har behov for rask utredning i løpet av én til tre virkedager. I mars 2019 ble også den nye spesialiteten akutt- og mottaksmedisin (AMM) innført i Nor-

fastlegene og hospital

NORSK ELEKTRONISK LEGEHÅNDBOK (NEL)

Mer enn 95 prosent av norske allmennleger bruker *Norsk elektronisk legehåndbok* (NEL) som digital kunnskapsstøtte. Samhandlingsgruppa vurderte at NEL var godt egnet som plattform til å kommunisere rutinene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. På denne måten ble både klinisk kunnskaps- og prosessstøtte integrert i allmennlegens arbeidsflyt, slik at man oppnådde riktig informasjon til riktig tid. Rutinene og den praktiske informasjonen er laget for samhandlingen med St. Olavs hospital, men NEL kan distribuere tilsvarende for alle regioner som ønsker å lage slike rutiner.



ge, noe som ga mulighet til å opprette nye overlege- og LIS-AMM-stillinger som kunne integreres i sykehusets utvidede akutt- og mottaksfunksjon.

Et annet sentralt element i dette prosjektet er samhandlingstelefonen, der allmennlegen kan få direkte kontakt med AMM-overlege på Akutten. AMM-overlege er tilgjengelig i tidsrommet 08–23 alle hverdager og 10–18 på helg og helligdager. Allmennlegene kan bruke samhandlingstelefonen ved behov for å konferere om pasientens tilstand, eller diskutere indikasjon for ø-hjelpsinleggelse eller håndtering i akuttpoliklinikk i løpet av de neste dagene. Mange fastleger opplever nok at denne dialogen gir økt innsikt i arbeidssituasjonen på sykehuset, men også at det øker sykehuslegenes innsikt og forståelse for fastlegenes komplekse hverdag, der den gitte innleggelsen kun er en av svært mange problemstillinger som må håndteres i løpet av arbeidsdagen (1).

Resultatet etter to års arbeid i akuttmedisinsk samhandlingsgruppe er elleve samhandlingsrutiner publisert i NEL. Temaene er rutiner for dyp venetrombose (DVT), akutte magesmerter, akutte brystmerter, akutt svimmelhet, hodeskader, lungeemboli, akutt artritt, akutt funksjonssvikt hos eldre, covid-19, strømutykker og post-ekspisjonell profylakse (PEP) ved hiv-smitte. I tillegg er det publisert en oversikt over

behandlinger og oppfølging på skadepoliklinikken ved ulike ortopediske skader. Samhandlingsgruppa fortsetter arbeidet med å lage flere samhandlingsrutiner.

Tiltakene har hatt stor effekt på sykehuse sets drift og ressursbruk. I løpet av to år har andelen som håndteres poliklinisk i Akutten økt fra 20 prosent til 35 prosent, og det legges inn færre pasienter fra Akutten. Dette bidrar i sin tur til at det frigjøres sengeplasser på sengepostene. Det er mindre problemer med opphopning av pasienter i Akutten på ettermiddag og kveld, og det har heller ikke forekommet alvorlige pasienthendelser de siste to årene.

Som eksempel på effekten en ny samhandlingsrutine kan ha, undersøkte Akutten logistikken før og etter innføring av DVT-rutinen. Før innføringen (2018) var gjennomsnittlig opphold på Akutten ved klinisk problemstilling DVT på tre timer og 12 minutter, og kun 41 prosent av pasientene ble vurdert mellom klokken 06 og 12. Gjennom det økte samarbeidet med fastlegene og omorganiseringen av akuttmottaket, ble flere pasienter tildelt poliklinisk time på Akuttpoliklinikken neste morgen, slik at 60 prosent ble behandlet i samme tidsrom bare ett år senere. Oppholdstiden for pasienter med spørsmål om DVT ble også redusert til én time og 45 minutter (2019), tilsvarende 45 prosent reduksjon. Senere har utviklingen fortsatt

slik at vi i dag har en situasjon der majoriteten av pasientene med DVT avklares i Akuttpoliklinikken.

Gjennom dette prosjektet opplever vi at vi har klart å løfte kvaliteten i den akuttmedisinske kjeden i regionen, noe som ikke hadde vært mulig uten den organiserte samhandlingen mellom akuttmottak og primærhelsetjenesten. Manglende forankring i organisasjonen uten tilstrekkelig involvering av leger som jobber på den kliniske arenaen hvor endringer skal gjennomføres, vil alltid være negativt når kliniske prosesser skal endres, iht. evidensbasert praksis. Sosiale og administrative faktorer som støtter faglige diskusjoner innenfor organisasjonen vil derimot øke sannsynligheten for at innovative endringer kan innføres (2).

Når vi skal oppsummere våre suksessfaktorer, ønsker vi å trekke frem følgende: Alle berørte parter blir hørt og får medvirke i endringsprosessene, det oppnås konsensus før ferdigstilling av rutinene, både digitale og analoge former for informasjon og kommunikasjon anvendes, rutinene er tilpasset fastlegenes travle og komplekse hverdag, og ikke minst er vi en samling med entusiastiske fagpersoner som liker å samhandle.

«Evidence does not make decisions, people do» (3).

REFERANSER

1. Johnsen TM, Norberg BL, Krogh FH, Sigurdsson JA, Getz L. Komplekse problemstillinger i allmennpraksis – en prevalensstudie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020. doi: 10.4045/tidsskr.19.0683.
2. Coiera E. *Guide to Health Informatics*. Third edition. Published 2015, CRC Press. ISBN 978-1-4441-7049-8.
3. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ*. 2002 Jun 8; 324 (7350): 1350. doi: 10.1136/bmj.324.7350.1350. PMID: 12052789.

■ TORMAGNEJOHNSEN@GMAIL.COM

Zanzu.no

– et nyttig verktøy når du skal snakke om seksuell og reproduktiv helse

■ LENNART LEE LOCK • Seniorrådgiver i Helsedirektoratet

Samtaler om seksualitet kan være utfordrende, spesielt på et fremmed språk. Zanzu er et nettsted med lettleseilig og forståelig informasjon på flere språk om seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.

Innholdet på siden er kvalitetssikret av Helsedirektoratet i samarbeid med flere fagmiljøer. Informasjonen er relevant for hele befolkningen, men nettstedet er primært rettet mot personer med kort botid i

Norge eller som har begrensede norskkunnskaper. Nettstedet er tilgjengelig på norsk, engelsk, fransk, arabisk, tyrkisk, farsi, polsk, somali og tigrinja. Illustrasjonsbilder og tekst-til-tale-funksjon gjør nett-

siden godt egnet for personer med begrensede leseferdigheter.

Formålet med nettsiden er å bygge opp målgruppens seksuelle helsekompetanse. Nettstedet kan brukes direkte av målgruppen selv, men kan også være et verktøy for å lette kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell. Nettstedet er tilpasset smarttelefon, slik at målgruppen kan få diskret tilgang til nettstedet via mobilen. Ved å åpne den samme siden i flere vinduer kan samme informasjonen vises på flere språk samtidig. Det finnes også en ordbok-funksjon, som inneholder navn på ulike kroppsdelar, og nøkkelbegrep for å snakke om familieplanlegging og øvrige temaer innenfor seksuell helse.

Erfaringer viser at det er et stort behov for tilrettelagt helseinformasjon på flere språk både for brukere og for helsepersonell og andre som skal veilede. Det pedagogiske opplegget på nettstedet er allerede utprøvd og evaluert i landene der nettstedet alt er tatt i bruk, med positive resultater.

■ LENNART.LEE.LOCK@HELSEDIR.NO



SEKUNDÆRFOREBYGGING

Få med infarkt og slag når behandlingsmålene

Det trengs bedre oppfølging av pasienter som har hatt hjerteinfarkt eller hjerneslag med tanke på sekundærforebygging. Det mener førsteforfatter Laila A. Hobstock og medforfatterne av en studie med data fra Tromsøundersøkelsen i 2015–2016. Andelen pasienter som nådde behandlingsmålene for blodtrykk var 55 prosent, under 10 prosent for LDL-kolesterol, og drøyt 42 prosent for HbA1c. I overkant av 20 prosent nådde mål for kroppsmasseindeks, og 87 prosent innfridde målet om å være røykfri. Åtte av ti rapporterte at de nådde målene for fysisk aktivitet, men objektive tester viste at dette i realiteten gjaldt under 12 prosent. Bare 0,7 prosent av de 904 pasientene som nylig hadde gjennomgått et hjerteinfarkt eller hjerneslag, nådde samtlige behandlingsmål. Det var generelt liten forskjell mellom kjønnene og på medisinbruk og livsstil blant måloppnåere, sammenlignet med dem som ikke nådde målene.

● European Journal of Preventive Cardiology, doi.org/10.1093/eurjpc/zwab050



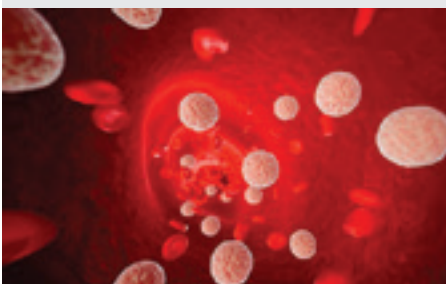
HYPERKOLESTEROLEMI

Henviste bare én av tre

Danske forskere har kartlagt forekomsten av familiær hyperkolesterolemi ved å gjennomgå journalene til 9652 allmennpraksis-pasienter. Ifølge journalene hadde 2382 pasienter minst én gang målt LDL-kolesterol. Nær ti prosent hadde et LDL-kolesterol på 5 mmol/l eller høyere. Etter å ha ekskludert pasienter med mulig sekundær hyperkolesterolemi, stod forskerne igjen med 115 personer med mulig primær hyperkolesterolemi, hvorav 21 hadde en sannsynlig eller sikker familiær hyperkolesterolemi. Bare tre av de 21 hadde fått en diagnose og behandling med kolesterolsenkende medikamenter.

Under halvparten av alle pasientene med et høyt LDL-kolesterol hadde fått kolesterolsenkende behandling, og et fåtall av disse hadde nådd behandlingsmålet. Én av tre med høyt LDL-kolesterol var blitt henvist til videre utredning. Studien var et samarbeid mellom seks ulike allmennpraksis-kontorer og kardiologisk avdeling ved Bispebjerg sykehus, og ble finansiert av Amgen.

● BJGP Open, doi.org/10.3399/bjgpopen20X101142

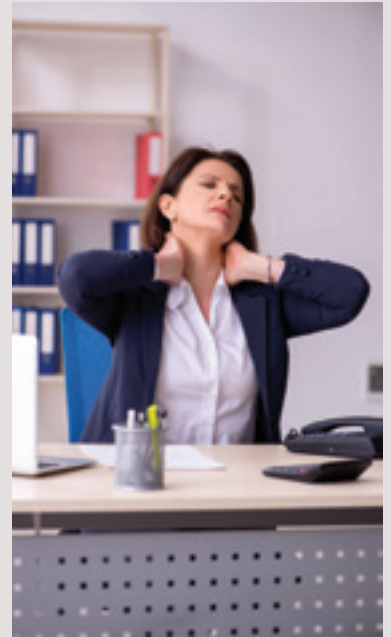


JOBBSTRESS

Ikke mindre sykmelding etter intervensjon

Svenske forskere har i en randomisert studie evaluert effekten av tidlig intervensjon for å forebygge sykefravær knyttet til jobberelatert stress. Studien inkluderer 271 pasienter som på grunn av psykiske eller fysiske helseplager, oppsøkte allmennlege ved et av de sju legekontorene som inngår i studien. Pasientene ble randomisert til enten kontrollgruppen som fikk vanlig oppfølging, eller til intervensjonsgruppen, som fikk informasjon om jobberelatert stress. Opplegget inkluderte også opplæring av fastlegene, med råd om hvordan screene for stress knyttet til pasientenes jobbsituasjon, hvordan gi tilbakemelding til pasientene på screeningsresultatene og hvordan diskutere tiltak. Kontrollgruppen fikk vanlig oppfølging. Ved seks og tolv måneders oppfølging var det ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene for selvrapportert sykefravær, og artikkelforfatterne påpeker behovet for mer forskning for å forebygge sykmeldinger som skyldes jobberelatert stress.

● BMJ Open, doi: 10.1136/bmjopen-2020-041157



SVANGERSKAPSDIABETES

Mener fastleger vet for lite

Kvinner med svangerskapsdiabetes opplever at samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er dårlig, og noen ganger hadde de gravide selv tatt initiativ til å bli fulgt opp. Det viser en norsk studie med førsteforfatter Marit Helmersen. 12 gravide Oslo-kvinner med svangerskapsdiabetes er intervjuet. Halvparten av dem hadde immigrantbakgrunn. De gravides behov for informasjon var størst rett etter at de fikk påvist svangerskapsdiabetes, og kvinnene opplevde det å få slik diagnose som et sjokk.

Deltagerne i studien mente at fastlegene hadde for liten kunnskap om svangerskapsdiabetes. Kvinner med innvandrerbakgrunn opplevde at jordmødrene ga dem tilstrekkelig råd om kosthold relatert til svangerskapsdiabetes, mens etnisk norske kvinner satte pris på å få individuelle kostholdsrad i spesialisthelsetjenesten.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care, doi.org/10.1080/02813432.2021.1882077



BENZODIAZEPINER

Tilbakemelding reduserte forskriving

Det viser en kanadisk blindet og randomisert studie blant 272 leger som hadde foreskrevet fire ganger definert døgndose (DDD) av benzodiazepiner til en eldre pasient (over 65 år) minst én gang i tredje kvartal i 2016. Alle legene fikk tilbakemelding på forskrivingspraksisen sin og ble delt inn i fire grupper, som enten kun fikk tilbakemelding eller i tillegg fikk en personlig advarsel fra det kanadiske legemiddelverket, Medical Regulatory Authority (MRA), en personlig telefonsamtale fra en farmasøyt ved MRA eller fra en MRA-lege. Etter ett år var det cirka 50 prosent færre eldre pasienter som fikk resept som tidligere, og gjennomsnittlig dose ble redusert med fra 10–16 prosent. Det var ingen signifikante forskjeller mellom de fire ulike gruppene, så forskerne konkluderer med at tilbakemelding på egen praksis ser ut til å være tilstrekkelig for å redusere forskriving av benzodiazepiner.

● BMC Family Practice, doi.org/10.1186/s12875-021-01415-x



ALLE FOTO: COLOURBOX

Faggruppa for elektronisk pasientjournal og elektronisk samhandling

Gruppa vår jobber for å utvikle god arbeidsflyt i den elektroniske pasientjournalen, EPJ. God arbeidsflyt i den elektroniske pasientjournalen er et vilkår for god pasientsikkerhet og pasientbehandling. Faggruppa ble opprettet i 2010 av Inger Lyngstad og Janecke Thesen etter at de i flere år hadde engasjert seg i kvalitetsarbeid i fastlegekontor.

Utover 2000-tallet ble det raskt klart at det var et stort behov for bedre funksjonalitet i EPJ – vi skrev journalnotatene i en dårlig utgave av Word. De fleste fastlegekontorene hadde rundt 2010 byttet til mer avanserte programmer som CGM Allmenn, Infodoc Plenario og System X. Mange opplevde at den elektroniske meldingsflyten hadde tatt seg opp, og PLO-meldinger til kommunal hjemmesykepleie var et kjempeløft. I 2012 ble e-resept rullet ut, og i 2017 var kjernejournal tilgjengelig på alle fastlegekontor og legevakter.

Faggruppa har ca. 70 medlemmer, de

fleste er fastleger og noen har andre kommunale oppgaver. Det er en «hard kerne» på ca. 20 medlemmer som er mest aktive. Faggruppa var pådriver for EPJ-løftet som ble etablert i 2014, som eies av Direktoratet for e-helse og Legeforeningen. Her sitter fastleger, utviklere og Direktoratets folk sammen for å utvikle bedre funksjoner i programmene, også kalt funksjonalitet. Denne måten å jobbe sammen på er veldig effektiv for å finne raskere frem til de gode løsningene. Når løsningene er ferdig utviklet, er det opp til leverandørene å ta dem i bruk, men utrullingstakten er avhengig av konkurransehensyn og -strategi hos leverandørene. Det er en stor ulempe, for utbyttet (også kalt gevinst) av elektroniske samhandlingsløsninger er avhengig av samtidig utrulling. Heldigvis faller brikkene som regel på plass med litt tålmodighet, og det kommer stadig bedre funksjonaliteter som kan tas i bruk av de fleste.

De fleste sakene vi jobber med handler

om samhandlingen med andre deler av helsetjenesten. Fastlegen er jo navet i de fleste sammenhenger. Faggruppas medlemmer deltar i flere store og små prosjekter, blant annet covid-19-tiltak, pasientens legemiddelliste, e-Multidose, helseplattformen, risikoprofiler og beslutningsstøtte, førerkort-attest og kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester. Vi kommuniserer på en e-post-liste, og vi ønsker sterkt å bidra til å øke kompetansenivået om e-helse blant fastleger og leger generelt. Vi arrangerer også kurs om temaet, og vi jobber for å få e-helse/helseinformatikk godkjent som klinisk emnekurs. For å bli med i gruppa holder det å være opptatt av god funksjonalitet i journalprogrammet, og så lærer man mer etter hvert.

SUSANNE PRÖSCH
Spesialist i allmennmedisin, leder av
Faggruppa for EPJ og elektronisk samhandling i NFA
og medlem av Legeforeningens IT-utvalg
■ SUSANNEPRESCH@HOTMAIL.COM



ILLUSTRASJONSPHOTO: COLUDBOX

FysMedUpdate

Raske, konkrete muskel-skjelett-updates?

Muskelskjelettfaget er stort og rommes av et stort antall aktører med mange velmenne meninger og råd. Fastlegen treffer et stort antall muskelskjelettplager, og som portåpner inn til spesialisthelsetjenesten er det en stor jobb å sortere vondter i ledd og til muskler av kortere og lengre varighet. Tre av oss innenfor Fysikalsk Medisin

har derfor startet en podkast innenfor muskel- og skjelettlidelser – for å forsøke å gi presise, håndfaste oppdateringer innenfor feltet. «FysMedUpdate» er forsøkt rettet også mot fastleger, og episodene er brukertestet i UiOs utvalg for allmennmedisin som rapporterte at dette var et ønsket tiltak, og ga tommel opp for videre produksjon.

Håper derfor dette kan utvikles til et nyttig verktøy for alle fastleger! Podkasten finnes på alle podkastplattformer (iTunes, Spotify osv.), og en nettside med supplerende informasjon er under oppbygning: **fysmedupdate.no**. Prosjektet er fortsatt under oppbygning, så kom gjerne med ris, ros, tips og triks sett fra fastlegens øyne.



■ SIGRID.SKATTEBOE@GMAIL.COM

Utposten gratulerer

Peter Prydz, Henrik Vogt, Knut Arne Wensaas og Morten Munkvik.

Løvetannprisen 2019 er tildelt Knut Arne Wensaas, som en anerkjennelse for langvarig innsats for allmennmedisin gjennom fagutvikling og forskning og tilsvarende innsats for kolleger som tilslutsvalgt. **Løvetannprisen 2020** er tildelt

Morten Munkvik for helhetlig innsats for allmennlegefaget.

Skribentprisen 2019 fra Norsk forening for Allmennmedisin er tildelt Peter Prydz for artikkelen «Utkantkommuner

og firkantkommuner» som ble publisert i januar 2019 i «Doktor i Nord». **Skribentprisen 2020** er tildelt Henrik Vogt for debattinnlegget «Nei, Justin Bieber har sannsynligvis ikke borreliose». Det ble publisert i *Aftenposten* i januar 2020.



Prisvinnerne fra venstre er:
Knut Arne Wensaas, Morten
Munkvik, Peter Prydz og
Henrik Vogt

Hans Nielsen Hauges innsats for folkehelsen

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver, Enhet for migrasjonshelse, Folkehelseinstituttet

Hans Nielsen Hauge (1771–1824) er kjent som lekpredikant. Hans innsats som gründer, bedriftsleder, handelsmann og bankier nevnes ikke like ofte, og innsatsen for å avhjelpe sult og hungersnød under Napoleonskrigene, er mindre kjent. I år er det 250 år siden Hauge ble født, og i den anledning synes det riktig å fremheve Hauges innsats for folkehelsen her i *Utposten*.

Hans Nielsen Hauge, som var av bonde-slekt, ble født 3. april 1771 på Rolvsøy utenfor Fredrikstad. Selv om det sies at familien levde under trange kår, var de ivrige, opplyste «lesere». Også Hans hadde stor interesse for bøker, og selv om mulighetene for en formell utdanning var begrensede, tilegnet han seg tidlig omfattende kunnskap på flere felt. En dag skjedde det noe som på en dyptgripende måte endret hele hans liv:

Det eneste kjente portrettet av Hans Nielsen Hauge, malt i København av ukjent kunstner ca. 1800. Foto: Wikimedia Commons



5. april 1796 – mens han gikk på åkeren og pløyde – hadde han en sterk religiøs opplevelse, og det ble klart for ham at han skulle vie sitt liv «til Gud og sin Næste». Et par måneder etter fikk han utgitt sin første bok, *Betragtning over Verdens Daarlighet*, hvor han gav en fremstilling av sin kristne tro, og reiste sterk kritikk mot prestestanden, som Hauge mente forsømt sine sjelsørgerplikter. Så la han ut på en vandring. I årene 1797 til 1804 reiste han Norge rundt, på langs og tvers, som regel til fots. Han gav seg i snakk med folk, spredte sine skrifter og forkynnte i små forsamlinger, og overalt hvor han talte, ble det dannet vennegrupper (1).

Vekkelse

På den tiden var det allerede en vekkelse på gang, særlig rundt Oslofjorden og i Bergen, sprunget ut av kolonien og menigheten Herrnhut i Sachsen (2). Den hadde nok visse likheter med Hauges forkynning, men Hauge var overbevist om at det ikke bare var den åndelige siden ved mennesket som måtte tas vare på og utvikles. De materielle og sosiale forholdene som folk levde under måtte også forbedres. Over alt hvor forholdene lå til rette for det, inspirerte han derfor til ny næringsvirksomhet, satte i gang jordbruksreformer og tok initiativ til en rekke små og mellomstore bedrifter. Han og hans tilhengere drev etter hvert både kornmøller og gruvedrift, et brenneri, en ullvarefabrikk og et spinneri. Han startet papirfabrikk, trykkeri og et bokbinderi, som alle var viktige for hans egen etter

hvert omfattende forlagsvirksomhet. Disse bedriftene var ofte familieforetak, men Hauge engasjerte også arbeidskraft som ellers var til overs i samfunnet (3, 4).

Apostolisk kommunisme i praksis

I 1801 fikk Hauge kjøpt en bygård i Bergen. Det gav ham borgerbrev, og han kunne drive handelsvirksomhet. Han begynte deretter å handle med fisk nordpå, en virksomhet som til tider overgikk all forventning. Overskuddet ble investert i nye bedrifter. Hauge fungerte også som bankier, det vil si at han tok opp lån som han så videreformidlet til andre som trengte kapital. Hans bærende idé var å opprette kristne produksjonsfelleskap som ledd i en frigjøringsstrategi fra borgerskapets makt, en form for «apostolisk kommunisme i praksis» (5). Motivasjonen til alt dette kom fra hans religiøse overbevisning. Som han selv uttrykte det:

«Hvordan kan vi følge Jesu ord om å la gjeringene lyse når vi ikke arbeider og driver handel, slik at vi både kan gjøre godt mot dem som trenger det, og etterhånden også stoppe de rikes overdådighet, de som ikke bare lever i sin prakt, men også ofte av sin Uretfærdighet og Næstens Undertrykkelse».

(Hentet fra et brev fra 1801) (6).

Hauge ble etter hvert initiativtaker til mer enn 30 større og mindre virksomheter og bedrifter, og involvert i kanskje så mye som 150 andre foretak.

Myndighetene reagerer

En slik fremgang gikk imidlertid ikke upåaktet hen. Forsøket på å etablere kommunisme i Norge fikk ingen nådig behandling. Slike folkebevegelser var ulovlige. Tidligere tilløp var flere ganger blitt slått ned. Og ennå satt nok det såkalte Lofthusopprøret (1786–87), hvor staten hadde sett seg nødt til å gå inn med militærmakt for å bringe ro og orden, friskt i minnet (7). Amtmannen i Buskerud gav tydelig uttrykk



Det kjente maleriet «Haugianerne» av Adolph Tidemand (1848–1852).

Hans Nielsen Hauge ble arrestert ti ganger i perioden frem til 1804. Julen 1799 satt han fengslet i Tukthuset i Trondheim. FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

overfor de sentrale myndighetene at «Hauge er en mann som ikke bør tåles, men arresteres (1).

Hauge fikk også mange fiender blant den etablerte handelsstanden i Bergen, som følte at de kom til kort i konkurransen, og blant prester som oppfattet ham som en trussel mot øvrigheten, ettersom han ikke respekterte deres monopol på forkynnelsen.

Allerede i 1798 hadde prest og lensmann begynt å troppe opp på samlingene hvor Hauge forkynte, og han ble i tiden frem til 1804 arrestert ti ganger, men løslatt etter kort tid. Så, i april 1804, skrev biskopen i Kristiansand et brev til kanselliet i København, hvor han sammenlignet Hauge med Muhammad ibn Abd al-Wahhab (1703/04–1792), kjent i Vesten som «Abdul Vechab»:

For hva fører ikke dette svermeriet til! Hvilken elendighet utbreder ikke disse meneskene med sin fanatiske lære? Avmakt i



WAHHABISMEN



«Abdul Vechab» var et kjent og fryktet begrep på begynnelsen av 1800-tallet. Wahhab, alias Vechab, var den religiøse ideologen bak wahhabismen, en puritansk, ultrakonservativ retning innen islam som vokste fram blant stammefolket sentralt på den arabiske halvøy fra 1730-talet av. Et sentralt motiv var å følge profetens liv så nært som mulig, avvise angrep fra de vantro, og bygge sterke fellesskap av muslimer på dette grunnlaget. På begynnelsen av 1800-tallet hadde wahhabistene alliert seg med Saud-klanen, og sammen krigen de mot det Osmanske riket. I 1803–1804 tok de kontrollen over de hellige byene Mekka og Medina. Tyske og danske aviser, som stort sett fikk sin informasjon fra kretsen rundt sultanen i Konstantinopel, og som således var preget av osmanske anti-wahhabistiske forestillinger, omtalte Vechab som «en fanatisk oppvigler og religiøs bedrager motivert av verdslige og økonomiske fordeler». Hans etterfølgere ble ansett som «fanatiske, brutale og voldelige med lite toleranse for annerledes troende, særlig andre muslimer». Sammenligningen med Wahhab gav således assosiasjoner til et brutalt politisk-religiøst lederskap, en fryktet ideologisk og militær kraft (9).

næringene! Motløshet hos folket! De arme mennesker settes i kontribusjon – blir skyldige! Og fremfor alt, hvilken mistillit næres ikke overfor statens øverste autoriteter og overfor lærestanden! Hauge er farlig som muslimen Abdul Vechab! (8)

Selv om Hauge allerede var kjent av dansk-norske myndigheter, fikk påstanden om at Hauge var å ligne med «Abdul Vechab» dem til å se predikanten Hauge i et nytt lys, som en revolusjonær som var troende til med våpen i hånd å kunne reise seg mot både embetsmannsvelde og dansk overherredømme. Dette virket som «en trylleformel som manet fanden selv frem på høylys dag». Han ble utropt til samfunnsfiende; det ble utstedt arrestordre, og Hauge ble pågrepet og ført til Christiania.

Her ble han holdt fengslet i over ni år uten lov og dom, de første årene med det vi i dag ville kalle «brev- og besøksforbud»:

«I det første fengselsåret var han ute i frisk luft bare tre ganger, han var frarøvet penn, blekk, papir og bøker og fikk knapt snakke med noen» (10).

Hans bøker, som nå sirkulerte i store opplag, ble beslaglagt. Fengselsoppholdet førte til en helsemessig knekk som Hauge skulle slite med resten av livet (1).

Napoleonskrig og matmangel

Samtidig begynte Napoleonskrigene å merkes også i Norge. Etter britenes seier ved Trafalgar i 1805, gav Napoleon opp å invadere England. I stedet satte han inn en omfattende handelsblokade, den såkalte Fastlandssperringen, i et forsøk på å stenge britisk handel ute fra det europeiske fastlandet. Allierte og nøytrale stater ble tvunget til å ta del i blokaden. England var på denne tiden Norges viktigste handelspartner. Selv om man derfor merket blokaden godt, klarte de skandinaviske landene lenge å holde seg nøytrale. Men britene fryktet at franskmennene skulle få kontroll over den dansk-norske flåten, som lå i opplag ved København. I 1807 bombarderte de byen, og danskene ble tvunget til å gi fra seg flåten. Dette «flåteranet» førte til at Danmark-Norge gikk inn i krigen på Napoleons side, hvilket gjorde at Norge ble tvunget til krig mot Sverige og dessuten at britiske orlogsskip blokkerte all handel og alt samkvem med Danmark (11).

Den britiske blokaden stanset livsviktig kornimport. Kostholdet i Norge før 1814 var i hovedsak basert på korn, særlig ulike typer grøt og brød. Norge var ikke selvforsynt med korn, og en stor del av kornet ble importert fra Danmark. I 1808 og 1809 ble det dessuten uår i landet. Avlingene slo feil og folk sultet.

«Grusomme scener utspilte seg, spesielt på Østlandet. Utsultede mennesker – ofte hele familier – ble funnet døde både hjemme, langs landeveien og i skogen» (12).

Det ble uro og kamp om maten. Hungersnøden rammet først og fremst Østlandet i grenseområdene mot Sverige hvor man i tillegg fikk føle krigene sterkest. Kystområdene var ikke så avhengige av korn, siden de også kunne livnære seg av fisk (12). Men også fiske er sesongbetont. Det gjelder for eksempel de store sildeinnsigene på vårparten. Dersom man skulle ha jevn tilgang til fisk, og denne dessuten skulle transporteres, måtte den konserveres. Men salt, som den gang ble brukt i konserveringen, var også stor mangelvare et-

tersom saltproduksjonen her til lands var svært liten i forhold til behovet, «kun å regne som en dråpe i havet».

Til tjeneste som saltkoker

På denne tiden hadde Hauge fått noe bedre vilkår i fengselet. Han kunne ta imot brev og besøk og var godt orientert om hva som skjedde i landet. Nå meldte han seg til tjeneste, eller rettere, han søkte regjeringskommisjonen om løslatelse mot kausjon og penger til saltkoking: «Som Patriot og bekiendt de fleste Stæder i Norge, Er det jeg tilbyder meg at anlegge Salt Kogier ved Søe-Kysterne» (13).

Søknaden ble innvilget under forutsetning av at Hauge vendte tilbake til fengselet etter endt oppdrag eller om han ble kalt tilbake. Hauge fikk også midler og satte i gang. De første årene i fengsel hadde gitt Hauge en alvorlig helseknekk, og det er nærmest uforståelig at han nå, i løpet av noen få vår- og sommermåneder i 1809, opprettet flere saltkokerier, først ett ved innseilingen til Lillesand (på Kjeholmene, som nå ble omdøpt til Saltholmen), så ett ved Stavanger og et tredje på Svanøy i Flora kommune (Saltverkneset), før han ble tilbakekalt til Christiania. I boken *Reiser og viktigste hændelser* som kom i 1816, forteller han om dette:

Aktor påstod at jeg skulde innsettes i arresten igjen. Dette satte jeg mig imot, for regjeringskommissjonen hadde gitt mig løs, og det er end den hadde pålagt mig vedrørende saltkokeriene, var ikke tilendebragt. Men kommissærene overtudet mig om at det var kongens ordre, og jeg beholdt mig da å søke kongen om frihet. Dette var om høsten 1809.

Byfogd W. (Christopher Christian Weidemann), som var overarrestforvalter i denne tid, hadde så stor tiltro til mig at han på justisråd B.s (Johan Bull) forbønn gav mig all den frihet han kunde. Jeg fikk pass og tillatelse til å besøke min 80 år gamle far i julen. Vi hadde ikke sett hverandre på fem år. Denne reise gjorde jeg på fjorten dager. Siden en gang fikk jeg også tillatelse til å reise til Eikers papirmølle for å besøke min slekt og styrke mitt sykelige legeme.

Dessforuten fikk jeg oftere tillatelse til å fordrive tiden ved små spaserturer i nærheten av byen (mot slutten av 1811 slapp man Hauge helt løs av arresten fordi hans helse var så medtatt. Hauge kjøpte nu gården Bakkehaugen på Sagene. Her ble han boende til utpå året 1817). Nu skulde min sak påskyndes, men innkallelse og forhør av de vidt adspredte vidner – en 5–600 i alt – tok sin tid, så beedigelsen av alle vidnesbyrd blev ikke ferdig før vinteren 1813 (14).

Det var for embetsverket maktpåliggende å få Hauge dømt, og han ble forsøkt tiltalt

for oppvigleri etter løsgjengerparagrafen uten at man fant grunnlag for dette. Først fem år etter arrestasjonen, ble han så tiltalt for brudd på konventikkelplakaten, en forordning fra 1741 som satte streng kontroll med lekmenns forkynnelser. Først i desember 1813 falt dommen: to års straffarbeid, samt at den tiltalte skulle betale saksomkostningene. Hauge anket, og året etter ble dommen omgjort til at han skulle betale 1000 riksdaler til byens fattigkasse pluss saksomkostninger. Hans advokat mente han skulle søke kongen om benådning, men Hauge avfant seg med situasjonen, i hans egne ord:

Mine venner hjalp mig med lån til utgiftene, og jeg trøstet mig med at pengene skulde komme de fattige til gode. Så er jeg da tilfreds både i ære og vanære. Overbevist om at mine hensikter var redelige og at det er lett å lide for sannhets skyld, vet jeg at på hin dag faller den tredje dom (14).

Hauge hadde tidligere fått kjøpt Bakkehaugeten gård i Christiania. Etter løslatelsen giftet han seg og fikk flere barn. I 1817 kjøpte han så Bredtvedt gård, hvor han slo seg til ro. Han reiste ikke lenger rundt i landet, trolig av helsemessige grunner, men fort-

Hans Nielsens Hagues gravminne ved Gamle Aker kirke, Oslo. FOTO: WIKIMEDIA COMMONS



satte sin omfattende brevveksling. Hans Petter Foss, en etterkommer av de første haugianerne, skriver:

Hans Nielsen Hauge var ofte syk i denne tiden og kunne ligge til sengs i dagevis. Det var en gammel mann man møtte på Bakkehaugeten og på Bredtvedt gård. Ikke i alder, men drivkraften og pionerånden og den revolusjonspregede Hans Nielsen Hauge var borte, det som skapte det revolusjonære nye i Norsk historie (15).

Arven etter Hauge

Biskop Andreas Aarflot skriver:

«Hans Nielsen Hauge [1771–1824] stod frem i en sosial og kulturell gjæringstid, hvor nasjonale ideer og folkelige strømninger fikk det gamle eneveldets samfunnssystem til å knake i sammenføyningene... Gjennom sin virksomhet som folkevekker, industriherre og sosial reformator drev han takten opp i den omveltningsspross som bare så vidt var kommet i gang da han så dagens lys. I Den norske kirke ble han opphavsmann til den mest omfattende fornøyelse noensinne.» (6)

Når det gjelder Hagues betydning for folkehelsen, er det etter mitt skjønn særlig til forhold som har hatt betydning. For det første hans forhold til arbeidsmoral, ledelse, nettverksbygging og hans vilje til å ta samfunnsansvar, noe som i sterk grad bidro til kompetansebygging og utvikling av sosial kapital, spesielt blant husmenn og bønder (16). Slik hjalp han mange ut av nød og fattigdom, samtidig som han la til rette for at de som stod i fare for å bli overflødige i samfunnet, kunne engasjere seg i for dem meningsfulle aktiviteter.

For det andre hans arbeid med å opprette saltkokerier på strategiske plasser langs sørlandskysten. Den britiske blokaden hadde stanset livsviktig kornimport. Uår og krig med Sverige gjorde situasjonen verre. Saltning økte holdbarheten på råvarer som fisk og kjøtt, og dette muliggjorde transport over større avstander, og dessuten at man kunne opprettholde en noenlunde jevn matforsyning, også utenfor sesongen. Slik ble mange hjulpet gjennom uår og sult.

Etter fengselsoppholdet fikk Hauge kritikk fra sine tidligere tilhengere, dels fordi han ikke viste samme revolusjonære glød som i sin ungdom, dels fordi han hadde fått et mer pragmatisk forhold til sin kristendom. Det viktigste for ham var å hjelpe andre, ikke for enhver pris å etterleve pietismens strenge levereregler. Han skriver selv:

«Mitt fengsel har vært en skole, en tuktemester og lærer av første slag. Jeg lærte å bøye meg og sette meg ned i stillhet og gi akt på meg selv – å lese, ettertenke og søke etter det som best gagnar de fleste mennesker» (17).

Kanskje er det her Hagues storhet best kommer til uttrykk. Til forskjell fra en del andre religiøse reformatorer, drives ikke Hauge av ideologi. I sin samtid ble Hauge og hans etterfølgere slått i hartkorn med wahhabismen. Det er, slik jeg ser det, nettopp her, i sin pragmatiske holdning til ideene, at han skiller seg sterkest fra denne. I dag blir wahhabismen med sin legitimering av vold for å spre ideologiske tanker og forestillinger, beskrevet som en fertil bakgrunn for radikaliserings og terrorisme – dette selv om det neppe er grunnlag for å hevde at wahhabismen i seg selv innebærer voldelig ekstremisme (18, 19). Hauge viste med sitt eksempel at mennesker er viktigere enn noen ideologi.

REFERANSER

1. Kullerud D. (1996) Hans Nielsen Hauge – mannen som vekket Norge. Oslo: Forum- Aschehoug & Co.
2. Bloch-Hoell, NE: Brødremenigheten i Store norske leksikon på snl.no. Hentet 9. mars 2021 fra <https://snl.no/Br%C3%B8dremenigheten>.
3. Jensen J: Industri i Vestfossen. <https://rundtdrammen.no/industri-i-vestfossen/> Hentet 9. mars 2021.
4. Foss HP. (2020) Haugianeren. Oslo: Bok & Media AS.
5. Fjermeros H. (2021) Den apostoliske kommunismen. Klassekampen 2. februar 2021, s. 12–13.
6. Aarflot, As: Hans Nielsen Hauge i Norsk biografisk leksikon på snl.no. Hentet 9. mars 2021 fra https://nbl.snl.no/Hans_Nielsen_Hauge.
7. Sætra G. (2009) Christian Lofthuus i Norsk biografisk leksikon på snl.no. Hentet 3. mars 2021 fra https://nbl.snl.no/Christian_Lofthuus.
8. Gjengitt i 1) Kullerud 1996, s. 259.
9. Ulvund F. (2018) Wahhabisme som skremmebilde i Scandinavia rundt 1800 – Hans Nielsen Hauge i Lys av osmansk anti-wahhabisme. Historisk Tidsskrift 97(2): 98–114.
10. Sitert i 1) Kullerud s. 306.
11. Njåstad, Magne (2018): Norge under napoleonskrigene i Store norske leksikon på snl.no. Hentet 11. mars 2021 fra https://snl.no/Norge_under_napoleonskrigene
12. Norgeshistorie.no, Morten Nordhagen Ottosen, (2015) «Barkebrødstider 1807–1814». Hentet 11. mars 2021 fra <https://www.norgeshistorie.no/grunnlov-og-ny-union/1346-barkebrødstider-1807-1814.html>.
13. Sitert i 1) Kullerud (96). s. 298.
14. <https://www.borgerskolen.no/lokalhistorielocal-history/bevegelser-og-fenomener/saernorske-bevegelser/haugianerbevegelsen/boker-av-hans-nilsen-hauge/beskrivelse-over-hans-nielsens-hauges-reiser-viktigste-hendelser-og-tildragelser/min-fengselstid-i-reiser-og-viktigste-haendelser-1816/>.
15. Foss HP. (2020). Haugianeren. Bok og Media AS. (s. 33).
16. Bizzi L. (2015) Social Capital in Organizations. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. S. 181–185.
17. Sitert i 1) Kullerud s. 299.
18. Dillon M. (2009) Wahhabism: Is it a factor in the spread of global terrorism? Master of Arts in Security Studies (Middle East, Southwest Asia, Africa) Monterey California: The Naval Postgraduate School.

■ ARILDKJELL.AAMBO@FHI.NO

En jordnær tilnærming



Trond A. Mjaaland, Bård Fosli Jensen
Kommunikasjon med pasienter
 188 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo 2020
 ISBN 978-82-15-04601-3

Dette er boken vi ikke visste at vi savnet som medisinstudenter – eller som vi kunne hatt stort utbytte av etterhvert som erfarne leger i og utenfor sykehus. Men nå er boken her.

Bård Fosli Jensen er barnelege, Trond Arne Mjaaland er psykolog. Begge har doktorgrad i medisinsk kommunikasjon. Forskningsarbeidene deres er utført i henholdsvis allmennpraksis og på sykehus.

Boken tar utgangspunkt i «drømmekon-sultasjonen» hvor pasienten *gjør* akkurat det vi ønsker at han skal gjøre, hvor pasienten *tenker* kloke og innsiktsfulle tanker, og hvor pasientene hele tiden *føler* det som er hensiktsmessig. Men hvordan komme dit?

Denne utgivelsen beskriver hvordan legen kan ha «hodet og hjertet på rette plass», som vi ofte sier. Vi skal kunne vårt medisinske fagområde – ingen tvil om det. Men så er det hvordan all denne solide kunnskapen skal kunne gi pasientene «mindre lidelse og bedre helse», som forfatterne oppsummerer som bokens intensjon. Helt vesentlig for all medisinsk virksomhet er at det dreier seg både om *sak* og om *relasjon*. En god relasjon er en forutsetning for at tillit kan ligge der som en «grunnmur» i ethvert møte mellom pasient og lege. Og dette igjen er helt vesentlig for at pasienter kan få adekvat og helsebringende hjelp, og at leger kan fungere optimalt gjennom et langt yrkesliv uten å «brenne ut».

For noen kolleger vil nok mange av de tallrike eksemplene i boken være godt gjenkjennelige, antakelig også måten konsultasjonene forløper på. Men kanskje kan noen hver av oss få opptil flere «aha»-opplevelser også. Vi kan nok tenke flere ganger at situasjonene som beskrives kan synes svært krevende. Men alle pasientmøtene i boken viser til valg vi kan gjøre der og da, samt de tenkte konsekvensene av de ulike tilnærmingene vi kan benytte.

Denne boken er uvanlig jordnær. De ulike pasientmøtene synliggjør de gode mulighetene vi har til nettopp å hjelpe pasienter til «mindre lidelse og bedret helse» – og det innenfor den tidsrammen de fleste leger forholder seg til, – altså et begrenset antall minutter som det vanligste i utgangspunktet. Men det handler altså om *hvordan* vi bruker tiden. Vi får rikelig med eksempler på hva det de kaller «det terapeutiske språket» kan bidra med her.

Ekstra utfordrende pasient-situasjoner beskrives inngående, som f.eks. kunsten å bringe dårlige nyheter til pasient og pårørende. Empati og anerkjennelse er nøkkelord i ethvert pasientmøte, men ikke minst når legen utfordres som person rent følelsesmessig.

Boken har et godt språk og vil nok være engasjerende for enhver kliniker, ja, rent ut spennende for flere, vil jeg tro. – Boken anbefales.

ELI BERG

UTPOSTEN
 – meldinger om og fra
 den gode **primærmedisin**

Store muligheter



Aksel Tjora
Kvalitative forskningsmetoder i praksis
 4. utgave
 327 sider
 Gyldendal Akademisk
 Oslo 2021
 ISBN 978-82-05-54653-0

Kvalitativ forskning er nok fortsatt «lillesøster» i den medisinske forskningsverden her til lands, og da sammenlignet med den såkalte kvantitativ forskningen. Men leger i kommunehelsetjenesten var antakelig av de første som tok utgangspunkt i litt andre perspektiver i forskningen enn «å telle, veie og måle» som veien fram til nye erkjennelser i faget medisin. De siste 30 årene har flere gitt seg i kast med de spennende mulighetene som kvalitativ forskning kan by på, enten det gjelder spørsmål i selve klinikken eller i rammene rundt denne.

Observasjonsstudier, dybdeintervjuer og dokumentstudier er noen av de mer vanlige veiene som beskrives i denne boken. Og før forfatteren går inn i detaljene innenfor de ulike sjangrene, er det de mer overordnede perspektivene ved kvalitativ forskning som gjennomgås – og det på en pedagogisk svært god måte som vil kunne fange inn enhver nybegynner. Noen stikkord: forskning som systematisk nysgjerrighet, grunnlaget for kvalitativ forskning, perspektiv- messige utgangspunkt, forholdet mellom kvalitative og kvantitative forskningsmetoder, teoriens plass - bare for

å nevne noen viktige innganger i boken. Og ikke minst viktig: Etiske perspektiver ved kvalitativ forskning.

Det spennende og inspirerende ved denne boken er ikke minst hvordan forfatteren fletter inn et mangfold av korte beskrivelser fra gjennomførte forskningsprosjekter når ulike perspektiver skal forankres «på bakken». Det er fristende å hevde at vi langt på vei får bruksanvisninger – for ikke å havne i grøfta, men heller å kunne se både «lys i tunnelen» eller nærme oss «toppen av fjellet». Kort sagt: Forfatteren tilbyr en bredde både når det gjelder beskrivelser av utfordringer og fallgruver, men ikke minst hvilke spennende muligheter som ligger innenfor kvalitativ forskning.

Aksel Tjora er professor i sosiologi og «har formidlet kvalitative forskningsmetoder til utallige studenter og forskere gjennom mange år, og er aktiv som forsker innenfor studier av sosial interaksjon i tilknytning til organisasjon, teknologi, helse og medisin, kultur, nærmiljø og offentlige rom», som det står i baksideteksten på denne utgivelsen.

Boken anbefales.

ELI BERG

UTPOSTEN
 – en viktig arena for
 utvikling av primærmedisinen

Daglige utfordringer i praksis



Hans Magnus Solli
Personsentrert trygdemedisin i etiske perspektiver
 Sykdom, funksjonsevne, ressurser og objektive erklæringer
 185 sider
 Norsk trygdemedisinsk forening
 2020
 ISBN 978-82-996401-2-1

Trygdemedisinsk forening skriver i forordet til boken at «Foreningen har lenge ønsket å belyse trygdemedisinens fagetiske grunnlag i vår nåtid. Det er skrevet lite om dette på tross av at faget er etisk utfordrende På hvilket fagetisk kunnskapsgrunnlag skal vurderingene hvile? Hvordan kan faget utøves med respekt for det enkelte individ, egen faglig integritet og samfunnets behov?» Foreningen tok i 2014 initiativet til et e-læringskurs i trygdemedisin innen «Norsk elektronisk legehåndbok» (NEL), et arbeid som så har resultert i denne boken.

Leseren møter en tekst mettet med beskrivelser av trygdemedisinske spørsmål, etiske refleksjoner, faglige dilemmaer og framtidsrettede vyer for en praksis som både er rettferdig, solidarisk og mulig å praktisere for et trygdevesen også i framtiden.

Noen stikkord for å antyde hva boken omhandler:

- Handlingsrommet mellom fag, juss og etikk
- Funksjonsevne og ressurser
- Sykdomsbegreper
- Lovens vilkår for ytelser
- Trygdemedisinsk etikk
- Objektivitet og subjektivitet ved erklæringsutforming
- Metoder i sakkyndighetsrollen

Fagfeltet trygdemedisin har gjennomgått flere vesentlige endringer de siste årene.

Dermed er det også innført en rekke begreper som kanskje ikke er så kjent blant alle som forholder seg til folketrygden. En solid gjennomgang – til dels illustrert med kliniske eksempler – letter tilgangen til implikasjonene for både pasienter og øvrige personer som er involvert i praktiseringen av trygderettighetene i vårt land.

Ikke bare har boken en solid liste med referanser, men også fortløpende henvisninger til nettsteder for utdypning av utsagn i selve teksten. Fagpersoner fra en rekke disipliner kommer på denne måten «til orde» direkte inn i spørsmålene som omhandles. Det må videre nevnes at den aktuelle utgivelsen også foreligger i en digital utgave på nettstedet <https://trygdemedisin.legeforeningen.no/>

Hvem vil så kunne ha glede og nytte av denne utgivelsen? Uten tvil vil både leger i allmennpraksis, sykehusleger, rådgivende trygdeleger, saksbehandlere i NAV, jurister og våre helsemyndigheter kunne finne vesentlig stoff for nettopp en solidarisk, rettferdig og framtidsrettet praktisering av folketrygden. Grunnet kompleksiteten og utfordringene i det viktige denne boken omhandler, vil nok utbyttet kunne bli ytterligere verdifullt om kolleger av ulike kategorier kunne arbeide med stoffet i grupper, inklusive tverrfaglige sådanne. Studenter kunne kanskje blitt tilbudt en «light-variant» av boken etterhvert?

ELI BERG

Her er
 UTPOSTEN
 – føl deg hjemme!

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..

Harald Sundby?



Harald Sundby, hva leser du nå?

Typisk meg. *Utposten* utfordrer meg til å fortelle om hvilke bøker jeg leser for tiden, og hva er det første jeg tenker? Hvilke bøker burde jeg ha lest. Litterært imposter syndrome. Men prosessen viser seg å ha vært litt frigjørende.

Jeg starter med hjernen. Jeg ser for meg at vi har et sett av komplekse nerveforbindelser som til sammen utgjør «det narrative nettverk». Mennesket elsker fortellinger. Det er en måte å holde struktur i livets kaos. «Narrativ medisin» er forresten et eget fagfelt. Relevant for allmennpraktikere. Sjekk det ut.

Typisk meg igjen. Intellektualisering. Nå må jeg komme til saken. Men før det må jeg ut av skapet. Jeg strever med hypersomni. På en god dag leser jeg glatt to til tre kapitler, men på en vanlig dag sovner jeg etter maksimalt tre avsnitt. Dette ønsker jeg at dere skal vite.

Like mye som jeg vil dele bøker, ønsker jeg å dele litterære opplevelser. Jeg deler to.

En av mine favoritter er Erlend Loe. Han flirer jeg mye av. Doppler, for eksempel, har det vært morsomt å følge. Løytnant Glahns postmoderne tippoldesønn. Den største leseopplevelsen knyttet til Loe hittil delte jeg faktisk med mine nå avdøde foreldre. De siste årene leste de høyt sammen. Det var alltid far som leste. En dag jeg var på besøk og kom hjem fra en bytur, satt de begge og lo så de gråt. Dette gjorde de ikke så ofte i min oppvekst. Aldri. De leste *Slutt på verden slik vi kjenner den*. Doppler satt i et tre i hagen til huset der han tidligere hadde bodd som gift mann. Han koste seg. Han satt og så på en konflikt som utspilte seg innendørs. Hans ekskone var i harnisk over at hun hadde funnet pornoblader under puten til sin nåværende samboer. Doppler hadde lagt dem der. Samboeren ble kastet på dør. Mine 88 år gamle foreldre syntes dette var ustyrtelig artig. En kjærlighetens dopplereffekt. Takk, Erlend.

Ketil Bjørnstad er produktiv. Det foreløpig siste prosjektet hans er *Verden som var min*. Fortellingen om ham selv og verden.

Fra 60-tallet til våre dager. Til sammen ca. 5000 sider. For mye for en med hypersomni. Men jeg og Torhild, min kjære, lastet ned 80-tallet. Et formativt tiår for oss. Hun er også hypersomniker. Det har vært tidkrevende. Men én natt opplevde jeg det først slik at jeg hadde spart mye tid. Torhild var borte den helga. Tjuvlesning. Jeg sovnet i januar 1984 da Arne Treholt ble arrestert. Lydboken holdt det gående. Jeg våknet da Mathias Rust landet på Den røde plass i mai 1987. Men jeg fikk jo ikke med meg så mye av de årene i mellom. Jeg gikk dem om igjen med Torhild.

Fun fact: Jeg var på Den røde plass den dagen. 80-tallet som var mitt.

Det siste året har jeg også fått med meg blant annet *Sapiens*, *Den evige gartner*, *Fugletribunalet*, *Mor om natten* (dyster), en kjedelig indisk bok, og flere til. Torhild sa jeg burde nevne det. Så kom ikke her.

Artig å dele litterære opplevelser. Jeg har fått lyst til å melde meg inn i en lesesirkel. Helst en for folk med hypersomni. Sammen vil vi holde oss våkne og nysgjerrige.



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

Velkommen og lykke till! ➡ Tove Rutle – lagleder

Min ungdomsbesettelse

Jeg var aldri i tvil om at jeg ville ta utfordringen fra tidligere turnuslegevenn Vibeke Mørken Stuestøl om å bringe lyrikkstafetten videre. Takk for utfordringen. Det begynner å bli noen år siden vi surret rundt i de samme korridorene i Hammerfest – gode minner! Jeg var heller ikke i tvil om at jeg måtte velge et dikt fra en av mine store ungdomsbesettelser, nemlig Nordahl Grieg – jeg har lest det meste, og skrevet særemne på hans mindre kjente, tidlige forfatterskap.

Han levde et kort, men intenst liv. Han blir primært husket for sine krigsrelaterte dikt, men han var også en globetrotter. Han

elsket å reise – gjerne på penger han lånte av sin bror. Han kom tidlig til Finnmark, og han elsket Finnmark. Det er vel få skildringer skrevet av søringer, som er skrevet med større kjærlighet til Finnmark enn diktet «Morgen over Finnmarksvidden». Jeg håper at det fremkaller gode tanker hos flere Finnmarksleger, deriblant kjære Vibeke.

Når man har vært Finnmarkslege en stund, får man mange gode og sterke minner fra Finnmark legeforening. Lenge før fastlegeordningen hadde barna i Finnmark en egen «fastlege» i barnelegen Kjell Berg. Da den nå pensjonerte legen reiste seg på vårkurset i Kautokeino for noen år tilbake

og deklamerte «Morgen over Finnmarksvidden» utenat, så sitter det sterkt i minnet.

Dette siste året har vært krevende. Men vi lever et sted med fire årstider hvor livet har sin egen rytme, nesten litt uavhengig av pandemisituasjonen. Vi står han av, og vi tar det som kommer, «men prøv meg, krev hva jeg har og kan!»

Jeg ønsker ikke å sende utfordringen så langt denne gangen, og utfordrer derfor kollegaen vegg i vegg med meg; Peter Prydz.

Hilsen fra
NINA AUREBEKK

Morgen over Finnmarksvidden

Ved gry, da vi kom på Bæskades,
røk der et uveir op.
Et piskende, vandrett snekøv
hvinte om fjellets topp.
Tungt støttet vi oss mot stormen,
tvungne at ta en hvil.
Renene våre var trøtte
efter de dryge mil.

Kindenes hvite flekker,
fra andre morgeners frost,
sved i en naken smerte,
under den hårde blåst.
Føttene følte døde,
nævene skrumpet blå.
Da jog en ild gjennom blodet!
Dette var det jeg så:

Lutende ned mot skavlen,
rakt mot det blinde køv,
stod der en ren og veiret,
skrapet så med sin klov;-
og slik, med ett, som den hugget
dypt i den frosne grav,
spratt som lys mot mulen,-
klumper av blågrøn lav.

Å snestorm over Bæskades,
med fyk over fattig grønt,
dette er selve Norge,
frysende armt og skjønt!
En mor som i dødens kulde,
isnende hvit og stiv,
blotter sitt bryst mot barnet,
nærer det hun gav liv!

Men du mitt rotløse hjerte,
som jog din ren over fjeld,
fra veknende drøm om elskov,
til livets lyst for deg selv-
når har du stått som renen,
diet den frosne død?
Hvor er din rett til landets
hellige savn og nød?

Og landet stirrer imot meg;
det gråner av stein og sjø-
I havkok gynger et drivgarn.
Blandt svaberg glimter en bø.
Blodslit takker for armød.
Stridt blir favnet av stridt.
Så nævn, i storm på Bæskades,
det du har bragt som ditt!

Intet gav jeg; men prøv meg,
kræv hvad jeg har og kan!
Kald på min ild og ungdom,
vi dem til deg, mitt land!
La meg få gi og elske,
ikke med døde ord,
men livet mitt som en kappe
over din nakne jord!

NORDAHL GRIEG



ILLUSTRASJONSFOTO: SCANDINAVIAN STOCKPHOTO