

Utposten

7 2021
ÅRGANG 50

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

*Mona Søndena er
alltid underveis*

Spirometri
Legevaktindeks
Psoriasis

UTPOSTEN**v/Kristin Olavsdotter Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 971 44 063

E-POST: korutle@gmail.com

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

MOBIL: 980 83 115

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

Kjell-Arne Helgebostad

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com

Kristina Riis Iden

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

Jan Håkon Juul

MOBIL: 905 91 341

E-POST: janhakonjuul@gmail.com

Kari Thori Kogstad

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no

Njål Flem Mæland

MOBIL: 994 09 959

E-POST: nflem@online.no

Therese Renaa

MOBIL: 906 40 095

E-POST: thereserenaa@gmail.com

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

FAGLIG MEDARBEIDERE:**Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDEFOTO: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media



NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1** LEDER: Å dele smerten*Kari Thori Kogstad***2** UTPOSTENS DOBBELTTIME: Alltid underveis*Mona Søndena intervjuet av Kristina Riis Iden***6** Legevaktindeks – for bedre telefonvurderinger ved akutthenvendelsertil legevakt og fastlege*Ingrid H. Johansen, Vivian Midtbø og Siri Liv Schmidt Fotland***10** Video – et stort steg for legevaktarbeid*Nathalie Sandal***14** Dugnad for økt kvalitet på bruk og tolkning av spirometri i primærhelsetjenesten*Arnulf Langhammer, Kristian Jong Høines, Geir Einar Sjaastad, Mette Christophersen Tollånes og Anders Østrem***18** TREDJE REISEBREV FRA GRØNLAND: Nanortalik*Eik Kolstrup***24** HELSENORGE.NO: Enklere presentasjon av legekantoret på nett*Tonje Ellingsen***25** Fastlegen og Helfos kontrollvirksomhet*Pål Innset***26** Selvfølgeligheter under stjernehimlen*Njål Flem Mæland***28** Fem år med PEth*Ragnhild Bergene Skråstad og Arne Helland***32** Psoriasis – sett fra en annen side*Berit Austveg***34** Bruk bygg!*Njål Flem Mæland***38** Faggruppen for LHBT-helse*Mari Bjørkman***40** Sakset fra allmennt medisinsk forskning*Kompilert av Lisbeth Nilsen***41** BOKANMELDelse:**En solid oppsummering – og noen utfordringer***«På liv og død. Forebygging av livstruende sykdommer.**Et livsløpsperspektiv» anmeldt av Eli Berg***44 FASTE SPALTER**HVA LESER LEGEN **44**RELIS **45**LYRIKKSTAFETTEN **48**

Å dele smerten

Hva har vi når vi ikke har noe?

Hva har vi når vi mangler begreper som dekker, ord som trøster, håp vi klarer å finne, ei framtid vi kan tro på?

Når senga hjemme i huset vårt, som skulle være det tryggeste stedet å oppholde seg, forsvinner ut av vinduet og begravnes i leire, akkurat i det vi når nadir og kroppstemperaturen er på det laveste, hjerterytmen på det langsomste og søvnen på det dypeste.

Når vi har flyktet fra krig for å gi ungene ei framtid i et trygt land, men så kjører de seg i hjel alle tre i en kollisjon i nettopp den trygge dalen de hører hjemme i på veg hjem.

Når utgangsdøra i huset vårt i den lille byen vi bor i tidlig på kvelden går opp og et menneske kommer inn og dreper en av våre nærmeste.

Hva har vi i møtet med disse menneskene?

“The doctor’s job is to make pain shareable. The impossibility of sharing... the pain is... a contributing factor in its essential horror.”

Sitatet er hentet fra boka *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* av Brown og Freemans fra 2007.

En smerte som deles taper sin kraft, sa prest og foredragsholder Karsten Isachsen for mange år siden. Å dele smerten er nettopp det eneste vi har igjen når alt annet er tatt fra oss, vil jeg legge til for

egen regning. Fastlegen på kontoret sitt og kommuneoverlegen i kriseteamet har noe når alt er borte. Nemlig akkurat denne vissheten. Smerten kan og må deles.

Og hvordan skal vi klare dette? «En lege er et helt vanlig menneske det forventes noe mer enn vanlig fra» skriver Olav Aasland i *Tidsskriftet* 8. oktober 2021.

Vi skal dele videre. Med kolleger. Med kontorfellesskapet. Med den som ser oss, den som er nær oss. Hvordan skal vi klare det? Døra vår må stå åpen. Vi må øve oss på å ikke skyve andre bort når smertebeget vårt fylles. Vissheten om at det må deles må bli en ryggmargsrefleks for alle som står i første linje og møter folk i bunnløs fortvilelse. Beger som ikke deles, renner over.

Hjelperne i front må også hjelpe seg selv. De må som kabinansatte sier, feste maska på seg selv og så hjelpe sidemannen. Igjen og igjen. Vi må akseptere at det å være et templat for andres smerte tar på. Det er faktisk greit å bli sliten. Det er ikke farlig. Det går over. Sofa og TV-serier er ikke fiender når hjelperen har gjort jobben, delt smerten og sliten går hjem til sine. De er venner.

Skuespilleren Alan Alda har latt følgende falle: «Real listening is a willingness to let the other person change you.»

Vi kan ta den sjansen – når vi har noen å dele med.

KARI THORI KOGSTAD

Alltid underveis

Mona Søndenå ■ INTERVJUET AV KRISTINA RIIS IDEN

Mona Søndenå reiser mye. Hun har vært i Peru og Himalaya og på toppen av Kilimanjaro. Den erfarne distriktslegen har fartet utallige ganger med veiledningsgruppene sine, deltatt på styre- og utvalgsmøter i landsdelen eller hos sentrale helsemyndigheter i Oslo. Nylig ble hun hedret med Anders Forsdahls minnepris – en viktig distriktsmedisinsk hedersbevisning.

– Om vinteren, når det er storm og snøfokk, ringer jeg ut til Bugøynes på forhånd for å klarere banen. De kjenner min sjåførkompetanse og vet hvor smertegrensen går, forteller Mona og fortsetter – I dag trenger du ikke komme, sier de da.

Dr. Søndenå har vært fastlege for bygdas 200 innbyggere i 35 år. Det er ikke mange steder i utkant-Norge at det har vært så langvarig kontinuitet i lege-pasientforholdet. Annenhver uke i alle disse årene har hun kjørt de 10,5 milene fra Kirkenes til Bugøynes for å drive allmennpraksis for den stadig minkende befolkning.

Den erfarne allmenn- og samfunnsmedisineren ble i høst tildelt Anders Forsdahls minnepris.

I nominasjonen til prisen heter det:

«Søndenå nomineres fordi hun må sies å være en bauta i norsk distrikts- og primærmedisin. 27 år gammel kom hun til Kirkenes og Sør-Varanger som turnuslege i 1984. Etter det fortsatte hun å jobbe i kommunen, først som kommunelege 2 og fra 1987 som kommunelege 1. Etter fullført spesialisering i både allmenn- og samfunnsmedisin i 1992 ble hun kommuneoverlege i Sør-Varanger kommune, en stilling hun innehar den dag i dag.»

Fastlegen på Bugøynes

Sør-Varanger kommune er en av de største kommunene i Norge i areal. Nesten alle innbyggerne bor i og rundt Kirkenes. Langs nordkysten av Sør-Varanger er det forblåst og ugjestmildt. Her bor knapt noen, unntaket er kongekrabbebygda Bugøynes.

På 1820–30-tallet var det hungersnød i Nord-Finland. Mange finske familier søkte mot kysten hvor det var tilgang til mat. Slik ble lokalsamfunnet på Bugøynes befolket av finske utvandrere. Innbyggerne er veldig stolte av den særegne finske kulturen.

På venterommet på legekantoret på Bugøynes, snakker de eldre pasientene finsk med hverandre. Når dr. Søndenå dukker opp, slår de over til norsk.

– Jeg hadde en kollega som var finsk, og hun sa at det var et gammelt konservert finsk, sier Mona som har god kjennskap til hele lokalsamfunnet. Kantoret er lite, men stort nok til å drive en variert allmennpraksis. Monas gjerning her er KOPF-idea-



Kongekrabbebygda Bugøynes er det eneste fiskeværet i Sør-Varanger. Bygda ble befolket av finske innvandrere på 1800-tallet og har i dag omtrent 200 innbyggere.



Mona Søndena mottar Anders Forsdahls pris 2021 av Anette Fosse.



Mona tar seg tid til en kafferast.

let i dens beste utgave; kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende.

Beboere på Bugøynes var på 60-tallet utgangspunkt for Anders Forsdahls empiriske observasjoner om oppvekstforhold som årsak til senere livstilssykdommer. Dette ble internasjonalt kjent som Forsdahl-Barcker-hypotesen. Mona Søndena er en av få vinnere av Anders Forsdahls minnepris som faktisk arbeidet sammen med den distriktsmedisinske pioneren.

– Han var i mange år min faste sommervikar, både som allmennlege og kommunelege 1 som det het den gang, forteller Mona. – De siste årene han vikarierte, bodde han hjemme hos oss hvis vi var på ferie. Han var en varm, inkluderende og kunnskapsrik mann. Han satt alltid med et lunt smil ved lunsjbordet.

Samfunnsmedisineren ved russergrensen

Sør-Varanger kommune grenser mot verdens største land i øst.

Det har vært en stor forandring på de 40 årene hun har bodd her. – Tidligere var det ikke lov å se over grensen mot Russland, det var fotoforbud. Men nå reiser folk over

grensen for å kjøpe bensin og verktøy og sånn, sier Mona.

Mange russere har flyttet over grensen og bosatt seg i Kirkenes. Det setter sitt preg på byen. Gateskiltene i sentrum av Kirkenes står både på russisk og norsk.

Mona forteller at de merker det på kontoret, at russerne har en annen behandlingstradisjon og ikke minst andre forventninger til helsevesenet. Men de tilpasser seg ganske raskt og har blitt en del av samfunnet i Sør-Varanger. – Jeg blir imponert, særlig over foretaksomme kvinner og hvor fort de lærer seg norsk.

At Sør-Varanger grenser mot et ikke-europeisk land, merkes på flere måter. Borgerkrigen i Syria førte til store flyktningstrømmer til Europa.

Noen reiste hele veien til Kola og kom syklende over grensen til Norge ved Storskog øst i Sør-Varanger kommune. I løpet av noen høstmåneder i 2015 kom rundt 5500 asylsøkere over grensen. Det medførte store utfordringer for lokalsykehuset, politimyndigheter, grensevaktene og ikke minst for kommunal helsetjeneste.

Asylsøkerne hadde krav på beskyttelse og helsetjeneste, spesielt primærhelsetjeneste. Blant de syklende flyktningene var det gra-

vide, noen hadde diabetes, andre hadde småskader, infeksjoner og psykisk lidelse.

Ett felles legekontor i kommunen, samt et veldig godt kollegium med dugnadsånd og Mona i førersetet, bidro til at det raskt ble etablert helsetjeneste for flyktningene.

Hun er en praktisk tilrettelegger, løsningsorientert og med stor gjennomføringskraft, forteller kolleger og venner. Hun evner også å spille andre gode i situasjoner med ressursknapphet, som ofte er situasjonen i distrikts-Norge.

Da pandemien kom i 2020, merket kommunehelsetjenesten igjen at de grenser mot Russland.

Det er vanligvis stor fart over grensen, mest sjøfolk i forbindelse med mannskapsbytte osv., og i starten av pandemien var det en del unntak. Det medførte mange smittevernmessige utfordringer: – Vi hadde ikke tenkt på dette før pandemien kom, og så fikk vi pålegg fra sentrale myndigheter langt unna vår virkelighet, sukker Mona. Og hun fortsetter: – Vi var de første som fikk tilbud om hurtigtester. Det tenkte vi kunne være fornuftig i utgangspunktet, men da vi skjønnte at de der sørpå ikke ville snakke om annet enn selve testen, sa vi nei takk.



Mona er glad i farger og har en rosa undersøkelsesbenk på kontoret. Det skaper trivsel, og pasientene setter pris på det fargerike interiøret.

Selve testen i seg selv var relevant. Det var hva disse testene førte til, vi måtte ta stilling til. Vi måtte jo gjøre noe med disse menneskene. Vi må se dette som en kjede, vi må vite hva vi gjør før og etter ... hva med disse folkene, hvor skal de være mens de venter? Kunne vi returnert dem, hadde vi løst problemet. Men det kunne vi jo ikke. Da er vi over i politikkenes sfærer, forteller den erfarne samfunnsmedisineren som kjenner de lokale utfordringene og hadde faglige, velbegrunnede innvendinger mot sentrale helsestyresmakter milevis unna.

Hun ble ikke hørt. Dette gikk på hennes integritet løs, og hun søkte permisjon fra kommuneoverlegejobben.

– Jeg ble skuffet og desillusjonert. Det er flere andre kommuneoverleger som også har sagt opp, og som har følt noe av det samme. Kommuneoverleger har vært veldig anonyme inntil pandemien kom. Nå er de blitt synlige. Men noen av disse flinke menneskene har fått nok og sluttet. Det er trist, sier hun.

Pasientkontakten er viktig for Mona både på et personlig plan, men også for å føle seg relevant i samfunnsmedisin og helseplanlegging. Hun klarer ikke helt å skjule sin skepsis for helsebyråkratene når

det innføres reguleringer hun mener er hensiktsløse og byrdefulle for klinikerne i pasientarbeidet.

Kombilegen med bredt engasjement

Mona er en stayer. Hun var aktiv redaktør i *Utposten* i 11 år før hun gav seg i selve redaksjonen. Men hun har ikke sluppet *Utposten* helt. Nå bidrar hun med korrekturlesing av bladet som hun er stolt av. – Det er et godt blad. Vi har all grunn til å være kry av at vi har et uavhengig allmennmedisinsk og samfunnsmedisinsk tidsskrift, sier den tidligere redaktøren. Hun er engasjert på mange flater, har et stort nettverk og hun er ønsket inn i råd og styre. Hun har vært leder av Finnmark legeförening, styremedlem av Offentlige legers landsforening (OLL), styremedlem i Finnmarkssykehuset og styremedlem i Helse Nord, for å nevne noen av de vervene hun har hatt.

Siden 1986 har hun vært kombilege, hvor hun kombinerer klinisk pasientkontakt med samfunnsmedisinske oppgaver i kommunen. Det er snart 40 år, sier hun. – Det har vært viktig for meg, fordi det gir troverdighet i kollegiet og i kommunen. Folk vet hvem jeg er, og jeg får respekt. Du

må selvsagt oppføre deg ordentlig, men du vet hvor skoen trykker, jeg opplever jo det hver eneste dag. Jeg har vært med å ri av stormene på kontoret, helt praktisk. Det skaper en annen fellesskapsfølelse, vi er sammen om alt, slår hun fast.

Hun har ledet legekantoret i Kirkenes i 35 år nå. Kantoret et relativt stort med 14 legestillinger og medhjelpere. Kantoret har hatt svært stabil bemanning, hvor flere medhjelpere og leger har 30 års fartstid på kontoret. – Vi har et samlet og robust legekantor, takket være Monas dobbeltrolle, forteller en av kollegaene på kontoret, og legger til – Mona er flink til å «lese» menneskene hun jobber sammen med og gi dem den plassen, tilrettelegging og utfordringene de trenger i ulike livsfaser. På den andre siden er hun nøye med rekrutteringsarbeidet og er forsiktig med å ansette personer hun ikke kjenner seg tilstrekkelig trygg på. Hun er påpasselig med å rekruttere den kompetansen og de personlighetene hun mener passer på kontoret.

Hun er god til å delegerer, men kort og avmålt når situasjonen krever det. – Mona har en formidabel arbeidskapasitet, langt over det normale, sier en venn og fortsetter, – Hvis man skal erstatte henne i Kirkenes, trenger man tre personers arbeid.

Veilederen med lang fartstid

Først de senere årene er også legesenteret i Kirkenes rammet av rekrutteringsvansker. Mona er opptatt av å rekruttere unge leger til legejobber i distriktene. I 2018 ble hun medlem av styringsgruppen i ALIS Nord, og det siste året har hun hatt en prosjektstilling i 30 prosent med mål å rekruttere og utdanne allmennleger i Nord-Norge.

– Når LIS1 kommer for tjeneste i kommunene, så har de allerede fått jobb på sykehuset. Da er vi sjakk matt. Vi må rekruttere tidligere. Vi må samarbeide med spesialisthelsetjenesten om dette, sier hun. Og samhandling kan hun. Logistikk, informasjonsflyt og kvalitet i samarbeidet mellom fastleger har hun bidratt med inn i samhandlingsutvalget i Helse Nord (2005–19) og som medlem i det nye regionale fagrådet for samhandling i Helse Nord som ble opprettet i 2020.

Men alle gode intensjoner om å sørge for god samhandling i helsetjenesten og tilrettelegge for veiledning til tross, Mona er ikke sikker på om kommunene rekrutterer de rette legene. – Når du skal ha 6.6 i snitt for å komme inn på studiet, lurer jeg på hva slags leger vi rekrutterer, sukker hun. – Vi har plass til mange forskjellige i vår ark, men vi må ha flere av de robuste, de som tåler en støyt, for det er ikke en dans på roser, sier hun og fortsetter. – Ordet 'sliten' bruker jeg ikke. Jeg har sagt til mine kolleger at hvis jeg sier at jeg er sliten en gang, så skal dere høre på meg!

Mona har lang erfaring som veileder. Hun startet som veileder i allmennmedisin og hadde flere grupper hun fulgte med kyndig ledelse. Etter hvert ble det startet et prosjekt med veiledning i samfunnsmedisin i Finnmark. Det var to sørfra som drev gruppa i Finnmark.

– Da bestemte Øystein Straume og jeg at vi kunne godt prøve å ha veiledningsgruppe i samfunnsmedisin. Det var i 1993–94 og vi har hatt en kontinuerlig gruppe gående siden den gang, forteller hun.

– Hvis vi skal rekruttere her, da er det nødvendig at vi tar inn folk underveis og skaper et nettverk og en tilhørighet, hvis ikke så blir man så alene. Nå har vi i gruppa fått med deltakere fra fylkeslegeetaten og fra spesialisthelsetjenesten. Det er en fin bredde i gruppa, og det er stort faglig påfyll hver eneste gang vi møtes, sier den erfarne veilederen.

Hun har stort nettverk innenfor det samfunnsmedisinske miljøet i Norge. Det er viktig for henne å videreføre dette til sine utdanningskandidater. Veiledningsgruppene reiser til Oslo, besøker Folkehelseinstituttet, Helsetilsynet og andre sentrale

helseaktører både for å lære og for å vise seg fram.

– Vi er så alene her oppe, vi må markedsføre oss og vi må vise ansikt, og se hvem vi kan samarbeide med, poengterer hun.

Mona skal ha sagt at pauser er for pingler, ifølge kolleger.

– I veiledningsgruppene sitter vi ofte i tenst opptatt av et tema. Da tenker jeg ikke at det er pauser vi skal ha. Vi reiser langt for å møtes, da skal vi bruke tiden fornuftig og ikke ha pauser hvert tredje kvarter! Kaste bort tida på pauser når noe er spennende å diskutere! Nei, vi er da vant til å jobbe, fastholder hun.

Globetrotteren med rosa trillekoffert

Mona har fire voksne barn. Alle har flyttet fra Finnmark.

– De har ikke dype røtter her. Datteren min har giftet seg med nabogutten herfra, men de flyttet til Os og stortrives der. Sønnen min som bor i Oslo, er nok mest knyttet til Kirkenes. Barnebarnet mitt sa: farmor – pappa og jeg har lyst til å bo i Kirkenes, men det vil ikke mamma!

Finnmark har en lang og mørk vinter, og tilsvarende en lys, lys sommer.

– Det er så mange turmuligheter her, og det er viktig for meg. Jeg går så ofte jeg kan. Jeg kan gå hjemmefra til tur på fjellet, det er deilig.

Reising har blitt en interesse etter hvert. – Det er et poeng å være fysisk borte når jeg har fri, forteller hun. Jeg har nesten aldri fri når jeg er her, bortsett fra i helgene. Men å være her i lengre tid i ferie, det klarer jeg ikke, jeg må vekk. Jeg har opplevd så mye spennende på mine reiser; mat, kultur, lære om hvordan andre har det og hvordan det ser ut.

– Hvor er favorittstedet, vil bladfyken vite.

Italia, kommer det raskt og tydelig! – Jeg har vært der mye, det er noe med maten, vinen, menneskene, det er så koselig. Jeg har ofte reist tilbake til den samme landsbyen, La Morra i Piemonte. Der har jeg mange gode venner, blant annet den nå avdøde forfatteren Klaus Hagerup.

La Morra er forresten hovedstedet for de verdensberømte Barolovinene. Mona er en kunnskapsrik vinkjenner og kokk. Venner forteller at hun ofte inviterer på Michelinlignende matseanser med mange retter og god drikke.

– Ja, jeg liker å lage mat og invitere til samvær. Jeg har ofte overnattingsgjester her, studenter og vikarer som ikke har noen plass å bo.

Jeg hadde tre studenter boende her i

sommer. Det var så mange flotte diskusjoner med dem rundt spisebordet. Det trives jeg med!

Mona trives også med farger, spesielt rosa.

– Jeg blir glad av farger. Jeg har rosa undersøkelsesbenk på kontoret. Når folk kommer inn til meg, sier de; – Oj, her var det hyggelig. Hvorfor skal det ikke være hyggelig på et legekontor? Men etter hvert har nok det med rosa, blitt en gimmick. Jeg har fått mye rar rosa kitsch, sier hun og ler. – Men også mye fint, blant annet en rosa trillekoffert.

Den har vært med henne på reiser til fjern og nær. Reisene gir henne påfyll av energi, og det representerer et alternativt rom å utfolde seg i.

Men det kan også være krevende. Reising i Nord-Norge kan være vanskelig med dårlig vær, stengte veier, kansellerte flyavganger og timevis med venting på flyplasser. Mona har god trening i det. Så er det godt for henne å vite at ved reisens slutt er det ingen salme, men en engasjert veiledningsgruppe, viktige styremøter, livlige barnebarn eller en søvnlige, ambrafarget middelalderby i Piemonte. Mona er underveis, alltid med en rosa trillekoffert.

Mona er glad i å lage mat, og hennes favorittland er Italia.



Legevaktindeks ved akutthenvendelser

■ INGRID H. JOHANSEN • Lege, ph.d, forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), Norwegian Research Centre AS (NORCE) og vaktlege ved Radio Medico Norway, Norsk senter for maritim medisin og dykkemedisin, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus

■ VIVIAN MIDTBØ • Sykepleier og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), Norwegian Research Centre AS (NORCE)

■ SIRI-LINN SCHMIDT FOTLAND • Sykepleier og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), Norwegian Research Centre AS (NORCE)

Å håndtere henvendelser om akutt helsehjelp er et stort ansvar. Innringer må få god og nødvendig hjelp, samtidig som helseressursene skal benyttes på en best mulig måte. Legevaktindeks er et kvalitetssikret, norsk beslutningsstøtteverktøy som er fritt tilgjengelig på internett. Det kan bidra til en bedre hverdag for personell som vurderer henvendelser til legevakt og legekontor. Verktøyet gir råd om informasjonsinnhenting, prioritering av henvendelsene og konkrete tiltak når egenomsorg er tilstrekkelig.

Det er et mål i *Nasjonal helse- og sykehusplan* at alle skal ha likeverdig tilgang til tjenester ved akutt sykdom og skade (1). Ved legevakter og fastlegekontor mottas slike henvendelser hovedsakelig av sykepleiere og helsesekretærer. De skal gi best mulig hjelp til dem som henvender seg, samtidig som de skal bidra til riktig bruk av ressurser i helsetjenesten. Uansett hvem som ringer inn og hvem som besvarer henvendelsen, bør helsehjelpen som gis være faglig god, nødvendig og likeverdig. Bruk av beslutningsstøtteverktøy ved henvendelser om akutt helsehjelp kan bidra til likeverdige vurderinger, bedre triagering, bedre utnyttelse av helsetjenestene og bedre dokumentasjon av henvendelsene.

Helsedirektoratet anslår at landets legevakter mottar tre millioner henvendelser hvert år. De fleste steder ringer pasienten før de kommer til legevakten. I legevaktssentralen vurderes hastegrad og beste tiltak. Mange pasienter som henvender seg til legevakt trenger først og fremst hjelp til vurdering av egne symptomer og plager, og råd om hvordan de best kan hjelpe seg selv. I 2019 ble omtrent 500 000 legevaktkontakter håndtert ved rådgivning fra operatør i legevaktssentral. Det gis hyppigst råd om feber, magesmerter, hoste og øresmerter (2). Rådgivning pr. telefon er regnet som trygt (3, 4), men det er viktig at de som gir råd har tilgang til kvalitetssikrede og oppdaterte råd om egenom-

sorg. Slik rådgivning kan styrke pasientenes evne til egenomsorg, og kan ses på som en opplæring av befolkningen, slik at helsetjenestene ikke skal bukke under for den stadig økende økningen i pasienthenvendelser og antall oppgaver.

På verdensbasis er det utviklet flere beslutningsstøtteverktøy som skal støtte prioritering av henvendelser om akutt helsehjelp. De fleste er laget for bruk ved personlig oppmøte. Noen, slik som *Manchester Triage System* (5), er oversatt til norsk og har en egen modul for vurdering av telefonhenvendelser. Det finnes også et beslutningsstøtteverktøy direkte beregnet på telefonvurderinger som er utviklet av norsk helsepersonell og for norske forhold: *Legevaktindeks*.

Historien bak Legevaktindeks

Beslutnings- og rådgivningsverktøyet *Legevaktindeks* har utspring i *Telefonråd*, som var en sammenstilling av *Medarbeiderråd* og *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*, beslutningsstøtteverktøyet som brukes i AMK-sentraler. Medarbeiderråd ble utviklet i et kvalitetsprosjekt ved Skien legevakt i 1989, for å sikre at alle innringere skulle få like gode råd, uavhengig av hvem som betjente telefonen ved legevakten. *Medarbeiderråd* ble etter hvert koblet mot *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* for å bidra til at operatø-

ren raskere skulle fange opp og håndtere akutte livstruende tilstander.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) overtok ansvaret for *Telefonråd* i 2012. Siden da har det vært tett dialog med brukere ved legevakter og på fastlegekontor om hvordan *Telefonråd* kan videreutvikles for best mulig å støtte helsepersonellet i deres vurderinger. Med bakgrunn i innkommende ønsker og råd, ble verktøyet radikalt bearbeidet og relansert som *Legevaktindeks* i 2020. Nytt navn ble valgt for å vise den store forandringen beslutningsstøtteverktøyet hadde gjennomgått, og for å markere den tette tilknytningen til *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*.

Hva er Legevaktindeks?

Legevaktindeks er en kombinert beslutnings- og rådgivningsstøtte. Verktøyet har ingen algoritmer eller fastlåste veier. Det er tenkt som et supplement og en støtte til helsepersonellens utøvelse av eget klinisk skjønn i de faglige vurderingene. Målsetningen med *Legevaktindeks* er å sikre best mulig faglig praksis og ensartet vurdering og prioritering av henvendelser til legevakter og legekontor. Det skal bidra til å:

- Sikre nødvendig informasjonsinnhenting, slik at beslutninger kan gjøres på best mulig grunnlag
- Støtte helsepersonells prioriteringer ved

- for bedre telefonvurderinger til legevakt og fastlege

www.legevaktindeks.no



Bruk av beslutningsstøtteverktøy ved henvendelser om akutt helsehjelp har mange fordeler. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX / MANIPULERT

å veilede i alvorlighets- og hastegrad ved forskjellige symptom mønstre

- Øke kvaliteten på råd om egenomsorg
- Sikre kommunikasjonen med AMK-sentraler ved behov for nødhjelp eller ambulansetransport

Legevaktindeks inneholder 50 oppslag som tar for seg forskjellige symptomer, organsystem og skadesituasjoner. Hvert oppslag er laget slik at brukeren får forslag til viktige åpne spørsmål for å starte innhenting av infor-

masjon, samt en huskeliste med faktorer som kan være nødvendig å avklare i forbindelse med en sykdoms- eller skadetilstand. Listene er laget for å hjelpe helsepersonellet til å spørre etter relevant informasjon. Det er

ikke tenkt at de skal stille alle spørsmålene i oppslagene ved hver henvendelse.

I alle oppslag der det er relevant, starter oppslaget med en påminnelse om alvorlige symptomer som bør medføre kontakt med AMK og utrykning av helsepersonell eller annen sikring av øyeblikkelig hjelp til pasienten. Alle oppslag inneholder også kriterier for når pasienten bør tilses av lege i løpet av få timer, når pasienten bør tilsees innen én til to dager, og når det kan være tilstrekkelig å gi råd om egenomsorg. Hastegradsvurderingene er samkjørt med hastegradsvurderingene i *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*, som vedlikeholdes av Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS).

For hvert kriterium der det er anbefalt råd om egenomsorg, er det utviklet konkrete råd om hva pasienten kan gjøre selv og når pasienten eventuelt bør ta kontakt med helsetjenestene på nytt. Rådene om egenomsorg er basert på informasjon fra *Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL)*, *Legevakthåndboken*, *Felleskatalogen*, relevante nasjonale retningslinjer, samt råd fra ressurspersoner og –miljø, som for eksempel Giftinformasjonssentralen.

I det kritiske skjæringspunktet mellom når det haster (gul respons) og når det står om liv (rød respons), samarbeider legevaktssentraler og AMK-sentraler om pasienthendelser. Det kan være tilfeldig om pasientene kontakter den ene eller den andre sentralen. Det er viktig at samarbeidspartnere snakker samme språk. Siden *Legevaktindeks* bruker samme kriterier og hastegradskategorier som *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*, kan bruk av *Legevaktindeks* bidra til å bedre kommunikasjon mellom helsepersonell på legevakt og operatør i AMK-sentral.

Brukes Legevaktindeks?

I 2018 var *Telefonråd* i bruk ved 68 prosent av legevaktssentralene (6). I en periode med mye fokus på prioritering og hastegradsvurderinger så man at legevakter begynte å ta i bruk andre triageringsverktøy. Brukertall fra nettsiden viser jevnt stigende bruk av *Legevaktindeks* siden lanseringen høsten 2020, kanskje fordi den tette integrasjonen med *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* letter kommunikasjonen med andre aktører i nødmeldetjenesten. Nettsiden er nå besøkt mer enn 60 000 ganger pr. måned.

Bruk av Legevaktindeks hos fastlegen

Telefonråd var utviklet for både legevakter og allmennlegekontor, og var i bruk ved fastlegekontor. Pilotversjonen av *Legevaktindeks* ble testet ut på ett fastlegekontor som tidligere har brukt *Telefonråd*, og tilbakemeldingene var at tjenesten ble opplevd som nyttig. Også på fastlegekontoret har helsepersonellet behov for å prioritere mellom henvendelser av forskjellig alvorlighetsgrad. *Legevaktindeks* dekker selvfølgelig ikke alle typer henvendelser man får på fastlegekontoret, men vil kunne være nyttig for å fange opp tilstander som bør håndteres relativt raskt. Det vil også kunne bidra til å lette kommunikasjonen med AMK og legevaktssentraler i tilfeller der man må overføre pasienter, bestille ambulanse eller få annen type forsterkning.

Nysgjerrig på Legevaktindeks?

Hvis du eller dine medarbeidere har lyst til å ta i bruk *Legevaktindeks*, finner du den fritt tilgjengelig på nettstedet *legevaktindeks.no*. Oppføring i bruk finnes på *oppvakt.no*, som er kursportalen til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Bindinger. *Legevaktindeks* eies og driftes av NKLM. Verktøyet er utviklet av sykepleierne Vivian Midtbø og Siri-Linn Schmidt Fotland. De har også det redaksjonelle ansvaret for verktøyet. Lege Ingrid H. Johansen har vært rådgiver i arbeidet. NKLM sitter i redaksjonsrådet for videreutvikling av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.

REFERANSER

- Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
- <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Midtbø V, Raknes G, Hunskaar S. Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2017; 18:84. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0651-z>
- Holm Hansen E, Hunskaar S. Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: a survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011; 19: 48. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-48>
- Hansen EH, Hunskaar S. Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios. *BMJ Quality & Safety.* 2011; 20: 390–396.
- Norwegian Manchester Triage Group. Norwegian Manchester Triage Group (Internett). (Hentet 26. oktober 2021). Tilgjengelig fra: <https://www.nmtg.no/>
- Morken T, Solberg LR, Allertsen M. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2018. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre AS, 2019.

Ved spørsmål om verktøyet, kan redaktørene Vivian Midtbø (vmid@norceresearch.no) og Siri-Linn Schmidt Fotland (sifo@norceresearch.no) kontaktes direkte.

UTPOSTEN
– en viktig arena for
utvikling av primærmedisinen

Video – et stort steg

■ NATHALIE SANDAL • Rådgiver, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

En ny løsning for videokommunikasjon er tatt i bruk ved en av fire norske legevaktsentraler. Dette er et nytt og stort steg for operatører i legevaktsentralene og åpner for en helt ny måte å jobbe på. HelseDirektoratet har som mål at alle landets legevaktsentraler skal ha tilgang til videoløsninger. Video kan bistå sykepleiere i arbeidet med å vurdere og prioritere henvendelser fra publikum om akutt helsehjelp. Ved behov kan lege i vakt inviteres til medtitt.

I Norge er det 95 legevaktsentraler som til sammen betjener innbyggere ved 169 legevakter. Legevaktsentralen skal motta og håndtere henvendelser fra innbyggere hele døgnet, og når man ringer det nasjonale legevaktnummeret 116 117, kommer man til legevaktsentral for tilhørende distrikt (1). Telefonkontakt med legevaktsentral er ofte den første kontakten med helsevesenet i det som oppleves som akutte situasjoner. Beslutningene som tas av sykepleier i legevaktsentralen varierer ut ifra hva som presenteres av symptombilde og

behov. Selv om sykepleierne bruker beslutningsstøtteverktøy, kan det føles som om man jobber med bind for øyene under pasientvurderingen. Bruk av video er et stort steg for legevaktsentralene som åpner opp for en helt ny måte å jobbe på.

Utsatt grunnet pandemi, og innført grunnet pandemi

Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA) har i lang tid testet og planlagt en videoløsning ved Akuttmedisinsk kommunika-

sjonsentral (AMK) Oslo. Dette ble opprinnelig satt på vent grunnet covid-19 pandemien. Erfaringene som ble gjort under pandemien aktualiserte dog behovet for en slik løsning ved AMK- og legevaktsentraler. Mulighet for bruk av video ble derfor introdusert som et tiltak våren 2020 i et pilotprosjekt til dugnaden *Sammen redder vi liv*. SNLA utarbeidet en kostnadsfri videoløsning for legevakt- og AMK-sentraler sammen med HelseDirektoratet, Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) og AMK Oslo (2). Bruk av videoløsningen i legevaktsentral synes å ha en jevn økning. Pr. september 2021 har en av fire legevaktsentraler i landet tatt i bruk verktøyet.

Hensikten med bruk av video i legevaktsentralen, er å øke situasjonsforståelsen.



Hvorfor bruke video?

Hensikten med bruk av video i legevaktsentral er å øke situasjonsforståelsen, og dermed bedre grunnlaget for operatørens beslutning angående innringers henvendelse. Bruk av video i tillegg til andre beslutningsverktøy vil støtte operatørens valg av respons og bruk av ressurser. Muligheten til å gi riktig, tilpasset veiledning og vurdering av videre tiltak vil også kunne bedres. Mulige tiltak kan være oppmøte ved legevakt for legekonsultasjon, sykebesøk med lege, viderekobling til AMK og rekvirering av andre ressurser som ambulans. Samtalen kan også avsluttes etter rådgivning. Disse beslutningene tas ofte på sparsomt grunnlag.

Et nyttig hjelpemiddel i legevaktsentralen

Bruk av video i tillegg til ordinær telefoni for innringere til nødmeldetjenestene (AMK og legevaktsentral) gjør at operatøren kan innhente ytterligere informasjon

for legevaktarbeid

om pasienten og situasjonen. Høsten 2020 ble en evalueringsrapport utarbeidet av en arbeidsgruppe for følgeforskning og evaluering (3). Det blir nevnt at hastegradsvurdering av pasienter forhåpentligvis kan bli effektivisert, slik at innringere får vurdering og behandling raskere. Like viktig vil det være om pasienten slipper å reise inn til en unødvendig legekonsultasjon. Samfunnet vil kunne spare ressurser ved at mindre alvorlige tilstander kan håndteres på et lavere omsorgsnivå. Pasienten får rett hjelp til rett tid av rett instans. Arbeidsgruppen oppsummerte erfaringene fra et utvalg av AMK og legevaktsentraler som deltok i pilotprosjektet. Erfaringene danner grunnlaget for videre beslutning om nasjonal utrulling av verktøyet (3).

Muntlige tilbakemeldinger er nærmest utelukkende positive. I den nevnte evalueringsrapporten svarte 78 prosent at video i legevaktsentralen generelt vil være et nyttig hjelpemiddel, og alle respondentene mente at video ville sikre bedre hjelp til pasienten. Rapporten viste at endring av tiltak ble gjennomført i 76 prosent av alle henvendelsene der video ble brukt. Bruk av video medførte også endring av hastegrad. Oppgradering i seks prosent og nedgradering i 13 prosent av tilfellene (3). Men det finnes begrenset kunnskapsgrunnlag for bruk av video i nødmeldetjenestene. Dette gjelder hvilke kontaktårsaker video egner seg for, eventuell effekt for pasientbehandling, ressursbruk, sikkerhet og risiko for uønskede hendelser. Løsningen er fremdeles relativt ny, og bruken er ikke utbredt i legevaktsentralene enda. Det var få legevaktsentraler som deltok i pilotprosjektet, og innsamlet data er derfor begrenset. Det er derfor behov for systematisk erfaringsinnhenting som kan gi oss kunnskap basert på vitenskapelig metode.

Når og hvordan bruke video?

Operatøren skal som før vurdere henvendelsen og sette hastegrad ved bruk av beslutningsstøtte- og hastegradsvurderingsverktøy som for eksempel *Legevaktindeks*.



Video er enkelt å ta i bruk for både innringer og operatør.

Legevaktindeks er et verktøy som er utviklet for hastegradsvurdering og rådgivning ved henvendelser til legevakt og allmennlegekontor. Henvendelsene blir kodet med fargene rød (akutt), gul (haster) eller grønn (kan vente). Ved gul eller grønn hastegrad vurderes bruk av video dersom det kan være av betydning for videre beslutninger. Aktuelle problemstillinger er blant annet uavklarte situasjoner hvor det er behov for å innhente flere opplysninger, skader, små

blødninger, dyrebitt, utslett, kutt, sykt barn og avklaring av allmenntilstand. Annet helsepersonell kan trenge veiledning, for eksempel fra hjemmesykepleie eller sykehjem. Legevakten kan også bistå andre etater ved å innhente informasjon fra skadested ved å koble opp til for eksempel lege eller sykepleier på legevaktbil.

Selve verktøyet er enkelt og intuitivt å ta i bruk for både operatør og innringer. Det eneste kravet er at innringer har en smart-



Dersom innringer eller pasient motsetter seg det, skal video ikke benyttes. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

telefon. Operatør skal forklare innringer hvordan løsningen fungerer, og innhente muntlig samtykke fra pasient før oppkoblingen startes. Operatøren informerer om at video er direkteoverført og at ingenting blir lagret. Innringer blir bedt om å sette mobilen på høytalerfunksjon før de mottar en SMS med lenke til oppkobling av videooverføring. Operatør har nå kontroll over innringers kamera.

Når skal video ikke brukes?

Video skal ikke gjennomføres når innringer eller pasient motsetter seg dette. Det er heller ikke indisert dersom operatør vurderer at verktøyet ikke vil tilføre vesentlig

informasjon for å kunne gi riktig respons, tiltak eller veiledning. Ved røde hastegrader skal operatør varsle AMK som før. Man kan vurdere bruk av video dersom dette er avklart med AMK. Det er viktig at bruk av video ikke fører til økt responstid ved tidskritiske situasjoner.

Vaktlegen kan inviteres til medtitt

Vaktlegen kan involveres i beslutningstakingen når det er behov eller blir ansett som nyttig. SNLA har utarbeidet en ny funksjon, «Invitert medtitt», i videoverktøyet. Operatør kan invitere andre inn i videooverføringen for å bidra til vurdering av problemstillinger. Dette kan for eksem-

pel være aktuelt for legevakter i distrikter hvor lege ikke er fysisk tilgjengelig ved legevaktsentralen. Da sender operatøren en lenke som gjør at lege (eller andre) også deltar i videooverføringen. Ved legevakter som har legevaktsentralen samlokalisert, kan også lege involveres på stedet.

Vaktlege vil i noen tilfeller kunne ha nytte av den samme informasjonen og visuelle inntrykk som blir presentert i første kontakt. «Invitert medtitt» blir beskrevet som bidragsytende i form av spart tid for pasienten ved for eksempel unødvendig reise til legevakt, samt at det vil være ressursbesparende for helsevesenet. De legevaktsentralene som ønsker å ta i bruk denne funksjonen i videoløsningen må spesifikt om dette, da funksjonen må aktiveres for hver enkelt sentral.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin bistår med veiledning

Helsedirektoratet har som mål at alle landets legevaktsentraler skal ha tilgang til videoløsninger som kan understøtte arbeidet med å vurdere og prioritere henvendelser fra publikum om akutt helsehjelp. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har fått i oppdrag å legge til rette for dette og bistå med veiledning. Oppdraget innebærer bistand til å gjøre løsningen kjent, tilby faglig støtte, sikre tilgjengelig opplæringsmaterieell, innarbeide tips om bruk av video i beslutningsstøtteverktøyet *Legevaktindeks*, samle inn og systematisere tilbakemeldinger vedrørende bruk, samt legge til rette for innsamling av data til forskning på bruk av video i legevaktsentralene.

Det er bare å ta kontakt med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ved spørsmål eller innspill når det gjelder bruk eller innføring av video i legevaktsentral.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Veileder for legevakt og legevaktsentral (internett). (Oppdatert 28. februar 2020; hentet 15. oktober 2021). Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral/legevaktsentralenkommunen-skal-sorge-for-a-ha-tilbud-om-legevaktsentral-begrunnelse>.
2. Helsedirektoratet. 113 Førstehjelp (internett). (oppdatert 23. juli 2020; hentet 19. oktober 2021). Tilgjengelig fra: <https://www.113.no/aktuelt/video-overfoering-til-113-og-legevakt/>.
3. Kramer-Johansen J, Guttorm B, Zakariassen E, Riddervold I, Hjortdahl M, Idland S, et al. Evalueringssrapport for pilotprosjekt om bruk av video i medisinsk nødmeldetjeneste (AMK og LVS). Sluttrapport fra Arbeidsgruppe for følgeforskning og evaluering. Oslo: 2020.

■ NSAN@NORCERESEARCH.NO

Dugnad for økt kvalitet på spirometri i primær

■ ARNULF LANGHAMMER • KRISTIAN JONG HØINES • GEIR EINAR SJAASTAD • METTE CHRISTOPHERSEN TOLLÅNES OG ANDERS ØSTREM

Spirometri er helt nødvendig for diagnose og oppfølging av lunge- sykdom. I denne artikkelen gis oppdatert og praktisk kunnskap om bruk av spirometri i allmenn- praksis.

Spirometri er nødvendig for diagnostikk og oppfølging av obstruktiv lungesykdom. Dette forutsetter kunnskap om korrekt utført prosedyre, vurdering av kurvens kvalitet og tolkning av kurve og tallverdier fra undersøkelsen. En nylig studie av Tollånes et al. avdekket begrenset kunnskap om kolsdiagnostikk og spirometri i primærhelsetjenesten (1). Dette, kombinert med endrede internasjonale anbefalinger i 2019 (2), gjør tiltak for kompetanseløft nødvendig.

Fastleger skal ha kunnskap og ferdigheter innen mange fagområder. Det er da utfordrende å være oppdatert på endringer i diagnosekriterier, referanseverdier og anbefalinger for gjennomføring av spirometri og valg av parametere. Derfor presenterer representanter fra Lunger i Praksis, Norsk forening for allmennmedisins faggruppe for astma og kols, Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus) og spirometriverandørene Diagnostica ved Charlotte Dahlslett, og Welch Allyn og Medikro ved Geir Hestnes, forslag til prosedyre ved spirometri og presentasjon av resultatene ved spirometri. Målet er bedret kvalitet ved bruk av en sentral undersøkelse i allmennpraksis.

Selve målingen

Forhold ved pasienten. Oppdatert høyde og vekt, samt bruk av bronkodilaterende medisin siste døgn må registreres. Den som instruerer, må demonstrere teknikken og oppmuntre pasienten under hele manøveren. Stramt tøy og full urinblære bør

unngås, slik at maksimal innsats muliggjøres. Pasienten bør sitte under målingen. Det er ikke nødvendig med nesklype i allmennpraksis. Pasienten instrueres i en maksimal, rask inspirasjon, etterfulgt av maksimal ekspirasjon som opprettholdes til lungene er helt tømt. Det er viktig å unngå initial nøling ved ekspirasjonen. Det skal oppnås et platå på slutten av volum-tid-kurven.

Referanseverdier: Referanseverdier fra GLI-2012 er valide for Norge og anbefales i alle nivå av helsetjenesten (3, 4). Disse inkluderer fem ulike etniske grupper og hele aldersspennet fra 3 til 95 år. Man unngår da «hopp» i forventningsverdier som sees ved bruk av ulike aldersbegrensede referansesmaterialer.

Kalibrering: For intern kvalitetskontroll bør det brukes tre liters kalibreringspumpe. For mer avanserte spirometre gjennomføres kalibreringsprosedyrer som justerer signalregistreringen i selve apparatet, mens det for de fleste spirometre som brukes i primærhelsetjenesten kun blir en verifisering av korrekt luftvolum fra kalibreringspumpen. Tillatt variasjon i volumregistrering er $\pm 2,5$ prosent. Kalibrerings-sjekkene bør gjentas regelmessig og registreres. Det er også hensiktsmessig med biologisk kontroll der en lungefrisk medarbeider måler egen spirometri og er årvåken for eventuelle avvik. Ved mistanke om avvik, må leverandør kontaktes.

Hygiene: Pasienten bør vaske hender med såpe/vann eller desinfeksjonsmiddel før flater på laboratoriet og utstyr berøres. Medarbeideren bør bruke munnbind, hansker og briller/visir. Det bør brukes engangs bakteri- og virusfilter. Filter som er aktuelle for bruk i Norge fanger opp over 99,99 prosent av bakterier og virus, samt og 99,4 prosent av sporer av ulike mikroorganismer ifølge tester ved henholdsvis Nelson Laboratories, USA (www.nelsonlabs.com) og the Health Protection Agency, England, MADA, Italia (www.mada-filters.it). Spirometri er ansett

som en «ikke aerosoldannende prosedyre» og kan derfor utføres også under gjeldende koronapandemi, når dette er indisert. Imidlertid skal pasienter med mistanke om covid-19, tuberkulose og andre smittsomme sykdommer, ikke utføre prosedyren uten ekstra strenge hygienetiltak.

Evaluerings av undersøkelsen

Kvalitet av målingen: Starten av ekspirasjonskurven bedømmes best av flow-volum-kurven, mens avslutningen bedømmes best av volum-tid-kurven. Disse bør derfor vises ved siden av hverandre på skjermbildet under prosedyren. Tidligere krav om varighet av ekspirasjonsfasen > 6 s er nå forlatt. Nå fokuseres mer på å nå et platå på volum-tid-kurven innen maksimal ekspirasjon på 15 s. Platået er definert som < 25 ml endring i volum i minst ett sekund, men dette sees også visuelt. Medarbeider og pasient bør oppmuntres til å følge med kurven og bidra til at dette oppnås. Barn og pasienter med restriktiv lungesykdom kan ha tømt lungene helt før de når et platå; da må man vurdere hvorvidt formen på kurven tyder på obstruksjon eller ikke.

Repeterbarhet av målingen: For å kunne stole på at valgt kurve er representativ, bør forskjellen for både FEV1 og FVC være mindre enn 150 ml mellom de to beste kurvene for personer eldre enn seks år, og mindre enn 100 ml for personer yngre enn seks år. Medarbeider skal vurdere om krav til kvalitet og reproducerbarhet er oppfylt. Eventuelle utfordringer med teknikken må meddeles legen.

Vanligste feil ved prosedyren:

1. *Ufullstendig inspirasjon forut for ekspirasjon.* Dette gir for lav forsert ekspirasjon i første sekund (FEV1) og forsert vitalkapasitet (FVC). Kurven får da gjerne form som en normalkurve i miniatyr. Det skal sees på pasienten at han/hun virkelig tar i; maksimal inspirasjon er ubehagelig.

bruk og tolkning av helsetjenesten



Spirometri er et helt nødvendig verktøy for diagnostikk og oppfølging av lungesykdommer. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

2. *Lang pause mellom inspirasjon og ekspirasjon.* Denne skal ikke overstige et til to sekunder. For noen spirometre (for eksempel, Welch Allyn og Medicro) kan man puste vanlig (tidalrespirasjon) gjennom munnstykket før manøveren, dette letter flyten i selve manøveren. For andre spirometre (f.eks. Spirare) er dette ikke

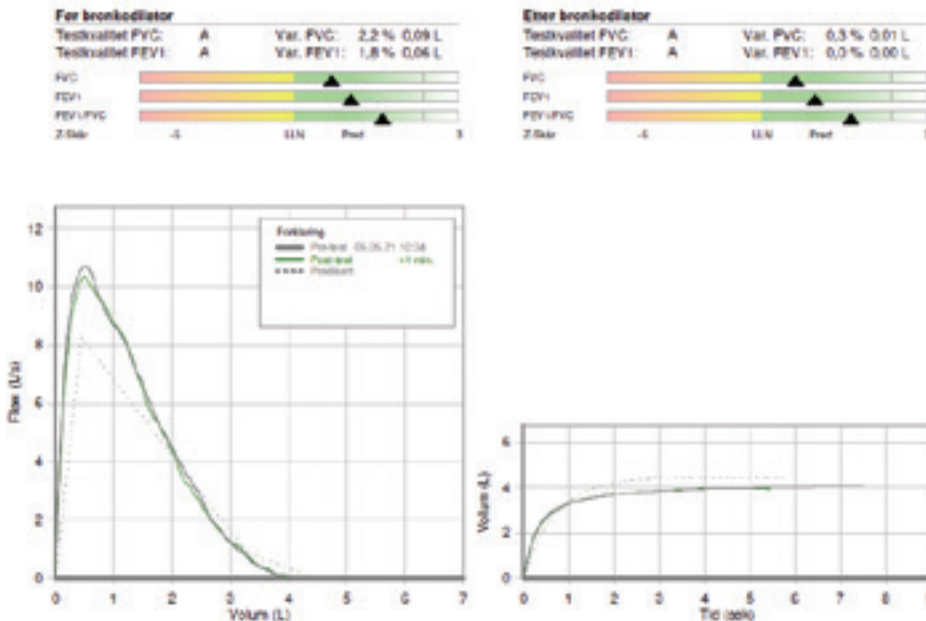
mulig, men pasienten kan foreta både maksimal inspirasjon og maksimal ekspirasjon gjennom munnstykket.

3. *Nøling i start av manøveren.* Flow volumkurven mangler bratt stigning opp til maksimal ekspiratorisk flow (PEF). Stor nøling vil bidra til for høye verdi av FEV1 ettersom ekspirasjon med lavere

flow da inkluderes i selve registreringen.

4. *For tidlig avslutning av ekspirasjonen.* Manglende platå gir for lav FVC og dermed for høy ratio FEV1/FVC, dette kan bidra til å underdiagnostisere obstruksjon. For pasienter med alvorlig obstruksjon vil imidlertid FEV1 være såpass mye redusert at

Parameter	Predikt	LLN Pred	Før bronkodilator			Eter bronkodilator		
			Beste	% Pred	Z-Skår	Beste	% Pred	Z-Skår
FVC (L)	4,66	3,33	4,05	91	-0,59	3,97	89	-0,71
FEV1 (L)	3,38	2,46	3,35	99	-0,05	3,29	97	+0,16
FEV1:FVC	0,76	0,63	0,63		0,63	0,63		0,65
Endring		Absolutt		% av utgangsverdi		% av predikt verdi		
FEV1 (L)		-0,06		-1,8		-1,8		



FIGUR 1.

ratioen blir lav, selv om man ikke når et platå.

5. For stor forskjell mellom forsøkene. Ønsket er å tilfredsstille kriteriene, men enkelte pasienter makter ikke dette. Legen kan som oftest allikevel vurdere hvorvidt beste kurve tyder på obstruktiv sykdom eller ikke.

Vurdering av resultatene

Vurder først formen på kurven; har den normalt, obstruktivt eller restriktivt preg? Obstruktive kurver har vanligvis en hengekøyeform, mens restriktive kurver ser ut som normalkurver i miniatyr. Spirometri gjenspeiler det dynamiske lungevolum, mens statiske lungevolum som residualvolum og totalt lungevolum måles med andre metoder (som regel i spesialisthelsetjenesten). Økt residualvolum er en viktig faktor for opplevelse av tungpustethet ved kols.

Bronkodilator responstest

(tidligere kalt reversibilitetstest):

Navneendringen er hensiktsmessig for å unngå forestilling om at positiv test innebærer normalisering av lungefunksjon. I denne testen inngår prebronkodilator og post-

bronkodilator spirometri, det vil si måling før og 15–20 minutter etter 0,4 mg salbutamol eller 1 mg terbutalin. Positiv bronkodilator responstest defineres som endring i FEV1 > 12 prosent og 0,2 l for voksne og > 12 prosent uten volumkrav for barn. For astma vil signifikant reversibilitet kunne bekrefte mistanke om sykdommen, mens for kols defineres diagnosen av postbronkodilator spirometri under nedre normalgrense (lower limit of normal (LLN)) etter to målinger i stabil fase. Kols defineres ut fra kronisk obstruksjon ved spirometri, men hele 20 prosent av pasienter med kols har positiv bronkodilator responstest uten at dette tyder på astma eller skal ha behandlingsmessige konsekvenser (6).

Mange parametere er unødvendige

Nødvendige parametere:

1. FEV1. Dette er en robust parameter som tåler litt suboptimal teknikk. Selv om høy PEF skal tilstrebes, endres ikke FEV1 så mye ved mer avrundet kurve. FEV1 i prosent av forventet, er den viktigste parameter for å angi og følge grad av obstruksjon.

2. FVC. Forutsatt riktig gjennomføring, gir denne et godt mål på totalt dynamisk lungevolum.
3. FEV1/FVC er en god indikator på om det foreligger obstruksjon.

Unødvendige parametere:

1. PEF. Ved korrekt gjennomført spirometri vil PEF-verdien fra denne være valid. Den er et bedre mål enn PEF registrert med PEF-målere, ettersom teknikken kan evalueres og mange PEF-målere er av variabel kvalitet. PEF er en indikator på riktig teknikk ved spirometri, men dette ses like godt på kurven. Den er lite sensitiv ved kols, gir liten tilleggsinformasjon i oppfølging av pasienter og er derfor ikke et viktig mål ved spirometri.
2. Midtekspiratorisk parametere. Forsert ekspirasjons-flow angir luftstrøms hastighet ved siste 25, 50, 75 og 25–75 prosent av FVC. Disse parametrene er derfor avhengig av perfekt teknikk med optimal FVC. Det er store intra- og interindividuelle forskjeller i disse målene. De er derfor lite egnet til å følge lungefunksjon hos den enkelte pasient, og bidrar ikke utover FFEV1 og FVC til å identifisere personer med obstruktiv lungesykdom. Sammenligning mellom to målinger forutsetter at FVC er den samme eller at det korrigeres for forskjell (5).

Hva bør angis for de aktuelle parametrene:

1. Forventet verdi basert på GLI-2012
2. Nedre normale grenseverdi (LLN). Denne er beregnet ut fra fordelingen av lungefunksjon hos friske aldri-røykere. LLN settes til nedre fem prosent, dvs. fem persentilen. I lungemedisinen har det vært tradisjon for å bruke 80 prosent av forventet som grenseverdi for FEV1 og FVC, og en grenseverdi for FEV1/FVC på 0,70 for diagnosen kols (4). Dette gjenspeiler ikke den reelle aldersrelaterte variansen for disse målene i befolkningen, og man ender opp med å klassifisere spesielt for mange eldre som obstruktive. Ved bruk av LLN unngår man den underdiagnostikk og overdiagnostikk av kols man henholdsvis ser for yngre voksne/middelaldrende og eldre, sammenlignet med bruk av en ratio <0,70 som grenseverdi. Med en økende aldring i befolkningen vil overdiagnostikk ellers kunne bli en stor utfordring.
3. Absolutt verdi av FEV1 og FVC bør angis med to desimaler. FEV1/FVC bør angis som ratio (dvs. ikke prosent) for å unngå sammenblanding med prosent av forventet.

4. FEV1 og FVC i prosent av forventet. FEV1 i prosent av forventet brukes for å angi grad av obstruksjon ved kols. Det kan være hensiktsmessig å sammenligne FEV1 og FVC i prosent av forventet. Ved obstruksjon er førstnevnte mer redusert enn sistnevnte, mens det ved restriktiv lungesykdom kan ses tilsvarende reduksjon i begge. FEV1/FVC i prosent av forventet skal ikke angis, den bidrar kun til forvirring.
5. Z-skår. Dette er et standardisert mål på hvor mye den observerte verdien avviker fra gjennomsnittlig forventet verdi. I beregningen av dette gjenspeiles også ulik varians i ulike aldersgrupper. Man får dermed et riktigere mål uavhengig av alder. LLN tilsvarende $z = -1,645$ som tilsvarende den nedre 5-persentilen.
6. Gradering av kvalitet for FEV1 og FVC fra A til F på grunnlag av antall kurver som har adekvat kvalitet og forskjell mellom de to beste kurvene for FEV1 og FVC (tabell som supplement?)
7. Ved bronkodilator responstest bør det angis absolutte tall for postbronkodilator spirometri for FEV1, FVC og FEV1/FVC. I tillegg angis for FEV1 og FVC ab-

solutt endring, endring i prosent av pre-bronkodilatorverdi og i prosent av forventet verdi. Sistnevnte kan være hensiktsmessig da denne begrenser feilkilder relatert til ulik høyde, kjønn og grad av obstruktivitet (6). For pasienter med alvorlig obstruksjon, kan økning av FVC indikere reduksjon i residualvolum og dermed gi nyttig informasjon.

Kompetanse

Legene er ansvarlig for egen opplæring og opplæring av personalet som gjennomfører målingene. Ved å forenkle framstilling av resultat og øke kompetansen om parameterne betydning, håper vi å bedre kvaliteten på diagnostikk og oppfølging av obstruktive lungesykdommer. Det arrangeres kurs både for leger og medarbeidere i regi av Legeforeningen og Lunger i Praksis <http://www.lungeripraksis.no/>. For å opprettholde kompetansen bør spirometri gjennomføres rutinemessige ved legekontoret, medarbeidere bør få tilbakemelding på gjennomførte målinger og temaet bør inngå på fagmøter.

REFERANSER

1. Tollanes MC, Sjaastad GE, Aarli BB, Sandberg S. Spirometry in chronic obstructive pulmonary disease in Norwegian general practice. *BMC Fam Pract.* 2020; 21(1): 235.
2. Graham BL, Steenbruggen I, Miller MR, Barjaktarevic IZ, Cooper BG, Hall GL, et al. Standardization of Spirometry 2019 Update. An Official American Thoracic Society and European Respiratory Society Technical Statement. *Am J Respir Crit Care Med.* 2019; 200(8): e70–e88.
3. Langhammer A, Crowley S, Humerfelt S, Melbye H, Nag T, Svanes O. På tide med nye referanseverdier og grenseverdier for spirometri. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2018; 138 (13).
4. Quanjer PH, Stanojevic S, Cole TJ, Baur X, Hall GL, Culver BH, et al. Multi-ethnic reference values for spirometry for the 3-95-yr age range: the global lung function 2012 equations. *Eur Respir J.* 2012; 40(6): 1324–43.
5. Quanjer PH, Weiner DJ, Pretto JJ, Brazzale DJ, Boros PW. Measurement of FEF25-75 present and FEF75 present does not contribute to clinical decision making. *Eur Respir J.* 2014; 43(4): 1051–8.
6. Quanjer PH, Ruppel GL, Langhammer A, Krishna A, Mertens F, Johannessen A, et al. Bronchodilator Response in FVC Is Larger and More Relevant Than in FEV1 in Severe Airflow Obstruction. *Chest.* 2017; 151(5): 1088–98.

■ ARNULF.LANGHAMMER@NTNU.NO

TREDJE REISEBREV FRA GRØNLAND

Nanortalik

■ EIK KOLSTRUP • Fastlege, Skansen legekontor, Tromsø

Klokken fire på natten ringer telefonen. Den ufaglærte assistenten er stresset, og forteller en usammenhengende historie om en eldre mann som ble slept inn på sykehuset av sin sønn, og så begynte å krampe. Jeg er den eneste legen i Nanortalik, en liten by på 1200 innbyggere, noen timer med båt sør for Qaqortoq. Jeg går fort mel-

lom små hus med stor utsikt. Det er mørkt, og månen er kald. En full gammel mann subber forbi meg og hilser pent.

På en bære på akuttrommet ligger Nanoq. Jeg så ham for noen dager siden. Da trengte han noen kremer til et leit eksem han hadde. Sønnen fortalte at Nanoq hadde hatt vondt i brystet og tungt for å puste de siste

dagene, og da han gikk forbi soverommet hans i natt, hørte han at faren ikke fikk luft. Nå er brystkassen hans som en blåsebelg som blir misbrukt av en som desperat prøver å holde liv i en liten flamme som er i ferd med å slukne. Pulsen er høy og blodtrykket enda høyere. Pupillene hans reagerer ikke på lys. Vi får ingen reaksjon fra





Verdens kuleste
ambulanse.

Lungene
til Nanoq,
med
masse
vann.



ham, selv om vi gnikker med knoklene på brystbeinet hans, slik vi gjør for å vekke de som er langt vekkt i en eller annen rus. Nanoq er ikke ruset. Og han våkner ikke. Sykepleieren og jeg forstår ikke hva dette er. Vi var desperate, men rolige. Var dette et hjerteinfarkt, en stor lungebetennelse, et hjerneslag, en blodpropp i lungene, eller veske på lungene? Vi måtte gjøre noe, men visste ikke hva. Bakvakten i Nuuk sa at det ikke hørtes ut som han ville klare seg så mye lenger, og jeg var enig i det. Dette kom ikke til å gå bra. Blåsebelgen klarer ikke holde liv i flammen. Jeg forsøkte å gi en stor dose vanndrivende, da blodtrykket var høyt, og det hørtes ut som han hadde væske på lungene. Ingenting ble bedre. Han fikk morfin, så han kunne slippe lidelsen.

Vi travet rastløse rundt Nanoq, uten å kunne gjøre stort. Sønnen, en mann i femtiårene, satt alene og gråt på venterommet.

Vi hentet ham, så han kunne si farvel til sin far.

Det gikk fire timer, men Nanoq var fortsatt ukontaktbar. Så begynte sakte blodtrykket og pulsen å synke. Han prøvde å slå vekkt oksygenmasken. Pustefrekvensen ble bedre. Han klarte å feste blikket på sønnen.

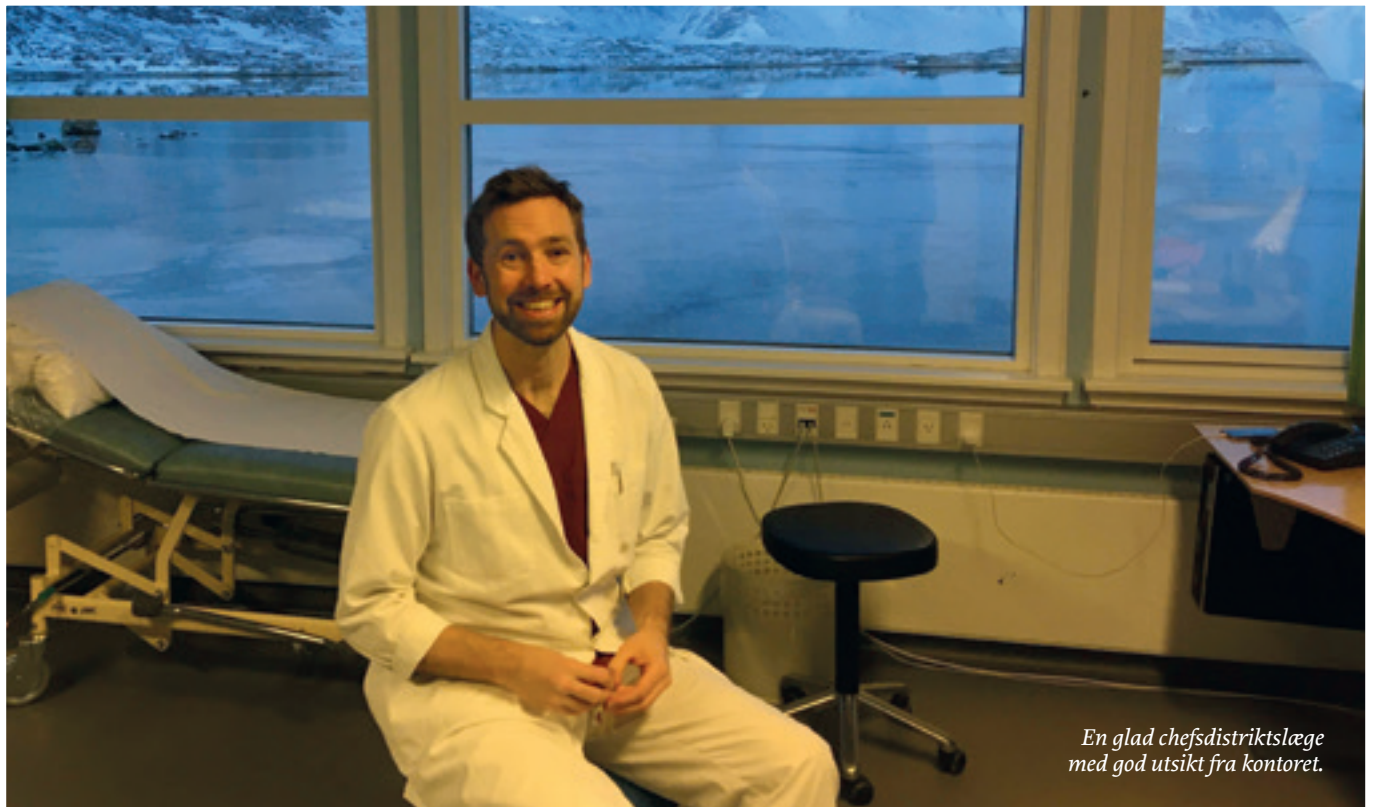
Et røntgen viste at han hadde masse vann i lungene, så han fortsatte å få vanndrivende medisiner. Vi fant noen kassetter til et av blodprøveapparatene i kjøleskapet, som vi fikk googlet oss frem til hva var. Det er sykepleier og assistenter som jobber på laboratoriet, men da de kun er vikarer, har de ikke helt oversikt over hva vi kan ta av blodprøver. Jeg trodde lenge han hadde hatt et hjerteinfarkt, men det var visst bare rot med noen av de oppgitte referanseverdiene.

En time senere ville Nanoq ut og røyke. Han smilte, og fordi han var nesten døv, ropet han «pikkorik» (du er dyktig) til sykeplei-

eren og meg. Mannen som for noen timer siden var så nær døden som jeg har sett noe menneske, satt nå og spiste frokost.

Vi skjønner fortsatt ikke helt hva som gjorde at hjertet til Nanoq sviktet så plutselig, så det ikke klarte å pumpe blodet rundt i kroppen, og væske hopet seg opp i lungene. Men nå hadde han det bra. Han er satt opp til time hos hjertelege så raskt som mulig. Om ni måneder.

Nanortalik har himmel og fjell, og stor luft å puste i, men det ligger et tungt lokk



En glad chefsdistriktslæge
med god utsikt fra kontoret.

Klestørke i minus 15, og posetoalett.



over byen. Vi ble overveldet av den sosiale elendigheten da vi kom til Qaqortoq, men det viste seg at det bare var en slags akklimatisering til det to uker lange oppholdet i Nanortalik. Først syntes vi det var hyggelig at så mange gikk og hentet vann i en kilde litt utenfor byen, for vi var enig i at det smakte litt klor av vannet. Så fant vi ut at det var fordi de ikke hadde innlagt vann. Mange hus har heller ikke kloakk. De har posetoalett, noe som forklarer de stinkende søppelposene som stod utenfor hos flere og ventet på å bli hentet.

Pasientene som kom fra bygdene utenfor Nanortalik og ble innlagt med alt fra aborter til alvorlige infeksjoner, forlot ofte sykehuset på kvelden. Morgen etter kom de fulle og elendige tilbake. Andre kom ikke tilbake før helga var over. De fortsatte å drikke til de var blakke.

På Grønland får de fleste utbetalt lønn og trygd to ganger i måneden, fordi de drikker opp alt. I lønningshelger er sjefen på sykehuset bevisst på å ha en lege med kirurgisk erfaring på vakt.

En eldre mann vi trener crossfit med i Qaqortoq, hadde en teori om dette. Han hadde arbeidet som rådgiver for sauebønder i Sør-Grønland, og så en kulturell forskjell mellom bygder som var bygd opp på fangst, og de som var sauebønder. Fangstmenn kan ikke planlegge livet, da fangsten er uforutsigbar, og de må bruke det de fanger når de får det. Hvis de får en hval, inviterer de alle til å dele fangsten, som skal spi-



Informasjonsplakat i idrettshallen.

*Kirkegården
i Nanortalik.*



■ EIK.KOLSTRUP
@GMAIL.COM

ses og prekaveres mens man kan. Sauebønder må planlegge. Høste, sanke, se fremover. Han mente det var betydelig mindre alkoholisme rundt sauegårdene. Befolkningen i Nanortalik og bygdene rundt lever for det meste av jakt, fiske og fangst.

Veronica og jeg jobbet i to uker på det lille sykehuset. Det var åtte innlagte pasienter da vi kom, og det var satt av 45 minutter til legevisitten i løpet av en dag. Ingen tid var satt av til akutte pasienter, men de kom på løpende bånd, og måtte tilsees mellom spiralinnsetninger, røntgenvurderinger og deprimerte slagpasienter. På grønlandsk. Fordi det ikke er kvalifisert personale nok til å håndtere pasientene, gjør ukvalifisert personale det. Ingen av sykepleierne er grønlandske i Nanortalik, og alle har vikariater i varighet på uker til måneder.

På kvelden er det bare en hjelpepleier og en assistent på jobb. Hjelpepleierne arbeider veldig selvstendig, og skal diagnostisere og behandle alt fra infeksjoner til brudd, selv om de ikke kan det. En sen kveld ringte en hjelpepleier meg og sa hun hadde tatt et røntgen. «Jeg ser bare på det, og hvis jeg ikke ser noe brudd, så sender jeg han hjem», sa hun. Jeg vet hun ikke kan jobben hun er satt til, men jeg jobbet i fjorten timer den dagen, så jeg klarte ikke protestere. Sånn er det bare. Vi gjør så godt vi kan.

Sjefen til min sjef mener at Nanortalik godt kan klare seg uten lege i perioder, når det mangler litt overlapp mellom vikarene som kommer og går. For å spare penger. Sist det skjedde, døde en mann på sykehjemmet da han satte et stykke hvalspekk i halsen.

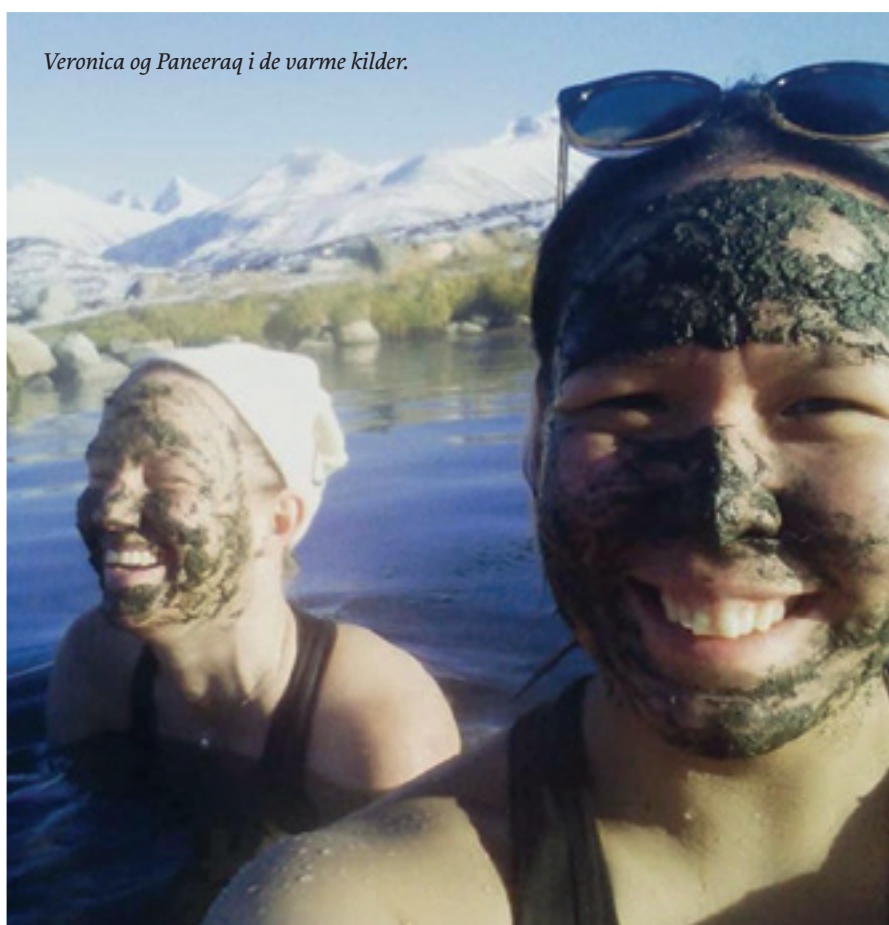
Vi kunne ikke bevege oss mer enn en halvtime fra sykehuset, så vi fikk ikke sett så mye av området, men vi fikk gått noen tu-

rer og buldret litt. Som spedbarn som opplever verden for første gang, sov vi, mens hjertene våre knadde inntrykkene fra dagene.

Noen dager etter at vi kom hjem igjen til Qaqortoq, ringte Paneeraq og lurte på om vi ville være med en fisker i en åpen

båt, som skulle forbi noen varme kilder som ligger på en øy langs kysten. En time i strålende kaldt vær, med isfjell i blikkstilte vann. Så en liten pøl av en innsjø på en øy. 38 grader og sol. Vi lukket øynene, og tenkte at det noen ganger er all right.

Veronica og Paneeraq i de varme kilder.



Enklere presentasjon av legekontoret på nett

■ TONJE ELLINGSEN • Rådgiver i Norsk helsenett

Er du fastlege og bruker helsenorge.no? Med tjenesten *vårt helsetilbud* kan du nå redigere informasjonen som er synlig for pasientene dine på en enklere måte enn før.

Over 4,8 millioner innbyggere bruker helsenorge.no. Stadig flere fastleger tar i bruk digital dialog fastlege (ofte forkortet DDFL) for å samhandle med pasienter om timebestilling, fornying av e-resept, og e-konsultasjoner. Tjenesten *vårt helsetilbud* gjør det enklere for fastleger å tilpasse informasjon til pasienter om eget legekontor på helsenorge.no.

Hva er vårt helsetilbud?

Vårt helsetilbud er en tjeneste hvor fastleger kan legge ut felles informasjon til legekontorets pasienter på helsenorge.no. Tjenesten finnes i Helfos tjenesteportal for helseaktører. Som fastlege logger du deg inn med HelseID. Du må være tilkoblet Helsenettet.

Når du åpner *vårt helsetilbud* finner du et panel som viser hvilke tjenester du som fastlege tilbyr via helsenorge.no. Under dette panelet er det et felt som heter «Informasjon fra legekontoret». Dette er informasjon som vises til pasienter på helsenorge.no. Denne teksten er felles for hele legekontoret, og den er valgfri å legge ut. Teksten kan for eksempel inneholde åpningstider, ferieavvikling eller påminnelse om munnbind. Du kan også legge inn tekst spesifikt for tjenestene bestill time, start e-konsultasjon, forny resept og kontakt legekontoret.

For å redigere informasjonen trykker du på det feltet du ønsker å redigere, for eksempel *timebestilling*. Da vises standardteksten som vises på helsenorge.no, i tillegg til teksten du som fastlege eller legekontoret selv skriver. Det er også slik teksten vises for pasienter som logger seg inn og bruker tjenesten.



Tidligere måtte fastlegen logge inn i bedriftsregisteret i Norsk Helsenett for å redigere informasjonen i dette feltet. Innloggingen i den nye portalen gjør det mye enklere å se hvordan tekstene vil framstå for pasienter på helsenorge.no. Målet er å senke terskelen for å redigere informasjonsmeldingene. Dette gjør vi ved å forenkle innloggingen og gjø-

re siden enklere. Vi i Norsk helsenett jobber stadig med å forbedre grensesnittet, og dette vil utvikle seg videre.

Mer informasjon finnes på våre nettsider nhn.no.

■ TONJE.ELLINGSEN@NHN.NO

Fastlegen og Helfos kontrollvirksomhet



■ PÅL INNSET • Pensjonert overlege i Helfo

Som tidligere allmennpraktiker og fastlege gjennom 30 år, veileder i allmenntilleggsmedisin og rådgivende overlege i Helfo-kontroll fram til i høst, har jeg sett takstsystemet fra flere sider.

Jeg tror denne bakgrunnen har gitt meg erfaringer som kan være til nytte for nåværende fastleger. Nå som jeg har blitt fersk pensjonist, ønsker jeg å bidra med noen enkle råd.

Helfo sitt samfunnsoppdrag er å forvalte de rettigheter folketrygdlovens kapittel 5 gir til stønad ved helsetjenester.

Helfo-kontroll er den avdelingen i Helfo som kontrollerer utbetaling av helse refusjoner, herunder fastlegenes refusjon for takstene. Når du som fastlege mottar refusjon fra Helfo, er det en direkte overføring til deg av en del av det beløpet pasienten ellers skulle betalt til deg, for senere å få tilbake fra Helfo. Dette er en praktisk måte å løse et oppgjør på, da det ellers ville medført flere transaksjoner og mer arbeid for mange. Oppgjørene er i stor grad automatisert. Dette er kun mulig fordi Helfo i utgangspunktet har tillit til at de regninger fastlegen sender inn er korrekte. I 2020 sendte fastleger inn over 30 millioner enkeltregninger. Det er åpenbart at Helfo ikke kan gjøre en fullstendig kontroll av alle disse regningene. Helfo må basere sine kontroller på antatt risiko for feilbruk ut fra analyse av regningsmaterialet, tips og erfaring.

Utgangspunktet for fastlegens regninger er takstforskriften slik den er nedfelt i Normaltariffen. Den inneholder mer enn 150 takster som fastlegen kan bruke. Det krever innsats av fastlegen alltid å ha en oppdatert oversikt over disse takstene.

Helfo har som oppgave å sørge for riktig takstbruk – det innebærer at man hverken ønsker overforbruk eller underforbruk i ordningen. Helfo lager ikke takstsystemet, Helfo sin oppgave er å kontrollere bruken. Jeg tror svært mange fastleger går glipp av refusjon de rettmessig har krav på, fordi de ikke kjenner Normaltariffen godt nok. Noen bruker takstene feil av samme grunn, mens noen få gjør feil for å oppnå økonomisk vinning. Det er sistnevnte, svært liten gruppe, som er i fokus for Helfo kontroll.

RÅD 1: Skriv gode journalnotater

Det er ditt ansvar å dokumentere at takstbruken er riktig. Det har du akseptert ved å godta kollektiv-/mønsteravtalen. Dette er noe av grunnlaget for din refusjonsrett.

Din dokumentasjon for takstbruken er å finne i din journalføring, sett opp mot hva du har krevd av takster. Etter å ha lest et journalnotat, bør det være mulig å forstå hvorfor pasienten var til en konsultasjon, hvilke funn legen gjorde og hvilke vurderinger og tiltak legen gjorde ut fra det. Beskriver du dette, vil du stort sett ha begrunnet prosedyrer og tidsbruk. For eksempel synes jeg ikke at «Langvarig konsultasjon» som eneste innhold i et notat, er en tilstrekkelig begrunnelse for å kreve tids-takst. Dersom du ved din journalføring tilfredsstiller journalforskriftens krav til en journal, vil du som oftest også ha dokumentert din takstbruk. For de få leger som blir gjenstand for en grundigere kontroll, er det dessverre gjennomgående at journalføringen er mangelfull.

RÅD 2: Les utbetalingsvedtaket fra Helfo

Her får du blant annet en oversikt over hvilke regninger som er avvist ved en automatisk kontroll av regningene. Det er viktig å merke seg at da er hele regningen avvist, selv om det bare var en av takstene på regningen som var feil. Når du sender inn regningen på nytt, forsøk å forstå hvorfor den ble avvist, så slipper du å oppleve avvising på nytt. Hvis du ikke forstår hvorfor regningen ble avvist, spør en kollega, slå opp på Helfo.no eller ring Helfos informasjonstelefon for helsepersonell (☎ 23 32 70 40).

Utbetalingsvedtaket viser også hvordan din takstbruk er sammenlignet med andre fastleger. Hvis du ser at din takstbruk på enkelte takster avviker sterkt, anbefaler jeg at du forsikrer deg om at du forstår denne taksten riktig ved å bruke kildene nevnt over.

Det er ikke slik at kolonnen «Gjennomsnitt landet forrige kvartal» definerer riktig

takstbruk for din praksis, men du bør reflektere over årsakene til store avvik. Svaret kan være både at du har brukt taksten for lite, eller at du har brukt den mer enn du burde. Store avvik kan skyldes din arbeidsstil, pasientpopulasjonen din eller andre forhold, men det kan også skyldes at du har brukt taksten feil. For de fleste fastleger tror jeg en slik gjennomgang vil føre til at de «oppdager» takster de kan bruke mer, og har rett til å bruke mer. Noen vil også oppdage at de bruker en takst utenfor hva takstdefinisjonen tillater, og kan da korrigere sin bruk.

Den gjennomsnittlige fastlegen tar hvert år ut knapt en million i refusjon. Evaluering av fastlegeordningen viste at dette i gjennomsnitt krever en arbeidsuke på 50–60 timer. Jeg vil tro at de fleste fastleger opplever at hverdagen er travel, og at de organiserer driften på en effektiv måte. Noen få fastleger tar ut nesten fire ganger så mye i refusjon. Ligger du svært høyt i refusjon, bør du også reflektere over om det kan stemme at du legger ned opp mot fire ganger mer refusjonsgivende arbeid i din fastlegevirksomhet enn hva dine kolleger gjør.

RÅD 3: Følger du råd 1 og 2, skal du ikke bruke energi på å bekymre deg for kontroll!

Jeg har truffet ansvarlige og dyktige leger som avstår fra å bruke takster de kunne ha krav på, fordi de frykter å bli «tatt» i en kontroll. Det synes jeg viser at takstsystemet har nådd et omfang og en kompleksitet som kan oppleves vanskelig å håndtere. Alle fastleger forstår heller ikke hvilken funksjon Helfo-kontroll har.

Helfo-kontroll har ikke som mål å kreve tilbake mest mulig av utbetalt refusjon. Helfo sitt mål er å bidra til at takstsystemet brukes riktig. Det er til fordel for det store flertallet av norske fastleger og for samfunnet. Underforbruk av takster kan true systemet på samme måte som overforbruk og feilbruk truer systemet.

Jeg håper at disse enkle rådene kan bidra til at flere får den refusjon de har krav på og at de få som misbruker systemet tenker seg om en gang til.

■ PAA-INN@ONLINE.NO

Selvfølgeligheter under stjernehimmelen

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i *Utposten* og fastlege



DE SISTE ÅRENE har jeg lagt merke til en ting: Sannheter kan være ytterst enkle. Og, jo enklere de er, jo sterkere virker de. Kunsten er å formulere seg kort.

I KONSULTASJONEN kan legen bruke både refleksjon og oppsummering som virkemiddel. Før kunne jeg si setninger som var sanne, men lange og kompliserte («Det som skjer i forholdet til sjefen din gjenspeiler det du som barn opplevde med din far», eller «Det du tenker der styrer deg, og gjør at du handler og føler slik, men det fins andre måter å tenke på»). Jeg kunne selv bli henført av slike setninger, mens den jeg snakket med syntes lite berørt. Nå sier jeg enklere ting, korte og fyndige setninger, ofte de rene selvfølgeligheter, banaliteter. («Jeg blir trist når du forteller dette», «Du blir lei deg når du opplever vonde ting»). Mange av disse setningene er rene tautologier, altså språklige uttrykk uten noe empirisk innhold, varianter av «når det ikke er bra, så er det ikke bra» («Det er ikke bra at du ikke har det bra», eller «Det er dumt at du er lei deg»). Jeg kan se at slik setninger berører mer enn de lange og kompliserte.

DETTE TENKER JEG på en sen vinterkveld mens jeg kjører bil fra Trondheim til Skjåk. Jeg hører på lydbok, «Isslottet». Tarjei Vesaas sine sylskarpe ord hensetter meg i en underlig stemning. Av seg selv begynner det å komme små setninger til meg, som jeg forstår er dikt. Plutselig er det flere av dem i hodet mitt samtidig, og jeg blir redd for å miste dem. Det er nesten ikke trafikk, så jeg stopper bilen. Jeg ser meg selv utenfra, som om jeg befinner meg ute i verdensrommet: Det er nattemørkt. Stjernehimmelen og månen kaster et vagt lys over det snøklede landskapet. Der, midt på E6 gjennom Drivdalen, på hovedveien mellom Trondheim og Oslo, står en bil helt stille. Inne i bilen sitter en mann. På en gammel kvittering skriver han ned små dikt som han er redd for å miste. Denne personen er meg selv, det samme mennesket som ser ned på det hele, fra langt, langt borte.

JEG KJØRER VIDERE så snart diktene er skrevet ned. Ikke så lenge etter dukket det opp flere ord og setninger, som blir til nye dikt. Uten noen som helst anstrenge gientar det hele seg, igjen og igjen. I løpet av bilturen blir alle disse korte diktene til.

JEG KALLER DEM «Selvfølgeligheter».

■ NFLEM@ONLINE.NO

Ikke deg

Det handler ikke om deg
Det bare føles slik

Det du har opplevd

Det du har opplevd gjør noe med deg

Fordi

Du har det ikke bra, derfor er du lei deg

Du må komme over det

Du kommer aldri over det,
men du kan komme inn i det
på en ny måte

Protest

Du skal ikke ha det slik
som du har det
nå

Mot

Hvor gammel skal du bli
og hvor nær døden skal du være
før du tør å
leve?

Avstand

Avstanden mellom oss må visst være der
Kom litt nærmere, du

Skallet omkring

Inne i meg er jeg er fylt av kjærlighet
men jeg vet ikke hvordan jeg skal få det forbi
skallet som ligger utenpå meg

Sammen

Kan vi ikke gjøre det
sammen?

Noe

Det er noe jeg ikke har sagt deg
men hva det er
vet jeg
ikke

Ikke til å endre

Det lar seg ikke gjøre om
men det lar seg tenke om

Svant

Alt jeg sa deg er sant
Til liten hjelp
fordi du fors-
vant

Fem år med PEth

■ RAGNHILD BERGENE SKRÅSTAD • Overlege, Phd, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital HF

■ ARNE HELLAND • Seksjonsoverlege, Phd, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital HF

Siden våren 2016 har Avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs hospital analysert alkoholmarkøren fosfatidyletanol 16:0/18:1 (PEth) i blod.

 **ST. OLAVS HOSPITAL**
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

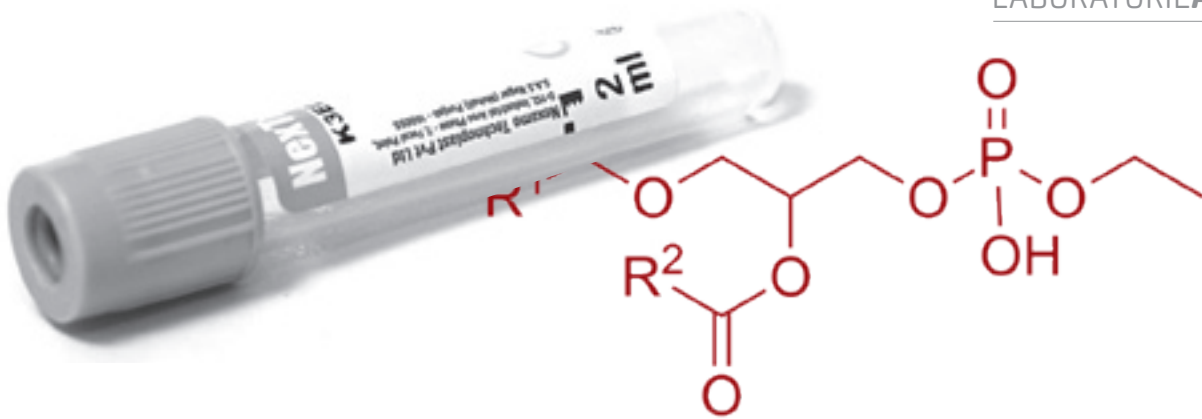


Analysen ble i løpet av kort tid en av de mest rekvirerte analysene på laboratoriet vårt. At PEth-analysen umiddelbart fikk en slik omfattende bruk, viser at det var et behov for en spesifikk og sensitiv alkoholmarkør, slik PEth er.

Alkohol er i dag det mest utbredte rusmiddelet i verden – og også i Norge. Gjennomsnittlig alkoholkonsum i Norge har økt siden tidlig åttital, og vi vet at det er en sterk sammenheng mellom gjennomsnittskonsumet i befolkningen og andelen av befolkningen som drikker mer enn anbefalte mengder (1). Vi kan derfor regne med at skadevirkninger av alkohol vil øke i årene som kommer. Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker mest helseskade på verdensbasis. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at tre millioner dødsfall årlig (5,3 prosent av alle dødsfall) skyldes alkoholbruk (2).

Selv om alkoholkonsumet i Norge er lavt sammenlignet med andre europeiske land (3), forårsaker overforbruk og avhengighet av alkohol helseskade, for tidlig død og økt ressursbruk i helsevesenet også her. Høyt alkoholforbruk øker blant annet risikoen for arbeidsledighet, sykefravær og arbeidsuførhet, og alkoholpåvirkning er en viktig medvirkende faktor ved trafikkulykker, skader og voldshendelser (4). Det er vanskelig å anslå nøyaktig hvor mye skadelig bruk av alkohol koster det norske samfunnet årlig, men i 2004 ble de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkoholbruk estimert til mellom 18 og 19 milliarder kroner (5).

Fordi alkohol er en risikofaktor for svært mange ulike skade- og sykdomstilstander, vil personer som har et skadelig drikke-mønster ofte komme i kontakt med helsevesenet. Det er utviklet gode screening-verktøy for å vurdere risiko for skadelig alkoholbruk basert på opplysninger fra pasienten, for eksempel AUDIT-C (6). Mange vil likevel holde tilbake opplysninger om hvor mye alkohol de drikker, enten fordi



ruslidelser medfører et sosialt stigma, fordi de frykter sanksjoner eller fordi de ikke innser at drikkemønsteret deres er skadelig. I disse tilfellene er alkoholmarkører viktige objektive hjelpemidler i diagnostikken. Alkoholmarkører kan også være nyttige i oppfølgingen av pasienter med skadelig høyt alkoholkonsum.

Tidligere var leverenzymene (spesielt gamma-GT), MCV (mean corpuscular volume) og CDT% (andel karbohydratfattig transferrin) de alkoholmarkørene en hadde tilgang på. En ulempe med disse er at de ikke er helt spesifikke, slik at også andre tilstander enn skadelig høyt alkoholkonsum kan gi utslag på markøren (7). PEth er derimot en spesifikk markør, og funn av PEth i blodet kan kun skyldes alkoholinntak. Analysen utføres i fullblod, og pasienten trenger derfor ikke å avlegge en observert urinprøve, noe mange vil anse som en fordel. PEth er også stabilt over tid, slik at prøven kan transporteres pr. post (8).

PEth er dessuten en mer sensitiv markør enn de tradisjonelle markørene, også CDT%

(9, 10). I en stor norsk studie med 6705 pasienter ble PEth og CDT% målt på samme tidspunkt. Av de 3208 prøvene der PEth var over $0,3 \mu\text{mol/L}$, som norske laboratorier definerer som forenlig med et potensielt skadelig alkoholkonsum, hadde kun 47 prosent en CDT-verdi på over 1,7 prosent (det aktuelle laboratoriets grenseverdi) (10). En annen fordel med PEth er at man kan skille mellom et moderat og ikke nødvendigvis skadelig forbruk, og et overforbruk som potensielt vil være skadelig over tid (7, 11), selv om grensene ikke er skarpe. Siden alkohol er et legalt rusmiddel, kan denne differensieringen i mange sammenhenger være viktig.

PEth representerer således en forbedring av muligheten for å påvise et alkoholkonsum som er helseskadelig eller som på lengre sikt vil kunne utløse helseskade. Vi ser imidlertid at bruken av markøren tidvis kan gi opphav til fortolkningsmessige utfordringer for rekvirentene, og i slike tilfeller anbefaler vi at en kontakter utførende laboratorium for hjelp med fortolkningen.

Å tematisere overforbruk av alkohol er utfordrende, men viktig. På tross av de diskusjoner som måtte oppstå mener vi at pasientene til syvende og sist har god nytte av bedret diagnostikk, rådgivning og bevisstgjøring omkring alkoholkonsum.

Artikkelen var første gang publisert i Laboratiemedisinsk klinikk St. Olavs hospital *Labnytt*; nr. 2 i juni 2021.

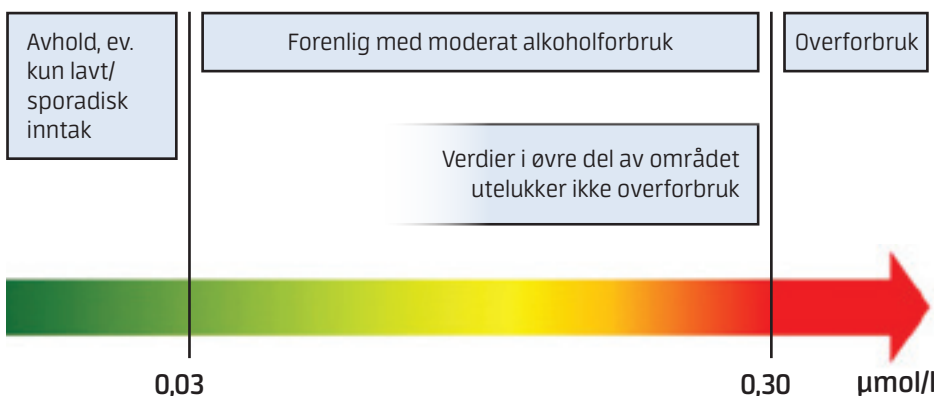
REFERANSER

1. Nordlund S. The total use theory and its significance for alcohol policy]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2003; 123(1): 46–8.
2. Global status report on alcohol and health 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. World Health Organization; 2019.
4. Oversikt over Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol Folkehelseinstituttet; [cited 2021 15.03]. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/beskrivelse-av-rapporten/oversikt-over-alkohol-i-norge-et-folkehelseperspektiv-pa-alkohol/>.
5. Gjelsvik R. Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol Rokkansenteret; 2004. Contract No.: 07/04.
6. <https://rop.no/kartleggingsverktoe/audit-c/>. AUDIT-C: ROP; 2021
7. Kechagias S, Demroth DN, Blomgren A, Hansson T, Isaksson A, Walther L, et al. Phosphatidylethanol Compared with Other Blood Tests as a Biomarker of Moderate Alcohol Consumption in Healthy Volunteers: A Prospective Randomized Study. *Alcohol Alcohol*. 2015; 50(4): 399–406.
8. Skrastad RB, Spigset O, Aamo TO, Andreassen TN. Stability of Phosphatidylethanol 16:0/18:1 in Freshly Drawn, Authentic Samples from Healthy Volunteers. *J Anal Toxicol*. 2020.
9. Walther L, de Bejczy A, Löf E, Hansson T, Andersson A, Guterstam J, et al. Phosphatidylethanol is superior to carbohydrate-deficient transferrin and γ -glutamyltransferase as an alcohol marker and is a reliable estimate of alcohol consumption level. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015; 39(11): 2200–8.
10. Årving A, Høiseith G, Hilberg T, Trydal T, Husa A, Djordjevic A, et al. Comparison of the Diagnostic Value of Phosphatidylethanol and Carbohydrate-Deficient Transferrin as Biomarkers of Alcohol Consumption. *Alcohol Clin Exp Res*. 2021; 45(1): 153–62.
11. Helander A, Hermansson U, Beck O. Dose-Response Characteristics of the Alcohol Biomarker Phosphatidylethanol (PEth)-A Study of Outpatients in Treatment for Reduced Drinking. *Alcohol Alcohol*. 2019; 54(6): 567–73.

FIGUR 1. PEth-verdien gjenspeiler det totale alkoholkonsumet de siste to til fire ukene før prøvetaking. Analyseresultatet fortolkes som følger:

- Konsentrasjoner under påvisningsgrensen for analysemetoden ($<0,03 \mu\text{mol/L}$) regnes som forenlige med totalavhold fra alkohol, eller bare lavt/ sporadisk inntak.
- Konsentrasjoner mellom $0,03$ og $0,30 \mu\text{mol/L}$ regnes å være forenlige med et moderat og ikke nødvendigvis skadelig alkoholforbruk. Verdier i øvre del av dette området utelukker imidlertid ikke skadelig bruk, og kan gi grunn til å gjennomføre en detaljert alkoholanamnese, eventuelt tettere oppfølging av pasienter under behandling eller kontroll.
- Konsentrasjoner over $0,30 \mu\text{mol/L}$ representerer vanligvis et alkoholforbruk av en størrelsesorden som vil kunne være skadelig over tid.

De angitte grenseverdiene er ikke skarpe. PEth-analyse bør ses i sammenheng med annen informasjon om prøvegiverens alkoholvaner og bør ikke alene danne grunnlag for negative sanksjoner.



■ RAGNHILD.SKRASTAD@STOLAV.NO

Psoriasis

– sett fra en annen side

■ BERIT AUSTVEG • Pasient

JEG LESTE MED INTERESSE artikkelen om psoriasis av Christian Anker i *Utposten* nr. 5 2021. Jeg var ute etter gode tips til egenbehandling, og det fikk jeg. Men det jeg vil fortelle om her, var hvordan det slo meg at det som er skrevet for leger, er annerledes enn det jeg, som har hudsykdommen, opplever den.

Autoimmun sykdom, kronisk, periodiske utbrudd, negativ innvirkning på livskvalitet, skriver Christian Anker. Kjente

uttrykk som jeg kan så godt fra medisinsk litteratur. Men denne gangen leste jeg det annerledes – det gjaldt meg selv.

Først det med at den er kronisk og med periodiske utbrudd. Jada, det kjenner jeg godt til. I skrivende stund er det oktober, etter en fin sommer med mulighet til soling og bading i saltvann. Utslettene forsvant omtrent helt, og all sviing og kløe var borte. Så kommer overgangen, og da blir det ekstra ille. Det igjen betyr at det er nød-

vendig med iherdig smøring. Irritasjon, ja, men negativ innvirkning på livskvalitet? Så langt vil jeg ikke gå. Det høres litt ut som å gi opp og gi etter.

KRONISK, HVA BETYR DET i praksis? Jeg fikk psoriasis da jeg var 11 år. Nå er jeg 73. Det er over 60 års erfaring, og mange oppturer og nedturer, det. Tonnevis (slik føles det i alle fall) av alskens salver, og jeg mener alskens. Salisylvasilin, som i mange år var



ILLUSTRASJONSFOTO: MOCKUP PLACEIT - 07 MEDIA / MODIFISERT. PERSONEN PÅ BILDET HAR INGEN TILKNYTNING TIL ARTIKKELFORFATTER

basisen, spedd på med tjære i ulike former, ditrianol-vasilin (veldig effektivt, men noe skikkelige griseri) og selvfølgelig steroid-salver. Også det siste i store mengder. Problemet har alltid vært at «nye» salver virker godt med det samme. Men så fortar virkningen seg. Da er det fristende å bruke mer. Det gjorde jeg med steroidene, og brukte okklusjonsbehandling. Etter noen år fikk jeg hirsutisme og blåmerker ved den minste berøring. Hudatrofien, som Anker sier vi ikke skal bekymre oss om, bekymret meg da heller ikke. Men det andre, som jeg tok for å være bivirkninger, gjorde at jeg bestemte meg for heller å ha en del utslett enn å utsette meg for det. Steroidsalver er nå bare til meget sjeldent bruk.

Så var det lange perioder der jeg bevilget meg fine, godluktende salver for å døyve ubehaget, men selve utslettene ble ikke bedre. Skitt au. Jeg måtte lære meg å blåse i hva andre mente. Da jeg var 12 år og akkurat hadde fått sykdommen, oppdaget jeg at badstubading hjalp godt. Det stakk derfor i meg da jeg så oppslag på badet der jeg pleide å ta badstubad: «Personer med smittsomme sykdommer og hudsykdommer har ikke adgang til badet». Et øyeblikk tenkte jeg at jeg måtte slutte å gå der. Men så slo det meg at det burde stått: «Personer med smittsomme sykdommer og de som ikke tåler å se personer med hudsykdommer har ikke adgang til badet». Jeg fortsatt å bruke det, men fikk et par ganger spørsmål om jeg hadde spedalskhet. Jeg anså det å være problemet til de som spurte.

Til det å ha en kronisk tilstand hører vel også det å prøve noen rare kurer. Det mest eksotiske jeg har forsøkt, var mens jeg bodde i Sri Lanka. Ayurvedisk medisin står høyt i kurs der, og jeg oppsøkte det best ansette ayurvediske sykehuset i landet. Legen foretok en langdryg undersøkelse. Anamnesen omfattet alt tenkelig og mye utenkelig, og den fysiske undersøkelsen gikk langt videre enn huden. «Jeg skal gjøre deg helt frisk på fire dager», sa han. Da hadde jeg hatt syk-

dommen i 30 år. Javel, tenkte jeg. Han skrev først ut en komplisert medisin til innvortes bruk, så på meg, og rev i stykker oppskriften. Ny runde, med lang beskrivelse, som han også rev i stykker. Tredje gangen var han fornøyd.

Kokken som jobbet i huset mitt var strålende. Han gikk på markedet og kjøpte kvister, blader, røtter og kanskje noe pulver i store mengder, jeg hadde ikke oversikten. Det putret og kokte på kjøkkenet i timevis. Så skulle jeg drikke en ganske stor mengde av brygget flere ganger om dagen.

JEG HAR ALDRI brukt narkotika, men jeg innbiller med at det kjennes slik som jeg hadde det med den drikken. Jeg halverte dosen, men var fortsatt susete. Så gikk jeg ned til en fjerdedels dose, som jeg holdt ut med i et par uker. Ingen forandring i huden. Det gikk altså ikke «over for bestandig på fire dager», og jeg tviler sterkt på at det ville ha gjort det om jeg hadde tatt full dose.

Det nest mest eksotiske jeg har forsøkt, var i Romania. Jeg gjorde en jobb i București, og fikk anbefalt å dra til en liten by på kysten av Svartehavet. Der er det et badested der de har «mirakelkur» mot psoriasis, fikk jeg vite. Jeg lot det stå til. Det er en slags leire som smøres på. I leiren skal det være små larver som «spiser» flakene i utslettet, og legger igjen et-eller-annet som skal gi en sterk og varig forbedring. Jeg så etter larvene, men fant dem ikke. Ikke ble jeg bedre heller. Stedet var ganske deprimerende. Jeg dro tilbake til București og gikk på konserter isteden.

SOM BARN OG UNGDOM hadde jeg store kladaser på albuene og i hodebunn. Med årene har karakteren forandret seg. Nå er utslettene over mye større flater, de er ikke så tykke, klør ikke så mye (*psora* er gresk og betyr kløe), men til gjengjeld svir det mer enn før. Slike endringer skal vel også ha innvirkning på behandlingen?

Problemet med salvene er at de virker

godt med en gang, men så fortar virkningen seg. Jeg er evig optimist, og tror hver gang at **nå** har jeg funnet løsningen. For noe år siden så jeg mistrøstig ned på mine ankler. Det var vinter, og det å gå med sokker og støvler gjorde at jeg fikk sviende, væskende utslett rundt ankene. Som ihuga skigåer ga den type utslett «negativ innvirkning på livskvalitet», slik Christian Anker formulerer det. Da slo det meg at min far hadde brukt sinalsalve når han hadde skåret seg under barberingen, fordi det gjorde at sårene grodde raskere. Sinalsalve hadde jeg også brukt i min barndom mot utslettene mine. Jeg gikk og kjøpte Silulen bleiesalve, og smurte på. Og det var mirakelkur! Ikke bare tok det vekk ubehaget, men flere steder kom det faktisk normal hud tilbake. Aldri har jeg hatt så god effekt av noen salve, og sinalsalve hjalp heller ikke så godt da jeg var ung. Nå har den virket i mange år! Jeg sper på med Shea-butter, en salve som jeg har kjøpt i store kvanta på gata i Harlem, New York. I Vest-Afrika har de klokkeetro på salven for det meste av hudplager, og i Harlem dominerer lengselen etter Afrika. Og salven er virkelig god, mye bedre enn salisylvasilin. I tillegg gleder jeg meg over å støtte et afrikanske produkt. For meg har kombinasjonen av sinalsalve og shea vært løsningen i lange år, og jeg trodde det skulle vare livet ut.

Men nå har også den virkningen avtatt. Og Silulen er ikke til salgs lenger (jeg har fortsatt litt, kjøpte opp restlageret til et apotek). Det er på tide å prøve en ny salve. Christian Anker skriver om kalsipotriol. Kanskje det er tryllemedisinen, den jeg har lett etter i 60 år? Jeg er kroniker. Jeg har lov til å håpe. I mellomtiden har jeg flyttet, kjøpt en bolig i første etasje med alt på ett plan der jeg kan bli riktig gammel uten å risikere å falle ned en trapp hjemme, og jeg bor nærme fjorden og saltvann. Om noen uker får jeg installert badstue. Så jeg har gardert meg, i tilfelle jeg aldri finner en mirakelkur som varer.

Bruk bygg!

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Fastlege Hallset legesenter, rådgivende overlege NAV Trøndelag, Universitetslektor NTNU

Bygg er et gress fra den gylne halvmåne, og trolig den første planten menneskene domestiserte. Slik endret den historiens gang, muliggjorde bysamfunn, ga energi til slavene som bygget pyramidene og ernærte Romerrikets hærer. Hvorfor bør denne enkle planten interessere oss leger, og spesielt oss allmennleger og samfunnsmedisinere?

Først ble det sanket, så ble kornet domestisert, planmessig sådd og dyrket fra før om lag ti tusen år siden. Med kunnskapen om dyrkning av bygg, ble grunnlaget for de første sivilisasjoner lagt, og fra Midtøsten bredte bruken av bygg seg utover Eurasia og det nordlige Afrika. I Norge er det dyrket bygg siden yngre steinalder, altså betydelig lengre enn poteten.

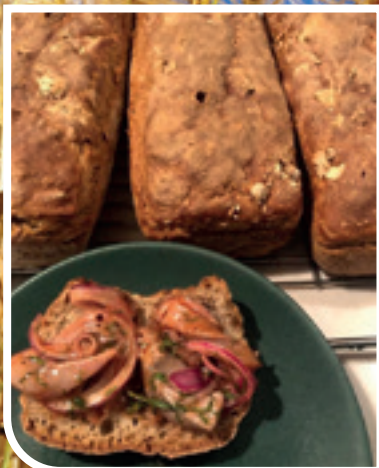
Bygg står i en særstilling som nyttevekst i Norge. Med sin hardførhet og korte veksttid gir dette kornslaget høyverdig mat, også i vårt kalde klima. Totalt produseres det mer enn ett hundre kilo bygg i Norge,

for hver eneste innbygger, hvert eneste år (1). Av alle disse kiloene spiser vi under ett kilo hver! Det betyr at 99 prosent av vår produksjon av bygg går til dyrefôr (2). Det er forbløffende når vi tenker på at den fram til midten av attenhundretallet var vår viktigste matvare. Tradisjonelt er bygg blitt brukt til grøt, brød, flatbrød og raspeball, foruten til brygging av øl. I flere tusen år har den vært basisføde for folket, først i de siste få generasjoner har vi sluttet å utnytte den i vårt kosthold.

Det er noe sørgelig og groteskt over det hele: Vi hugger ned skogen, tørker ut my-

rer, pløyer opp blomsterenger, frarøver insekter, dyr, fugler og planter deres levesteder. Vi brenner olje i fabrikker for å få energi til å lage kunstgjødsel. Vi sprøyter plantegifter ut over jorden og høster en avling – som vi så gir som fôr til dyr vi holder i fangenskap. Til slutt sitter vi igjen med en liten brøkdel av den næringsverdi vi startet med, når vi har slaktet disse dyrene. Vi kunne ha spart dem og oss selv for mye av dette: Om vi hadde spist all byggen selv, så hadde næringsverdien av dagens produksjon vært nok til en tredjedel av kaloribehovet vårt (3).

Er vi i Norge selvberget på mat? Tilsynelatende ikke, ettersom vi importerer store mengder korn. Men vi kan enkelt bli selvberget: Ved å spise vårt eget korn selv, i stedet for å gå omveien om kjøtt. Spørsmålet om selvberging er derfor ikke bare et spørsmål om hva vi produserer, men også om hva vi spiser.



Det viktigste kornet i Norge blir knapt brukt til menneskeføde. Det burde vi gjøre noe med.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

FORBLØFFENDE GOD KAKE MED BYGGMEL OG RØDBETER

- 3 rødbeter,
- 1 plate 70 prosent kokesjokolade
- 10–15 saftige dadler
- 1,5 dl hvetemel
- 2,5 dl sammalt bygg, gjerne Skjåk-mjøl
- 1 dl sukker
- 4 ts kakaopulver
- 2 ts bakepulver
- 50 g smør
- 2 dl melk

Kok rødbetene til de er nesten myke. Pisk eggene. Rasp sjokoladeplaten, dadlene og rødbetene. Bland sammen de tørre. Smelt smør.

Ha smør og melk i eggerøren, bland i det raspete, bland i det tørre, rør.

Ha i 24 cm form. Sett inn i ovn på 200 grader, ca 40 minutter.

Server med melisdrøss, eventuelt kesam eller is. Digg!



Bygg som menneskeføde

Det fins ingen grunn til ikke å bruke bygg som menneskeføde. Innholdet av proteiner, jern, kostfiber og vitaminer er omtrent som i hvete. Bygg er rikt på antioksidanter (4). Bygg har også et spesielt høyt innhold av gunstige vannløslige fibre, betaglukaner (5). De offisielle kostrådene er å øke inntaket av grove kornprodukter (6). De viktigste næringsstoffene og de verdifulle fibre finnes i skallet på kornet. Byggmel og byggryn, som du får i nærbutikken, inneholder bestanddeler fra hele kornet og gir disse næringsstoffene. Et kosthold med hele og fiberrike korn gir lavere forekomst av en rekke sykdommer, fra forstoppelse til mer alvorlige sykdommer som kreft i tarmsystemet, og hjertesykdom. Dette står i skarp motsetning til de helsemessige uheldige effektene av det kjøttet vi nå bruker bygg til å produsere. Det er altså også sterke helsemessige argumenter for å utnytte bygg som menneskemat.

Det er opplagt mer miljøvennlig å spise seg mett på korn, enn å spise dyr som er føret opp på det samme kornet. Spiser vi bygg i stedet for kjøtt, kan vi grovt regne med å redusere CO₂-belastningen til en tiendedel. Ved å spise lokal mat, vårt eget korn, slipper vi også å transportere maten. Dersom du spiser bygg gjør du din egen kropp en tjeneste, du sparer miljøet, og du bidrar til å gjøre det lettere å fø jordens innbyggere. Det spiller altså liten rolle om tilhengere av lavkarbo- eller ketondiett skulle ha rett i den helsemessige biten av påstandene sine: Det vil uansett være uetisk å sette sin egen helse foran menneskehetens og jordklodens, et slikt kosthold vil være uetisk.

Bygda bygd på bygg

Mens jeg skriver dette, befinner jeg meg i Bismo, Skjåk, en smal stripe av et samfunn klemt inne mellom Jotunheimen og Breheimen. Også her oppe ga bygg sikker avling. Jeg befinner meg altså i en bygd bygd på bygg. I nærbutikken selges det lokale Skjåkmjølet – sammalt bygg – i ti kilos sekker for 150 kroner. Ingen skal si at ikke sunn mat kan være billig. En tradisjonell

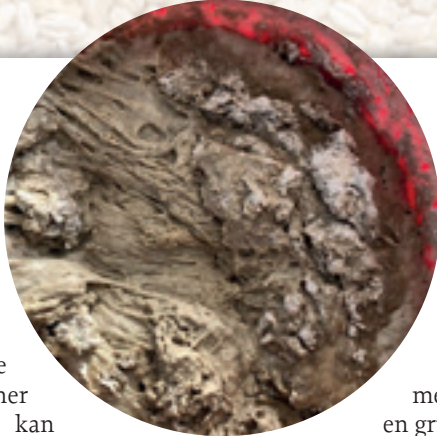
rett her er potetgrøt, kokt på de to viktigste produktene fra jorda her: Potet og bygg. Resultatet er en seig stappe med en kumleaktig smak. De gamle her elsker det, og mer miljøvennlig mat kan vel knapt tenkes. Men, det må jeg tilstå, det er ikke min favoritt. Derfor iler jeg til med noen flere kulinariske forslag. Det burde nemlig være meget enkelt å mangedoble sitt inntak av bygg fra dagens nivå på 0,7 kilo pr. person pr. år.

Det første du kan gjøre er å erstatte en tredjedel av hvetemelet med byggmel neste gang du lager pizzabunn. Det gir en sunnere pizzabunn, som ikke står tilbake for rent hvetemel i smak.

Kulinariske forslag

Bygg har en svakhet brukt i baking: Det har ikke samme type gluten som hvete og mangler derfor heveevne. Man kan derfor ikke lage luftige brød av bygg alene, men sammen med hvete gir det gode brød.

Dersom du skal bake med bygg, anbefales følgende fremgangsmåte. Den krever tid, men gir god belønning. Bruk byggryn, og start med å legge disse i bløt i noen timer. Bland så bløtlagte gryn med annet mel, både av bygg og hvete og gjerne også annet andre sorter. Deretter tilsetter du kaldt vann, og elter deigen. Hvil deigen i en halv time, før du elter inn salt og litt gjær. Det er nok med ti gram fersk gjær ved kaldheving. Gjenta eltingen. Hev kjølig, gjerne over natten. Så baker du ut brød eller rundstykker, som igjen får heve. Jo lengre du har knadd deigen i løpet av prosessen, jo mer vellykket blir resultatet. Om du vil gjøre det enda enklere blander du bare forskjellige melsorter, litt gjær, salt og så mye vann at deigen får konsistens nesten så bløt som grøt. Siden deigen er fuktig, trenger ikke hele gryn å ligge i vann først. Denne lar du stå noen timer – til det dannes luftbobler. Så har du den i smurt form og hever minst



over natten, før du steker brødene. Med en slik bløt deig slipper du all knaing.

Du kan også bruk bygg i middager. Bygg kan erstatte ris: Bløtlegg over natten, og kok i en halv time. Slike gryn kan dessuten brukes i salater, eller med grønnsaker i wok, eller i en gryte, endog som risotto (italienerne kaller det orzotto)

En tradisjonell dessert er riskrem. Prøv å lage byggrynskrem i stedet, den er mer smakfull, og har en herlig konsistens som henviser riskrem til skammekroken. Oppskrifter finner du ved å søke på «byggrynskrem» på nettet.

Bygg kan også brukes i en meget enkel, velsmakende og praktisk frokost: Kaldgrøt. Du koker først byggryn i vann i en liten halvtimme, lar det bli lunkent, tilsetter yoghurt naturell, honning og (frosne) bær. Dette setter du så i kjøleskapet til neste morgen. Du kan lage en stor porsjon, i kjøleskap er det holdbart i en ukes tid. I vår husstand har det raskt blitt barnas favoritt og har delvis utkonkurrert havregrøt og müsli.

Om du (og dem vi gir kostveiledning) følger bare noen av disse rådene og oppskriftene, kan du enkelt mangedoble inntaket ditt av bygg. Da spiser du lokal og kortreist mat, til glede for egen helse og til nytte for det globale miljø. Så den medisinske moralen er: Tygg bygg!

Interessekonflikter: Artikkelforfatteren har mottatt ti kilo sammalt byggmel fra Ottadalen Mølle AS (og mottar med glede mer!).

REFERANSER

1. <https://brodogkorn.no/fakta/kornproduksjon-i-norge/>
2. <https://www.felleskjopet.no/contentassets/776df06f8a2f4a569aa17f00a89ab806/prognose-for-tilgang-og-forbruk-av-norsk-korn-for-sesongen-2019-2020.pdf>
3. <https://www.matoppskrift.no/ingrediens/byggryn>
4. https://brodogkorn.no/oppskrift_tema/bygg/
5. <https://sml.snl.no/betaglukan>
6. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>

■ NFLEM@ONLINE.NO

Faggruppen for LHBT-helse

Referansegruppe, som faggruppene ble kalt frem til 2017, for lesbisk, homofil og bifil helse ble dannet i 2007. Vi bestemte oss i 2015 for å inkludere helse for transpersoner i vårt arbeid og endret navn til Referansegruppe for lesbisk, homofil, bifil og trans (LHBT) helse.

Aktivitetene har vært mangfoldige. Første prioritet har vært å øke kunnskap og kompetanse hos oss selv og hos andre allmennleger. Vi har jobbet innad i Legeforeningen, mest i form av innspill til høringsuttalelser til styret i Norsk forening for allmennmedisin (NFA), men også møter med andre i Legeforeningen. Noen aktiviteter har grenset opp mot homopolitisk aktivitet. Det har vært kontakt med leger og foreninger i andre europeiske land, og vi har hele veien samarbeidet med det som før het Landsforeningen for homofile og lesbiske (LLH) og nå heter FRI – Foreningen for seksualitet og kjønns mangfold. Vi har gitt råd og bistand i enkeltsaker til LLH/FRI, pasienter og leger. Hjørnesteinen har vært faggruppens eget møte, minst én gang pr. år. Der har medlemmene undervist hverandre, og vi har hatt eksterne personer som forelesere og diskusjonspartnere. Møtene har gjerne blitt avsluttet med hyggelig middag med gode historier og mye latter. Mellom møtene har vi kommunisert via e-post i en Google-gruppe vi kaller Homle.

Medlemmene har også vært mangfoldige, og flere landsdeler har vært representert. Mange har kommet og gått, noen av oss har vært med fra starten. Vi har hatt allmennleger som ordinære medlemmer, og noen assosierte medlemmer, hvorav en fast representant fra FRI.

Ved aktiviteter utenfor faggruppa har sjelden alle, oftest noen, medlemmer representert hele gruppa. Mange medlemmer har vært LHBT-faglig aktive alene eller sammen med én eller to av de andre. Når historikken skal beskrives, er det vanskelig å vurdere hvor skillelinjene skal gå. Faglig aktive enkeltmedlemmer har brakt kunnskap inn i faggruppa, og har gjerne frem snakket faggruppen utad.

Faggruppa har de siste årene bestått av

Mari Bjørkman (leder), Gunnar Frode Olsen, Esben Esther Pirelli Benestad, Martin Lerstang Mikkelsen, Maret Krannich og Anita MM Iversen, og de assosierte medlemmene Nanna Cecilie Klingenberg og Haakon Aars. Det har for denne faggruppa som for andre vært vanskelig å få til mye engasjement i den siste tiden. Vi håper på revitalisering, og leder ønsker at noen andre overtar ledervervet. For å opprettholde gruppa trenger vi i tillegg nye medlemmer og et forslag til ny leder. Send gjerne en henvendelse til mari.bjrkman@gmail.com om du er interessert!

For å bedre forstå hvor mangfoldig og artig en faggruppe kan være, forteller vi her om en del av det vi har vært med på disse årene.

Øke kunnskap og kompetanse

Allerede ved starten i 2007 fikk vi opprettet en nettside på Norsk forening for allmennmedisin sine nettsider for referansegrupper, og der la vi inn en god del informasjon og lenker de neste årene. Nettsiden finnes enda, men noe av innholdet har forsvunnet på veien, og siden er ikke helt oppdatert (1). Faggruppen leverte i 2010 bidrag om seksuell orientering til www.fastlegen.no (som nå er del av Allmennlegeforeningens nettsider) etter henvendelse fra Legeforeningens Tom Sundar. Faggruppen laget en selvforklarende lysbilde serie om seksuell helse hos menn som har sex med menn (MSM) som ble publisert i 2011 på vår NFA-hjemmeside. Det var et slags tidlig, kort nettkurs der allmennleger enkelt kunne få basal kunnskap om temaet. Den ligger faktisk ute enda (2).

Artikkel i *Utposten* 5-2008 med tittelen «Hvordan kan du som fastlege møte dine lesbiske og homofile pasienter på en god måte?» Intervju i magasinet *Blikk* om temaet lesbiske kvinner og kreft.

Vi arrangerte et 16 timers emne kurs på Primærmedisinsk uke (PMU) i 2008 med tittelen *Helse hos lesbiske og homofile*. Kurset ble dessverre avlyst grunnet få påmeldte. Derfor gikk vi tidlig i dialog med kurskomiteen om hvordan vi kunne få helse inn i PMUs kurs 2010, og vi fikk bidra med forelesningen *Seksuell orientering – et tema hos fastlegen?* på emne kurset i ungdomsmedisin. I 2012 laget vi et dagskurs til PMU som vi kalte *Homo for en dag* i tråd med kursets valg språk «Vår beste dag». Det

ble også avlyst grunnet for få påmeldte. Noen av oss holdt en workshop på Nordisk kongress for allmennmedisin i Tromsø i 2011 med tittelen *How to be a good GP for non-heterosexual patients*. Det hadde form av rollespill og fikk mange deltakere. I 2016 var vi på Wonca Europe i København med workshopen *How to deal with LGBTI health in primary care? How to be a good-enough GP for non-heterosexual people? – in Turkey and in Norway?* sammen med en gruppe tyrkiske allmennleger. To av oss underviste legestudenter på 10. semester i Oslo i noen år der temaet var legens møte med homofile og lesbiske pasienter. Årets tema i 2016 for Oslo legeforsknings møteserie for fastleger i Oslo og Akershus var psykiatri i alle aldre og marginaliserte grupper. Ett av tre-timersmøtene dreide seg i sin helhet om LHBT-helse. De fleste av oss deltok på emne kurset *Kjønnskompetanse* arrangert av Universitetet i Agder og FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitets mangfold. En periode over noen år var to av faggruppens medlemmer NFAs representanter i European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQUIP). De formidlet en del av faggruppens arbeid til EQUIP, og det ble godt mottatt.

I 2015 laget vi et opplegg for et forberedt møte i veiledningsgrupper i spesialistutdanningen i allmennmedisin med tittelen *Fastlegen i møte med pasienter som er lesbiske, bifile eller homofile*. Opplegget ble utformet som en selvinstruerende lysbilde serie og kunne også brukes av smågrupper. Det ble lagt ut fritt tilgjengelig og enkelt nedlastbart her på faggruppens nettside i tillegg til i håndbok for veiledningsgrupper i allmennmedisin (ligger ikke der idag). I artikkelen i *Utposten* «Nyttig å vite og enkelt å lære om lesbiske, bifile og homofile pasienter» fikk vi omtalt dette. I 2017 jobbet vi mye med å inkludere kjønns mangfold og kjønnsidentitet i temamøtet, men da arbeidet tok noe tid, strandet det hele idet det kom nye regler rundt veiledningsmøtene.

I 2013 kom et viktig faglig bidrag i Norge; forskningsrapporten *Seksuell orientering og levekår*. Den presenterer funn fra en nasjonal spørreundersøkelse om levekår blant lesbiske, homofile og bifile (Lhb-personer) i Norge. I tillegg ble det gjennomført en holdningsundersøkelse. Et par av faggruppens medlemmer var involvert i dette arbeidet. En ny levekårsrapport fra 2020

ble publisert i år, *Seksuell orientering, kjønns-mangfold og levekår*, men ingen av oss var involvert i det.

I skjæringspunktet mellom fag og homopolitikk

Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) vurderte i 2009 mulighetene for opprettelse av et ressurscenter for kunnskap om lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Et slikt ressurscenter ville kunne bli forlengelsen av det prosjektbaserte Rosa Kompetanse (se nedenfor), som ved opprettelsen av et ressurscenter ville være naturlig å utvikle. Vi deltok på møter med Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og kommunehelseavdelingen og ga engasjerte innspill i prosessen. Det ble etter hvert opprettet et senter lagt inn under Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), og det fungerer meget godt. Se gjerne Bufdir sine nettsider for en oversiktlig samling av forskningslitteratur og annet (3). Rosa Kompetanse gikk fra å være prosjektbasert til å få fast, årlig støtte gjennom statsbudsjettet. De to dekker ulike behov i fagfeltet.

Registrert partnerskap (Partnerskapsloven) ble innført våren 1993 og var en lov som regulerte parforholdet mellom to av samme kjønn. 1. januar 2009 ble den opphevet, da endringene i ekteskapsloven trådte i kraft i Norge. Endringen innebar at lesbiske par fikk rett til assistert befruktning i det norske helsevesenet. Det ble mye diskusjon om leger skulle ha adgang til å reservere seg mot å henvise lesbiske kvinner til assistert befruktning, omtrent på linje med retten til å reservere seg mot å henvise til provosert abort. Faggruppen hadde møte med nestleder i Legeforeningens råd for legeetik, Karsten Hytten, og med president Torun Janbu. Legeforeningen hadde samme holdning som faggruppen; at det ikke burde være anledning til å reservere seg. Vi skrev et leserinnlegg i *Bergens Tidende* om dette. Etter et par år kom Helse- og omsorgsdepartementet med retningslinjer der de presiserer at fastleger ikke kan reservere seg mot å henvise lesbiske til assistert befruktning.

Helsedirektoratet kom i 2015 med rapporten *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring*

av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. Den ble etter hvert en viktig byggestein i det videre arbeidet med helsetilbudet for transpersoner. Faggruppen leverte høringsinnspill til NFA om rapporten.

Det har i mange år vært stor uenighet på flere plan om hvordan man skal forstå kjønnsinkongruens (som betyr en *personlig oppfatning av manglende samsvar mellom egen kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk og kjønn tilagt ved fødsel*) og kjønnsdysfori (*den psykiske smerten eller ubehaget som oppstår ved manglende samsvar mellom egen kjønnsidentitet og kjønn tillagt ved fødsel*) og hvilket helsetilbud personer som opplever dette bør ha. Faggruppen har vært aktiv på området. De fleste av medlemmene i gruppa var med på å skrive en kronikk i *Tidsskriftet* i 2017, «Helsetjenesten svikter transpersoner». I 2018 sendte vi bekymringsmelding om uttalelser fra Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) til Helsedirektoratet. Vi støttet demonstrasjonen *Trans nok!* utenfor Stortinget arrangert av FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold. I 2020 sendte vi en bekymringsmelding til Helsedirektoratet vedrørende henvisning av pasienter med kjønnsinkongruens, og fikk et tilfredsstillende svar fra dem noen måneder senere.

I hele 2019 jobbet Helsedirektoratet med *Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens/dysfori*. Det var en inkluderende og åpen prosess, der vår faggruppe var med i den bredt sammensatte referansegruppen.

NFA-styret var også representert.

Det var to heldags møter med tilbake-meldinger til Helsedirektoratet i etterkant av hvert møte.

Retningslinjen skulle ha blitt ferdigstilt av Helsedirektoratet i 2019, men var forsinket og ble ikke sendt ut på høring før over nyttår. I januar 2020 leverte vi hørings svar til Helsedirektoratets *Nasjonal faglig retningslinje til helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens* både direkte til Helsedirektoratet og til NFA-styret.

Faggruppen var med som referansegruppe i utformingen av retningslinjen i 2019, og dette arbeidet ble avsluttet med høringsinnspillet i 2020. Retningslinjen ble publisert i juni 2020, og den peker ut en ny kurs for forståelse, diagnosesetting og organisering av helsetjenester til personer med kjønnsinkongruens (4). En viktig faktor i dette arbeidet er endringen i den internasjonale diagnosemanualen ICD-11. Med ICD-11 blir kjønnsidentitet tatt ut av kapitlet om psykiske lidelser og plassert i et nytt kapittel for seksuell helse. Dette er et paradigmeskifte for den faglige forståelsen av kjønnsidentitet og kjønnsmangfold.

Samarbeid med interesseorganisasjonen LLH/FRI

Rosa kompetanse startet som et prosjekt i 2007 med å arbeide for å få undervisning om lesbisk og homofil helse inn i profesjonsutdanningene innen helse- og sosialfag. Rosa Kompetanse har blitt gradvis utvidet, og tilbyr nå faglig bistand og undervisning om kjønns- og seksualitetsmangfold til skole- og barnehagesektoren, barnevernet, helse- og sosialsektoren, politi- og påtalemyndighet, samt alle deler av arbeidslivet. Rosa kompetanse er organisert som en fagavdeling i FRI og er finansiert av Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging. De reiser rundt i hele Norge og holder tilpassede kurs for de som studerer og jobber innen de nevnte sektorer og andre grupper. Formålet formuleres på nettsiden deres: «De som møter mennesker i sin arbeidshverdag kan utgjøre en forskjell – det er ikke alltid så mye som skal til. Ved å heve kompetansen om kjønn og seksualitet på din arbeidsplass kan dere bli enda bedre på å opptre inkluderende i praksis.» Flere av oss sitter i Rosa Kompetanse helse og sosial sin faglige referansegruppe sammen med psykologer, helsesøstre og andre yrkesgrupper. Vi har bidratt med å forankre kursenes innhold faglig, og samtidig fått innsikt i hva som opptar medlemmene i FRI «nå om dagen». Vi har vært representert hvert år på det årlige todagers seminaret de arrangerer og fått generell oppdatering og nettverksbygging på feltet.

REFERANSER

- <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/faggrupper/lesbisk-homofil-bifil-og-transhelse/>
- <https://www.legeforeningen.no/contentassets/7b1ea76cf25b498ca5444f62db4f04cb/seksuell-helse-for-homofile-bifile-og-andre-menn-som-har-sex-med-menn-lysbildeserie.pdf>
- <https://www.bufdir.no/lhbi/>
- <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnsinkongruens>

MARI BJØRKMANN • Leder
■ MARI.BJORKMAN@GMAIL.COM



SOSIAL ULIKHET

Langt mer utsatt for sykdom

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Barn som vokser opp med foreldre som har lav inntekt, er som voksne mer utsatt for å bli diagnostisert med flere kroniske og smerterelaterte lidelser – og å bli innlagt på sykehus. Det viser norsk forskning. Det å være barn av foreldre i laveste inntektssjikt, var forbundet med to til tre ganger høyere forekomst av somatiske og psykiske lidelser som voksen, sammenlignet med foreldre i høyeste inntektssjikt. De absolutte forskjellene var størst ved muskel- og skjelettlidelser, skader og depresjon. Det var ingen forskjeller i bruken av helsetjenester. Andre faktorer som også hadde betydning for sykdom ved cirka 40 års alder, var foreldres utdanning, barnets fødselsvekt og sivilstatus hos foreldrene, samt egen utdanning og inntekt som voksen. Registerstudien har data fra sju fødselskohorter i 1967–1973, som omfattet nær 430 000 personer.

● BMC Medicine, doi: 10.1186/s12916-021-02022-4. <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-021-02022-4>

67%

av eldre pasienter som oppsøkte hjelp for gjentatte ryggsmertener, hadde tilbakefall med moderate til alvorlige ryggplager hver måned eller hvert år. Det viser norsk forskning, med Ørjan Nesse Vigdal som førsteforfatter. Studien omfatter data fra cirka 450 pasienter på 55 år eller eldre (median alder 66 år), som oppsøkte fastlegen, fysioterapeut eller kiropraktor på grunn av ryggvondt i perioden 2015 til 2020. De fleste av pasientene hadde først gått til kiropraktor. Omtrent en like stor andel oppsøkte fastlegen eller fysioterapeut først. Pasienter med stor funksjonsnedsettelse på grunn av ryggsmertene, lengre symptomvarighet og lavere forventninger om å bli helt frisk, gikk oftere til fastlege eller fysioterapeut enn til kiropraktor.

● BMJ Open, doi: 10.1136/bmjopen-2021-053229. <https://bmjopen.bmj.com/content/11/9/e053229.long>

XERO/FOTO: GULSHENFIS/GETTY



MIGRASJONSHELSE

Sammensatte lidelser

En prospektiv studie har sett på helseplager hos 353 voksne syriske flyktninger i Libanon (transitt) som i 2017–2018 fikk innvilget opphold i Norge. Flyktningene fylte ut spørreskjema i transitt og ble fulgt opp med telefonintervjuer ett år etter at de kom til Norge. De fleste flyktningene rapporterte om bedre helse fra innvilget opphold og i tidlig fase i Norge, mens noen hadde vedvarende og sammensatte helseplager. Det var ingen sammenheng mellom rapporterte psykiske helseplager og kroniske smerter hos flyktningene mens de var i Libanon. Blant dem som ikke hadde smerter før de kom til Norge, var dårlig psykisk helse ved oppfølging etter ett år derimot en statistisk signifikant prediktor for kroniske smerter. En av fire med kroniske smerter, før ankomst til Norge eller ved oppfølging, brukte regelmessig smertestillende medisiner. Ingen med psykiske plager brukte antidepressiva daglig.

● BMJ Open, doi: 10.1136/bmjopen-2020-046454. <https://bmjopen.bmj.com/content/11/9/e046454.long>



ILLUSTRASJONSFOTO: SCANDINAVIAN STOCKPHOTO

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



DEPRESJONSBEHANDLING

Mer prat, mindre piller

I 2015 brukte norske fastleger mer samtaler og mindre medisiner ved behandling av pasienter med depresjon, enn legene gjorde i 2009. Det viser en norsk studie, som inngår i et større Norge-prosjekt på depresjonsbehandling. Studien omfatter data fra 307 237 voksne pasienter med en ny depresjonsepisode i årene 2009–2015. I perioden økte andelen som fikk samtalerterapi fra 42,3 til 63,4 prosent, samtidig som andelen som fikk medisiner gikk ned fra 31,3 til 25,9 prosent. Færre ble sykmeldt. Økningen i samtalerterapi var større for kvinner enn for menn, og kvinner hadde noe mindre nedgang i sykmelding enn menn. Pasienter i arbeidsfør alder hadde større økning i samtalerterapi og mindre nedgang i antidepressiva-bruk enn eldre pasienter. Antallet fastlegekonsultasjoner endret seg ikke, men det var flere lange konsultasjoner og flere pasienter som ble henviset til spesialisthelsetjenesten.

● BMC Health Services Research, doi: 10.1186/s12913-021-06712-w. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06712-w>

TARMKREFT

Enkeltsymptomer og klinisk bilde

I en prospektiv studie har forskerne undersøkt symptomer på tarmkreft blant 61 802 pasienter i allmennpraksis. 511 pasienter viste seg å ha tarmkreft. Pasientene ble rekruttert fra Norge, Danmark, Sverige, Nederland, Belgia og Skottland. De fleste symptomene som fastlegen hadde journalført, kunne indikere tarmkreft. Drøyt en tredel av dem med tykktarmskreft og snaut tre av ti med endetarmskreft, hadde uspesifikke symptomer. Ifølge retningslinjer fra britiske NICE, kan en positiv prediktiv verdi (PPV) på minst tre prosent rettferdiggjøre henvisning til spesialisthelsetjenesten. I studien hadde blødning fra endetarm en positiv prediktiv verdi på fire prosent. Smerter nederst i magen, forstoppelse og oppblåst mage var mindre spesifikke symptomer og hadde en PPV på mellom 0,7 prosent og 1,9 prosent. Artikkeforfatterne påpeker at selv om flere symptomer i seg selv ikke kvalifiserer til videre utredning, kan det totale kliniske bildet rettferdiggjøre at pasienten henvises. Tykktarmskreft i høyre del av tarmen (proksimalt) kan gi færre typiske kreftsymptomer enn ved tarmkreft i venstre del (distalt). Ved proksimal tarmkreft, hadde ingen av pasientene hatt blødning fra endetarmen ved første fastlegekonsultasjon.

● BMC Family Practice, doi.org/10.1186/s12875-021-01452-6. <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01452-6#citeas>

En solid oppsummering – og noen utfordringer

Lars Vatten
På liv og død
 Forebygging av livstruende sykdommer:
 Et livsløpsperspektiv
 195 sider
 Fagbokforlaget, Bergen 2020
 ISBN 978-82-450-3521-6

Forfatteren er lege, professor i epidemiologi og har tilleggsutdanning i folkehelse.

Så må det sies først som sist: Denne boken er språklig sett uvanlig vakker. Den har dessuten et pedagogisk tilsnitt som gir en ekstra god leseropplevelse – og det til tross for bokens alvorlige tematikk: hjerte- og karsykdommer og kreft. Det er også en styrke at en rekke begreper innenfor både epidemiologisk og klinisk forskning er skrevet på norsk (og med latinske/engelske betegnelser i parentes), noe som kan lette forståelsen av stoffet for personer som ikke er helt fortrolige med disse forskningstradisjonene.

Forfatteren spør om det er riktig at disse sykdomsgruppene – hjerte- og karsykdommer og kreft – «kan ha sin opprinnelse tidlig i livet? Og er det sant at sykdommene i mange tilfeller bruker mange tiår på forbedelser før de slår til og skaper store pro-

blemer for den som rammes? Målsettingen med denne boka har vært å gi et begrunnet ja på disse spørsmålene og samtidig peke på nødvendige forbehold.»

Han tar oss med på en spennende reise innenfor aktuell kunnskap om mulige negative påvirkninger med tanke på senere sykdomsutvikling. Han tar for seg mulige faktorer helt fra fosterstadiet, gjennom barndom, ungdom og voksenlivet fram til de nevnte alvorlige sykdommene viser seg i form av symptomer – ofte fra 50–60-årsalderen av. Han henter fram data fra ulike historiske og nyere registre både nasjonalt og internasjonalt. Og han refererer interessante resultater fra forskning utført av for eksempel Anders Forsdahl fra Finnmark om fattigdom i barnealder og seinere hjerte- og karsykdom som voksen – bare for å nevne en sentral, norsk forsker. Han er også innom den store, amerikanske ACE-studien (*The Adverse Childhood Experiences study*). Men det vi kort kunne betegne «hvordan krenkelse gjør krank», utdyper han ikke nærmere. (Kfr. forskningen til vår norske kollega Anna Luise Kirkengen om nettopp dette problemområdet).

Ekstra levende blir presentasjonen av

mulige faktorer for framtidig sykdomsutvikling ved at han forteller om møter han har hatt med nære venner fra egen oppvekst. Han har fulgt disse personene fra hjembygda med samtaler gjennom mange år, og sett utviklingen av nettopp kreft og hjerte- og karsykdom hos disse. Hans jordnære og spennende refleksjoner kan trigge nysgjerrigheten for hva våre pasienter kan bære på av livshendelser som kan ha hatt betydning for helsen. Og i neste omgang: hvordan kan vi forebygge sykdomsutvikling?

Hvem har forfatteren så skrevet denne boken for? Det framgår hverken av bokens bakside eller gjennom teksten. Kanskje bortsett fra at han utfordrer unge, kreative forskere til å gå videre på de foreløpig smale stiene han så langt har tråkket opp. Men enhver lege vil nok kunne ha glede av å lese boken. Og kanskje ekstra velegnet vil den kunne være for legegrupper, samt i intern-undervisningen på legesenteret. Kanskje man dessuten har et lite bibliotek på hvilerommet for ansatte?

Boken anbefales.

ELI BERG

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

HVA LESER..

Grete Vidar?



Hva leser du nå?

Akkurat nå leser jeg *Dei vaksnes løgnaktige liv* av Elena Ferrante.

Av sakprosa holder jeg på med Guro Øiestads *Gi og motta tilbakemeldinger – Om å bygge hverandre som mennesker*.

Hvorfor leser du disse bøkene?

Jeg er begeistret for bøkene til Ferrante i Kristin Sordahls utmerkede oversettelse til nynorsk. Ferrante skriver godt om relasjoner og ikke alltid like sympatiske trekk ved oss mennesker. En god blanding av ting å kjenne seg igjen i og innsikt i en litt annerledes italiensk kultur.

Øiestad skriver klokt og lett tilgjengelig, jeg har tidligere hatt glede av hennes *Feedback* og *Kritikk*. Bøkene gir gode innspill til mitt virke som veileder og til livet ellers.

Hvor leser du?

Ettersom jeg har noen helseutfordringer, trenger jeg hvilepauser i løpet av dagen. Ingenting er bedre enn å ha en god bok å dukke ned i, særlig i perioder med mer sykdomsaktivitet.

Jeg leser mye både på senga, i godstolen og i sofaen hjemme. På hytta vår i Nordmarka, der vi ikke har TV, blir det også lest en del. Nå som samfunnet åpner opp, blir det flere togreiser igjen. Hvis jeg reiser alene, eller over lengre strekninger, må jeg all tid ha med meg en bok.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Jeg leser mye forskjellig, men stadig mindre krim. Jeg følger med på kritikker i aviser og på nett, og det er lett at man blir inspirert til å lese ny litteratur som promoterer i media.

Jeg er med i en leseklubb som nettopp har tatt opp virksomheten etter koronatiden. I leseklubben forsøker vi å ta noen klassikere innimellom nyere litteratur. Vi har også erfart at noen bøker som oppleves gode å lese, ikke er så mye å snakke om. Dag Solstads bøker om Bjørn Hansen; *Elleve roman, bok atten, 17.roman* og *Tredje og siste roman om Bjørn Hansen* har vært et av flere høydepunkter for gode samtaler på treffene våre.

For tiden plukker jeg også opp lesetips på *Vinduet.no*, der vår eldste sønn nå er en av to redaktører. De skriver om nytt og gammelt, kort og langt, gratis og uten reklame.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

I leseklubben hadde vi allerede lest Albert Camus' *Pesten*, da jeg i februar 2020 fikk boka *Som pesten* av Hanne Vibeke Holst i gave fra min mann. Camus' bok ble utgitt i 1947, og handlingen er lagt til en liten by som er nedstengt i forbindelse med et pestutbrudd. Holsts bok kom i 2017, og bokas hovedperson er en dansk lege, nyansatt i

WHO akkurat da en ny pandemi utvikler seg. Boka er spennende skrevet og inneholder i tillegg til smittevern og beskrivelser av livet i Verdens helseorganisasjon, både kjærlighet og krim. Det var litt absurd å lese denne boka mens koronapandemien utviklet seg. Jeg anbefaler den til samfunnsmedisinere og andre som ikke har lest den enda, et godt valg til neste ferie.

Mange lesere av *Utposten* har travle hverdager, og jeg ser i tidligere utgaver at mange som har skrevet i denne spalten mest får tid til å lese i ferier. Jeg vil derfor til slutt anbefale to tynne bøker som har gitt meg store leseopplevelser:

«*Sigd* av Ruth Lillegraven er utgitt i kategorien dikt, men inneholder en storslagen fortelling om gårdbrukeren Endre et sted på Vestlandet på 1800-tallet.

«*Jeg lever et liv som ligner deres* av Jan Grue er en sterk og tankevekkende fortelling om å leve med en funksjonshemming i vårt samfunn. Jeg ser fram til å lese hans nye bok *Hvis jeg faller*.

HUMORSTRIPEN



RELIS

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

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

Paracetamol hos gravide – hva nå?

I høst har flere medieoppslag advart gravide mot å bruke paracetamol. Bakgrunnen er en internasjonal konsensusartikkel hvor flere forskere slår alarm om legemidlet. Men bør gravide være bekymret?

Paracetamol har tradisjonelt blitt regnet for å være et av de tryggeste legemidlene gravide kan bruke. Datagrunnlaget har ikke tydet verken på økt risiko for foster-skader eller spontanaborter/fosterdød (1). Legemidlet har vært et klart førstevalg når gravide trenger behandling mot smerte eller feber, og paracetamol er også et av de mest brukte legemidlene blant gravide. I Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) svarte 46 prosent av kvinnene at de hadde brukt paracetamol minst én gang i løpet av svangerskapet. Kun rundt fem prosent oppga å ha brukt paracetamol i alle tre trimestre, og da 24 dager i gjennomsnitt (2).

Konsensusartikkel fra 91 forskere

Naturlig nok ble det mange overskrifter og mye oppmerksomhet da 91 forskere tidligere i høst publiserte en konsensusartikkel om paracetamol (3). Her er de kritiske til den utbredte bruken av legemidlet hos gravide. Forskerne oppsummerer mye av dokumentasjonen som finnes om paracetamol under svangerskapet (både *in vitro*-studier, dyreforsøk og epidemiologiske studier). De varsler om at legemidlet kanskje kan gi økt risiko for urogenitale misdannelser, negative effekter knyttet til reproduksjon, samt påvirke barnets nevroutvikling. Alt dette kan virke svært skrem-

mende, ut fra hvordan det er fremstilt i artikkelen. Spørsmålet er om det er grunn til å rope et varsko, slik forskerne gjør her. Nei, mener vi!

For tidlig å konkludere

Etter vårt syn gir ikke konsensusartikkelen og forskningen som oppsummeres der grunn til å endre rådene om bruk av paracetamol hos gravide i Norge. Selv om flere av forskningsfunnene i artikkelen kan virke alarmerende, er ikke dette direkte nye data. Det er for tidlig å trekke noen sikre konklusjoner om hvorvidt eksponering for paracetamol i fosterlivet kan påvirke barnet.

Metodene som blir brukt ved epidemiologiske studier har sine klare begrensninger. Det er for eksempel ikke kjent om de observerte effektene skyldes en direkte effekt av paracetamol eller om de kan ha andre årsaker (konfunderende faktorer). Det kan for eksempel tenkes at kvinner som bruker mye paracetamol er annerledes enn dem som bruker lite eller ingen paracetamol, og at noe av forklaringen kan ligge her. Det finnes studier som tyder på at forskningen på paracetamol og ADHD ikke har klart å justere for underliggende konfunderende faktorer (4). Det trengs helt klart mer forskning for å finne ut hvorvidt det er trygt å bruke paracetamol over lengre tid i svangerskapet.

HOVEDBUDSKAP

- Det er fremdeles uavklart om langtidsbruk av paracetamol kan være uheldig for fosteret.
- Paracetamol er fremdeles førstevalget når gravide trenger smertestillende.
- Korttidsbruk av paracetamol kan regnes som trygt.
- Smerter og feber kan være uheldig, både for den gravide selv og fosteret.
- Som for all annen legemiddelbruk under svangerskapet, bør paracetamol kun brukes på sikker indikasjon, i laveste effektive dose og kortest mulig tidsrom.
- Langtidsbehandling med paracetamol skal skje i samråd med lege.

Artikkelen har møtt motstand

Flere fagmiljøer har kommentert svakhetene ved dokumentasjonen i artikkelen og har kommet med innsigelser til budskapet. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) påpeker at konsensusartikkelen og studiene omtalt her, gir ikke klare bevis for at det er en direkte forbindelse mellom forsiktig bruk av paracetamol i løpet av svangerskapet og fosteret. ACOG påpeker videre at utviklingsforstyrrelser er multifaktorielle og kan i svært liten grad knyttes til én enkelt årsak. Hjernen fortsetter å utvikle seg også etter at barnet er født. Dette gir rom for at barnet kan eksponeres for en rekke faktorer som potensielt kan føre til utviklingsforstyrrelser (5).

The European Network of Teratology Information Services (ENTIS) uttrykte også raskt stor skepsis til artikkelen. De mener at det blir feil å kalle dette en konsensus,



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

i og med at regulatoriske myndigheter og medisinske fagorganisasjoner ikke støtter innholdet og budskapet i artikkelen. I deres offentlige uttalelse påpekes det at det blir feil å trekke kliniske konklusjoner fra studiene når det ennå ikke eksisterer noen sikker årsakssammenheng mellom paracetamol i svangerskapet og uheldige effekter hos barn. ENTIS bruker ganske sterke vendinger og uttrykker at de mener at «bevisene» som blir framsatt i artikkelen «er svake, inkonsekvente og i stor grad feilaktige» (6). Svenske *Janusinfo* var også raske med å kritisere artikkelen med overskriften «Inget nytt i forskningsrapport om paracetamol til gravida» (7).

Hva sier studiene?

Siden 2013 har flere epidemiologiske studier antydnet at det kan være en mulig sammenheng mellom langvarig bruk av paracetamol under graviditet og negativ påvirkning på nevrou utvikling hos barn. Spesielt er det blitt stilt spørsmål ved om bruk av paracetamol i andre og tredje trimester kan øke risikoen for at barnet får ADHD-lignende

adferd, autisme eller andre utviklingsvansker. Risikøkningen i studiene har vært liten, noe som innebærer at dersom det faktisk er en reell økt risiko, vil risikoen for den enkelte kvinne være lav. Siden svært mange gravide bruker paracetamol, kan likevel selv en mindre risikøkning være av stor betydning på populasjonsnivå. Som tidligere påpekt kan det også være at funnene i studiene kan skyldes andre faktorer enn akkurat paracetamol.

Som nevnt er det generelt et godt grunnlag for å påstå at paracetamol ikke øker risikoen for alvorlige strukturelle misdannelser. Det er imidlertid fremdeles uavklart om paracetamol (ved bruk > to uker i overgangen mellom første og andre trimester) kan øke risikoen for kryptorkisme hos guttebarn (3). Dette er en tilstand hvor testiklene ikke har kommet ned i pungen. Her har ulike studier gitt motstridende resultater. Til nå finnes det verken sikre bevis for eller mot at paracetamol kan øke risikoen for tilstanden. Kryptorkisme er dessuten en tilstand som vanligvis korrigerer seg selv i løpet av de første levemånedene (8).

Konsensusartikkelen omtaler også hvordan paracetamol via sin virkningsmekanisme muligens kan ha en negativ effekt. Virkningsmekanismen til paracetamol er fremdeles ikke kjent fullt ut. Studier i dyr, vev og reagensglass har antydnet at paracetamol kanskje kan forstyrre hormonavhengige prosesser på flere forskjellige måter. Det er blant annet stilt spørsmål ved om paracetamol muligens kan ha negative effekter på kjønnshormoner hos guttefoster og gutter senere i livet. Det er også noen få indikasjoner på at paracetamol kanskje kan øke østrogenproduksjonen, noe som kan påvirke begge kjønn (3). Det vil si at paracetamol muligens kan utvise hormonforstyrrende egenskaper. Det er fremdeles ingen sikre svar, og dette bør derfor undersøkes videre.

Korttidsbruk vs. langtidsbruk

I spørsmålene om sikkerhet ved bruk av paracetamol hos gravide er det viktig å vurdere hvor omfattende bruk det er snakk om; det vil si korttidsbruk eller langtidsbruk.

I studiene har risikoen ved bruk av paracetamol blant annet vært knyttet til høyere dose og lengre behandlingstid (3). Ved korttidsbruk har assosiasjonen mellom paracetamol og utviklingsvansker vært svak.

En viktig studie i så måte, er en norsk studie basert på MoBa-studien. Denne studien viste en økt risiko for ADHD ved bruk av paracetamol utover 29 dager, mens det var en negativ assosiasjon med ADHD ved medisinbruk under åtte dager (9). Disse dataene kan trolig brukes til å berolige gravide som har brukt eller trenger å bruke paracetamol i noen få dager mot feber eller smerte.

Feber og/eller smerter kan ha konsekvenser for barnet

Ubehandlet feber og smerte hos gravide kan også innebære en risiko. Både studier hos mennesker og i dyr har indikert at feber tidlig i svangerskapet (spesielt to grader celcius temperaturøkning) er forbundet med en lett økt risiko for nevralforsdefekter hos barna (10, 11). Det har også vært noen holdepunkter for at feber i seg selv kan disponere for enkelte andre fosterskader.

Mer alvorlig eller kronisk smerte som er utilstrekkelig behandlet kan kanskje være forbundet med hypertensjon og endret uteroplacental perfusjon (12). Mer uttalt smerte er også forbundet med insomni og depresjon, noe som igjen kan være uheldig for mor og barn. Det skal likevel erkjennes at datagrunnlaget på risiko knyttet til feber og langvarige smertetilstander under graviditet er tynt og til dels motstridende.

Samtidig vil vi fremheve at mors eget velbefinnende må tillegges stor vekt, og ikke bare sikkerheten for fosteret. Alle disse faktorene må dermed være med i beregningen når det skal gjøres en risiko-/nyttevurdering av paracetamol under graviditet.

Endrer ikke behandlingsanbefalingene i Norge

Det eksisterende rådet om paracetamol i Norge er at gravide kun skal bruke paracetamol dersom det er nødvendig å bruke smertestillende, i lavest mulig dose som gir effekt, og over en så kort periode som mulig. Dette rådet har eksistert lenge før konsensusartikkelen ble publisert. Det er også slik at ingen legemidler kan sies å være 100 prosent trygge. Anbefalingen over gjelder derfor ikke kun paracetamol, men all bruk av legemidler under graviditet. Rådet blir naturlig nok enda viktigere ved bruk av legemidler som er forbundet med en viss risiko eller usikkerhet.

Selv om paracetamol er førstevalg, bør legemidlet kun brukes dersom det faktisk har god effekt hos pasienten.

Råd til gravide

Hvordan bør helsepersonell forholde seg til medieoppslagene og forskningsdataene om paracetamol i møte med gravide? Vi mener det er viktig å være ærlige om den forskningen som finnes, men samtidig understreke at dette foreløpig kun er statistiske assosiasjoner hvor årsakssammenhengen er usikker. Det er også viktig at helsepersonell demmer opp for unødvendig bekymring. Fornuftig, kortvarig bruk av paracetamol hos gravide må regnes som trygt.

Paracetamol er fremdeles førstevalg blant smertestillende og febernedssettende legemidler til gravide. Både feber og smerte kan også i seg selv være uheldig for mor og barn. Det er imidlertid viktig at gravide ikke bruker paracetamol over lengre tid uten at dette er i samråd med lege. Hvis gravide trenger å bruke paracetamol i mer enn fem dager, bør de kontakte lege for å få vurdert om paracetamol er riktig behandling videre.

Oppsummert kan vi si at rådene som gis i Norge om paracetamolbruk under svangerskapet allerede tar høyde for den lille usikkerheten som finnes. Etter vårt syn er det derfor ikke grunn til å endre rådene om paracetamol til gravide på bakgrunn av den nye konsensusartikkelen. Som ved all annen medisinbruk under graviditet, må valget om behandling foretas ut fra en nøye avveining mellom mulig risiko og nytte. Paracetamol er ikke noe annerledes.

REFERANSER

1. Scialli AR, Ang R et al. A review of the literature on the effects of acetaminophen on pregnancy outcome. *Reprod Toxicol* 2010; 30 (4): 495–507.
2. Trønnes JN, Wood M et al. Prenatal paracetamol exposure and neurodevelopmental outcomes in preschool-aged children. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2020; 34 (3): 247–256.
3. Bauer AZ, Swan SH et al. Paracetamol use during pregnancy – a call for precautionary action. *Nat Rev Endocrinol* 2021. doi: 10.1038/s41574-021-00553-7. Epub ahead of print.
4. Masarwa R, Platt RW et al. Acetaminophen use during pregnancy and the risk of attention deficit hyperactivity disorder: A causal association or bias? *Paediatr Perinat Epidemiol* 2020; 34 (3): 309–317.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Response to Consensus Statement on Paracetamol Use During Pregnancy. <https://www.acog.org/> (Publisert: 29. september 2021).
6. The European Network of Teratology Information Services, ENTIS: Position statement on acetaminophen (paracetamol) in pregnancy. <https://www.entis-org.eu/> (Publisert: 3. oktober 2021).
7. Janusinfo. Inget nytt i forskningspropp om paracetamol till gravida. www.janusinfo.se (Publisert: 27. september 2021).
8. NHI.NO Testikkelretensjon – ikke nedsunkne testikler. <https://nhi.no> (Revidert: 8. april 2019).
9. Ystrom E, Gustavson K et al. Prenatal Exposure to Acetaminophen and Risk of ADHD. *Pediatrics* 2017; 140 (5): e20163840.
10. MotherToBaby (OTIS). Fact sheets. Fever | Hyperthermia. <https://mothertobaby.org/> (Sist endret: 1. mars 2021).
11. UKTIS (UK teratology information service). Paracetamol (therapeutic use) in pregnancy. <https://www.toxbase.org/> (Publisert: mars 2017).
12. Ray-Griffith SL, Wendel MP et al. Chronic pain during pregnancy: a review of the literature. *Int J Womens Health* 2018; 10: 153–164.

GRO C. HAVNEN

RELIS Sør-Øst

KRISTINE HEITMANN

RELIS Vest

HELLE TJØNN LINDLAND

RELIS Sør-Øst

Consensus statement Paracetamol use during pregnancy – a call for precautionary action (3)

Artikkelen er en oppsummering av tilgjengelig dokumentasjon på sikkerhet ved bruk av paracetamol under graviditet. Ifølge forfatterne tyder en stadig økende mengde forskning på at eksponering for paracetamol under svangerskapet muligens kan påvirke fosterutviklingen. Forfatterne trekker spesielt frem følgende mulige effekter:

UTVIKLINGSFORSTYRRELSER

- Primært ADHD, men også blant annet autisme og forsinket språkutvikling
- Bruk i 2. og 3. trimester er i størst grad assosiert med slike effekter.

REPRODUKTIVE OG UROGENITALE FOSTERSKADER HOS GUTTER

- Kryptorkisme

- Redusert avstand mellom anus og genitalia (AGD)
- Bruk i uke 8–14 og bruk > to uker ser i størst grad ut til å være forbundet med slike effekter.

Forfatterne erkjenner imidlertid at det er flere begrensninger i studiene. De oppfordrer til en samlet forskningsinnsats med flere veldesignede studier. Inntil det foreligger resultat fra slike studier, anbefaler forfatterne at paracetamol bør brukes med forsiktighet hos gravide; paracetamol bør kun brukes på riktig indikasjon, i lavest mulig dose og i kortest mulig tid. Bruk av høye doser eller over tid bør kun skje i samråd med lege.

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

Veien framover

Jeg fikk denne utfordringen av min tante, Guri Tuv Brattli, som er fastlege i Honningsvåg. Hun har vært en stor inspirasjon for meg, og bidro til at jeg ønsket selv å bli fastlege, til tross for fastlegekrisen.

Fastlegekrisen er et stort problem i hele landet. Det skrives i medier at vi nå har kommet til bristepunktet.

Jeg var ferdig utdannet i 2015. Det var flere av mine medstudenter som valgte å bli sykehuslege på grunn av usikkerhet rundt fastlegejobben. Rekruttering av fastleger har ikke blitt bedre, men jeg har et håp om at det blir å skje en endring. Vi har nå kommet til et punkt hvor det ikke er bærekraftig å fortsette i samme spor.

Min karriere som fastlege har så vidt begynt. Om ett år kan jeg kalle meg for spesialist i allmennmedisin. Dette er jobben jeg alltid har drømt om, og jeg ønsker å ha denne jobben i fremtiden.

Jeg ønsker å dele et dikt av en forfatter jeg oppdaget gjennom Instagram for noen år siden. Diktet handler om å se fremover.

«Se fremover»

Ja da
hvis du ser deg lenge over skulderen
så ser du hvor du kommer fra
men du kommer
også til å gå på
masse lyktestolper og dritt
så se fremover du
følg med nå
det er du som går nå
ikke alle de som gikk før deg

TRYGVE SKAUG

Stafettspinnen sender jeg videre til hun som var veileder for meg som turnuslege i allmennpraksis i Mo i Rana. Senere ble hun min kollega da jeg fikk jobb som fastlegeviker på samme kontor. Anne Lise Skongseng Sætermo – ei fantastisk dame som gjør en utrolig god jobb. Takk for alt du har lært meg både i jobbsammenheng og livet generelt. Det er godt å ha gode kollegaer å støtte seg til.

Hilsen fra

MICHELLE TUV PETERSEN

