

Utposten

1 2024
ÅRGANG 53

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



TEMA:
Migrasjonshelse

Sykebesøk
Gynekologi
Delirium

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

Kristina Riis Iden

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

Arild Iversen

MOBIL: 958 86 343

E-POST: lege.arild.iversen@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

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

**FAGLIGE
MEDARBEIDERE:****Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDEFOTO:

Evgeni Tcherkassk/Pixabay

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

Aksell

TRYKK:**aksell**TRYKT
I NORGE
NO - 1470Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Flyktningshelse**

Jan Håkon Juul

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: – Den viktigste jobben gjøres hjemmefra

Hanne Edøy Lossius intervjuet av Marit Tuv

8 Utposten for 50 år siden

Kristina R. Iden

TEMA: MIGRASJONSHELSE**10 Migrasjonshelsens betydning i framtidens folkehelsearbeid**

Angela S. Labberton, Torill Alise Rotevatn, Thea Steen Skogheim og Lema Hussaini

13 NYE KOLLEGAER I HELSEVESENET I NORGE:**Vi kan legge bedre til rette for integrering**

Esperanza Diaz, Khadra Yawien Ahmed og Wegdan Hasha

16 Flyktingar til kommunen – refleksjonar frå helsetenesta

Gerd Signy Omland

18 Fra flukt til fellesskap? – Betrakninger om en fastleges handlingsrom i møte med mennesker med fluktbakgrunn

Sidar Kartal og Beate Gauden

20 Tuberkulosescreening av asylsøkere i Råde – hva nå?

Sarah Frandsen Gran

22 Tuberkulosescreening i kommuner

Marit Teigen Hauge

25 Tuberkulose på gynekologisk avdeling

Joachim R. Denstad

26 'Feskarbonden og andre kvinnfolk'. En historie om tuberkulose

Njål Flem Mæland

28 Sykebesøket – en plage eller en gave?

Jørund Straand

32 Fastlegens rolle når livet går mot slutten

Anne Fasting

36 Delirium hos eldre pasienter utenfor sykehus

Mathias Nikolai Petersen Hella, Hogne Sønnesyn,

Anne Katrine Bergland og Bjørn Erik Neerland

38 Gynekologiferdigheter i medisinstudiet

Carl Emil Graff, Kristin Skåtun Hannestad,

Gunnar Tschudi Bondevik og Thomas Mildtvedt

43 BOKANMELDelse: Humørfylt refleksjon

«Funderinger fra en fastlege» anmeldt av Inga Marthe Grønseth

44 BOKANMELDelse: En solid oversikt

«Ledelse ved kriser» anmeldt av Eli Berg

44 BOKANMELDelse: Et solid og viktig oppslagsverk

«Helseretten» anmeldt av Eli Berg

45 Sakset fra forskning. Kompilert av Lisbeth Nilsen**46 LEGEFORENINGENS HJØRNE: Migrasjonshelse i trangere tider**

Aud Marie Tandberg/Norsam

47 FAGGRUPPER: Faggruppe for farmakoterapi i allmennpraksis

Ketil Arne Espnes

48 FASTE SPALTERTIPS & RÅD **48**HVA LESER LEGEN **49**RELIS **51**LYRIKKSTAFETTEN **52**

Flyktinghelse

Menneskelig lidelse og død er grusomt å oppleve. Man skulle tro at menneskelheten i 2024 hadde kommet lenger. Vi har dessverre ikke det. *Utposten* hadde høstens redaksjonsmøte i Oslo. Vi deltok da i en fredelig markering utenfor Stortinget, en demonstrasjon mot drapene på forsvarsløse barn i Gaza. Etterpå ble det en enkel avgjørelse at vi skulle gi oppmerksomhet til flyktingers helse i bladet vårt. Vi sendte ut forespørsler bredt om bidrag fra ulike fagfolk og fagmiljøer. Responsen har vært fantastisk. Jeg hadde tenkt å skrive over all forventning, men det blir faktisk feil. For det er ikke over all for-

ventning. Det er akkurat som vi bør forvente. Vi som har utdannet oss til et yrke der det handler om å hjelpe, bør forstå hva traumer betyr for folk i Ukraina, Gaza, Niger, Mali, Sudan, Colombia, Syria – bare for å nevne noen av stedene der det nå er pågående væpnede konflikter.

Mennesker på flukt mister alt. De utnyttes. De er redde. De lider.

Mennesker på flukt kommer til et rikt og fredelig land. Men samtidig til et land med sine utfordringer, som å ha nok ressurser og arbeidskraft til å dekke egne innbygges behov.

Norske kommuner takker ja til å ta imot mange flyktinger. Det skulle bare mangle. Med det følger et stort ansvar – ikke bare økonomiske tilskudd fra staten. Det følger med et ansvar for å sikre gode tjenester til alle.

Vi skal gjennom flere av artiklene i dette bladet gi et innblikk i noen av disse tjenestene og hvordan de er og bør organiseres.

God lesing!

JAN HÅKON JUUL



– Den viktigste jobben

Hanne Edøy Lossius ■ INTERVJUET AV MARIT TUV



Hun er utdannet journalist, men opplever at hun først ble lyttet til etter at hun ble lege. Hanne Edøy Lossius mener at leger kan ytre seg både oftere og tydeligere.

På vei gjennom Nygårdsparken høres lyden av kram snø under støvlene. Glade barn på akebrett og de palestinske flaggene som vaier fra flere bygårder på Møhlenpris står i varm kontrast til kulden vi opplever i verden denne vinteren. Mange leger har ønske om å hjelpe, men er usikre på hvordan. *Utposten* har tatt turen til arbeiderstrøket i Bergen i håp om å finne noen svar hos en kollega med erfaring både fra felt og fra påvirkningsarbeid.

Hanne åpner døra med et bredt smil og minstemann på armen: – Så hyggelig med besøk! Vil du ha kaffe?

Kjøkkenvinduet er dekket av et stort flagg i rødt, svart, hvitt og grønt, men solstrålene slipper gjennom – som et streif av håp om fred i Gaza.

– Jeg utdannet meg jo først til journalist. Egentlig hadde jeg alltid lyst til å studere medisin, men jeg var veldig dårlig i matte, så jeg måtte ta opp igjen det for å komme inn. Å bli lege var som en fjern drøm. Da jeg begynte på medisinstudiet i Bergen, hadde jeg en forventning om å komme til en slags intellektuell høyborg med mange spennende diskusjoner.

Hun drar litt på det, veier ordene sine.

– Jeg hadde nok sett for meg å finne det samme politiske engasjementet som hos journalister. Men jeg opplevde heller at folk var litt redde for å si ifra, og at vi ikke skulle mene noe særlig. Kanskje har det gjort at jeg mener enda mer?

Leger blir lyttet til

Dr. Lossius er opptatt av rettferdighet og andres ve og vel. Da ambulansedyrene sto



Det palestinske flagget henger i kjøkkenvinduet til Hanne og familien.

på bakken i Finnmark for noen år siden, var Hanne tydelig på hvilken krise det satte lokalbefolkningen i: – For meg hadde det vært mer belastende å ikke si ifra enn det var å slåss for at flyene skulle komme. Leger må lede, vi må tørre å mene noe. I kraft av den rollen vi har som leger, blir vi lyttet til.

Den engasjerte 43-åringen har en doktorgrad fra Universitetet i Tromsø med feltarbeid på Gazastripen. Hun er også firebarnsmor, allmennlege i distrikt, ivrig legevaktslege og snart ferdig anestesilege. Før jul begynte hun i jobb igjen etter å ha hatt sin første ordentlige fødselspermisjon med sønnen som snart fyller året.

– Jeg var student og tidlig i karrieren som journalist da jeg fikk de tre eldste barna. Nå som jeg ble mamma på nytt i voksenalder, har jeg blitt mer bevisst på prioriteringene mine. Jeg har blant annet valgt å jobbe redusert og med kortere vakter, slik avtaleverket faktisk åpner for, påpeker Hanne.

Hanne i stua hjemme med minstemann Magnus på armen. Maleriet bak viser den palestinske tolvåringen Faris Odeh, som ble skutt av det israelske forsvaret etter å ha kastet stein mot en stridsvogn.

gjøres hjemmefra

Hanne Edøy Lossius med Gaza i bakgrunnen.



Hun fortsetter: – Vi har nok egentlig vært altfor lite flinke til å si ifra over tid. Det er ingen som kommer og gir deg amefri. Hvis vi leger ikke står opp for oss selv, så er det ingen andre som gjør det.

Samtalen dreier over på kampanjen #legermåleve og norske legers arbeidsvilkår. Vi er vel tross alt ganske privilegerte, spør *Utpostens* utsendte, hvorpå dr. Lossius svarer kontant:

– Lidelse er alltid subjektivt, og jeg synes det er ukollegialt når erfarne leger avfeier de yngres opplevelse av arbeidshverdagen som sutring. Nå er det helt greit for meg å gå vakter på 18 timer, men jeg husker at jeg var livredd da jeg som turnuslege på Haraldsplass om natten hadde ansvaret for akuttmottaket alene. Enkelte vakter dro jeg tilbake på sykehuset etter at jeg hadde dratt hjem fra jobb, for å sjekke at alle hadde overlevd gjennom natten.

Hanne holder frem: – Jeg tror også at situasjonen på sykehusene i Norge i dag er veldig annerledes enn den var noen år tilbake – det er større forventninger hos befolkningen og veldig mye mer behandling man kan gi. Det er så klart lærerikt å stå alene i et akuttmottak som ung lege, men er det det beste for pasienten? Det er jo ikke det, det må vi være enige om, sier den engasjerte legen, og tilføyer at hun har stor tro på fremskutt kompetanse, med overleger i mottak.

Nytteverdien av allmennmedisin

Selv begynner hun å bli en erfaren lege med bredt interessefelt. Man kan lett forestille seg at kompetanse i anestesi vil være nyttig om man står alene på vakt i Berlevåg. Det er kanskje ikke like innlysende at allmennmedisinske ferdigheter kan ha verdi ved innledning av narkose?

– Den tilstanden man er i når man sover, tar man gjerne med seg gjennom narkosen og ut igjen når man våkner. Ofte er pasientene mye mer redde enn det man kanskje tenker som lege ved hodeenden. Hvis man er veldig lei seg og gråter, så får man en vanskeligere luftvei. Allmennleger kan å snakke med pasienter på en måte som effektivt henter ut viktig informasjon. Det har jeg nytte av daglig som LIS i anestesi, forteller Hanne.

Hun fortsetter:

– Å være allmennlege er den beste jobben! I hvert fall i Nord-Norge. Man er på en måte mer ekte lege der; det er veldig behov for deg, folk er ofte dårlige når de kommer til legen, og man kommer tett på pasientene. Men for meg ble ansvaret for lite avgrenset, det er jo uendelig med arbeid og ingen som tar over når man går for dagen. På anestesi er det alltid noen som overtar, og man slipper å følge pasientene på sikt. Vi skal jo egentlig bare hjelpe kirurgen til å kunne operere, sier hun litt ettertenksomt.

– Det medfører flere fordeler, for du kan godt være perfeksjonist, men hvis du som anestesilege finner en bilyd eller tegn på hjertesvikt, så er det uansett ikke du som skal gjøre noe med det. Du skal bare videreformidle at pasienten må utredes for hjer-tefeil før operasjon.

Mange ser på anestesi som et fag for de tøffeste blant oss leger. Det samme gjelder for kollegene som drar til Gaza – det er ikke for pysser. Er hun så uredd som man kanskje kan få inntrykk av?

Ytringsplikt

– Nei, jeg går jo rundt her og er livredd for alt som sønnen min kan putte i munnen! Han får ikke spise store brødbiter ennå, selv om han snart fyller ett. Og første gangen jeg dro til Gaza, det var i 2014, var jeg mest redd for flyturen til Tel Aviv, humrer hun: – Det er blitt litt bedre etter hvert, jeg har til og med sovet gjennom en mellomlanding i Hammerfest, forteller hun litt stolt.

– Så fikk jeg barn igjen, og da blir jo verden dritskummel. – Men jeg har aldri vært redd for å ytre meg. Vi lever jo i et samfunn der vi har lov til å si ifra, og utdannelsen vår gir tyngde til uttalelsene vi kommer med. Vi har et ekstra ansvar når vi vet om noe som kan påvirke helsa til folk – enten det er at det ikke er fly i Finnmark eller om det er

I Beit Hanoun, nord i Gaza, sommeren 2017.





Med kollega og venninne Nashwa Skaik i Beit Lahya i januar 2016.

at kollegaene våre på Gaza blir slaktet. Vi må stå opp for menneskeverdet! Det er vår medmenneskelige plikt. Jeg synes heldigvis det har vært en endring etter 7. oktober. Mange kollegaer uttaler seg i sosiale medier på en måte de aldri tidligere har gjort, og jeg ser nye ansikt i demonstrasjonstog. Nå tror jeg kanskje mer enn noen gang før at folk har fått nok.

– Men kaffen din er jo kald! Jeg henter ny til deg.

Hun er kjapt tilbake med en ny kopp, og på veien plukker hun med seg et eksemplar av doktoravhandlingen sin fra bokhylla. Hanne vokste opp med en pappa som var valgobservatør i Palestina, så hun

var godt kjent med forholdene det palestinske folket lever under.

– Men han er ingen aktivist, altså, skyn-der hun seg å legge til. – Han er bonde.

Finansiert av gatekunst

På tredje året skulle medisinstudentene i Bergen fordype seg i et forskningsprosjekt. Tema kunne velges fritt og jobbes med som en særoppgave fram til femte året.

– Da tok jeg kontakt med Mads Gilbert for å høre om jeg kunne være med og jobbe under han i Gaza, og det fikk jeg! Til å begynne med var det en studentoppgave, men etter hvert hadde vi snakket med og gjort grun-

dig klinisk undersøkelse av 80 pasienter. Vi brukte validerte spørreskjemaer, der vi kartla hva som hadde skjedd med dem og med familiene deres, hvilke våpen de ble amputert av, hvordan rehabiliteringsprosessen hadde vært, og hvordan de hadde klart seg fysisk og psykisk, meddeler forskeren.

Hanne dro hjem fra Palestina i juni 2014. Hun hadde bare vært hjemme i to dager da Gaza ble utsatt for det forrige store angrepet. Da tok hun kontakt med proteseverkstedet, som fortalte at det var veldig mange av de hun hadde møtt som hadde fått nye skader. Mange hadde mistet flere kroppsdeler.

– Jeg dro tilbake i september det året, og pasientantallet hadde trippet seg bare i løpet av sommeren. Så da bestemte vi i forskningsgruppen at vi skulle inkludere alle. Og litt overraskende så fikk vi finansiering til prosjektet av gatekunstneren AFK i Bergen, forteller Hanne.

Beretningen om Gaza er tung, men ordene flyter lett: – Vi samarbeidet tett med proteseverkstedet – de er både et rehabiliteringssenter og lager proteser. Det er de som får Gaza på beina igjen etter hvert angrep. Senteret har en avtale med Røde Kors om finansiering. Alle som kommer dit får gratis behandling, opplyser Lossius stolt.

I studien fant forskerne at grad av smerte hang veldig tett sammen med om du hadde blitt bombet til fattigdom eller om du ikke lenger var i stand til å sette mat på bordet til familien din.

Hanne tar en liten pause, før hun understreker: – Store deler av Gazas befolkning lever i dyp fattigdom, i et område med veldig rikt jordbruk og Middelhavet rett utenfor. Det kunne vært et paradys på jord, men i stedet har vi en menneskeskapt villet situasjon der, slik vi også har i flyktningleirene i Hellas.

Erfaringer fra felt

Den samfunnsengasjerte legen har ikke bare erfaring fra Gaza – hun har også flere ganger jobbet i flyktningleiren Moria på den greske øya Lesbos: – Det er et sted man bare ikke tror eksisterer. Det er jævlige forhold, masse barn, og så vanvittig kaldt kystklima. Leiren er beregnet for 2000 personer, men det befinner seg 20 000 mennesker der. Alle som er der er syke på grunn av politikken som føres i Europa, stadfester Hanne.

Lossius forteller at i 2015 var det mest akuttmedisinske problemstillinger: – Folk var generelt ganske friske, de kom jo fra samfunn som hadde vært velfungerende, inntil krigen kom. Da var det hypotermi,

drukninger, den typen hendelser. Etter hvert ble det mer forverring av kroniske sykdommer og egentlig behov for hudleger, for da var det masse skabb, lus, sår, utslett og annet som oppstår når man bor primitivt over tid uten riktig ernæring og uten muligheter til å vaske seg. Det var veldig vanskelig å bedømme barn – de kom inn med feber og hoste, men var helt matte i blikket og ville ikke gi ordentlig kontakt. Ble de svake fordi de var kjempesyke eller hadde de vært i Moria for lenge? under Hanne.

Bildene av barna i Moria og i Gaza flimrer over netthinna. Hvordan kan man leve videre etter å ha sett slike grusomheter begått mot sivilbefolkningen, og da spesielt barn?

– Akkurat nå er jeg fryktelig sliten, innrømmer hun. – Det er utmattende å hele ti-

den frykte for livene til venner og kollegaer på Gazastripen. Jeg har gode venner som er blitt drept. Det hadde jo vært et massivt traume hvis det hadde skjedd her, sier hun trist. – Men vi må slåss for at flere skal kunne ha det slik vi har det i Norge.

Hanne insisterer: – Det ville jo vært helt vanvittig hvis jeg skulle brukt av min og min jobbs tid på å reise til Moria eller Gaza og symptombehandle masse greier en uke og så dratt tilbake igjen. Det hadde jo ikke utgjort noen forskjell for noen egentlig, uttrykker Hanne.

– Vi må formidle til politikerne hva som skjer der ute. Mads Gilbert har lært meg at den viktigste jobben gjøres hjemmefra, avslutter Hanne Edøy Lossius.

■ MARITTUV@HOTMAIL.COM



Det er store kontraster mellom Hannes nabolag hjemme i Norge og i Palestina. Til venstre er hun avbildet ved siden av Gazas eldste tre.

Å LEVE ER MER ENN Å OVERLEVE

8. mars, 2024 | Åråsen konferansesenter - Lillestrøm

FAGDAG om seneffekter og livet etter kreftbehandling for allmennleger, sykepleiere, fysioterapeuter og annet helsepersonell.



Kathrine Vandraas



Frode Skanke



Ole Petter Hjelle



Randi Gjessing

Ved utgangen av 2021 var det 316 145 menn og kvinner i Norge som har hatt kreft eller som lever med sin kreftsykdom. Mange kreftoverlevende forteller at de opplever tiden etter behandlingen mer utfordrende, enn selve behandlingen. På denne fagdagen vil du lære mer om seneffekter og få konkrete råd til hvordan du kan støtte dine pasienter sånn at de får økt livskvalitet.

PÅMELDINGSFRIST 23. FEBRUAR 2024

For påmelding gå inn på checkin.no og søk på «livet etter kreft» eller scan QR koden.

Pris fagdag: kr. 2500,- Begrenset antall plasser / Pris fagdag digital deltagelse: 1990,-

Kurset er godkjent av Den norske Legeforening. **Allmenntilleggsmedisin:** 6 valgfrie kurspoeng til videre- og etterutdanningen. **Fysikalsk medisin og rehabilitering:** 6 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering og spesialitetens etterutdanning.



Har du spørsmål ta kontakt med:

Ane Haugen, ane@kreftkompasset.no, mobil: 93 25 62 58.

Lotta Våde, lotta@kreftkompasset.no, mobil: 97 06 48 34.

kreftkompasset.no



KREFTKOMPASSET

Utposten for 50 år siden

■ KRISTINA R. IDEN • Redaktør, Utposten



Jeg håper du har vært innom og kikket på vårt komplette digitale arkiv over tidligere *Utposten*-utgaver. Det gir et spennende blikk inn i datidens politiske og kulturelle strømninger som formet den allmenn- og samfunnsmedisinske diskursen.

Jeg har bladd i *Utposten*-utgavene som ble utgitt i 1974. Med dagens blikk har noe av stoffet tålt tidens tann, mye er ikke relevant, noe fremstår mer som en kuriositet, mens utenriksrapportene om nød dessverre fremdeles er relevante.

70-tallet var en tid med store sosiale, kulturelle og politiske endringer, og abortstriden og kvinnebevegelsen var viktige elementer i denne perioden. Jeg ser for meg demonstrasjonstog, oransje og brun kordfløyel og bestemte kvinner og menn med langt, flagrende hår. Det var harde fronter og mange markeringer. Det er fint å tenke på, demonstrasjoner og polemikk er et sunnhetstegn for demokratiet.

I den åttende utgaven i 1974-årgangen har OLL (Offentlige legers landsforening, forløperen til dagens Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam)) publisert en uttalelse til Legeforeningens sentralstyre, som reaksjon på *Stortingsmelding nummer 51, 1973/74* om barnefamiliens levekår.

Det er ingen forklarende ingress eller andre faktaopplysninger til artikkelen. Dette har trolig vært en stortingsmelding som har blitt omfattende diskutert, og forfatterne i OLL forventer at alle må skjønne hva det handler om.

Teksten går rett på og viser til kapittel 3.11.3. Prinsipper for endring av lov om svangerskapsavbrudd, punkt 7.

«OLL sitt styre ønsker på det sterkeste å presisere den alvorlige og uholdbare situasjonen som vil oppstå hvis legen blir pålagt med hjemmel i lov å handle mot sin samvittighet. Det er av aller største betydning at dette grunnleggende prinsipp for vår legegjerning ikke blir krenket! Dersom det nå blir åpnet adgang til å tvinge en lege til å handle mot sin samvittighet i abortspørsmål, vil dette også åpne mulighetene for å dra inn andre områder av vår legegjerning (f.eks. aktiv eutanasi).»

OLL skriver videre at

«tillitsforholdet mellom pasient og lege kan bli vesentlig svekket om legen tvinges til å handle mot sin samvittighet Enhver lege må ha som grunnprinsipp å kunne handle ut fra en medisinsk vurdering av sin samvittighet grunnet i den tradisjonelle legeetikk.»

Det er ingen tvil om hva OLL mener om stortingsmeldingen.

Det har nylig kommet en biografi om kvinnesakskvinnen Katti Anker Møller. Hun foreslo allerede i 1910 å legalisere abort. Først på 70-tallet, da kvinnebevegelsen kom sterkt på banen, ble det en viktig sak for den politiske diskursen. I 1978 ble loven om selvbestemt abort vedtatt av Stortinget med én stemmes overvekt. Den nåværende abortloven har vært uforandret i snart 50 år. En revisjon er nødvendig. Før jul leverte Abortutvalget en NOU-rapport, som anbefaler ny abortlov. Rapporten er nå ute på bred høring, så får vi vente og se når det skal behandles i Stortinget. Jeg forventer at NFA og Norsam deltar i høringsrunden, kanskje ikke med liknende, skarp ordlyd som uttalelsen i *Utposten* i 1974.

Utposten ønsker å formidle praktiske råd fra én praktiker til en annen. I denne utgaven starter nettopp en ny spalte, med omdreiningpunkt rundt gode råd for allmenn- og samfunnsmedisinere på de mange utposter.

Utposten for 50 år siden hadde også korte artikler med praktiske råd. Dag Brekke snakker fram den lange kanylen i sin korte

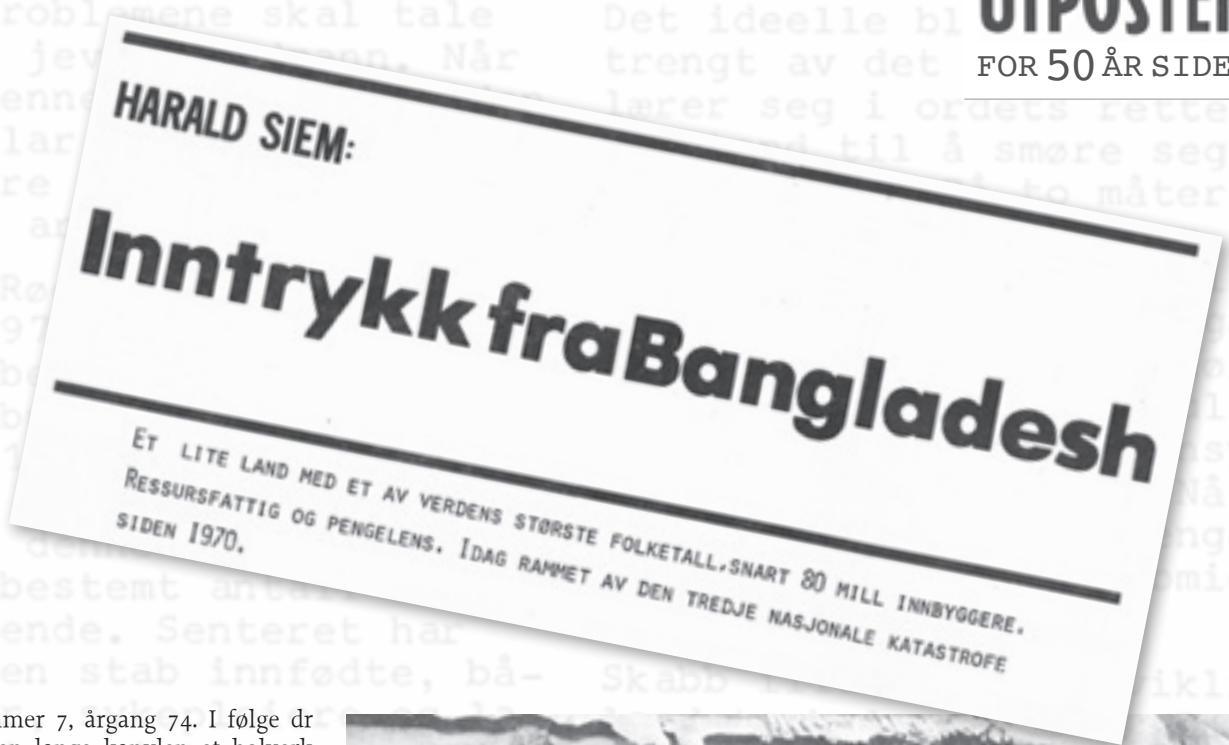


Dag Brekke:

Den lange kalkylen

En lang steril engangskanyle (f.eks. Mediplast 0,80) (x 80 mm) kan brukes til så mangt.

1. Til fjernelse av fastsittende fremmedlegeme på cornea. (Erstatter hulmeisel/corneaskrape/tannlegebor mv. Jfr. såromtale).
2. Intracardialkanyle.
3. Suprapubisk blærepunksjon.
4. Spinalpunksjon i nødsfall. (Sml. "Tidsskriftet" 1974, 94, 648).
5. Paracentese. Det kan innvendes at en ikke får den store paracenteseåpningen som ØNH-legene ønsker. Men uten risiko kan åpningen gjøres større enn bare suas...



snutt i nummer 7, årgang 74. I følge dr. Brekke er den lange kanylen et bolverk mot mye vondt!

«En lang steril engangskanylen kan brukes til så mangt (f.eks. Mediplast 0,80) mm

1. Til fjernelse av fastsittende fremmedlegeme på cornea.
2. Intracardialkanylen
3. Suprapubisk blærepunksjon
4. Spianl punksjon i nødfall
5. Paracentese»

For barn med slim i mellomøret, kan et kontrollert stikk i trommehinnen (paracentese) lett lage gunstige drenasjeforhold, slik at snørr kan renne ut i øregangen og forhindrer dermed at trommehinnen sprekker av seg selv. Det er et kirurgisk enkelt inngrep. Det synes også dr. Brekke:

«Det kan innvendes at en ikke får den store paracenteseåpningen som ØNH-legene ønsker. Men uten risiko kan åpningen gjøres større enn bare svarende til en punksjon ved et lite sidemoment på nålen i stikkøyeblikket. Den skjærer godt. Til forskjell fra de vanlige paracentesenålene, er den lange kanylen alltid for hånden – også i sykebesøk – den er alltid steril og alltid skarp. De vanlige paracentesenålene får meget lett en «grad» på spissen som øker smertene ved selve stikket og lett kan hefte seg opp og rive trommehinnen. Gjennom Heineotoskopet er kanylen lett å bruke, spesielt om en har otoskopodet med den vesle instrumenteringslupen.»

Dagens redaksjon ønsker å se utover Norges grenser, og vi tar gjerne imot reisebrev fra kolleger som jobber i andre land. Internasjonalt samarbeid er viktig. Vi lever ikke i et vakuum, og helseutfordringer kjenner ingen landegrenser. Gjennom internasjonalt arbeid kan norske leger være en bitteliten brikke i det store spillet for å bygge bærekraftige helsevesen, bekjempe pande-



mier og løse komplekse helseproblemer på tvers av nasjonale grenser. Verdenssituasjonen viser det mer enn noe annet, hvor vedv sammen alt er.

I 1974 ble Bangladesh rammet av flom, som resulterte i en alvorlig sultkatastrofe. Trolig døde flere hundre tusen mennesker av sult eller sykdommer relatert til underernæring. Verdenssamfunnet reagerte sent.

En av redaktørene i *Utposten*, Harald Siem, jobbet for Røde Kors i Bangladesh og skrev derfra. I teksten kommer vi rett inn i sultkatastrofe, nød og elendighet.

«Faglig sett vil enhver norsk lege ha selvbebreidelser i forbindelse med sitt arbeid. Det ideelle blir fort fortrent av det mulige, og man lærer seg i ordets rette forstand til å smøre seg tynt utover. På to måter: I tillegg

til de 100 og 150 pasienter som blir sett av lege hver dag, går like mange usett til smøring med skabbmidler. Med sulfa for infisert skabb, bensylbensoat for de andre.»

Med tanke på dagens nød og menneskelige lidelser i Sudan, i Jemen og i Gaza – lar vi Siem avslutte:

«Forholdene her er så ubeskrivelige at det ikke er forsøket verdt å beskrive det, og jeg regner med at det har vært en del i dagspressen i det siste. I alle fall kryr det av journalister nede på hotell Interkont. Det gikk nok noe sent opp for uteverdenen at det virkelig var så ille som det er, da Bangladesh lanserte de første appeller.»

La oss håpe at dagens appeller om krig og nød ikke går for sent opp for verdens ledere som har makt til å gjøre noe.

Migrasjons helsens betydning i framtidens folkehelsearbeid

■ ANGELA S. LABBERTON • Ph.d. seniorrådgiver ved Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet og LIS i samfunnsmedisin

■ TORILL ALISE ROTEVATN • Ph.d. seniorrådgiver ved Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet

■ THEA STEEN SKOGHEIM • Ph.d. seniorrådgiver ved Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet

■ LEMA HUSSAINI • MPhil helseøkonomi og ledelse, forsker i Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet

Migrasjonshelse er mer aktuelt i dag enn noensinne. Norges befolkning blir stadig mer mangfoldig. De siste to årene har det kommet et rekordstort antall flyktninger til Norge, og personer med bakgrunn fra Ukraina utgjør nå mer enn én prosent av Norges befolkning.

Koronapandemien understreket tydelig viktigheten av kunnskap om migrasjonshelse. Over én million innbyggere har innvandrerbakgrunn, noe som betyr at én av fem enten er innvandrere eller født i Norge av innvandrerforeldre. Videre har over én av fire norskfødte barn mødre født i utlandet (1). Fagfeltet migrasjonshelse omfatter kunnskap om hvordan migrasjonsprosesser og migrantbakgrunn kan påvirke helsetilstand og forekomst av sykdom, samt tilgang til og kvalitet på helsetjenester.

Personer med innvandrerbakgrunn er en svært heterogen gruppe med ulik bakgrunn, årsak til innvandring og botid i landet. Helsen varierer med landbakgrunn, innvandringsgrunn, botid, alder, kjønn og utdanning (2). Personer med fluktbakgrunn har generelt dårligere helse enn de som kommer for å studere eller arbeide. Det er altså store forskjeller i levekår, levevaner og sykdomsforekomst blant innvandrere. Generelt sett er innvandrere yngre, friskere og har høyere forventet levealder enn befolkningen for øvrig. At innvandrene har bedre helse ved ankomst til Norge henger sammen med at migrasjon er en krevende prosess, hvor det ofte er de friskeste og mest ressurssterke som migrerer. Dette kalles ofte «the healthy migrant effect» (3). Imidlertid blir innvandreres helse ofte mer lik eller dårligere enn majoritetsbefolkningens helse med økende botid (4).

Den samlede effekten på helse av faktorer før, under og etter reisen omtales ofte som «the exhausted migrant»-hypotese (3).

Sosial ulikhet i helse

De systematiske helseforskjellene mellom ulike grupper i samfunnet betegnes sosial ulikhet i helse. Utdanning, inntekt og yrke er de mest brukte målene på sosial ulikhet. Som nevnt over varierer levekår blant innvandrere, men samlet sett har gruppen dårligere levekår enn den øvrige befolkningen. Ifølge SSBs levekårsundersøkelse fra 2016 (5), har innvandrere generelt dårligere økonomi, lavere sysselsetting og dårligere boligstandard, med en høyere andel som leier og bor trangt, sammenlignet med resten av befolkningen.

Under pandemien ble sosial ulikhet i helse særlig synlig, hvor enkelte grupper var mer utsatt for både sykdom og konsekvenser av pandemiltak enn andre. Personer med innvandrerbakgrunn ble spesielt hardt rammet (6). Forskning under koronapandemien peker på flere delforklaringer til at noen innvandrergrupper hadde høyere andel påviste smittetilfeller og covid-19-assosierte sykehusinnleggelse (7). Forklaringene inkluderer kommunikasjon, bosted, familiestruktur og sosiale miljøer, sosioøkonomiske forhold som yrke, bolig, inntekt og utdanning, samt hyppighet og mønster av utenlandsreiser.

Derimot ser ikke ulikheter i medisinsk risiko for alvorlig koronasykdom ut til å være en vesentlig årsak til skjevheten, basert på dataene vi har hatt tilgjengelig.

Med tanke på årsaker til sosial ulikhet i helse under pandemien var det ikke én enkelt forklaring som pekte seg ut, men samlet sett en akkumulert sårbarhet. Hver for seg forklarer de ulike faktorene kun en liten del av skjevheten, men når mange faktorer opptrer sammen, kan de utgjøre en opphopning av sårbarheter blant innvandrere. Det å være innvandrer kan dermed anses som en egen helsedeterminant eller årsak til sosial ulikhet i helse. Innvandrerstatus kommer altså i tillegg til de vanlige årsakene til sosial ulikhet i helse; som på gruppenivå er dårligere blant innvandrere. Et eksempel på akkumulert sårbarhet er svake digitale ferdigheter som ikke kan kompenseres for av gode språkferdigheter eller kjennskap til den norske helsetjenesten. Et annet eksempel er lav inntekt i kombinasjon med dårlig jobbsikkerhet, få oppsparte rettigheter, svake språkferdigheter og manglende godkjenning av utdanning som begrenser mulighetene på arbeidsmarkedet. Sårbarheter blir forsterket når de opptrer sammen, og uten at de kompenseres av andre faktorer (7). I arbeidet med håndtering av pandemien ble viktigheten av å ha bred kunnskap om hele befolkningen sentral med tanke på å kunne tilpasse kommunikasjons- og smitteverntiltak, samt å tilby likeverdige helsetjenester.

Helsetjenestebehovet blant flyktninger

Vi har også i de siste årene lært mye fra mottak av flyktninger fra Ukraina, som kan ha ulike helseutfordringer og ulike forventnin-

Flyktninger trenger tilpasset informasjon om helsetjenesten i Norge.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ger til helsehjelp og bruk av helsetjenester. En undersøkelse utført av Folkehelseinstituttet viser at flyktningene vurderer sin egen helse som dårligere enn den øvrige befolkningen (8). Flyktningene rapporterte mer langvarig sykdom og flere psykiske plager, og at deres selvvalgte tannhelse var betydelig dårligere. Funnene understøtter erfaringene fra mottaksapparatet og helsetjenesten. Å sikre oppfølging av og kontinuitet i behandling for langvarige sykdommer og helseproblemer, inkludert støtte for psykiske plager, er viktige helsetjenestebehov hos denne gruppen. Undersøkelsen peker også i retning av at flyktningene opplever noe udekkede helsetjenestebehov og trenger tilpasset informasjon om helsetjenesten i Norge. Ukraina vedtok i 2017 en omfattende helsereform. Reformen inkluderer en styrking av primærhelsetjenesten og innføring av det som kan ligne en fastlege (9). Implementeringen har fortsatt under krigen og flere endringer har blitt innført først i løpet av de siste to årene. Eksempelvis ble krav om e-resept for antibiotika, som tidligere ofte ble utlevert uten resept, innført i august 2022 (10). Følgelig kan ukrainere ha ulike forventninger til helsetjenesten og være vant til en annen type tilgang til behandling enn tilfellet er i Norge, noe som særlig kan gjelde de som forlot Ukraina i krigens tidlige fase.

Likeverdige tjenester

Det er en politisk målsetning at helsetjenester skal være likeverdige med hensyn til både tilgjengelighet, bruk og resultat. Asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente har samme rett til helsetjenester som resten av Norges befolkning. Likevel kan personer som har innvandret til Norge oppleve en rekke utfordringer i deres møte med helsetjenestene. Språklige barrierer kan blant annet føre til redusert tilgang til helsetjenester, dårligere kvalitet på tjenestene, økt risiko for feilbehandling, mangelfull oppfølging, mindre tilfredshet og svekket tillit til tjenestene (1). Videre kan noen innvandrere ha en annen eller lavere helsekompetanse (2). Lite kjennskap til hvordan tjenestene er organisert, kombinert med lavere helsekompetanse og svake norskferdigheter, kan gjøre det vanskeligere for enkelte innvandrere å nyttiggjøre seg tjenestene. Dette er eksempler på noen utfordringer helse-tjenesten må imøtekomme for å kunne tilby likeverdige helsetjenester til en stadig mer mangfoldig befolkning.

Integrering er særdeles viktig i arbeidet med å utjevne sårbarheter og sosial ulikhet. Omtrent en fjerdedel av innvandrerne har bodd i Norge i mindre enn fem år og halvparten mindre enn ti år. Botiden har betydning for de fleste integreringsindikatorer (12). Lengre botid er tilknyttet høyere deltakelse i arbeid, bedre inntekt og boligforhold. Innvandrere med lengre botid opplever også større tilhørighet til Norge, og deltar i større grad i sivilsamfunnet. Gode norskkunnskaper er viktig for både integrering og for helsen, da innvandrere med lang botid, men med svake norskkunnskaper, oftere har dårligere helse (4).

For å møte utfordringene knyttet til migrasjonshelse, er tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid avgjørende. Helsesektoren bør med fordel ha kjennskap til og samarbeide med sektorene som



har ansvar for integrering, arbeid og utdanning. Folkehelse er et tverrsektorielt ansvar, og kommuner er godt vant med å fremme folkehelse på tvers av sektorer. Det samme konseptet er høyst aktuelt når det gjelder innvandrere og deres helse. For innvandrerbefolkningen er samarbeid med aktørene som har ansvar for integrering fordelaktig, og frivilligheten kan spille en vesentlig rolle opp mot denne gruppen i befolkningen.

Behov for mer forskning

I forskningen må vi også i større grad se på integreringsrelaterte faktorer, helse og bruk av helsetjenester i sammenheng. Selv om det har fremkommet mer kunnskap om innvandrernes helse de siste årene, blant annet fra enkelte helseundersøkelser, analyser av registerdata og kvalitative studier, eksisterer det fortsatt flere kunnskapshull. Disse hullene må fylles for å bedre kunne forstå de komplekse årsakene til helseulikheter blant innvandrere. Deltakelse i forskningsstudier blant innvandrere er ofte lav. Dette kan blant annet skyldes at studier i liten grad blir tilrettelagt godt nok med tanke på innhold, rekruttering og språk, og vil derfor være mindre tilgjengelig for mange innvandrere. For å sikre en representativ kunnskapsutvikling om innvandreres helse og helsetjenestebruk, er dette en utfordring forskere bør legge ressurser i fremover. Det midlertidige beredskapsregisteret, Beredt C19, ga en unik mulighet til å analysere data om hele befolkningen i sanntid under pandemien. Koblinger mellom flere sentrale registre muliggjorde raske og gode analyser som bidro til økt kunnskap og målrettede smitteverntiltak (6). Kvalitative studier ble også raskt igangsatt, og var avgjørende for å forstå erfaringene og behovene som helsepersonell og ulike befolkningsgrupper hadde under pandemien. Slike koblinger og tilgang til oppdaterte data har vært positive og nyttige for å fylle kunnskapshull og øke forståelsen om mangfoldet i befolkningen.

I møte med det store antallet flyktninger fra Ukraina har norske kommuner nok en gang vist en enorm omstillingsevne og en evne til å yte tjenester til tross for knappe ressurser. Kommunene tilegnet seg nye erfaringer under pandemien og etablerte gode løsninger (6). De ekstra ressursene forsvant imidlertid raskt da smitteverntiltakene ble avvirket. Dette har vært med på å hindre at de gode løsningene videreføres. Selv med regjeringens tiltak for å stramme inn regelverket for fordrevne fra Ukraina (13), vil det komme flere flyktninger i tiden fremover. Som sentral aktør bør kommunene tildeles tilstrekkelige ressurser og støtte, som helst imøtekommer nåværende og fremtidige behov. Dette vil være avgjørende for å kunne



ILLUSTRASJONSFOTO: FREEMK

innføre og videreføre gode og velfungerende løsninger innen både folkehelse, likeverdige helsetjenester og integrering i et mangfoldig Norge fremover.

REFERANSER

1. Medisinsk fødselsregister – statistikkbank. Is9: Mors fødeland (Statistikkbank). Folkehelseinstituttet; 2023. Available from: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>.
2. Spilker R, Kumar B, Diaz E, Kjøllesdal M, Straiton M, Ali W, et al. Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge (Nettdokument). Folkehelseinstituttet; 2022 (updated 26.08.2022). Available from: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/?term=>.
3. Migration health theories: Healthy migrant effect and allostatic load. Can both be true? In: Kumar BN, Diaz E, editors. Migrant Health: A Primary Care Perspective. 1st ed. Boca Raton: CRC Press; 2019.
4. Kjøllesdal MKR, Gerwing J, Indseth T. Health risks among long-term immigrants in Norway with poor Norwegian language proficiency. *Scand J Public Health*. 2023; 51(3): 422–9.
5. Vrålstad S, Wiggen KS. (red.). Levekår blant innvandrere i Norge 2016 (Statistisk sentralbyrå Rapport). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2017 (updated 12.12.2017). Available from: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211.
6. Hussaini L, Ezzati RT. Migrasjon og helse i usikre tider. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2022; 142(18).
7. Indseth T (red.). Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer (Rapport Folkehelseinstituttet 2021). Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021 (updated 06.12.2021). Available from: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/koronapandemien-og-innvandrerbefolkningene-vurderinger-og-erfaringer-rapport-2021.pdf>.

8. Labberton AS, Hansen TM, Skogheim TS, Heland Y. Healthcare needs among refugees from Ukraine arriving in Norway during 2022 (Rapport Folkehelseinstituttet 2023). Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023 (updated 15.09.2023). Available from: <https://www.fhi.no/contentassets/5c31f2a616fa451e97675f4c0fb755e6/healthcare-needs-among-refugees-from-ukraine-arriving-in-norway-during-2022-report-2023.pdf>.
9. Ministry of Health of Ukraine. Healthcare Reform. The transformation of Ukrainian healthcare: Ministry of Health of Ukraine, 2018. Available from: <https://en.moz.gov.ua/healthcare-reform>.
10. World Health Organization. Regional Office for Europe. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine 2023: World Health Organization. Regional Office for Europe. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/369097>.
11. Helsedirektoratet. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (Veileder IS-1924). Helsedirektoratet; 2011. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene>.
12. IMDi. Indikatorer for integrering. Tilstand og utviklingstrekk i 2022 (Nettdokument). Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi); 2023 (updated 30.08.2022). Available from: <https://www.imdi.no/contentassets/507ec06524674e4ca041a7f920395045/indikatorer-for-integrering-2022.pdf>.
13. Regjeringen. Endringer i regelverket for fordrevne ukrainere (Pressemelding Nr: 96 – 2023). 2023 (updated 07.12.2023). Available from: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/endringer-i-regelverket-for-fordrevne-ukrainere/id3017444/>.

■ ANGELASUSAN.LABBERTON@FHI.NO

NYE KOLLEGAER I HELSEVESENET I NORGE: Vi kan legge bedre tilrette for integrering

Refleksjoner etter et forskningsprosjekt om integrering for helse

■ **ESPERANZA DIAZ** • Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Institutt for Helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet

■ **KHADRA YAWIEN AHMED** • Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ **WEGDAN HASHA** • Institutt for biomedisin, Universitetet i Bergen

Tenk at du er i ferd med å begynne i jobb som lege i et asiatisk land. Du snakker godt nok, men har aldri snakket med andre leger på det språket. Du lurer også på hvordan man sosialiserer på jobb. Du har forberedt matpakken, men er ikke sikker på om dette er så lurt. Er din norske kompetanse gyldig i det nye landet? Du hadde ønsket litt tilbakemelding, men har hørt at det ikke er så lurt å vise seg som usikker. Hva gjør du?

«Vi mangler helsearbeidere» og «Vi må utnytte ressursene vi har på en bedre måte» er de nye mantraene i norsk helsevesenet. En av de foreslåtte løsningene er å integrere raskere og i større grad våre nye landsmenn i helsetjenestene (1). Spesielt attraktivt for Norge i denne sammenhengen bør det være å satse på de som allerede har en helseutdanning fra hjemlandet. Dette burde være en rimelig og rask løsning, også hvis vi tar i betraktning litt tid for å gjennomføre de nødvendige påbyggende kurs og oppnå forsvarlig språkkompetanse. Likevel er veien for disse menneskene lang, spesielt for dem som kommer fra land utenfor EU/EØS. Etter vanskelige faglige eksamener må de ofte finne praksisplasser, noe som er tungt når man ikke har nettverk i Norge. Norsk er også tungvint å lære når man knapt har muligheter til interaksjon med det norske samfunnet i hverdagen (2). Og tiden setter sine spor (3). Mens innvandrere ofte venter i flere år for å få autorisasjonen godkjent, danner våre fremtidige kollegaer seg et bilde av å ikke være ønsket eller verdsatt som fagpersoner i Norge (4). Samtidig kan underbruk av egen kompetanse føre til dårlig livskvalitet og helse, og til manglende integrering (5, 6).

En av de mange onde sirklene vi kjenner til som fastleger.

I tillegg til det skrikende behovet vi har for helsearbeidere i Norge, tyder forskningen på at deltakelse i meningsfulle, integrerende yrkesrettede aktiviteter kan være helsebringende for den enkelte (7). Altså, at den onde sirkelen kan snus ved å starte med integreringen av de som venter på autorisasjon, med håp om at det forbedrer livskvalitet og helse og at de kommer fortere i jobb. For å teste denne hypotesen, startet vi ved Universitetet i Bergen (UiB) «Integrering for helse (Int4Helse)», et forskningsprosjekt som inkluderer en intervensjon blant høyt utdannede migranter med helsefaglig bakgrunn som ventet på å få godkjenning i Norge.

I 2023 rekrutterte vi 17 personer, fem menn og 12 kvinner, til å delta i seks måneder i en skreddersydd intervensjon ved en relevant utdanningsinstitusjon i Bergen. Av deltakerne kom ti personer fra asiatiske land. I tillegg var tre afrikanere, tre europeere og en person fra Latin-Amerika med i intervensjonen. Migrantene hadde bodd i Norge mellom to og 13 år. Ti av dem var leger (og blant disse var fire spesialister), tre var farmasøyter, en tannlege, en sykepleier, en radiograf

og en bioingeniør. Hver deltaker ble inkludert som assistentlærer i tilpassede utdannings- og forskningsaktiviteter, enten ved Det medisinske fakultet ved UiB eller ved Høgskolen på Vestlandet, i en faggruppe så nært som mulig til egen faglig bakgrunn. Vedkommende ble tildelt en personlig mentor ved faggruppen. Tanken var at deltakerne gjennom disse seks månedene skulle lære om arbeidsplasser og arbeidskultur i Norge, og forstå hvordan norske studenter får undervisning i eget fag. Deltakerne fikk en ide om hva som det var forsket på og dannet seg et nettverk som kunne være nyttig for fremtiden. Mentorene var frivillige og skulle sørge for å gi dem meningsfulle, varierte oppgaver i samtale med faggruppene. Deltakerne fikk ikke noe ekstra betaling for dette arbeidet, men kunne beholde uteløst de allerede fikk fra kommunen eller gjennom NAV.

I forkant av utplasseringene arrangerte vi en tredagers samling for å forberede deltakerne til intervensjonen. De hadde allerede truffet sine mentorer og visste hvor de skulle være, men verken de eller vi visste i detalj hva de kunne forvente på de forskjellige arbeidsplassene, hvilken grad av selvstendighet og ansvar de burde regne med, eller hvilken rolle den enkelte skulle ha i de konkrete



miljøene. Mentorene var positive, men de hadde heller ikke gjort dette før (8). «Akkurat som det er å begynne i en ny jobb», tenkte vi. Det var derfor på sin plass å drøfte forventningene, frykt og tanker rundt opplegget rett før de skulle starte.

Som en del av opplegget, stilte vi deltakerne to spørsmål som de skulle diskutere i små grupper: *Hva er du mest redd for?* og *Hvordan tror du at du kan løse de mulige utfordringene som oppstår?* Så snakket vi sammen i den store gruppen. Femten av disse deltakerne er nå ferdige med intervensjonen og er blitt fulgt tett opp i prosjektet. Vi har dermed hatt tid til å se, også i samtale med mentorene, hvor viktige disse samtale var for å trygge dem i situasjonen, og vi tror det er mye overføringspotensial til andre settinger.

I det følgende vil vi derfor dele med *Utpostens* lesere våre refleksjoner rundt disse forberedende samtale. Artikkelen er ikke en systematisk analyse av samtale eller en evaluering av prosjektet, men vi tenker disse refleksjonene kan være nyttige for alle som jobber i helsevesenet i møte med nye kolleger med annerledes kontekstuell bakgrunn når de starter på jobb i Norge. Men ikke fortvil: fagfelleverderte systematiske analyser av effekten av intervensjonen og av hvor gjennomførbar den var i praksis kommer om ikke lenge.

'Vi som fagpersoner' representerer faget og samfunnet som kan løfte den enkelte

Det ble fort tydelig under denne samlingen at deltakerne grugledet seg til opplegget fordi de følte at mye var på spill for dem som personer. Allerede ved starten, da vi ga dem navneskiltene hvor det stod hvilket yrke de hadde, opplevde vi at flere fikk tårer i øynene: dette var første gang «Norge» hadde «godkjent» at de var farmasøyter eller leger, og det i seg selv var stort og litt skummelt. Som vi også opplever med pasienter i vår rolle som leger, var det tydelig at «vi» ikke bare var professorer eller forskere: vi representerte et inkluderende akademia og et samfunn som ønsket velkommen. Disse skilte ga noen få til og med en annen hverdag hjemme, for eksempel ved å få tilbake anerkjennelse blant tenåringene i huset som ikke hadde forstått potensiale av morens eller farens fremtid i Norge: «Mamma jobber nå på Universitetet. Hør på henne!» fortalte en av deltakere at en datter sa til den andre.

Holdninger til språk er mer enn bare språk

Mange var redde for å bli oppfattet som dumme som følge av lav norskkompetanse og hadde ellers mange bekymringer knyttet til språk: å gjøre små språklige feil, bli kom-

plett misforstått, eller ikke selv forstå noe av det som ble sagt i undervisning og møter. Dialektene var ofte nevnt som meget utfordrende ikke bare språkmessig, men også når det gjaldt usikkerhet til hvordan man skulle håndtere situasjoner når kollegaer snakket dialekter som var vanskelig å forstå: «Kan man ikke bare spørre dem om å snakke bokmål?» spurte noen. Det var hos noen få en viss følelse av urettferdighet når man hadde lært seg «norsk» (bokmål) og ble møtt med en annen form for norsk uten kompromiss. Det hørtes ut som om holdninger fra de som snakket disse dialektene og en generell forståelse av at dette var en kompliserende faktor, nesten var viktigere enn om man snakket bokmål eller nynorsk. Eksempler på norske kollegaer som «tolket» vanskelige dialekter til bokmål for dem eller ga raske innføringer i basale forskjeller («me» er egentlig «vi»), ble fremmet som hjelpsomme.

Bruk av oversettelsesprogrammer underveis i samtale våre var vanlig blant deltakerne, og her var det viktig for oss som organiserte møtene å forstå at bruk av mobil i en slik situasjon ikke bør tolkes som mangel på interesse. For mange var «Google Translate» helt nødvendig for å følge med når vi snakket om temaer de sjeldent snakket på norsk om.

Bygging av nettverk krever kompetanse om kultur og gruppedynamikk

De fleste visste at det er viktig med godt nettverk for å etablere seg profesjonelt i Norge, men ikke hvordan man skulle bygge et arbeidsnettverk her. De tenkte at det tar tid å bli kjent med andre, og regnet med at man burde være høflig, interessert og vise respekt overfor andre. Men hvordan? Noen var redde for å ikke mestre ulike kulturelle koder og gjøre feil som ville fryse dem ut. Dette kunne dreie seg om alt fra å ikke håndhvilse til å ikke forstå lunsjkultur på arbeidsplassen. Lunsj ellers var det mye snakk om, ikke bare når det gjaldt de uforståelige «skivene», men også mer seriøs frykt fra en del deltakere. Noen fryktet å ikke passe inn fordi de ikke mestret den uformelle praten på grunn av sjenanse. De var også usikre på hva slags temaer som var akseptable å snakke om eller ikke, samt hvor mye man skulle dele av private meninger. «Er fotball ok å snakke om, men politikk ikke?» «Hva når «alle» de andre er enige om noe som jeg ikke er enig i?» De var usikre på hvordan man i Norge setter grensen mellom privatlivet og det profesjonelle: «Hvor mye av min personlige historie er jeg forventet å dele med andre på jobb?». Alt dette hang sammen med bygging av det profesjonelle nettverket som for dem var nøkkelen til å kunne etablere seg i Norge når de fikk autorisasjon. Dermed kunne disse tilsynelatende bagatellene være en meget stressende faktor med tanke på muligheten til å kaste bort den sjansen som nå startet ved å trå feil.

Maktbalanse: forventninger og tildeling av oppgaver

Oppgavene for nesten alle yrkesgrupper er ofte noe annerledes fra land til land, og plasseringen av deltakerne ville ikke alltid matche 100 prosent utdanningen de hadde. Mange var derfor spente for å få arbeidsoppgaver som de var enten under- eller overkvalifisert for. På den ene siden ønsket de ikke å påta seg oppgaver de egentlig ikke mestret, i frykt for å skuffe mentor eller faggruppen. På den andre siden følte de fleste også press for å overprestere og bevise at de var gode etter norske standarder. De fleste var villige til å gjøre sitt absolutt beste i håp om å fortsette å være tilknyttet fagmiljøene på ulike måter etter endt deltagelse i studien. Noen få reflekterte over at det kanskje ikke var så lurt å vise seg frem for mye, da de allerede hadde hørt om Janteloven og advarte de andre mot at nordmenn ikke likte at noen skrøt av at de var for gode. Dette var for andre vanskelig å forstå, da de kom fra kulturer hvor du heller måtte overdrive din egen kompetanse litt for å vise din interesse.

Deltakerne var også usikre på hvordan man burde forholde seg til spørsmål om nye oppgaver og tilbakemeldinger fra mentorer. En del hadde for eksempel merket seg tvetydigheten av verbet «å kunne» i denne sammenhengen. Hva mente egentlig nordmenn når de spurte: «Kan du gjøre dette?». Mange hadde erfart at man egentlig ikke kunne svare nei, men at spørsmålet i stedet var en veldig uforståelig måte å gi en ordre på. Tilbakemeldingene som alltid begynte med det positive «Du var flink, men ...» virket heller ikke tillitsverdige for en del deltakere, som var vant til å kalle «en spade for en spade» når man hadde gjort noe galt eller feil. Det som kom etter «men», forsvant. Litt tilsvarende følte en del seg også usikre på hvordan de selv skulle gi studenter tilbakemeldinger, da de ikke ville virke for autoritære, men samtidig var redde for å bli undervurdert pga. manglende språk- og kontekstferdigheter.

Ledelse- og hierarkiforståelse: usynlige linjer

«Hvordan og med hvem tar man opp vanlige hverdagslige saker man vil diskutere?» «Og hva med problemer med kollegaer?» I Norge er hierarkiet ikke så sterkt eller lett synlig sammenlignet med mange av deltakernes hjemland, og fysisk avstand mellom menneskene er også annerledes. Derfor var noen bekymret for å misforstå hierarkiet og usikker på hvordan de kunne manøvrere riktig i landskapet. Fysisk nærhet til lederen, for eksempel ved å spise lunsj sammen, tolkes i andre kulturer som enten en svakhet ved lederen eller et forsøk på å kontrollere de ansatte. Mens de fleste hadde forstått at i Norge var dette vanlig og at nærhet ikke betød at lederen er svak, var enkelte situasjoner fortsatt vanskelige å håndtere. De hadde opplevd at det var lettere å snakke med lederne i Norge om hjemlandene deres, og dette ble unisont vurdert som positivt. Da var det iblant fristende å hoppe direkte til øverste leder når man hadde et problem, uten å snakke med mellomlederen. Men dette hadde gitt en del av deltakerne dårlige erfaringer, og noen få hadde opplevd at deres atferd ble tolket feil uten at de mente noe vondt. Noen få hadde dessverre allerede opplevd mobbing, diskriminering eller rasisme i Norge og var meget usikre på hvordan man eventuelt kunne ta opp disse temaene på arbeidsplassen i en akademisk setting.

«Gode nok» - i ukjent terreng

I samtalene ble temaene kommentert ofte knyttet til hverandre og mange mulige

konkrete løsninger ble foreslått basert på deltakernes egne erfaringer og råd fra representanter fra Bergen kommune og ledelse som stilte opp på møtene.

At usikkerhet ikke var et tegn på svakhet i Norge, ble diskutert på flere måter, men var ikke like lett å fordøye for alle. Deltakerne anbefalte hverandre å være aktive og involverte og samtidig ydmyke ved å endre innstilling til at det var greit å be om hjelp, spørre etter ytterligere forklaring på arbeidsoppgavene eller ta opp andre spørsmål. Det var greit å si «jeg vet ikke». Det var ikke synonymt med å være inkompetent eller lat. Samtidig måtte man ta hensyn til å ikke være for belastende for mentoren eller miljøet. For alt dette var det ikke noen oppskrift: de måtte føle seg frem og være «gode nok for det norske systemet». Men hva var det?

I møtene oppdaget de at det også var mulig for dem å kunne å bruke hverandre som eget nettverk og høre hvordan andre hadde løst sine utfordringer med sine mentorer. Hvis de opplevde mistrivsel eller hadde andre ubehagelige opplevelser, visste de at de kunne prate med oss, med egen mentor og med hverandre. Dette ga dem trygghet, men den enkelte måtte prøve seg frem i ukjent terreng.

Konklusjoner

Helseprofesjonen er for mange av oss helsearbeidere det som definerer oss som den personen vi er. Det samme, og kanskje i enda større grad, gjelder det for mennesker med helseutdanning som ikke får lov til å praktisere i Norge (9). Derfor gir mange i denne situasjonen ikke opp og prøver å få autorisasjon for å praktisere i Norge mens de går på introduksjonskurs i regi av NAV, jobber på REMA 1000 eller som pleieassistentvikar på sykehjem, mens de ser hvordan barna vokser opp og tiden renner fra dem. Det var tøft gjort av disse menneskene å si ja til et tilbud for å bli kjent med systemet mens de ventet.

Nå er intervensjonen over, og de fleste mentorene og deltakerne er meget fornøyd med opplegget, som er blitt tett fulgt opp av ph.d.-kandidaten. I praksis ser vi at ved å prøve og feile fikk deltakerne og mentorene øvd seg på å møte noe av deltakernes frykt. Vi tror det var avgjørende at vi også snakket med mentorene underveis for å forklare litt av hva de måtte tenke på etter at vi hadde hatt de første møtene med deltakerne. På denne måten var mentorene i hvert fall litt forberedt på hva som var skummelt for deltakerne. Det skal ikke så mye til for inkludering i lunsjen hvis du vet at det er viktig. Deltakerne måtte ha noe å strekke seg etter, ikke bare gjøre fore-

fallende arbeid, men de måtte føle seg trygge. For at dette virkelig skulle bli en god læringskurve, måtte deltakere ha en varm, men tydelig leder, en som ansvarliggjorde dem, viste dem tillit, anerkjente deres innsats og som trodde på potensialet deres.

Samfunnet trenger alle hender, hjerter og hjerter for å forbedre helsetjenestene til pasientene og hverdagene til helsearbeidere. Da må vi tilrettelegge for at de som har annerledes bakgrunn, føler seg trygge for å gi det beste av seg selv. Vi tror våre erfaringer i dette forskningsprosjektet også kan være nyttige når vi som arbeidskollegaer tar imot en ny helsearbeider i Norge. Lytt etter hva den andre kan være bekymret for. Også hvis det virker som «banale» saker. Det er ingenting å tape med en slik samtale og mye å lære, ikke minst om oss selv og alt vi tar for gitt.

Vi vil takke alle deltakere og mentorer av prosjektet Integrering for helse for å tørre å prøve ut denne nye intervensjonen.

REFERANSER

1. Bovim G. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. 2023.
2. Skjeggstad E, Gerwing J, Gulbrandsen P. Language barriers and professional identity: A qualitative interview study of newly employed international medical doctors and Norwegian colleagues. *Patient Educ Couns*. 2017;100(8): 1466–72.
3. O'Brien C, Charura D. Body mapping Refugees and asylum seekers' perspectives of embodied trauma: an innovative method for psychotraumatology research & practice. *Qualitative Research in Psychology* 2023.
4. Skjeggstad E, Sandal GM, Gulbrandsen P. International medical graduates' perceptions of entering the profession in Norway. *Tidsskrift for den Norske lægeforening; tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2015;135(12–13): 1129–32.
5. Harris SM, Sandal GM, Bye HH, Palinkas LA, Binder P-E. Integration Is Correlated With Mental Health Help-Seeking From the General Practitioner: Syrian Refugees' Preferences and Perceived Barriers. *Front Public Health*. 2021.
6. Brydsten A, Rostila M, Dunlavy A. Social integration and mental health – a decomposition approach to mental health inequalities between the foreign-born and native-born in Sweden. *Int J Equity Health*. 2019; 18(1): 48.
7. Dich N, Lund R, Hansen AM, Rod NH. Mental and physical health effects of meaningful work and rewarding family responsibilities. *PLOS ONE*. 2019; 14(4).
8. Skjeggstad E, Norvoll R, Sandal GM, Gulbrandsen P. How do international medical graduates and colleagues perceive and deal with difficulties in everyday collaboration? A qualitative study. *Scand J Public Health*. 2017; 45(4): 428–35.
9. Bygnes S. Not All Syrian Doctors Become Taxi Drivers: Stagnation and Continuity Among Highly Educated Syrians in Norway. *Journal of International Migration and Integration*. 2019.

■ ESPERANZA.DIAZ@IGS.UIB.NO

Flyktninger til kommunen

– refleksjonar frå helsetenesta

■ GERD SIGNY OMLAND • *Kommuneoverlege Hå kommune*

Hå kommune har hatt asylmottak sidan tidleg på 90-talet. Som lege i kommunen har eg hatt ulike roller knytt til mottaket. Dei siste to tiåra har gjeve verdifulle erfaringar, og denne oppsummeringa søkjer å kaste lys over både vellykka tilnærmingar og vedvarande utfordringar.

Hå kommune er ein landbrukskommune om lag ein time frå Stavanger med 20 000 innbyggjarar. Kommunen har hatt asylmottak i periodar sidan tidleg 90-tal, sidan 2009 drifta av Hero. Form for mottaksdrift og nasjonalitetar har endra seg i tråd med kva som går føre seg i verda. Dette gjev oss eit unikt innblikk i det me får inn gjennom nyheitssendingane, og gjer at me både kjenner det kjem tett på og vert meir nyansert. Som legetilsett i Hå kommune har eg vore involvert i kommunen sitt arbeid med asylmottaket i ulike roller. I fleire periodar som tilsynslege/fastlegefunksjon for dei busette, og i seinare tid som leiar for fleire av dei som yter helsetenestene. Sidan krigen i Ukraina starta har Hå, som andre kommunar, sett ei kraftig auke av busettingar i kommunen. Hå har som ein landbrukskommune ein stor andel ssongarbeidarar som i periodar treng helse-tenester.

I løpet av dei siste 20 åra har me gjort oss mange erfaringar med kva som fungerer godt og kva som er utfordrande i møte med for oss nye måtar å uttrykkja helseplager på, ulik forståing for kva som er god behandling og ikkje minst systemet rundt kommunen som tidvis byr på utfordringar. Noko har me i helsetenestene lært å handtera og noko er og blir krevjande om enn i stadig nye variantar.

Denne oppsummeringa er eit forsøk på å dela noko av det me har erfart som verk- nadsfullt, men òg noko av det som framleis er krevjande.

Gullet i struktur og system

Gode og stødige sjukepleiarar med klart og godt hovud, og god evne til å ta avgjersler, handterer svært mykje og er gode til å putta ting i rett bunke.

I tillegg er me så heldige å ha ein pensjonert fastlege som på heimekontor tilviser til røntgen, handterer røntgensvar og som går gjennom blodprøvesvar på første-gangsprøver.

Sjukepleiar tek samtale etter mal frå Helseledelse og direktoratet. Er ting uavklart, vert det drøfta med kommuneoverlegen eller sett opp legetime.

Finn dei gode folka og hald på dei

Mottaksbransja går opp og ned. Sjukepleiare treng ein alltid i kommunen. Fast stilling i kommunen er difor ingen risiko. Det er større risiko å mista eit godt menneske med årelang erfaring. Ha litt is i magen kvar gong mottaket vert nedlagt, det dukkar fort opp att.

Me må løfta i lag og finna pragmatiske løysningar på teleplikt og forståing

Kva kan me laga i lister utan å koma i konflikt med personvern? Meldingar frå politiet om tuberkuloseundersøking kjem seint og klumpvis. Oftast har allereie kommunen fått melding frå IMDI eller mottaket. I tillegg er det ikkje lett å koma seg til røntgen om ein ikkje veit korleis ein skal finna fram. Med god informasjon og forståing får ein dette til.



Etablere felles forståing med flyktningetenesta og mottaket for kva som er poenget med legerklæringar?

I enkelte kulturar er attestar ei salsvare som gjev tilgang til både det eine og andre. Slik fungerer det ikkje her. Ein kan heller ikkje bruka legeressurs på å dokumentera at nokon ikkje kan delta i vask av fellesareal. Med mindre ein framstår som synleg funksjonshemma, er reinhald fullt mogleg å gjennomføre. På den andre sida er ikkje flyktningetenesta helsepersonell, så dersom noko seier at dei ikkje kan ta ein jobb på grunn av helseplager, må ein på eit vis finna ut av det. Oppklarande møter kan her vera svært nyttig for å unngå frustrasjon frå fleire hald.

Kva er terapi og når skal ein tenkja at det er aktuelt?

Tilstrøyminga av asylsøkjjarar kan snu fort og mottak blir raskt oppretta. Vanskelege opplevingar og krisereaksjonar er for dei fleste nordmenn heldigvis ikkje kvardagskost. Det er viktig å få gjeve klare og gode råd om korleis ein kan møte dei som har erfart vanskelege ting og ikkje minst korleis møte personar i krise. Me har gode erfaringar med å ha kurs og opplæring i dette for både flyktningar og tilsette. I den siste flyktningebolken har det vore mykje gode nettressursar hjå for eksempel Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

Kven er kven? D-nummer/ personnummer og andre nummer

Røntgentilvisningar skal skje fort og ofte på D-nummer. Så kjem personnummer, og navnet kan endra seg både ein, to og tre gonger. Det kan på det verste bli mange parallelle journalføringar om ein ikkje fangar opp dette i tide.

Helfo og fastlegelister

Kva betyr egentleg namnet på fastlegen for nokon som ikkje eingong anar kva fastlege er? Ein periode prøvde me å få til at alle kunne velje som fastlege den som hadde tid dedikert til mottaket. Dette fekk me avvist frå HELFO på bakgrunn av valfridom. Skulle me få det godkjend måtte me i det minste innhenta skriftleg samtykke. Med ei gruppe som på den tida i stor grad var analfabetar og trong tolk til kvar samtale, ga me opp dette. Me sat igjen med ei gruppe som vart tildelt fastlege i aust og vest og gjerne hang igjen med fastlege på ein anna kant av landet om det mottaket plutselig vart lagt ned. Me gav opp og gav i staden tilbod om time hjå tilgjengeleg legeressurs, ettersom ingen hadde kjennskap til kven dei hadde som fastlege likevel. I noverande situasjon er det større rulling på mottaket og dei får stort sett ikkje fastlege før dei flytter frå kommunen. Me håper at statusen som mottaksbebuar ikkje gjer at ein tek opp fastlegeplass, da dette berre blir tull når dei flyttar vidare. HELFO set automatisk inn dei som ikkje har fastlege i Hå kommunen, når det opnast ei ny liste i kommunen. Tidvis gjer dei det på lister som har nok listeinnbyggjara óg. Eit par av fastlegane våre har fått ein og to slike, ein fekk 30 og me har høyrte om høgare tal i andre kommunar. Det er ikkje greitt. Det er i tillegg krevjande for den som plutselig får 200 på lista som treng tolk ved kvar time. Det er ikkje mogleg å merka av at ein treng tolk når ein bestiller time via Helsenorger digitalt; det må me oppdaga. Her ynskjer me oss at kommunen i samarbeid med fastlegane fordeler flyktningane der det er ledige plassar, og elles får sjanse til å bruka dedikert legeressurs til dette uavhengig av fastlegeordninga.

Flyt hjå fastlege

På det kontoret der det per no er flest nye

flyktningar med fastlege, er me så heldige å ha primærhelseteamsjukepleiar. Rett no heng denne takstmodellen i ein usikker tråd, men inntil vidare kan sjukepleiarane overta oppfølging frå smittevernsjukepleiar. For eldre flyktningar med store helseplager og dårleg eigenbestillingskompetanse, er det gull å ha nokon som passar på og kallar dei inn til faste tider.

Kulturforståing – kva tid treng ein helsehjelp?

Det er ulik kjennskap og kultur for når ein treng legetime. Ulik bruk av for eksempel blodtrykksmedisin, indikasjon for antibiotika og forståing for at kroniske sjukdommar krev oppfølging, må formidlast på ein trygg måte. Nokon er redde for at behandling for kreft skal velte familiebudsjettet. Me møter alt frå store og urimelege krav til heilt frávær av krav på egne vegne.

Gode hjelparar – tilsette med anna kulturbakgrunn, transkulturelt senter, litteratursøk

Dette kan det vera vanskeleg å koma på i ein travel kvardag, men gull verdt når ein får sett ting gjennom andre briller. Kva er vanleg i ditt heimland? Korleis uttrykkjer ein psykiske plager på ditt språk? Kva tenkjer ein om helsehjelp? Har ein i det heile tatt språk for depresjon i din kultur? Kva betyr suicidale trugsar i ein anna religiøs kontekst? Her er det mykje å læra.

Oppsummert gjev arbeidet med helsehjelp i ein gruppe med anna kulturbakgrunn og andre erfaringar i bagasjen tidvis frustrasjon, men óg god læring og ny forståing. I den setinga me er i no, får mange raskt kommune og slepp den lange ventetida som for nokon aldri tek slutt. Me må ikkje gløyma denne gruppa no når hovudfokuset er på konfliktar som er nærare i både avstand og engasjement.

■ GERDSIGNY@HOTMAIL.COM

Fra flukt til fellesskap?

– Betraktninger om en fastleges handlingsrom i møte med mennesker med fluktbakgrunn

■ SIDAR KARTAL / BEATE GAUDEN

Spesialkonsulenter Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, RVTS, Vest

Vi vil i denne artikkelen belyse det vi tenker er den lille forskjellen som kan gi stor trygghet for mennesker med fluktbakgrunn.

Å strekke seg etter og tenke helhet, kan bli en døråpner på fastlegekontoret.

«Når meningen forsvinner og folk begynner å miste kontakten med hverandre, det er da sykdom oppstår, det er da helsen bryter sammen, mentalt, fysisk og samfunnsmessig»,

sier psykiateren og nevroforskeren Bruce Perry i *Myten om det normale* (1).

Hassan sitter hos fastlegen. Han har bodd i Norge i fire år, har to skolebarn og kone. De ble han gjenforent med for et år siden. Legen spør hvordan det går. «Jeg sover lite. Det er vanskelig». Kan du fortelle mer? «Jeg er trett. Det er mye. Kona har forandret seg. Jeg jobber mye. Jeg vet ikke. Det er mye».

Fastlegen har møtt Hassan to ganger før, han stiller flere spørsmål, men Hassan gjentar det han alt har sagt. Han finner ikke ordene. Inni ham er det kaos, skam og fortvilelse. Han kjenner seg isolert, selv om han går i full jobb som lærling. Han forstår ikke hva som skjer i ham, alt er forandret, men utenfra ser alt likt ut. Fotballtreningen har han sluttet på. Han prøver å gå på foreldremøter, men kjenner han må være hjemme for å ivareta barna. Kona snakker mye i telefonen med familien i hjemlandet, hun sier ting han ikke forstår. Familien prøver å delta i miljøet fra hjemlandet, men i takt med økende opplevelser av at livet blir vanskeligere, vegrer Hassan seg for å delta. Det stormer inni ham.

Hassan kjenner på en avmakt, han forstår ikke egne symptomer, han er urolig, tankene sliter ham ut. Kona er ofte passiv og har fravær på introduksjonsprogrammet. Hun vet ikke hvordan hun kan bruke sin kompetanse i Norge. Hun virker fjern og mistenksom, og lar barna sitte mye for-

an skjerm. Hassan går på jobb, det føles livsnødvendig.

Legen vurderer at Hassan trenger sove-medisin og ber ham komme tilbake om tre uker. Legen vurderer også sykemelding, men vil avvente fordi han er redd Hassan vil bli isolert.

Helheten rundt pasienten

Fra 1970 til nå har antall mennesker med fluktbakgrunn i Norge økt fra 1,5 til 5,3 prosent. I 2020 hadde ca. 15 prosent av Norges befolkning innvandrerbakgrunn. Har kompetansen i norsk helsevesen vokst i tråd med tallene?

Vi vet at flyktninger har dårligere helseprofil og høyere andel psykiske plager (2). Med utgangspunkt i denne kunnskapen kan fastlegen allerede ved første henvendelse tenke helhet og bruke tid på å prøve å forstå hvordan pasienten lever. Hvilke risikofaktorer finnes i livet, både før og etter ankomst til Norge? Hvilke beskyttende faktorer finnes?

Verdens helseorganisasjon påpeker at man bør se mennesket helhetlig og definerer helse slik: «Helse er fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller svakheter» (3). Hassan kommer til legen, men kanskje er det kona som er bekymringen? Hvordan oppleves det for barna? Hvordan kan fastlegen tenke stort når handlingsrommet kjennes så lite?

Når Hassan begynner å fortelle, er det å tenke helhetlig og samarbeide tverrfaglig hensiktsmessig. Samtykke til en telefon til programrådgiver, lærer eller etablering av kontakt med psykiatrisk sykepleier kan være risikoreducerende tiltak for familien. Slikt samarbeid kan redusere eventuell skam eller skepsis til hjelpetjenestene, og bistå familien med støtte og trygghet. Taushetsplikt hindrer ikke tverrfaglig samarbeid.

Når Hassan skal fortelle noe som oppleves vanskelig, trenger han å bli møtt med

oppmerksomhet ro og tillit. Fastlegen og andre hjelpere må bestrebe seg på å signalisere «jeg er her for deg».

Det er fordelaktig å innlede med å vise forståelse for forvirring, utrygghet og skepsis, og jobbe for å trygge Hassan. Det vil være bra å beskrive tilstander mest mulig konkret og bruke tiden det tar å vise at man er respektfull og kultursensitivt imøtekommen. Tid tidlig kan redusere behov for mye tid senere.

Å jobbe helhetlig betyr også å jobbe fleksibelt og våge å gå utenfor sitt mandat. Dette kommer tydelig frem etter Ukom-undersøkelsen av drukningstragedien i Tromsø (4). Undersøkelsen søker å gi svar på hvorfor vi ikke klarer å fange opp flyktninger som er i en særskilt sårbar livssituasjon.

Kultursensitiv tilnærming

Hvilken kultur pasienten kommer fra vil påvirke pasientens forståelse av fagpersonens tilnærming. Finnes overhodet begrepet «psykisk helse» eller «depresjon» i pasientens vokabular? Mer enn spesifikk kulturfakta trengs en interkulturell kompetanse og forståelse, som innebærer å utvikle nysgjerrighet på, og forståelse av kulturelt mangfold. Manglende kultursensitiv tilnærming kan føre til at Hassan sine utfordringer ikke blir tatt på alvor, selv om intensjonen hos legen eller hjelperen er den beste. Hvem som innehar kompetanse på flyktninghelse er ikke så viktig, men at den finnes.

Ulike forståelser av psykisk sykdom og behandling er vanlig i møtet mellom lege og pasient (5). Livet kan være et komplekst puslespill. Det kan være lurt å tenke at dere forstår forskjellig. Det kan også være lurt å fokusere på likheter mer enn forskjeller, det gir håp. Han er pappa, du er pappa. Hun er datter, du er datter. Det er et styrkefokus som kan bygge tillit og glede (6).



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES / KI - ADOBE FIREFLY

Vi anbefaler å stille spørsmålet «Hvilken hjelp ville du fått i hjemlandet ditt?». Ikke overraskende er svaret ofte «familien». Dette gir oss en dyp sannhet om mennesket som sitter foran oss. Hvem er jeg uten familien min? Hvem kan erstatte familien i nytt land? Hvordan unngå ensomhet og isolasjon når det mennesker trenger er en grunnmur av fellesskap og trygghet?

Det synes viktig å jobbe med trygg kultursensitiv tilnærming for å kunne bygge allianse og dermed få mulighet til å avdekke både symptomer, bakenforliggende årsaker og eventuell selvmordsatferd. Slik kan man sette inn egnede tiltak for å redusere risiko på kort og lang sikt.

Å være observant for eventuelle språkbarrierer er sentralt. Når ordene vi bruker i norsk helsevesen kanskje ikke finnes i pasientens vokabular, kan veien være ekstra lang å gå. Det vil være viktig å redusere bruken av vanskelige fagtermer og utsette gjennomgang av prosedyrer som kan virke fremmedgjørende. Det er sentralt å tilby tolkebistand for å redusere språkbarrierer.

Sosial støtte og dype spor

Ut fra våre erfaringer vet vi at Hassan og familien kan ha traumer og helseplager etter flukt. Helseplagene kan faktisk avta eller øke alt etter deres erfaringer med viktige personer; lærer, lege, arbeidsgiver, integreringskonsulent eller NAV-veileder. De som møter med forståelse og ser på sammenhenger av hva som fremmer og hemmer helsen, «strekker armene sine lengre» og setter dype spor hos en flyktning.

Inkluderende samfunn og sosial støtte er viktig hele veien, men ekstra viktig i etableringsfasen for nyankomne flyktninger. Sosi-

al støtte og inkluderende miljø bidrar til både trygghet og mulighet for sunn tilpassning i det nye landet. Samfunnstilknytting er ikke noe som kommer av seg selv, det er en gjensidig prosess. Ønsket om å bli del av samfunnet må bli møtt med praktisk tilnærming som bidrar til inkludering. Ofte starter inkluderingen på introduksjonsprogrammet, noen ganger kan det starte i nabolaget, iblant starter det på helsevesenets kontor.

Hvordan håndtere at Hassan henvender seg til fastlegen på bakgrunn av tretthet og dårlig søvn? Er det sånn at når man har hodpine, skriver leger ut Paracet og sier «husk å drikke mye vann»? Noen spør heldigvis også: «hvordan går det med deg og familien?». Hvis man ikke spør, blir det vanskeligere å finne kilden til plagene. Noen ganger må man være veldig tålmodig og vente, fordi pasientens svar er uforsåelige for ham selv.

Helende fellesskap

Mennesker kategorisert med psykiske lidelser er blant de mest sosialt ekskluderte gruppene i samfunnet, skriver Ynnesdal Haugen, som tok doktorgrad på betydningen av sosiale treffsteder for mennesker med psykiske lidelser (7). Sosiale fellesskap kan inneha beskyttende faktorer som sosial støtte, tilhørighet, meningsfullhet og normalitet. Altså faktorer som kan bidra til å redusere uheld og fremme god helse.

Vi har kunnskap om at utenforskap påvirker både mental og fysisk helse. Psykisk helse er avhengig av flere faktorer, blant annet hvor mye flyktninger har blitt inkludert i samfunnet, hvor mye de har blitt sett og fått bidra. Å være tilknyttet et fellesskap kan oppleves helende, fordi det er

«Hvilken hjelp ville du fått i hjemlandet ditt?» Enkle spørsmål kan ha stor betydning for forståelsen av helseproblemer hos mennesker med fluktbakgrunn.

mennesker der som bryr seg og som gir sosial støtte uansett hvordan man har det. Fraværet av denne tilhørigheten og sosiale støtten utgjør en helsemessig risiko.

Hvilke kontakter har en fastlege for å ivareta pasientens behov for sosiale fellesskap? Dette ansvaret kunne vært lagt til introduksjonsprogrammet eller NAV, men det kan se ut som det er tilfeldigheter som avgjør om det viktige helende fellesskapet blir en del av isolerte menneskers liv.

Vi vet at flyktninger opplever ulike barrierer i møte med psykisk helsehjelp. De går gjennom fysiske og ikke minst psykiske påkjenninger på grunn av både tidligere traumatiske opplevelser og nåværende livssituasjon. Det er viktig å starte med tidlig forebygging og behandling av den psykiske helsen. Sosiale fellesskap bør være en del av denne behandlingen.

Mange tenker at helsevesenets ansvar er rent medisinsk, og glemmer at alt henger sammen med alt. Kropp og psyke samarbeider og trenger helhetlig vurdering. Marta Thorsheim skriver i forordet i Gabor Matés bok: «... det burde være en kjent sak at det å skille kropp og sinn hører til historiebøkene ...» (8).

Den som ser, må ta ansvar, uansett hvor i hjelpekjeden vedkommende er. Uansett hvilken profesjon.

En flyktning er først og fremst et menneske som trenger at tjenestene «finstiller radaren» og bruker medmenneskelighet som en sentral del av sin faglighet.

REFERANSER

1. Maté G. Myten om det normale- traumer, sykdom og heling i en giftig kultur. Oslo: Flux forlag; 2023.
2. Kjøllsdal M, Straiton ML, Øien-Ødegaard C, Aambø A, Holmboe O, Johansen R, et al. Levekårsundersøkelsen blant innvandrere i Norge 2016. ISBN elektronisk: 978-82-8406-026-2 2019. Folkehelseinstituttet; 2019.
3. Definisjoner av helse: Health and Well-Being (who.int).
4. Undersøkelsen etter drukningstragedien i Tromsø. Hva kan vi lære om integrering og flyktningehelse. Rapport 3-2021. Ukom; 2021.
5. Broch ÅM. Et komplisert puslespill. En kvalitativ studie av psykologers opplevelser av arbeid med traumatiserte flyktninger. URN: NBN: no-75544. UiO; 2019.
6. Kumar L. Djulalah! : om å forstå annerledeshet. Oslo: Høyskoleforlaget; 2001.
7. Ynnesdal Haugen LS. Betydningen av lokale treffsteder for mennesker med psykiske helseproblemer. UiB; 2020.
8. Maté G. Når kroppen sier nei- prisen vi betaler for skjult stress. Oslo: Flux forlag; 2020.

■ BEATE.GAUDEN@HELSE-BERGEN.NO

Tuberkulosescreening av asylsøkere i Råde – hva nå?

■ SARAH FRANSDEN GRAN • Kommuneoverlege, Råde kommune

Alle asylsøkere skal tuberkulosescreenes innen 14 dager etter ankomst. Tuberkuloseforskriften er klar og tydelig. Men hvem skal gjøre det? Svaret er kommunen. Men hvilken kommune? Og hvem er 'alle asylsøkere'? Det enkle svaret er: Asylsøkere blir registrert og tuberkulosescreenet på Nasjonalt ankomstsenter, som ligger i Råde kommune.

Dessverre stemmer ikke dette svaret helt. Kommuneoverleger over hele landet vet at i 2022 og 2023 har det vært mange lokale systemer. I 2022 hadde politiet 18 desentraliserte registreringssteder for ukrainere,

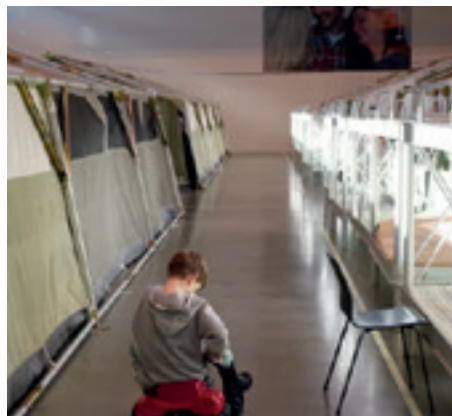


FOTO: SARAH FRANSDEN GRAN

Vanlig oppholdstid er fem til sju dager for ukrainere, og inntil 21 dager for andre søkere.

Brakker med plass til inntil fire brukes til skjerming, til asylsøkere med dyr og sykdoms-isolering – for eksempel luftveisinfeksjoner, omgangssyke og lignende. FOTO: SARAH FRANSDEN GRAN



i tillegg til Nasjonalt ankomstsenter. I 2023 ble dette redusert til seks registreringssteder. Mellom 30 og 50 prosent av asylsøkerne har ikke vært på ankomstsenteret. Tuberkulosescreening har vært gjennomført i større og mindre skala av mange kommuner, kommuner som har politiets registreringssteder eller som har asylmottak. Høsten 2023 kom opplysninger om et fast tilskudd fra UDI til kommunen på 750 kroner per tuberkulosescreening utenom ankomstsenteret, og 500 kroner per tuberkulosescreening ved politiets desentraliserte registreringssteder.

Funksjonene til Nasjonalt ankomstsenter Råde

I 2024 har asylsystemet fått endrede økonomiske rammer. Planen er å bruke Nasjonalt ankomstsenter for 90 prosent av ankomstene. Privatboende ukrainere, som

altså ikke skal bo i asylmottak fordi de har mulighet til å bo privat, kan fortsatt registrere seg på noen desentraliserte registreringssteder. Asylsøkere må generelt komme seg til Råde for egen regning. Nasjonalt ankomstsenter Råde, er et senter som fyller mange funksjoner. Ankomst, innlosjering under enkle kår, matsservering, registrering av asylsøknaden hos politiet, tuberkulosescreening med røntgen og/eller blodprøve, nødvendig helsehjelp, informasjon om asylsøkeres rettigheter og plikter og organisering av avreise til neste mottak.

Tuberkulosescreeningens innhold har forandret seg underveis, i henhold til endringer i Folkehelseinstituttets tuberkuloseveileder. Det primære verktøyet er lunge-røntgen med front- og sidebilde. Barn under 10 år screenes ved hjelp av to spørsmål vedrørende eksponering, hvor ett «ja» medfører nærmere undersøkelse. I tillegg tas IGRA-undersøkelser av alle asylsøkere under 35 år fra svært høyendemiske land. Råde kommune har «stående rekvisisjon» ved Sykehuset Østfold, det vil si at asylsøkeren selv henvender seg til Sykehuset Østfolds resepsjon inne i teltsalen for å booke seg time til tuberkulosescreening. Her fungerer jungeltelegrafene: Man får ikke reise før bildet er tatt. Kommunehelsetjenestens lege er rekvirert, og svarene går til kommunehel-

Asylsøkerne har enkel innlosjering i innendørs store fellestelt. FOTO: SARAH FRANSDEN GRAN





Nasjonalt ankomstsenter i Råde ligger i et ombygget kjøpesenter mellom E18 og riksvei 118. FOTO: MORTEN HERNVÆS

setjenesten som mottar prøvesvar et par dager senere. For tiden er det datatekniske problemer som hindrer elektronisk overføring, og svarene kommer i store papirbunker. De negative prøvesvarene skal «bare journalføres» og videresendes neste kommune i henhold til avreiselister.

Håndtering av positive prøvesvar

Positive prøvesvar innebærer oppfølgende undersøkelse, og da er det ønskelig å forlenge oppholdet på ankomstsenteret for denne asylsøkeren. Etterundersøkelsen innebærer blant annet anamneseopptak av sykepleier og klinisk undersøkelse hos lege, samt rekvisisjon av IGRA-blodprøver. Som oppgaveoverføring fra sykehuset, gjennomfører kommunehelsetjenesten tre fastende prøver med indusert sputum, der pasienten inhalerer saltvann for å fremkalle hoste. Sputumprøvene skal til mikrobiologisk avdeling hvor det gjennomføres PCR, direkte mikroskopi og dyrkning. Målet er avklaring av tuberkulosestatus. Ved negativ PCR og direkte mikroskopi anses tuberkulosestatus som avklart, og asylsøkeren kan reise. En eventuell senere oppvekst på dyrkning vil bli meldt til en annen kommuneoverlege, som får smitteoppsporing og behandlingsmøter på sin oppgaveliste. Dersom IGRA-blodprøven er det eneste positive funnet, overlates til neste kommune å henvise til vurdering av forebyggende behandling for tuberkulose.

Kapasitet og dimensjonering

UDI har inngått avtaler med Sykehuset Østfold og Råde kommune om å kunne gjennomføre tuberkulose screening for gjennom-

snittlig 170 ankomster hver dag. Imidlertid ankommer ikke asylsøkere i gjennomsnitt, men i bølger. En viss køordning må derfor etableres. Hva betyr dette for tuberkulose screeningen?

Inne i ankomstsenteret er det en sone som kalles Venteseone 1. Denne opptar teltkapasitet og kvadratmeter. For tiden anlegges et nytt, ytre venterom for ankomster for å gi mer plass inne på senteret. I tillegg kan det fortsatt bli nødvendig med venteinnløsning hvor man bor i påvente av plass til registrering på ankomstsenteret. Disse innløsningene ligger ikke i Råde kommune. Det er ikke beregnet at tuberkulose screening skal gjennomføres før asylsøkerne er registrert, men asylsøkerne kan ha andre presserende helsebehov.

Vi har sett tendenser til at når asylsystemet er presset, blir tuberkulose screeningen nedprioritert fra asylmyndighetene. Ved to tilfeller er det tatt avgjørelser om å «ta belegget ned» og en usortert gruppe asylsøkere ble videresendt, både screenede, «halvscreenede» og uscreenede. Ved flere andre tilfeller, senest i romjulen 2023, har bare «halvscreenede» blitt videresendt, hvor røntgenundersøkelsen er gjennomført, men røntgen svaret ikke foreligger ennå. Av og til finner vi da positive prøvesvar for asylsøkere som allerede har reist, og etterundersøkelser må foregå i neste kommune. Vi har gjentatte ganger presisert overfor UDI at slike avreiser må planlegges og informeres, for å avhjelpe en forsvarlig etterundersøkelse.

Andre helsebehov

Denne artikkelen handler primært om tuberkulose screening, men helsetjenesten ved Nasjonalt ankomstsenter håndterer også an-

nen nødvendig helsehjelp. Hudsår stelles, faste medisiner må fornyes og fornyes, smittsomme sykdommer fra luftveier og mage/tarm skal isoleres. Vi kartlegger ikke rutinemessig alle asylsøkere, men gjennomfører kartlegginger for pasienter som henvender seg med uklare problemstillinger. Der det er behov for videre oppfølging i neste kommune og pasienten samtykker til det, deler vi opplysninger og sender journal til helsetjenesten i neste kommune. Vi har etter hvert opparbeidet oss en stor kontaktiliste.

Hvem er screenet?

I 2023 har vi opplevd stor etterspørsel etter screeningsvar. Det har kommet mange søkere, og kommunal helsetjeneste med ambisjoner om å gjennomføre tidlig helsehjelp og/eller tremånedersundersøkelsen ønsker ofte å forsikre seg om at asylsøkeren har negativ tuberkulosestatus. Vi sender ut prøvesvarene rutinemessig til neste kommune. I merknad til forskriftens §2-3 er ansvaret for videresending av journal omtalt:

«(...) Kommunelegen har ansvaret for oversendelsen av opplysningene, jf. forskriftens §4-2. Dette ansvaret gjelder frem til undersøkelsen er fullført eller oppfølging er avsluttet. (...) For nyankomne asylsøkere som flytter fra transittmottak skal resultat av ankomstundersøkelse overføres til kommunelege i tilflytningskommune. Med resultat for denne gruppen menes også tilbakemelding på at det ikke er funnet tegn på tuberkulose, dette inkluderer resultat av røntgenundersøkelse.»

Råde kommune mener at vi oppfyller denne forskriften etter intensjonen, men ser at mange kommuner med asylmottak opplever en forpliktelse til å kontrollere at tuberkulose-

undersøkelsen er gjennomført. Men er dette virkelig en oppgave alle kommuner skal ta på seg?

Informasjon

Ifølge systemet skal politiet melde fra om en nyankommen asylsøker, kommunen skal gjennomføre tuberkulosescreening og neste kommune skal motta opplysninger fra kommunen som har tuberkulosescreenet. Kommunene må dekke nødvendige helsebehov, men skal kunne anse tuberkulosescreeningen som avsluttet, med mindre de får beskjed om noe annet fra politiet eller andre. Når det har vært tatt snarveier, blir det alltid mye etterarbeid, og tilliten til systemet med tuberkulosescreening svekkes. Vi har i 2023 opplevd at flere kommuner etter hverandre innhenter de samme tuberkuloseopplysningene.

Sentralisert tuberkulosescreening

Vi har bedt både UDI og Helsedirektoratet om å vurdere et sentralt register over tuberkulosescreening. Vi ønsker oss et system der kommuner selv kan sjekke om screening er iverksatt og avsluttet. Vi forstår det slik at direktoratene har meldt behovet videre til sine departementer, men kan ikke se at det har blitt satt av midler til dette i statsbudsjettene. Videre har vi utfordret Helsedirektoratet på hvorvidt sentrale helsemyndigheter kan ha oversikt over i hvilken grad screening gjennomføres når det er desentralisert registrering, slik vi har hatt i 2022 og 2023.

Planen er altså at i 2024 skal tuberkulosescreening av asylsøkere i hovedsak gjennomføres på Nasjonalt ankomstsenter i Råde. Råde kommune roser UDI for at de er svært operative. I dette ligger det også at planer kan legges på kort varsel, slik mange kommuner har opplevd. Asylmottak opprettes og nedlegges, og tilsvarende har politidepartementet (POD) opprettet og nedlagt desentraliserte registreringssteder. Vår oppfordring til HDir, POD og UDI er at helsemyndighetene henger med i svingene, og at «aktuelle kommuner» får beskjed om at de er aktuelle i god nok tid til å organisere sine oppgaver.

■ SARAH.FRANSEN@RADE.KOMMUNE.NO

Tuberkulose-screening i kommuner

■ MARIT TEIGEN HAUGE • Assisterende kommuneoverlege Molde kommune

Tuberkulosekontroll av kvoteflyktninger, familiegjennforente og internasjonale studenter skal skje innen kort tid etter ankomst i bosettingskommunen. Dette kan være ressurskrevende for kommunene.

I 2022 søkte 40 000 personer om beskyttelse i Norge, det ble bosatt 3124 kvoteflyktninger, 11 324 fikk innvilget familiegjennforening og det var 14 000 internasjonale gradsstudenter i Norge. Kommunene er pålagt å ha et tuberkulosekontrollprogram i henhold til forskrift om tuberkulosekontroll. Kommunene skal altså ha tiltak for å oppdage de 68 448, og sile ut hvem som har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse. Flyktninger og asylsøkere skal undersøkes innen fjorten dager etter innreise, og de resterende skal gjennomføre undersøkelsen «så snart som mulig».

Krevende å holde seg oppdatert om gjeldende retningslinjer

I 2017 kom det en endring der en skiller mellom land med høy og særlig høy forekomst av tuberkulose. Screeningsretningslinjene er ulike for personer fra de to gruppene. En periode i 2022 var det enda et alternativ til screening for de fra land med høy forekomst, og man fikk utvidet screeningfristen til fire uker. De to sistnevnte tiltakene har myndighetene gått tilbake på. De ulike retningslinjene har gjort det krevende for kommunens personell å holde seg oppdatert. I tillegg oppdaterer FHI jevnlig listen over land med høy og særlig høy forekomst.

Tidsfristen er knapp

Forskriften gir kommunen og spesialisthelsetjenesten fjorten dager på å gjennomføre tuberkulosescreeningen «etter innreise».

Tidsfristen kan vitne om at forskriften var tenkt med en arbeidsflyt som ved Nasjonalt ankomstsenter i Råde, hvor man har en egen røntgenenhet driftet av Sykehuset Østfold. Intensjonen har vært at mange skal komme ferdig screenet fra nasjonale og regionale mottakssentre, men det er svært mange av de som ankommer bosettingskommunene som ikke er screenet.

Når kommunehelsetjenesten mottar listene fra politi og UDI (Utlendingsdirektoratet) om bosatte innbyggere, har det ofte gått mange dager siden «innreise». Deretter må personene kalles inn til time for klinisk undersøkelse. Dette krever en adresse, et norsk telefonnummer eller en miljøveileder for å kunne nå den som skal screenes. Fra personen møter til time og henvises til røntgen og eventuelt IGRA (Interferon Gamma Release Assay) har det gått enda flere døgn. Helseforbundet skal deretter kalle inn til time, før radiolog må vurdere bildet sammen med de kliniske opplysningene i røntgenrekvisisjonen. Svaret skal til slutt gjennomgås og følges opp av lege i bosettingskommunen, før en kan si at screeningen er avsluttet.

Tuberkulosekontrollprogram er svært ressurskrevende for kommunehelsetjenesten

Kommunene må sørge for å ha nødvendig og kvalifisert helsepersonell til å gjennomføre klinisk undersøkelse, henviser til røntgen av lungene og blodprøver etter gjeldende anbefalinger. Dersom det oppdages symptomer eller tegn til tuberkulose, skal personen henvises til spesialisthelsetjenesten for nærmere vurdering og supplerende undersøkelser. Ved mistanke om smittsom lungetuberkulose skal utredning igangsettes umiddelbart. Dette krever at kommunen har leger som følger tett opp blodprøver og røntgenundersøkelser. I en tid



preget av fastlegekrise og sykepleiermangel har det ikke vært enkelt for kommunene å ha tilstrekkelig ressurser til å følge opp kravene i forskriften.

Tuberkulosescreeningstatus

I §4 i forskriften beskrives kommuneoverlegens betydelige ansvar. Kommuneoverlegen skal utarbeide et forslag til tuberkulosekontrollprogram og har ansvar for gjennomføring av programmet. Kommuneoverlegen har mulighet til å delegerer oppgaver videre til andre deler av kommunehelsetjenesten, slik som å viderefremme journal og resultat av ankomstundersøkelse for personer i transittmottak, uavhengig av om det er gjort patologiske funn. Det er også kommuneoverlegens ansvar å oversende opplysninger om resultat av tuberkuloseundersøkelsen og journal, dersom det foreligger funn som gir grunn til videre oppfølging.

Per desember 2023 finnes det ikke et vel fungerende system for overføring av tuberkulosescreeningstatus og -funn mellom kommuner. Prøveordningen med klistremerker med strekkoder har fungert dårlig, da de fleste kommuner ikke har utstyr til å lese av strekkoden. For dem som har utstyr, er ofte strekkoden skadet når den skal leses av. Råde kommune huser det nasjonale ankomstsenteret og har ikke kapasitet til å ta imot de svært mange henvendelsene fra mottak- og bosettingskommuner om prøvesvar. Mye av arbeidstiden til ansatte i kommunal migrasjonshelse går derfor til å spore opp tuberkulosescreeningsfunn og journal fra tidligere kommuner personen har oppholdt seg i.

Massetilstrømmingen som har vart siden 2022, gjør at informasjonsflyten ikke går slik den er beskrevet i forskriften. Det fører til at enkelte personer screenes flere ganger i løpet av kort tid, med den strålerisikoen

det representerer. I tillegg ser en at formidling av patologiske funn per postgang kan gi en farlig forsinkelse av utredningsforløp. Personer med mulige tuberkulosefunn ved et ankomstsenter kan havne på et 20-sengsoverom på et mottak, uten at kommuneoverlegen i mottakskommunen er kjent med funnet. I asylmottakene kan persongjenomstrømmingen være svært høy, og det kan være at det først er i bosettingskommunen at det patologiske svaret følges opp. Da har ingen lengre oversikt over hvem de 19 andre på samme soverom var og hvor de befinner seg.

UDIs opplevelse av tuberkulosescreeningsforløpet

Om vi ser på screeningen sett fra UDIs side, starter løpet med registreringen hos politiet. UDI skal deretter sende oppdaterte lister med registrerte søkere til oppholdskommunen. Listene opplyser UDI at de sender til kommune(over)legen med ansvar for smittevern. Finansiering av ordningen omtaler UDI i et brev til kommunene (1):

«All organisering og gjennomføring av tuberkuloseundersøkelser av ukrainere finansieres av UDI. Det gjelder uavhengig av om personene bor privat eller i akuttinnkvarteringsløsninger. Kommune og spesialisthelsetjeneste får refundert sine utgifter av UDI.»

Atten måneder etter det brevet fra UDI til kommunene, kommer den meldte refunderingsløsningen på plass (2). Her har UDI regnet seg frem til at screeningen koster hver kommune 550 kroner per person, og 700 kr for kommuner som har hatt desentraliserte registreringsentre. Det er bare tu-

berkulosescreening av asylsøkere og flyktninger som en kan søke om å få refusjonssummen for.

Kommunens utgifter til tuberkuloseundersøkelse

For å gjennomføre en tuberkuloseundersøkelse har kommunen store lønnsutgifter. Det kreves merkantilt personell som kaller inn til time og bestiller tolk. I henhold til forskriften skal en ha kvalifisert helsepersonell som gjennomfører klinisk undersøkelse, henviser til røntgen og blodprøver, følger opp prøvesvarene og henviser de med funn til spesialisthelsetjenesten. Videre har kommunen utgifter til journalsystem, lokaler, tolk og transport til røntgenundersøkelsen. I Distrikts-Norge kan avstanden til nærmeste røntgenavdeling være svært stor. Summen som UDI tilbyr per person, utgjør en veldig liten andel av de utgiftene kommunene har knyttet til tuberkuloseundersøkelsen.

En underfinansiering av kommunale tuberkulosescreeningsprogram kan utgjøre en alvorlig smittevernsrisiko. Det er kjent at en betydelig andel av tuberkuloseforekomsten i Ukraina er multiresistent (MDR) tuberkulose, og dersom bare én smitteførende fra et flersengsrom på et mottak ikke fanges opp, vil det kunne gi store smittevernmessige konsekvenser.

REFERANSER

- <https://www.fhi.no/contentassets/ef9b966465b24722b1f09009851e0e38/2022-03-17-informasjon-til-kommunene-om-tuberkuloseundersokelse-av-nyankomme-fra-ukraina.pdf> – UDI 17.03.22.
- <https://udi.no/globalassets/asylmottak/helseinformasjon/informasjon-til-kommunene-om-finansiering-av-tuberkuloseundersokelser-til-utsendelse.pdf> – UDI 27.09.23.

■ MARIT.HAUGE@MOLDE.KOMMUNE.NO

Rutineundersøkelse ved ankomst til Norge

Barn 0-5 måneder

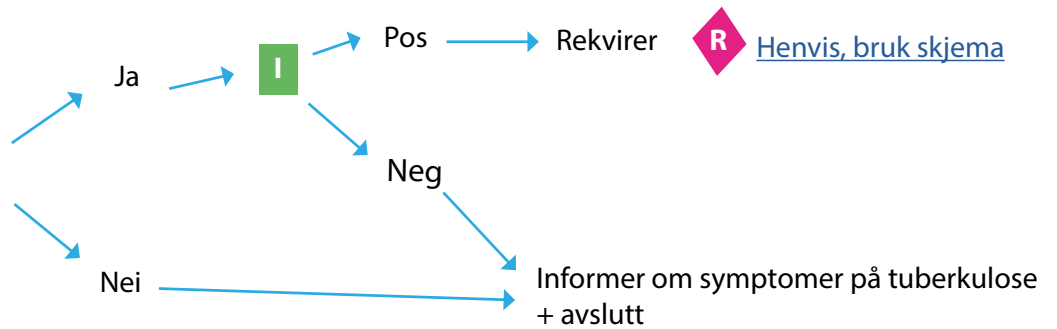


Personlig konsultasjon med helsepersonell, se [sjekkliste](#).

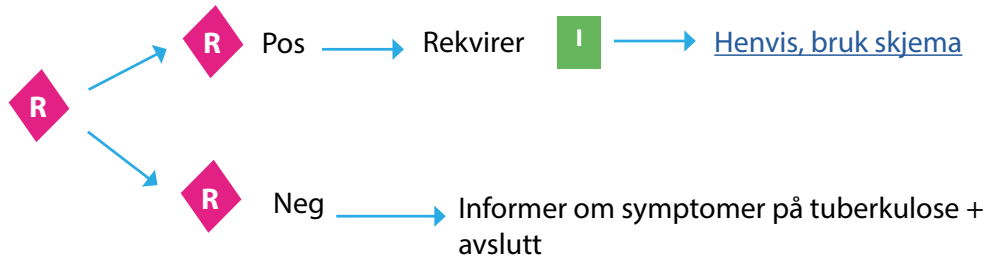
Barn 6 måneder - 9 år



Har barnet hatt en eksponering for tuberkulose siste 2 år?



Voksne og barn over 10 år



Supplerende undersøkelse for nyankomne fra land med særlig høy forekomst 6 måneder – 35 år



I Hvis positivt svar; [Henvis, bruk skjema](#).

I = IGRA (QFT eller T-spot)

R = Rtg thorax

Tuberkulose på gynekologisk avdeling

■ JOACHIM R. DENSTAD • Lege i spesialisering, Namsos sykehus, avd. for fødselshjelp og kvinnesykdommer

Diffuse gastrointestinale smerter og urogenitale symptomer ble tilskrevet en voluminøs uterus, men viste seg også å være forårsaket av en infeksiøs sykdom.

Kvinne 48 år fra Filippinene, kom til Norge i 2014. Angivelig somatisk frisk, tre barn hvorav to forløst med sectio via midtlinjesnitt i hjemlandet. Ingen faste medisiner og ingen kjente allergier.

Pasienten ble henvist gynekologisk avdeling i 2016 på grunn av intermitterende smerter i nedre del av abdomen. Eneste funn ved undersøkelse var et myom på tre centimeter som gradvis økte i størrelse ved kontroller. Kvinnen ønsket ingen operativ behandling.

Over årene fikk hun gradvis økende diffuse gastrointestinale symptomer og lavt ferritin og hun ble henvist til gastroskopi. Histologi fra tyntarmslimhinne viste intraepithelial lymfocytose og partiell tottetrofi. Hun ble anbefalt streng glutenfri diett.

I 2023 fikk pasienten økende symptomer fra sitt myom i form av hyppig vannlatingstrang, og myomet hadde vokst til ti centimeter. Pasienten ønsket kirurgisk behandling. På grunn av tidligere bukkirurgi og stort arrkeloid ble man enige om hysterektomi via laparotomi og samtidig eksisjon av keloidet.

Da operatør kom inn til fri bukhule ble det funnet karsinomatose lignende forandringer i peritoneum, over uterus, tykk tarm, urinblæren og oment. Det ble tatt biopsier og cytologi av ascites og buken ble lukket uten videre intervensjon.

CT gjennomført dagen etter uten sikker karsinomatose eller påvisbare metastaser, men økt antall lymfeknuter paraaortalt og to solide noduli i venstre lunges underlapp. Tumormarkører som CA125 og CEA var ikke forhøyet.

Analyse av ascites viste rikelig mengde amorft materiale, leukocytter og makrofager. Biopsier fra oment og peritoneum hadde utbredt granulomatøs betennelse og områder med nekrose, uten holdepunkter

for malignitet. Ved tilleggsundersøkelse ble det ikke funnet syrefaste staver ved spesialfarging for dette.

Onkolog og infeksjonsmedisiner ble konferert. På grunn av pasientens opprinnelsesland måtte man fremdeles mistenke tuberkulose eller aktinomykose. Man ble enige om å ta nye biopsier via laparoskopi med hensyn på dyrkning.

Etter to måneder kom det melding fra mikrobiolog om oppvekst av Mycobacteri tuberculosis og behandling ble startet i regi av infeksjonsmedisiner. Videre resistensbestemmelse viste at bakterien var resistent mot Isoniazid, en av de viktigste medisinene i behandlingen mot tuberkulose (1).

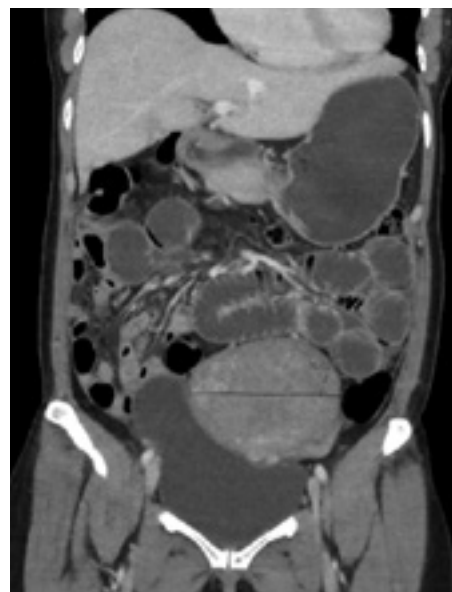
Man kan lese på Folkehelseinstituttet sine hjemmesider at forekomsten av tuberkulose i Norge er blant den laveste i verden (1). Til tross for dette er infeksjonssykdommen en av de ti mest dødelige sykdommene i verden og verdens mest dødelige infeksjon etter Covid-19 (2). I de aller fleste tilfeller rammer sykdommen lungene, men som beskrevet i denne kasuistikken, kan sykdommen også ramme andre organer. De fleste blir helt friske etter korrekt langvarig antibiotikabehandling.

Som hos andre bakterier, er også resistensutvikling hos Mycobacteri tuberculosis et stort problem, og dårlig behandling kan være verre enn ingen behandling.

Formålet med å dele denne kasuistikken er todelt. På den ene siden er det en påminnelse om at tuberkulose fremdeles forekommer i Norge. På den andre siden er det en viktig påminnelse om god antibiotikahygiene blant alle leger i kampen mot resistens.

Og husk: verdens tuberkulosedag er den 24. mars.

Artikkelen er publisert med skriftlig tillatelse fra pasienten



ILLUSTRASJONSGRØ: MORTEN HERNES/NTNU-ADOBEBEYER

REFERANSER

- <https://www.fhi.no/ss/tuberkulose/tuberkulose-faktaark/>.
- <https://www.fn.no/om-fn/fn-dager-kalender/kalender/verdens-tuberkulosedag>.

■ JOACHIM.R.D@GMAIL.COM

'Feskarbonden og andre kvinnfolk'

En historie om tuberkulose

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i *Utposten*

I dette nummeret av *Utposten* står det på trykk en artikkel om en kvinne som har innvandret til Norge i nyere tid. Hun har med seg tuberkulose fra hjemlandet. Det er slik vi møter de fleste av de ganske få tilfellene vi i dag ser av tuberkulose. Vi glemmer lett at det ikke er lenge siden tuberkulose var en folkesykdom også hos oss, og den viktigste dødsårsaken hos nordmenn. Det skjedde i en tid hvor folk var overlatt til å klare seg selv.

På slutten av 90-tallet bodde og jobbet jeg som kommunelege i Vestvågøy i Lofoten. På den tiden var kollega Guri Ingebrigtsen ordfører i kommunen. Hun redigerte tidligere på 90-tallet tekstene i *Feskarbonden og andre kvinnfolk* sammen med Liv Marie Austrem (1). Dette var den første boka til Orkana forlag, et forlag grunnlagt i Stamund (2). Boka er for meg en aldri så liten perle, som har fulgt meg siden.

Boka handler om livet i Lofoten sett med kvinneøyne, fra århundreskiftet og frem til etter krigen. Den består av et redigert materiale fra intervju med 75 eldre kvinner bosatt i Lofoten, gjennomført av ti arbeidsledige kvinner, som et arbeidsmarkeds kurs. Tekstene er gruppert etter tema som eksempelvis kjærlighet og ekteskap, sykdom og konkrete beskrivelser av arbeidsoppgaver. En av disse fortellingene handler om det å få tuberkulose i en tid hvor mange døde av sykdommen, og hvor det var lite og ingen offentlig støtte å få. Denne historien har jeg flere ganger lest høyt i forbin-



KICKUP/NOTEN HEMNES/PLACENT

delse med undervisning i trygdemedisin. Dette er vår nære historie, som setter dagens trygghetssystem i sitt rette lys: Slik var livet uten trygd, og slik er livet uten trygd i mange deler av verden i dag. Vi har fått lov av forlaget til å trykke denne historien til glede for *Utpostens* lesere.

Først litt bakgrunnsinformasjon. Hva er en «feskarbonde»? På *Wikipedia* kan vi lese:

«Fiskerbonden er en primærnæringsstruktur som i naturalhusholdningens og den tidlige pengeøkonomiens tid var en vanlig kombinasjon langs store deler av norskekysten. (...) Levesettet innebærer at man henter inntekter fra en kombinasjon av fiske og jordbruk. Dette for å gi nok mat og inntekt da en av de-

lene var vanskelig å klare seg på alene fordi gårdene ofte var små og karrige.» (3)

Fiskerbonden var to personer. Mannen var gjerne i hovedsak fisker, og kona var bonden som også hadde ansvar for hus og heim og flere generasjoner. En vanlig kombinasjon: Både min mor og min far er oppvokst i fiskerbondefamilier, på små gårdsbruk på vestlandskysten, henholdsvis på Vigra og på Bømlo. Mine sommerferier på 70-tallet ble tilbragt i levende fiskerbondekultur hos mine besteforeldre.

I dag tenker vi lite på tuberkulose, men det er kun få år siden det var en folkesykdom. Min onkel, født i 1932, fikk tuberkulose da han var tidlig i tenårene. Han lever fortsatt. Så sent som da min bestefar ble

født var forventet levealder for menn i Norge 52 år (4). På den tiden døde om lag syv tusen nordmenn hvert år av tuberkulose (5), av en befolkning på noe over 2,2 millioner (6). Jeg har funnet tuberkulose én gang på mine snart tretti år som lege, det var skjelett-tuberkulose hos en utenlandsk student. Om vi omsetter tallene fra år 1900 til dagens befolkning, ville jeg hatt tre pasienter som døde av tuberkulose hvert år.

I «Feskarbonden» sier fortelleren at hun er en av de første i Nord-Norge som får streptomycin. Streptomycin ble isolert i 1943 og kom ikke til Norge før etter krigen (7). Historien vi leser utspiller seg derfor trolig en gang like før 1950. Min onkel fikk tuberkulose noen år før streptomycinet kom til Norge. Han var heldig som ble frisk uten virksomme medisiner. Han kan fortelle at han var den eneste som overlevde av alle de ti pasientene i hans rom på Kysthospitalet i Hagavik (8).

I historien vi skal lese får vi høre om fjerning av ribben, eller torakoplastikk. Hensikten med dette inngrepet er å få lungene til å kollapse, slik at tuberkelbasillen får mindre tilgang til luft. Man antok at tuberkulosen raskere ville heles dersom lungene klappet sammen. Brystkassen ble etter inngrepet mer eller mindre deformert (9).

Når vi i dag leser historien er det flere ting som gjør inntrykk. Det medisinske er tankevekkende i seg selv, men den materielle utryggheten er også til ettertanke. Når mor blir alvorlig syk overlates en hel familie til å klare seg selv som best den kan.

Resten av boka *Feskarbonden og andre kvinnfolk* anbefales på det varmeste! Den er fortsatt mulig å bestille fra forlaget.

Trykket med tillatelse fra min onkel.

REFERANSER

1. Austrem LA, Ingebrigtsen G. Feskarbonden og andre kvinnfolk. Stamsund: Orkana forlag; 1993.
2. <https://www.orkana.no/forlaget/om-forlaget/>, lest 12.12.23.
3. <https://no.wikipedia.org/wiki/Feskarbonden>, lest 12.12.23.
4. Folkehelseinstituttet, forventet levealder i Norge. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/samfunn/levealder/?term=>, lest 28.10.23.
5. Folkehelseinstituttet, tuberkuloseveilederen. <https://www.fhi.no/ss/tuberkulose/tuberkuloseveilederen/forekomst-og-kontroll/ri-innledning?term=#11-tuberkulosens-historie>, lest 28.10.23.
6. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/samfunn/befolkningen/?term=>, lest 12.12.23.
7. <https://en.wikipedia.org/wiki/Streptomycin>, lest 12.12.23.
8. <https://www.helse-bergen.no/avdelinger/ortopedisk-klinikk/kysthospitalet-i-hagevik/historia-om-kysthospitalet/>, lest 12.12.13.
9. <https://sml.snl.no/torakoplastikk>, lest 12.12.23.

■ NFLEM@ONLINE.NO

Du måtte slite med helsa sånn som ho var

Denne historien er fortalt av en eldre ikke navngitt kvinne i Lofoten til Liv Marie Austrem og Guri Ingebrigtsen en gang tidlig på 90-tallet. Den kan leses sammen med en rekke andre slike gjenfortellinger i boka *Feskarbonden og andre kvinnfolk*, utgitt på Orkana forlag i 1993.

«Eg vart erklært uhelbredelig då eg kom til Vensmoen sanatorium. Men livsvilja var sterk enn som så. Det som redda livet mitt, var at de akkurat hadde fått den nye medisinen som kom etter krigen. Eg var en av Vensmoens første streptomycin-pasienter. De brukte den berre på tvilsomme tilfella. Når det ikkje var anna råd, så prøvde de den, sjøl om de ennu ikkje torde å lite på den.

Og så måtte eg ha to operasjoner. Vi blei operert i Mosjøen, og det var jo reine karavana av folk som for fra Vensmoen og nedover dit. Det var i den tida de tok ribbeina. Ja, det var harde bud. Vi måtte være våken under operasjonen, for ellers så dunka de oss i hauet. Overlegen var imot at vi skulle ha narkose, for da blei pasienten passiv for lenge. Det var så lett å få blodpropp, sa han. Når operasjonen var ferdig, blei vi hjelpt

over på båra. Men når vi kom til senga, måtte vi sjøl gå over i den.

Vi skulle ikkje ligge. Vi skulle være oppe. Det var knallhardt. Men legen sa at det hadde vist seg at det var det beste. Eg tok tre ribbein første gangen og tre ribbein tre veke seinar. Eg må si: Gud være takk for at det blei slutt med de operasjonan. For det var altså tortur.

Men ka gjør man ikkje for å komme heim til mann og unga? Eg var borte i åtte måneda, og to ganger ringte eg heim. Det var så dårlig med økonomien. Mannen min hadde ikkje råd å reise for å besøke meg heller. Eg skulle ikkje reise hem aleina, men det måtte eg.

Det var ei slitsom tid fra då og utover, og det var ikkje mykje stønad å få. Ikkje fem øre. Du måtte slite med helsa sånn som ho var.»



Oversiktsbilde over Vensmoen sanatorium. Vensmoen Sanatorium var et statlig sykehus for behandling av tuberkulosepasienter fra Nord-Norge. Institusjonen var i drift fra 1916 til 1966 og lå på Vensmoen ved Røklund i Saltdalen.

Sykebesøket

– plage eller en gave?

■ JØRUND STRAAND • Spesialist i allmenntilstand, professor Universitetet i Oslo

«Jeg husker et sykebesøk en gang ...» Ikke sjelden starter fortellinger slik når allmennleger samles i hyggelig lag. Det som følger kan handle om et minne fra turnustjenesten i et fjernt distrikt. Eller om en fersk opplevelse fra egen praksis. Kanskje var det spesielt strabasiøst å finne fram til pasienten. Eller så var det noe overraskende og uventet som møtte legen i pasientens hjem. Hva slags plass bør sykebesøket ha i dagens fastlegepraksis?

Helt fram mot slutten av 1800-tallet var hjemmebesøket vanligste kontaktform mellom pasient og lege (se maleriet på motstående side). I Henrik Ibsens skuespill er huslegen stadig til stede hos de velstående, enten der er sykdom i familien eller ei (1). Seinere, på 1950-tallet, var leger blant dem som hadde bil. Bilen gjorde det enklere for legen å besøke pasientene enn omvendt. På denne tida var nesten hver femte pasientkontakt et sykebesøk (2). I 1978 dro allmennpraktikerne i snitt i seks til sju sykebesøk ukentlig utenom legevakt (3). På slutten av 1980-tallet skjedde fortsatt nær hver tiende pasientkontakt i allmennpraksis som hjemmebesøk (4). Men fram til dags dato har det blitt stadig sjeldnere med sykebesøk. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) viser at i 2022 dro fastleger i snitt

bare i 1,5 sykebesøk per 100 innbyggere per år, i hovedsak til de over åtti. Den dramatiske nedgangen i sykebesøk er del av en internasjonal trend. Alt for 25 år siden hadde en eldre pasient i USA nær dobbelt så høy sannsynlighet for å gjennomgå hjertekateterisering enn å oppleve den lavteknologiske luksus å få sykebesøk hjem av egen lege (5).

En plage og en plikt

Spesielt i byene er det blitt vanlig at noen fastleger bare ytterst sjelden, om i det hele tatt, drar i sykebesøk. Er dette fordi sykebesøket er bortkastet tid og penger? En plage som fastleger bør styre unna? Joda, det er ofte dårlig bruk av tid og krefter å dra hjem til febersyke barn eller til den som bare tren-

ger sykemelding. Feberunger vurderes bedre på et lyst og velutstyrt legekantor enn i et halvmørkt soverom. Og sykemeldingen – den avklares greit via telefonen. Men hva når egne listepasienter med kronisk sykdom og funksjonssvikt ikke lenger mestrer å møte på legekantoret, eller når transporten dit ville medført uakseptabel belastning, er ikke sykebesøket da en selvfølgelig arbeidsoppgave og en plikt for fastlegen?

Innsikt, oversikt og tillit

Fastlegen skal ikke bare forholde seg reaktivt, «tørke golvet mens krana renner», overfor sine pasienter. Listeansvaret innebærer også å forholde seg proaktivt til de med spesielt høy risiko for forverring av sykdom eller fallerende funksjonsnivå.

TABELL

Situasjoner der hjemmebesøk er aktuelt	
Ved skade eller akutt sykdom	Livstruende sykdom eller skade Pasienten er for syk til transport, transport kan forverre tilstanden, eller det er behov for behandling før transport Sterke smerter, nedsatt allmenntilstand, eller smittefare Sosiale forhold, for eksempel at pasienten er hjemme på grunn av omsorgsansvar Situasjoner der innleggelse vurderes best hjemme (causa sosiale, akutt psykiatri)
Ved kronisk og alvorlig sykdom	Vanskelig diagnostikk Terapisvikt eller komplikasjoner av behandling Compliance-problemer eller polyfarmasi Terminal omsorg og palliasjon Spesielle psykososiale forhold
Risikopasienter	Bor alene Høy alder Nylig blitt enke eller enkemann Kognitiv svikt, depresjon eller sansesvikt Fallulykke(r) i eget hjem Misbruksproblematikk og rus (ruspåvirkning kan også være kontraindikasjon) Nylig utskrevet fra sykehus Unnlater å møte til avtalt kontroll Spesielle sosiale eller boligmessige forhold



Sykebesøk (1888), malt av Jacob Gløersen (1852–1912).

I slike tilfeller kan hjemmebesøket noen ganger gi legen aha-opplevelser og innsikt i klinisk viktige forhold som ikke hadde vært fanget opp på legekantoret. Hjemmebesøket tydeliggjør hvem pasienten er som person og om hva slags liv vedkommende har eller har hatt. Hjemmebesøket synliggjør ikke bare de fysiske rammene i hjemmet, det åpenbarer også pasientens nettverk, ressurser og mestringskompetanse. Dette er viktig fordi «it is much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of a disease a patient has» (6). Et jungelordtak i samme retning sier at allmennlegen ikke kjenner egne pasienter fullt ut før hun har besøkt dem hjemme. At legen kommer hjem til pasienten, bidrar kraftig til å styrke tilliten i lege-pasient-forholdet:

«Visiting patients at home is one of the means by which bonds between a doctor and a family are forged and strengthened. A first-hand knowledge of the family home gives the physician an understanding of the patient and his family that he can get in no other way»,

skriver Ian R McWhinney i *A Textbook of Family Medicine* (7). Kunsten er å forvalte bruken av spesielt planlagte sykebesøk til tilfeller der dette har en merverdi for lege

og pasient. Merverdi for legen kan være økt innsikt i spesielle psykososiale forhold eller belastninger for pårørende.

Kontinuitet

Mens engangs-dropin-leger praktiserer øyeblikksmedisin frakoblet kontinuitet, er kontinuiteten selve adelsmerket i fastlegetjenesten. For hos fastlegen består pasientene, mens sykdommene kommer og går. Kontinuiteten er fastlegenes hemmelige våpen. Så hemmelig at helsemyndighetene fortsatt ikke har innsett rekkevidden av det. Dette til tross for at det nå er slått fast at langvarig kontinuitet kan ha kraftfulle effekter både ved å redusere sykkelighet og til å forlenge liv (8). Effekten er på linje med de beste av våre legemidler.

Evidensbaserte sykebesøk?

Forskning har også vist at oppsøkende hjemmebesøk til gamle der vekt legges på å støtte opp under deres trygghet og mestringskompetanse, kan ha betydelig effekt på harde endepunkt som redusert bruk av legevakt, mindre bruk av sykehjem, færre sykehusinnleggelses og redusert dødelighet

(9–11). Det er likevel fortsatt behov for mer forskning for å dokumentere effekt av ulike slags hjemmebesøk i allmennpraksis. Målet må være å komme opp med et kunnskapsgrunnlag for hva vi skal kunne omtale som «evidensbaserte hjemmebesøk».

Opp gjennom årene har jeg undervist legestudenter om hjemmebesøket som arbeidsform i allmennpraksis. Anbefalte indikasjoner for planlagte hjemmebesøk kan være mange og de viktigste er oppsummert i egen tabell nederst på motstående side (12).

En gave!

Til slutt må det ikke glemmes at sykebesøk også gir verdifull kunnskap om lokalsamfunnet, samtidig som det kan være et kjærkomment avbrekk fra travelheten ved «samlebåndet» på legekantoret. Hyggelig kan det også være. Noen ganger rett og slett en gave!

Av og til har jeg avsluttet undervisningstimen om sykebesøket for legestudenter med å lese opp Carl Stoltenbergs beretning om et minneverdig sykebesøk – med dans! (13). Se neste side.

■ JORUND.STRAAND@MEDISIN.UIO.NO

Carl Stoltenberg (1865–1939). Foto til venstre er tatt den 14. mars 1897 av fotograf Hans H Lie (1867–1918). Doktorhistorien «Sykebesøk med dans» handler om et sykebesøk til Kvikne en høstdag rundt år 1900 mens doktor Stoltenberg var kommunelege i Nord Fron i Gudbrandsdalen. Maleriet «Legehesten» (utsnitt, 1888) av Fritz Thaulow (1847–1906) illustrerer hvordan legene kom seg rundt på bygdene på den tiden.

DIGITALT MUSEUM, MAIHAUGEN



Sykebesøk med dans

Det var en vakker høstdag i oktober. Luf-ten var ren og klar og himlen blaa, og solen skinte, saa det formelig varmet lunt.

Opover lierne og fjeldsiderne dannet bir-kens lysegule og aspens blodigrøde blade i broget avveksling med den mørkegrønne furuskog et skjønt harmonisk farvebillede, og øverst paa fjeldene laa nyfalden sne.

Jeg følte det rent som en nydelse, der jeg sat i min karjol paa veien til den fjeldbygd, hvortil jeg var hentet. Det var mig saa meget mer en nydelse, som jeg for et par dage siden hadde kjørt den samme vei i den væmmeligste snestorm med vaat, ækkel sne, som prikket i ansiktet og fandt vei ned-over nakke og hals og i det hele virket saa, at mit indvortes barometer ikke stod en smule høiere end luftens. Men i dag var det anderledes. Nu sendte høsten en av sine siste farvegyldne dage til et skjønt, men ve-modig farvel.

Min reise gjaldt altsaa denne gang en plads oppe i fjeldbygden. Jeg hadde faat besked om, at der var «e laak kjærring, som trængte doktor». Før jeg kom frem, var det aften og mørkt, og da jeg nærmet mig maa-let for min reise, lød der danse-musik ut fra den oplyste plads. Forsiktig aapnet jeg dø-ren og stod nogen øieblikke som ubemer-

ked tilskuer til den situation, som nu præ-senterte sig for mig.

Istedenfor at finde min patient liggende i sin seng og omgitt av et sykeværelses stille ro, stod der en spillemand og strøk av alle livets kræfter paa en violin, mens en skare gutter og jenter danset rundt. Borti en krok sat min patient, den laake kjærringa, og drak kaffe, sandsynligvis «kaffedoktor». For der stod en flaske brændevin ved siden av hende. I munnen hadde hun en snadde, og hun nikket smilende i takt til musikken og fulgte med livlig interesse dansen. Men saa gik der én hen og hvisket min patient noget i øret. Jeg var blitt opdaget.

Nu skede der pludselig en scene-forand-ring. Brædevinsflasken forsvandt under hendes skjorter, snaddestumpen gjæmte hun i haanden, og ansiktet la hun i lidelses-fulde folder. Musikken stanset, dansen hør-te op, og der blev lydløst stille i rummet.

– Min første følelse var ærgrelse, ærgrel-se over at være hentet den lange vei for in-genting, og jeg tænkte paa at holde en tor-dentale til forsamlingen i almindelighet og patienten i særdeleshed.

Men det komiske ved situationen over-vandt hurtig ærgrelsen. Jeg besluttet nu at ta saken fra den gemytlige side, lot gulvet

rydde, saa der blev en liten aapen plads, gav spillemanden ordre om at spille en rask ga-lop, gik saa hen og bukket dypt for kjærrin-ga, min patient, og bød hende op til dans. I begyndelsen fulgte hun mostræbende med; men da hendes aldrende lemmer var myk-net litt op, glemte hun alder og sykdom og danset slik, som hun vel neppe har gjort, si-den hun stod brud. Hun fortalte, at hendes datter hadde fødselsdag den dag, og at det var derfor der var danse-moro i huset. Om sykdom og medicin talte hverken hun eller jeg under dette belivede forholdet ord.

Efter denne «pligtdans» med husets ver-tinde svinget jeg saa yngre, mere tiltalende «baldamer» i dansen og forsvandt saa, efter først at ha paalagt min patient endelig ikke at glemme at indby mig ogsaa til næste danse-moro. Og saa reiste jeg hjem den lan-ge vei i høstnattens mørke.

Om hun da aldeles ikke hadde været syk? Jo, hun hadde nok av og til «vondt for bringa», litt kardialgi, og saa hadde hun doktor paa «kassa» – frit altsaa.

Historien illustrerer, hvorledes den lette tilgang til fri lægehjelp ofte misbrukes. Den illustrerer ogsaa, hvor lune og gemyt-lige forholdene i Gudbrandsdalen kunde være.

REFERANSER

1. Frich JC. Ibsen, legene og Tidsskriftet. Tidsskr Nor Legeforen 2006; 126: 1033.
2. Bentsen BG. Illness and general practice. Oslo: Universitetsforlaget 1970.
3. Rutle O. Primærlegen ut av skyggen – analyse av situasjonen i dag, tanker om morgendagen. Rapport nr. 1-1981. Oslo: gruppe for helsetjenesteforskning 1980.
4. Strand J, Sandvik H. Home visits in general practice – most often for elderly patients. A report from the Møre & Romsdal Prescription study. Nor J Epidemiol 1998; 8: 127–32.
5. Campion EW. Can house calls survive? N Engl J Med 1997; 337: 1840–1
6. Osler W. The principles and practice of medicine: designed for the use of practitioners and students of medicine. Edinburgh and London: Young J. Pentland, 1892.
7. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. New York: Oxford University Press, 1981.
8. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract 2022; 72 (715): e84-e90. Doi: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>.
9. Hendriksen C, Lund E, Stromgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly: a three year randomised controlled trial. BMJ 1984; 289:1522-4.
10. Van Rossum E, Fredriks CMA, Philipsen H et al. Effects of preventive home visits to elderly people. BMJ 1993; 307: 27-32.
11. Elkan R, Egger M, Kendrick D, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ 2001; 323 :719 doi:10.1136/bmj.323.7315.719
12. Straand J. Sykebesøk. I: Hunskaar S, red. Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal akademisk 2013: 45-6.
13. Stoltenberg C. Sykebesøk med dans. Gjengitt i: Larsen Ø, red. Norges leger 1996. Bind V: 225-6. Oslo: Den Norske Legeforening, 1996.

Utlysning av ekstrastipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg for høsten 2024

Stipend fra Allmenntedisinsk forskningsutvalg (AFU) er lavterskelmidler som skal stimulere allmennleger til å starte med forskning innen eget interessefelt. I tillegg til AFU-stipend, utlyses ekstrastipender for utvalgte områder for høsten 2024. Ekstrastipend kan tildeles både ferske og veletablerte forskere på følgende tre temaer:

Innovasjon i primærhelsetjenesten

Helsetjenesten forventes å gjøre stadig mer, og det er behov for å finne gode løsninger for å forebygge, diagnostisere, hjelpe innbyggerne til egenmestring og behandle på beste effektive omsorgsnivå. Gjennom et ekstrastipend ønsker vi å stimulere til prosjekter som utforsker hvordan primærhelsetjenesten kan utvikle seg gjennom tjenesteinnovasjon, enten ved bruk av moderne teknologi eller på andre måter.

Samvalg i allmennpraksis

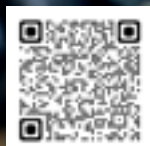
Pasientsentrert metode står sentralt i allmennmedisinske konsultasjoner. Det er imidlertid mangel på oppdatert kunnskap om beslutningstaking og klinisk usikkerhet i allmennpraksis, med pasienter som aktive deltakere i prosessen – altså samvalg. Gjennom et ekstrastipend ønsker vi å stimulere til studier som

setter fokus på samspillet mellom lege og pasient i møte med risiko og usikkerhet når kliniske beslutninger skal tas i allmennmedisinske konsultasjoner.

Prioritering i praksis

Samfunnet har stadig større forventninger til tilgjengelighet av legetjenester, og ny teknologi gjør økt tilgang mulig. Aktører utenfor den offentlige helsetjenesten bruker tilgjengelighet for å konkurrere om de mest «lønnsomme» pasientene. Primærhelsetjenesten blir stående i en skvis mellom å være mest mulig tilgjengelig og faglige grunner for å gi helsetilbud. Tesen om å gi mest til de som trenger det mest og portvokterrollen kan være på spill. Dette ekstrastipendet retter seg mot prosjekt som vil studere hvordan fastlegetjenesten kan innrette sine tjenester slik at de som trenger det mest også får mest helsetjenester, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Send søknad om ekstrastipend via digitalt skjema på AFUs hjemmeside: www.legeforeningen.no/afustipend – eller skann QR-koden. Her finner du også mer info om ordinært AFU-stipend. **Søknadsfristen er 5. mai 2024.**



Lyst til å prøve deg på forskning?

Allmennmedisinsk forskningsutvalg utlyser AFU-stipend til leger som vil gå i gang med et forskningsprosjekt som er aktuelt for primærhelsetjenesten.

Er du lege i allmennmedisin eller samfunnsmedisin og har en idé du vil utforske eller et forskningsprosjekt du ønsker å realisere, kan du søke om stipend for inntil seks måneder. AFU-stipendet er i hovedsak rettet mot leger i allmennmedisin og samfunnsmedisin som ikke har forsket tidligere, og stipendet skal gjøre det mulig å ta fri fra andre oppgaver for å kunne forske.

Det er nok at du har en god idé for å kunne søke, men du må ha kontaktet en veileder før du søker.

Les mer om stipendet på: www.legeforeningen.no/afustipend – eller skann QR-koden nederst til venstre.

Har du spørsmål, send mail til: nfalforskningsutvalg@gmail.com – eller ta kontakt med et av de allmennmedisinske universitetsmiljøene i Oslo, Bergen, Trondheim eller Tromsø. AFU-stipendet utlyses to ganger i året. Neste søknadsfrist er 5. mai 2024.

Fastlegens rolle når livet

■ ANNE FASTING • Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Det medisinske fakultet, NTNU

Anne Fasting disputerte 8. desember 2023 med avhandlingen «General practitioners' role in palliative care: map versus terrain».

I avhandlingen belyses kontrastene mellom hva Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen stiller av krav til fastleger og hva fastlegene opplever i sin kliniske hverdag. Studiene som inngår i avhandlingen var en spørreskjemaundersøkelse blant fastleger i Møre og Romsdal og en fokusgruppstudie blant fastleger i Midt-Norge.

Det overordnede formålet med dette prosjektet var å få innsikt i fastlegenes erfaringer med palliasjon, utvikle ny kunnskap om fastlegenes rolle i palliasjon og barrierer for deres deltakelse. Vi ville undersøke i hvilken grad fastlegene kjente til den nasjonale retningslinjen for palliasjon og handlet i tråd med denne. Dette betyr at vi sammenlignet retningslinjen som et kart med fastlegenes virkelige terreng.

Fastlegen er en viktig aktør i omsorgen for pasienter med livsbegrensende sykdom, uavhengig av diagnose. Nøkkelrollen gjenspeiles i den nasjonale retningslinjen for palliasjon i Norge. Samtidig antyder praksiserfaringer at det er avstand mellom fastlegens rolle i det virkelige liv, og den rollen fastlegene er tiltenkt med tanke på optimale forløp for palliative pasienter som bor hjemme.

I den første studien fant vi at fastlegene hadde få palliative pasienter til enhver tid, og at hjemmedød var sjeldent. Dette gjorde det vanskelig for fastlegene å opprettholde spesialisert kunnskap og ferdigheter. Arbeidsmetoder anbefalt i retningslinjen var lite brukt, og retningslinjen virket ikke godt implementert blant fastlegene. Mer enn halvparten av legene så på sin egen rolle som sentrale aktører i det palliative arbeidet og kjente seg trygge i



går mot slutten



rollen. Dette var mer uttalt blant fastleger med lang reiseavstand til sykehus enn de som jobbet i nærheten til et sykehus. Fastleger med lang avstand til nærmeste sykehus gjorde seg også i større grad tilgjengelig for pasient, pårørende og samarbeidspartnere utenfor arbeidstiden.

Fokusgruppene

I fokusgruppene løftet fastlegene frem flere styrker i dette arbeidet. De fremhevet kontinuitet i lege-pasient-forholdet, at de var vant til å koordinere pasientomsorgen og hadde unik kjennskap til pasientene og deres pårørende. Fastlegene mente at deres allmennmedisinske grunnkompetanse ga gode verktøy for å lindre pasientenes symptomer i mange tilfeller. De var positive til å delta i palliasjon. Likevel inntok de tre ulike posisjoner når det gjaldt sin rolle; mens noen var svært involvert i dette arbeidet, var andre mindre involvert eller svært sjeldent involvert.

Videre så vi på hindringer for fastlegenes deltakelse i palliasjon. Mange fastleger mis-

tet kontakten med alvorlig syke pasienter når de ble fulgt av sykehuset, og da var det en terskel for å komme på banen igjen. Utilstrekkelig informasjon fra sykehuset kunne gjøre det vanskelig å vite hvordan, og om de i det hele tatt skulle følge opp pasienten. Fastlegene trengte informasjon om pasientens videre fremtidsutsikter.

Fastlegene beskrev ulike kulturer for samhandling mellom fastlege, kreftsykepleier og de palliative teamene. Noen av fastlegene tenkte at den kommunale kreftsykepleieren skulle samhandle mest med det palliative teamet på sykehuset, og at de selv dermed ikke var involvert i dette arbeidet.

De fleste fastlegene opplevde at retningslinjen var for omfattende til bruk i allmennpraksis. Kompetansekravene fremstod som urealistiske for en vanlig fastlege, og arbeidsmetodene som var anbefalt i retningslinjen passet ikke inn i allmennpraksis. De mistenkte at allmennleger ikke hadde medvirket i utarbeidelsen av retningslinjen.

Denne avhandlingen tydeliggjør at fastleger med sin allmennmedisinske kompetanse kan tilføre unike kvaliteter til omsorgen for alvorlig syke og døende pasienter, og at deres ferdigheter utfyller andre fagfolk på feltet.

Retningslinjer

Det er nyttig for pasientene at fastlegen deltar i det tverrfaglige arbeidet, men retningslinjens krav til fastlegenes kompetanse fremstår imidlertid som ambisiøse, og rollefordelingen mellom aktørene er uklar. Vi vet for lite om hvilket nivå av spesifikke kunnskaper fastlegene bør ha i dette arbeidet i tillegg til den brede kompetansen de har som allmennleger. Fastlegen er vanligvis portvakt til spesialiserte helsetjenester, og dersom de forbigås, kan ressursene innen spesialisert palliativ omsorg overbelastes.

Avhandlingen problematiserer noen aspekter ved produksjon av retningslinjer. Dette gjelder viktigheten av å vurdere konsekvensene av retningslinjenes krav i alle ledd av helsetjenesten. For allmennleger, som må følge mange retningslinjer, gjelder dette spesielt for den arbeidsmengden som påføres. Å forutse slike konsekvenser krever kunnskap fra praksisfeltet, og i utvalg som skal lage retningslinjer som fastleger forventes å følge, bør allmennmedisinere være godt representert.

Fra disputasen. Fra venstre; Irene Hetlevik, Bente Prytz Mjølstad, Jens Søndergaard, Anne Fasting, May-Lill Johansen, Tora Skeidsvoll og Marit Solbjør.



Publiserte artikler i avhandlingen

Fasting A, Hetlevik I, Mjølstad BP. Palliative care in general practice; a questionnaire study on the GPs role and guideline implementation in Norway. *BMC Fam Pract.* 2021; 22(1): 64.

Fasting A, Hetlevik I, Mjølstad BP. Finding their place – general practitioners' experiences with palliative care – a Norwegian qualitative study. *BMC Palliat Care.* 2022;21(1):126.

HOVEDVEILEDER: Førsteamanuensis Bente Prytz Mjølstad, ph.d.

BIVEILEDER: Professor emerita Irene Hetlevik, dr.med.

FINANSIERINGSKILDER: Allmennmedisinsk forskningsfond, Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Allmennmedisinsk forskningsenhet i Trondheim.

■ ANNE.FASTING@NTNU.NO

Delirium hos eldre pasienter

■ **MATHIAS NIKOLAI PETERSEN HELLA** • Lege i spesialisering i geriatri ved Mottaksklinikken, Geriatrik seksjon, Stavanger universitetssjukehus og stipendiat Universitetet i Bergen og Reg alt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM), Stavanger universitetssjukehus

■ **HOGNE SØNNESYN** • Overlege ved Geriatrik seksjon, Stavanger universitetssjukehus og seniorforsker ved Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM), Stavanger universitetssjukehus

■ **ANNE KATRINE BERGLAND** • Seksjonsoverlege ved Observasjons- og behandlingsavdelingen ved Stavanger Universitetssjukehus og seniorforsker SESAM. Førsteamanuensis 2 ved Klinisk Institutt 1, Universitetet i Bergen

■ **BJØRN ERIK NEERLAND** • Overlege ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus, forsker ved Oslo Delirium Research Group og leder for Faggruppen for delirium i Norsk forening for geriatri

Delirium er hyppig forekommende hos eldre som blir akutt syke. Det er viktig å oppdage tilstanden, slik at pasienten kan få riktig behandling. Samtalen med pasienten og oppfølgingen på legekontoret etter sykehusinnleggelse er viktig for å avklare om pasienten har gjennomgått et delirium og for å forklare pasienten hva dette betyr. Da er det viktig å ha oppdatert kunnskap om delirium tilgjengelig, og vi ønsker derfor å presentere en slik oversikt her.

Vi har tidligere skrevet om viktigheten av å tenke på delirium for sykehusleger i *Indre-medisineren* (1). Men, hvordan er egentlig situasjonen utenfor sykehus? Vi ønsker å sette søkelys på hva som er viktig for å identifisere pasienter med delirium ved sykehjem og legevakter, samt ta for oss viktige elementer i tilnærmingen til pasienter med delirium utenfor sykehus.

Vi fremhevet i et nylig debattinnlegg i *Tidsskriftet* at andelen eldre i befolkningen øker (2), og med det øker også sykdomsbyrden for mange – og dermed også risikoen for utvikling av delirium. Til tross for at delirium er en stor utfordring for helsetjenesten, har det vært forsket lite på tilstanden, særlig utenfor sykehus. Under pandemien erfarte vi at mange av de eldste pasientene var særlig disponerte for å utvikle delirium (3). Det er som vi skal komme nærmere inn på i denne artikkelen, mange gode grunner til at vi bør være særskilt oppmerksomme på delirium, også utenfor sykehus.

Hva er egentlig delirium?

Ordet delirium kommer fra det latinske ordet *delirare*, som på norsk kan oversettes til «å avspore» (4). Delirium er et akutt nevropsykiatrisk syndrom karakterisert av redusert oppmerksomhet, svekkelse i andre kognitive funksjoner og svingende bevissthet/våkenhet. Det er en vanlig og potensielt alvorlig komplikasjon til akutt sykdom. Det er en sammenheng mellom sårbarhet, det vil si predisponerende årsaker, og utløsende årsaker til delirium (5). Med økende grad av

sårbarhet skal det mindre akutt skadelig påvirkning til for å utløse delirium. Høy alder, demens og annen kognitiv svikt er blant de viktigste predisponerende faktorene, mens akutt sykdom, kirurgi eller nylig oppstartede medikamenter, er eksempler på utløsende årsaker (4, 5).

Ifølge en nylig publisert multisenterstudie var økende grad av skrøpeligheit (frailty) assosiert med høyere forekomst og lavere gjenkjennelse av delirium hos eldre sykehusinnlagte pasienter (6). Dette er også svært relevant for pasienter på sykehjem, som ofte har en høy grad av skrøpeligheit – særlig underliggende kognitiv svikt og demens. I klinikken er det viktig å kunne gjenkjenne både hypoaktivt, eller «stille» delirium, og hyperaktivt delirium. Ofte veksler tilstanden mellom disse formene. Pasienter med hypoaktivt delirium overses i større grad og har en dårligere prognose (7). Disse pasientene ligger gjerne i ro i sengen, er sovende eller søvnige og klarer ofte ikke å holde seg våkne gjennom samtale, klinisk undersøkelse, stell og måltider. Diagnostikken av delirium hos demenspasienter er mer komplisert, noe vi skal komme nærmere inn på senere.

Forekomst av delirium

Forekomsten av delirium i sykehus varierer mellom ulike pasientgrupper. Eksempelvis har hoftebruddspasienter en forekomst av postoperativt delirium på 35–65 prosent (8), intensivpasienter har en forekomst av delirium på over 30 prosent og mekanisk ventilerte pasienter en fore-

komst mellom 50–70 prosent (4). Forekomsten er høyest hos de sykeste og eldste pasientene. En studie fra ti norske akuttmottak i 2019 fant at 17 prosent av pasientene 75 år eller eldre hadde tegn til delirium (9). Internasjonale studier har vist en forekomst av delirium hos sykehusinnlagte pasienter på 11–42 prosent (10).

I en tverrsnittsstudie gjennomført i seks sykehjem i Belgia, hadde 14 prosent av pasientene delirium (11). I en amerikansk prospektiv studie fra 2013, der 136 sykehjemspasienter ble fulgt gjennom ett år, utviklet 17 prosent av dem delirium i forbindelse med i alt 232 akutte sykdomstilfeller (12). For norske hjemmeboende pasienter, som mottok hjemmesykepleie minst en gang i uken, var det i en nylig publisert studie 42 prosent som utviklet en eller flere episoder med delirium i løpet av en toårsperiode (13).

Delirium er altså, ikke overraskende, en viktig problemstilling også utenfor sykehus. Hvordan dette er i legevaktsammenheng finnes det ikke systematisk kunnskap om. Som vi nevnte innledningsvis, bør fastlegen spørre pasienter som har hatt lange sykehusopphold, ligget på intensiv, eller gjennomgått større operasjoner, om symptomer og tegn på delirium.

Hva er det viktigste i tilnærmingen til delirium utenfor sykehus?

For pasienter med etablert delirium må, som hovedregel, de underliggende årsakene identifiseres og behandles. Infeksjoner, hjertesykdom, hjerneslag, elektrolyttfor-

ter utenfor sykehus

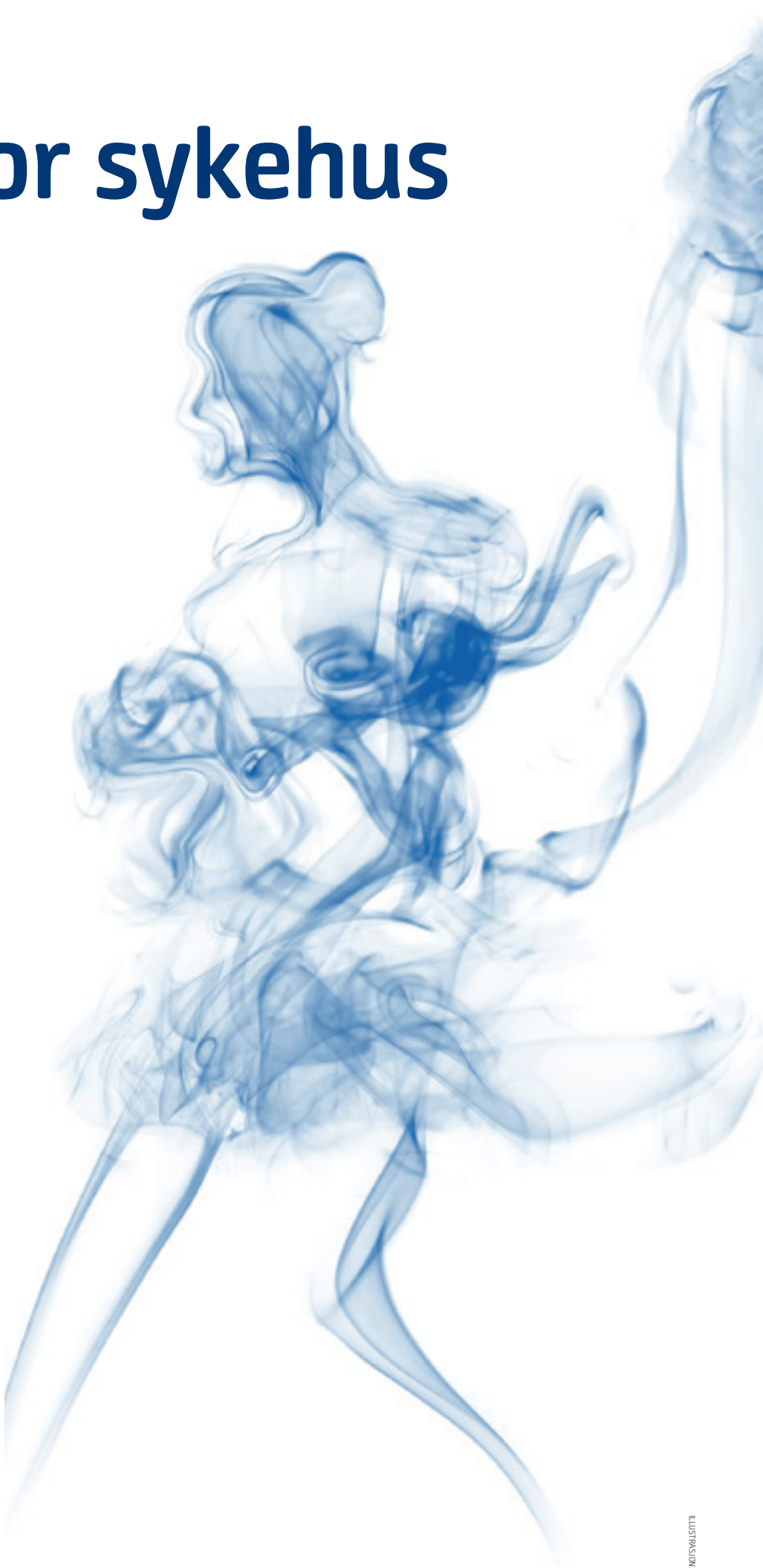
styrrelser, blødning – nær sagt alle akutte tilstander kan forårsake delirium. Dette krever ofte en bred gjennomgang av pasientens sykdomsbilde. Det er viktig å innhente opplysninger om pasientens vanlige funksjonsnivå. For pasienter med delirium eller mistenkt delirium ved legevakt, vil det i de fleste tilfeller være nødvendig med en innleggelse av pasienten. Dette for å identifisere og behandle bakenforliggende årsaker til pasienten sitt delirium. For mange innebærer også delirium at evnen til å klare seg selv i hjemmet utfordres, og dette kan i seg selv gjøre det nødvendig med innleggelse til et høyere omsorgsnivå.

På sykehjem er tilnærmingen prinsipielt sett den samme, men det må vurderes om innleggelse i sykehus eventuelt kan medføre større belastning enn nytte for pasienten. En (kortvarig) innleggelse kan likevel i noen tilfeller være nyttig for å gjennomføre en diagnostisk avklaring. Tilnærmingen bør uansett ses i lys av pasientens premorbide funksjonsnivå og prognose.

Hvordan gjennomføres screening for delirium?

Vi anbefaler at helsepersonell som har regelmessig kontakt med pasienter med risiko for delirium tar i bruk de nasjonale retningslinjene for forebygging, diagnostikk og behandling av delirium (14). Disse ligger tilgjengelige på Norsk forening for geriatri sine nettsider (norskgeriatri.no).

Vi tilrår screening av pasienter med risiko for utvikling av delirium, eller som har vist symptomer eller tegn som gir mistanke om delirium. I Norge anbefales bruk av screeningverktøyet 4AT- som består av fire deler (15, 16). 4AT gjennomføres vanligvis på et par minutter og kan utføres av alt helsepersonell etter noe opplæring. 4AT begynner innledningsvis med et spørsmål om årvåkenhet- «hvordan forholder pasi-



enten seg til omgivelsene»? Unormal årvåkenhet gir fire poeng. Del to er korte orienteringsspørsmål og del tre en oppmerksomhetstest. Pasienter med demens eller kognitiv svikt vil kunne få poeng på del to og tre også uten at de har delirium. For pasienter med demens er en oppgave som å nevne årets måneder baklengs for «vanskelig» til å være spesifikk for en oppmerksomhetssvikt ved delirium. Alternativer er å nevne ukedager baklengs eller å telle ned fra tjue til null. En dyktig kliniker vil også kunne gjenkjenne oppmerksomhetssvikt i samtale med pasienten, som ofte vil ha tendens til ikke å fokusere blikket og til å stadig veksle mellom ulike temaer. I den fjerde delen av 4AT skal man vurdere om det aktuelle representerer en akutt endring for pasienten eller om tilstanden fluktuert. Dersom sistnevnte er tilfelle gis fire poeng. En total skår på fire eller høyere, kan bety at det foreligger delirium og/eller kognitiv svikt hos pasienten.

Behandling og forebygging av delirium

Det aller beste er selvsagt å forhindre utvikling av delirium. Forebygging av delirium hos hjemmeboende gjøres i hovedsak gjennom å sørge for tidlig oppdagelse av nyoppstått sykdom eller forverring av kronisk sykdom. Her kan økt opplæring og kompetanse i hjemmetjenesten være et godt tiltak. Flere studier har vist at ikke-medikamentelle tiltak kan være effektive for å forebygge delirium hos sykehusinnlagte pasienter (17, 18). Eksempler på slike tiltak er daglig orientering (sted, tid, situasjon), optimalisering av syn og hørsel, tilrettelegging for søvn, tidlig mobilisering, adekvat hydrering og tiltak mot urinretensjon og obstipasjon. Forebygging av underernæring, fall og forverring av kroniske sykdommer, er også særlig vesentlig utenfor sykehus. Slike tiltak krever en helhetlig tilnærming til pasienten, og innebærer også å unngå å flytte pasienter med risiko for delirium unødig. For personer på sykehjem er det svært viktig med deliriumforebyggende tiltak – tiltak som i stor grad overlapper med de nevnte tiltakene ved sykehus. Disse tiltakene vil også samsvare med gode rutiner for personer med demens, slik som personsentrert omsorg.

Ikke-medikamentelle tiltak er alltid sentrale i tilnærmingen til delirium. Medikamentell behandling av delirium er ikke vist å ha effekt, hverken på varighet av tilstanden, eller på overlevelsen

(19). I klinisk praksis kan likevel slik behandling, eksempelvis med antipsykotika som haloperidol (i lave doser), måtte forsøkes hvis deliret hindrer nødvendig medisinsk behandling, eller pasienten er til fare for seg selv eller andre. Ytterligere detaljer omkring behandling av delirium ligger utenfor rammene av denne artikkelen og vi henviser til de nasjonale retningslinjene for de som ønsker mer informasjon om dette (14).

Hvorfor må vi bry oss om delirium?

For det første er delirium vanlig. Tilstanden er i tillegg underdiagnostisert, underbehandlet og assosiert med økt morbiditet og mortalitet (20). Pasienter med delirium får lenger sykehusopphold, og flere komplikasjoner. Studier har også vist at ubehandlet delirium er assosiert med betydelig økt mortalitet både under og etter sykehusopphold (21, 22). Vi lærer stadig mer om hvordan delirium erfarer fra de som har gjennomgått det, blant annet at det er en skremmende opplevelse (23). Vi opplever dessverre at kunnskapen om delirium i befolkningen er dårlig og at mange pasienter skrives ut etter uhyggelige opplevelser som de sliter med å forstå.

Demens er risikofaktor for å utvikle delirium.

Forholdet mellom delirium og demens

Det er i overkant av 100 000 mennesker med demens i Norge, og dette tallet er forventet å dobles over de neste par tiårene (24, 25). Ifølge helsedirektoratet har over 80 prosent av de med langtidsplass på sykehjem demens. Over 40 prosent av de over 70 år som har hjemmetjenester har kognitiv svikt (26). Det er derfor vesentlig for leger som arbeider med pasienter med demens, både ved sykehjem og legevakter, å kjenne til den økte risikoen for delirium og å være oppmerksomme på akutte endringer som oppstår hos denne gruppen. Vi vet stadig mer om forholdet mellom delirium og demens (27). Demens, og kognitiv svikt generelt, er risikofaktorer for utvikling av delirium, men flere studier viser også at delirium gir økt risiko for utvikling av kognitiv svikt (27). Tidligere i år publiserte Krogseth et al en artikkel som viste en sammenheng mellom delirium og reduksjon i prestasjon ved kognitiv testing, og samtidig økning i nevrofilament light chain – sistnevnte som uttrykk for en neuronal skade sekundært til delirium (13).

Ifølge de diagnostiske kriteriene for demens (ICD-10), så må symptomene på diagnosetidspunktet ha hatt en varighet på minst seks måneder, og en skal samtidig ha en klar bevissthet – altså normal våkenhet.





Delirium er i motsetning (som nevnt) en

bevisstetsforstyrrelse som påvirker oppmerksomhet og våkenhet. Akutte endringer i våkenhet, kognisjon eller bevissthet, med fluktusjoner gjennom døgnet, gjør at en skal mistenke delirium og vurdere å gjennomføre kartlegging for nærmere avklaring. For pasienter med demens kan det være særlig utfordrende å skille nevropsykiatriske symptomer som agitasjon, motorisk uro og vrangforestillinger fra delirium.

For noen pasienter kan delirium være uttrykk for en ikke erkjent, underliggende kognitiv svikt. En skal være særlig oppmerksom dersom pasienten har tilbakevendende delirium eller dersom det i tillegg til delirium fremkommer symptomer eller tegn til kognitiv svikt. I slike tilfeller kan det være nødvendig med utredning med tanke på mulig kognitiv svikt eller demens, men da i en delirifri periode.

Konklusjon

Delirium er vanlig og viktig. Mange eldre pasienter som blir akutt syke har økt risiko for delirium, og det er vesentlig at vi identifiserer disse pasientene for å kunne avdekke og behandle de underliggende årsakene til deliret. Ved legevakt vil det i de fleste tilfeller være nødvendig å legge inn pasienter der en har diagnostisert eller mistenker et delirium.

Denne artikkelen er en omarbeidet versjon av et debattinnlegg som først ble publisert i *Tidsskriftet for den norske legeforening* (2) og senere i *Indremedisineren* (1) som en fagartikkel. Artikkelen gjengis med tillatelse fra begge.

REFERANSER

- Petersen Hella MN, Bergland A. K, Soennesyn H. Delirium – ikke glem delirium! *Indremedisineren* 2023; 18(2).
- Hella MNP, Sonnesyn H, Bergland AK, Arslund D, Djuv A, Vik-Mo AO, et al. Vi må bry oss om delirium. *Tidsskriftet Norske Laegeforening*. 2023; 143(5).
- Neerland BE, Watne LO, Krogseth M. Delirium hos pasienter med Covid-19. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2020; 140.
- Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, et al. Delirium. *Nature Review Disease Primers*. 2020; 6(1): 90.
- Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014; 383(9920): 911–22.
- Geriatric Medicine Research C. Increasing frailty is associated with higher prevalence and reduced recognition of delirium in older hospitalised inpatients: results of a multi-centre study. *European Geriatric Medicine*. 2023; 14(2): 325–32.
- Gual N, Inzitari M, Carrizo G, Calle A, Udina C, Yuste A, Morandi A. Delirium Subtypes and Associated Characteristics in Older Patients With Exacerbation of Chronic Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018; 26(12): 1204–12.
- Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001; 49(5): 516–22.
- Evensen S, Saltvedt I, Ranhoff AH, Myrstad M, Myrstad C, Mellingsaeter M, et al. Delirium and cognitive impairment among older patients in Norwegian emergency departments. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2019; 139(6).
- Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age and Ageing*. 2006; 35(4): 350–64.
- Sabbe K, van der Mast R, Dilles T, Van Rompaey B. The prevalence of delirium in belgian nursing homes: a cross-sectional evaluation. *BMC Geriatrics*. 2021; 21(1): 634.
- Boockvar K, Signor D, Ramaswamy R, Hung W. Delirium during acute illness in nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013; 14(9): 656–60.
- Krogseth M, Davis D, Jackson TA, Zetterberg H, Watne LO, Lindberg M, et al. Delirium, neurofilament light chain, and progressive cognitive impairment: analysis of a prospective Norwegian population-based cohort. *Lancet Healthy Longevity*. 2023; 4(8): e399–e408.
- Naalsund P, et al. Delirium - forebygging, diagnostikk og behandling. Haraldsplass Diakonale Sykehus; 2020/2021. Available from: https://www.legeforeningen.no/contentassets/a96298dad70a4e4599da2d1d9e75fd5/deliriumprosedyre-oppdatert-11_11_2021_haraldsplass.pdf.
- Evensen S, Høyen Ranhoff A, Lydersen S, Saltvedt I. The delirium screening tool 4AT in routine clinical practice: prediction of mortality, sensitivity and specificity. *European Geriatric Medicine*. 2021; 12(4): 793–800.
- DNLF. 4AT- screening for delirium og kognitiv svikt. Available from: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/bcf2ee0183d54c17b7005b963818coab/4at-norsk-versjon-2015.pdf>.
- Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM, Jr. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*. 1999; 340(9): 669–76.
- Ludolph P, Stoffers-Winterling J, Kunzler AM, Rosch R, Geschke K, Vahl CF, Lieb K. Non-Pharmacologic Multicomponent Interventions Preventing Delirium in Hospitalized People. *Journal of American Geriatrics Society*. 2020; 68(8): 1864–71.
- Nikooie R, Neufeld KJ, Oh ES, Wilson LM, Zhang A, Robinson KA, Needham DM. Antipsychotics for Treating Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 2019; 171(7): 485–95.
- O'Hanlon S, O'Regan N, MacLulich AM, Cullen W, Dunne C, Exton C, Meagher D. Improving delirium care through early intervention: from bench to bedside to boardroom. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2014; 85(2): 207–13.
- Salluh JJ, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *British medical journal*. 2015; 350: h2538.
- Kakuma R, du Fort GG, Arsenault L, Perrault A, Platt RW, Monette J, et al. Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival. *Journal of the American Geriatric Society*. 2003; 51(4): 443–50.
- Larsen RA. Just a little delirium- A report from the other side. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2019; 63(8): 1095–6.
- Skogli E, Karttinen E, Stokke OM, Vikøren S. Samfunnskostnader knyttet til alzheimers og annen demenssykdom. 2020.
- Gjøra L, Strand BH, Bergh S, Borza T, Braekhus A, Engedal K, et al. Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *J Alzheimers Dis*. 2021; 79(3): 1213–26.
- Helsedirektoratet. Om demens 2022 (updated 27.04.2022). Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>.
- Fong TG, Inouye SK. The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. *Nature Reviews Neurology*. 2022; 18(10): 579–96.

■ MATHIAS.NIKOLAI.PETERSEN.HELLA@SUS.NO

Gynekologiferdigheter i

En studie av siste års medisinstudenters egenrapport gynekologiske prosedyrer i allmennpraksis

■ CARL EMIL GRAFF • Medisinstudent Universitetet i Bergen

■ KRISTIN SKÅTUN HANNESTAD • Medisinstudent Universitetet i Bergen

■ GUNNAR TSCHUDI BONDEVIK • Professor, spesialist i allmennmedisin, Fagområde for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, Bergen

■ THOMAS MILDESTVEDT • Professor, spesialist i allmennmedisin, Fagområde for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Innledning

Medisinstudiet skal forberede studentene på det som skal møte dem i en variert klinisk hverdag. I *Forskrift om nasjonal retningsslinje for medisinstudenter* heter det at

«Utdanningen skal sikre at kandidaten har den nødvendige kompetansen til å kunne utøve legeyrket på en faglig og etisk forsvarlig, reflektert og omsorgsfull måte» (1).

TABELL 1. Antall respondenter og fordeling på kjønn, studiested, aldersgrupper og hvorvidt de har hatt jobb hvor GU* har vært del av arbeidsoppgavene og vært med i MSO** i løpet av medisinstudiet.

	n (n missing)
Antall respondenter	157 (0)
Kjønn	
Mann	39 (0)
Kvinne	118 (0)
Studiested	
UiO	36 (0)
UiB	56 (0)
NTNU	38 (0)
UiT	27 (0)
Alder (år)	
≤25	54 (0)
26-27	51 (0)
≥28	52 (0)
GU** i jobb	
Ja	30 (3)
Nei	124 (3)
MSO*	
Ja	40 (3)
Nei	114 (3)

* medisineres seksualopplysning
** gynekologisk undersøkelse

Ferdigheter i gynekologisk undersøkelse (GU) og gynekologiske prosedyrer er ikke bare viktig for spesialister i gynekologi, men for enhver allmennlege som skal være i stand til å yte forsvarlig helsehjelp. Det er en sensitiv undersøkelse både for pasient og behandler (2). Dette stiller høyere krav til lærestedene, da studentene ikke kan få mengdetrening ved å øve på hverandre.

I en studie fra 2003 undersøkte en norsk forskningsgruppe turnuslegers selvrappporterte ferdighetsnivå i praktiske prosedyrer (3). De fant at gynekologi og obstetrikk var det fagfeltet der legene hadde lavest gjennomsnittlig ferdighetsnivå før sykehus- og distriktsturnus. Riktignok var læringskurven bratt i distriktsturnus, men selv etter turnus var gynekologi og obstetrikk det fagfeltet som hadde nest lavest selvrappportert ferdighetsnivå.

I en annen studie blant 175 norske fastleger fra 2015 fant man varierende praksis ved GU, når og hvordan man utførte det og når man henviste videre til gynekolog (4). Særlig hadde mannlige fastleger høyere terskel for å utføre GU og lavere terskel for å henvise pasienten uten å selv ha utført GU først (4).

Vi ville undersøke om siste års medisinstudenter hadde tilstrekkelig kompetanse i gynekologifaget. Målsetningen med studien var å undersøke: 1). hvilken kompetanse norske medisinstudenter på siste studieår rapporterer at de har i GU, spiralinsetting og livmorhalsprøve, og 2). i hvilken grad de rapporterer at opplæringen de har fått i studieløpet har vært tilstrekkelig for å forberede dem på å møte gynekologiske problemstillinger i allmennpraksis.

Materiale og metode

Lenke til SurveyXact spørreskjema ble distribuert til medisinstudentene uteksami-

nert i 2022 ved UiB, UiO, NTNU og UiT. Det ble samlet inn opplysninger om kjønn, alder, studiested, praksissted og hvorvidt de har deltatt i Medisineres seksualopplysning (MSO) eller hatt en jobb ved siden av studiet der GU har vært en del av arbeidsoppgavene.

Undersøkelsen bestod av kvantitative og kvalitative spørsmål og svaralternativene benyttet fempunkts Likert-skala og kategorier med tallintervaller. To fritekstspørsmål undersøkte hva som har vært bra med opplæringen og hva som kunne vært bedre. For en del spørsmål der svaralternativene var gitt i henhold til Likert-skala, ble svarene dikotomisert. Enkelte tallintervaller ble også slått sammen i analysen.

Resultatene ble anonymisert automatisk. Den var derfor ikke omfattet av personvernreglementet. Prosjektet ble likevel registrert i RETTE, da det separat ble samlet inn e-postadresser.

Resultater

Totalt besvarte 157 personer hele eller deler av spørreskjemaet (TABELL 1). Dette gav en svarprosent på 27,3 prosent blant de 575 personene som ble uteksaminert fra medisinstudiene i Norge (5). Oppslutningen var lavest ved UiO (19,5 prosent) og høyest ved UiB (33,9 prosent).

I alt 105 (69,1 prosent) studenter var svært eller litt enige i påstanden «Jeg føler meg trygg på å utføre en GU selvstendig» (TABELL 2). Man ser tendens til forskjell i rapportert trygghet avhengig av kjønn, studiested og erfaring med GU i jobb. Kvinnelige studenter oppga høyere grad av trygghet (71,9 prosent), sammenlignet med menn (60,5 prosent). Høyest trygghetskår ble rapportert ved UiT og UiB med en variasjon mellom alle studiestedene fra 51 prosent til 84 pro-

medisinstudiet

terte kompetanse i utvalgte

sent. Fem studenter var «svært uenig» i påstanden.

Studentene ble bedt om å ta stilling til påstanden «Jeg har utført GU (selvstendig eller under veiledning) på en pasient (gjelder ikke på anatomisk modell)» og krysse av for riktig antall (TABELL 3). To tredeler av studentene hadde utført fem eller flere GU-er. Kvinner dominerte i kategorien med flest utførte GU-er.

Til påstanden «Jeg føler meg trygg på å sette inn en spiral selvstendig eller under veiledning» svarte 104 (68,9 prosent) at de var svært eller litt uenige (FIGUR 1, SE SIDE 44). Her ser man heller ingen vesentlige forskjeller mellom kjønn, alder eller studiested. Videre hadde tre av ti aldri observert spiralinnsetting og tre av fem hadde aldri satt inn en spiral selvstendig eller under veiledning. Totalt 36 studenter (23,8 prosent) har satt

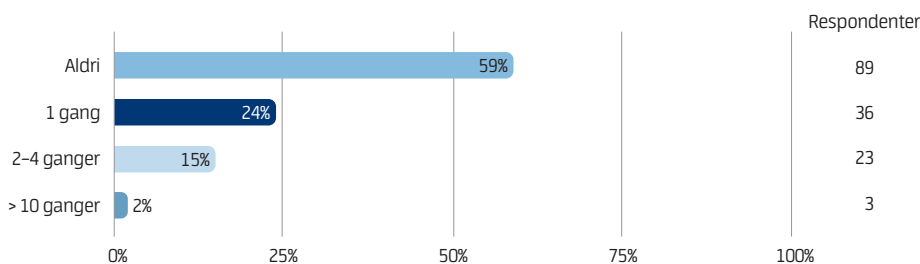
inn spiral én gang, og 23 (15,2 prosent) har satt inn to til fire ganger (TABELL 3, SE SIDE 44).

Flertallet svarte «svært enig» eller «litt enig» (89,3 prosent) i påstanden «Jeg føler meg trygg på å utføre prøvetaking til cervixcytologi (selvstendig eller under veiledning) på en pasient» (TABELL 2). Studentene ble også bedt om å oppgi hvor mange ganger de hadde utført prøvetaking til cervixcytologi (TABELL 3). Totalt 133 (88,7 prosent)

TABELL 2. Siste års medisinstudenters svar på følgende påstander:

	Svært uenig n (n kvinner)	Litt uenig n (n kvinner)	Hverken enig eller uenig n (n kvinner)	Litt enig n (n kvinner)	Svært enig n (n kvinner)	Totalt n (n missing)
Jeg vet hvordan man utfører en GU*.	1 (1)	3 (1)	4 (3)	83 (60)	61 (49)	152 (5)
Jeg føler meg trygg på å utføre en GU* selvstendig.	5 (4)	24 (15)	18 (13)	67 (50)	38 (32)	152 (5)
Jeg vet hvordan man setter inn en spiral.	18 (16)	28 (19)	15 (9)	58 (44)	32 (25)	151 (6)
Jeg føler meg trygg på å sette inn en spiral selvstendig.	55 (40)	49 (38)	14 (9)	27 (21)	6 (5)	151 (6)
Jeg vet hvordan man tar prøve til cervixcytologi.	0 (0)	4 (3)	4 (2)	33 (21)	109 (86)	150 (7)
Jeg føler meg trygg på å ta prøve til cervixcytologi selvstendig.	4 (2)	7 (5)	5 (4)	48 (31)	86 (70)	150 (7)
Det faktum at jeg er mann har påvirket mitt utbytte av praksis i gynekologi negativt (både gyntermin og praksisperiode i allmennmedisin).**	1	5	2	9	21	38 (1)
Det faktum at jeg er kvinne har påvirket mitt utbytte av praksis i gynekologi negativt (både gyntermin og praksisperiode i allmennmedisin).**	61	12	15	15	8	111 (7)
Jeg tror jeg som lege i allmennpraksis vil ha høyere terskel for å utføre GU*, sammenlignet med andre kliniske undersøkelser.	37 (33)	33 (28)	24 (18)	41 (27)	14 (5)	149 (8)
Noen pasienter ønsker å bli henvist direkte til spesialist, uten å bli undersøkt av fastlegen først. Jeg tror jeg vil ha lavere terskel for å henvise direkte gynekolog enn til andre typer spesialister.	21 (16)	39 (36)	23 (18)	50 (33)	16 (8)	149 (8)
Jeg synes undervisningen/opplæringen vi har fått på studiet har vært tilstrekkelig til å forberede meg på å håndtere gynekologiske problemstillinger i allmennpraksis.	21 (16)	54 (40)	28 (19)	29 (24)	17 (12)	149 (8)

* gynekologisk undersøkelse. **påstand gitt til mannlige respondenter. ***påstand gitt til kvinnelige respondenter



FIGUR 1. Siste års medisinstudenters svar på påstanden «Jeg har satt inn en spiral (selvstendig eller under veiledning) på en pasient».

av dem hadde utført én eller flere, og 17 (11,3 prosent) hadde aldri utført prøvetaking. Man ser tendens til at de kvinnelige studentene hadde fått utføre flere prøvetakinger enn de mannlige.

Til påstanden «Jeg synes undervisningen/opplæringen vi har fått på studiet har vært tilstrekkelig til å forberede meg på å håndtere gynekologiske problemstillinger i allmennpraksis» svarte halvparten av studentene at de var svært eller litt uenige, mens 46 (30,9 prosent) svarte at de var litt eller svært enige i samme påstand (FIGUR 2). En av fem plasserte seg nøytralt ($n=28$, 18,8 prosent) med «hverken enig eller uenig» (TABELL 2). Det var en høyere andel studenter som var tilfredse med opplæringen blant dem som har utført mange GU-er.

Studentene ble bedt om å ta stilling til påstanden «Jeg tror jeg som lege i allmennpraksis vil ha høyere terskel for å utføre GU, sammenlignet med andre kliniske undersøkelser» (TABELL 2). Her var dobbelt så mange menn enig i påstanden (60,5 pro-

sent) sammenliknet med kvinner (28,8 prosent). De fleste (81 prosent) som var enige i påstanden begrunnet dette med for lite mengdetrening.

Knappe halvparten (44 prosent) av personene var litt eller svært enige i påstanden «Noen pasienter ønsker å bli henvist direkte til spesialist, uten å bli undersøkt av fastlege først. Jeg tror jeg vil ha lavere terskel for å henvise direkte til gynekolog enn til andre spesialister» (TABELL 2). Andelen menn som svarte dette var betydelig høyere enn blant kvinnene (66 prosent mot 37 prosent).

Studentene ble bedt om å ta stilling til følgende påstand, tilpasset oppgitt kjønn: «Det faktum at jeg er mann/kvinne har påvirket mitt utbytte av praksis i gynekologi negativt (både gyntermin og praksisperiode i allmennmedisin)» (FIGUR 3). Om lag fire av fem menn var enige i påstanden. Blant kvinner var fire av fem uenige.

I spørreskjemaet fikk studentene mulighet til å svare på fritekstspørsmål om hva

som kunne vært bedre med undervisningen og opplæringen i gynekologi i løpet av studiet. Svært mange ønsker seg mer mengdetrening i prosedyrene. I tillegg var det noen andre viktige poeng som gikk igjen blant flere av svarene, og her er det valgt ut to sitater som belyser disse:

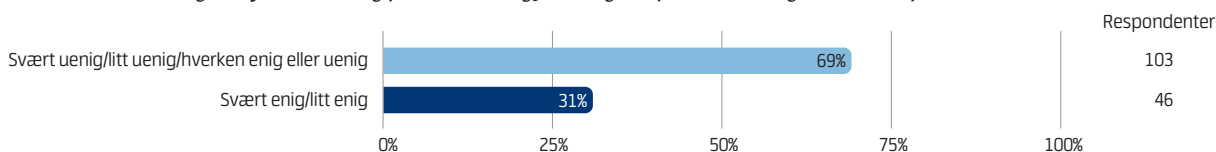
- **Sitat 1.** Som mann er hovedproblemet at eg blir sendt ut på gangen 50 prosent av tida. Den resterande halvparten kunne ein av og til sleppe enkelt til på, andre ganger satt ein berre og [sic] observerte. Heilt avhengig av underviser. Personleg følte eg meg som ein pest og ein plage når eg var på gynpol, ulikt alle andre fag. Det kan nok også forklare kvifor det er så vanskelig å få rekruttert mannlige medisinerstudenter til faget.

- **Sitat 2.** [...] Når det gjelder praksis opplevde jeg at enkelte leger hadde holdningen at det var en belastning for kvinnen å bli undersøkt av student, og dermed la opp til at kvinnen skulle si nei til dette ved for eksempel å spørre «er du helt sikker på at det greit at studenten gjør dette?» [...]

Diskusjon

Ved spørsmål om hvorvidt studentene følte seg trygge på å utføre en GU selvstendig, svarte to tredjedeler at de var litt eller svært enige. Samtidig svarte hele 95 prosent at de visste hvordan de utfører en GU. Det er forskjell på å vite hvordan en prosedyre utføres, og det å ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre den (6).

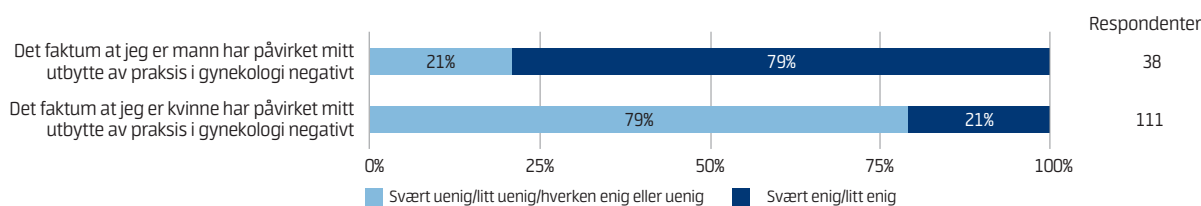
FIGUR 2. Siste års medisinstudenters svar på påstanden «Jeg synes undervisningen/opplæringen vi har fått på studiet har vært tilstrekkelig til å forberede meg på å håndtere gynekologiske problemstillinger i allmennpraksis».



TABELL 3. Siste års medisinstudenters svar på følgende påstander:

	≤1 ganger n (n kvinner)	2-4 ganger n (n kvinner)	≥5 ganger n (n kvinner)	Totalt n (n missing)
Jeg har observert GU*	3 (2)	22 (12)	127 (100)	152 (5)
Jeg har utført GU* (selvstendig eller under veiledning) på en pasient (gjelder ikke på anatomisk modell)	10 (7)	41 (24)	101 (83)	152 (5)
Jeg har observert innsetting av spiral	105 (77)	38 (28)	8 (8)	151 (6)
Jeg har satt inn en spiral (selvstendig eller under veiledning) på en pasient (gjelder ikke på anatomisk modell)	125 (90)	23 (20)	3 (3)	151 (6)
Jeg har observert prøvetaking til cervixcytologi	27 (16)	64 (50)	59 (46)	150 (7)
Jeg har tatt prøve til cervixcytologi (selvstendig eller under veiledning) på en pasient (gjelder ikke på anatomisk modell)	43 (25)	44 (35)	63 (52)	150 (7)

*gynekologisk undersøkelse



FIGUR 3. Siste års medisinstudenters svar på påstanden «Det faktum at jeg er mann/kvinne har påvirket mitt utbytte av praksis i gynekologi negativt (både gyntermin og praksisperiode i allmenmedisin)». Påstanden ble tilpasset hvilket kjønn respondenten hadde oppgitt.

Ved antall utførte GU-er fant vi en forskjell mellom kjønnene, der kvinnelige studenter har fått utføre flere GU-er enn de mannlige studentene. Dette samsvarer med lignende studier fra New Zealand og Storbritannia (7, 8), som finner at kvinner får flere muligheter til å utføre GU enn menn. Funnene i denne studien kan tyde på at dette også er tilfelle for medisinstudenter i Norge.

Innsetting og fjerning av spiral står oppført på den nasjonale ferdighetslisten, og det er forventet at studenter skal kunne utføre prosedyren selvstendig til den avsluttende OSKE-eksamen (9, 10). Over halvparten av ferdigutdannede leger i Norge har aldri utført en spiralinnsetting på en ekte pasient. Det ser derfor ut til at opplæringen ikke er god nok på dette punktet. Universitetene stiller krav til opplæringen som de ikke klarer å oppfylle. En må da gjøre noe med denne diskrepansen, enten ved å endre kravene til hva som er forventet at studentene skal kunne, eller ved å endre kravene til opplæringen.

Studentene rapporterte i stor grad at livmorhalsprøve var en prosedyre de hadde trening i og var trygge på å utføre. Åtte studenter oppga at de følte seg trygge på å utføre prosedyren, selv om de aldri hadde utført den selvstendig på en pasient. Det kan derfor se ut til at studentene generelt sett er mer komfortable med denne prosedyren sammenlignet med spiralinnsetting. Dette kan skyldes en rekke faktorer. For eksempel er ikke denne prosedyren assosiert med like stort ubehag for pasienten, sammenlignet med spiralinnsetting (11). En annen årsak kan være at studentene oppfatter prøvetaking til livmorhalsprøve som en prosedyre med teknisk lavere vanskelighetsgrad, som er enklere å utføre uten store krav til mengdetrening.

Fire studenter rapporterte at de ikke hadde utført GU i løpet av studiet. En kan stille spørsmål ved forsvarligheten i dette. Når det gjelder den kliniske delen av utdanningen, har de fire lærestedene pekt på kapasitetsutfordringer, både med tanke på gruppeundervisning og praksisplasser (12). Det

kan dermed tenkes at medisinstudenter må konkurrere om mulighetene til å øve på praktiske ferdigheter i klinikken. Samtidig ser vi at det var 47 studenter som rapporterte å ha utført flere enn ti GU-er. Altså kan det se ut til at det ikke nødvendigvis er presset tilgang på pasienter egnet for deltakelse i opplæring som gjør at noen studenter får ingen eller svært få muligheter til å øve på GU. Enkelte studenter kan unngå å gjennomføre GU i løpet av studiet, på grunn av manglende interesse eller grunnet barrierer knyttet til følelsesmessig ubehag (2).

Hvorvidt studentene vurderer undervisningen som tilstrekkelig, kan ha sammenheng med hvordan studentene opplever sin egen kompetanse etter gjennomført undervisning og opplæring. Det å føle seg forberedt og kompetent til å håndtere gynekologiske problemstillinger i allmenpraksis kommer gjennom erfaringsbasert læring hvor studentene utvikler praktisk og følelsesmessig kompetanse (13). Hvordan en student har opplevd mestring i praksis vil påvirke hvordan han/hun vurderer egen kompetanse. En student som har gjort et stort antall GU-er i praksis, kan ha negative opplevelser som kan føre til lite følelse av mestring. Dette kan ha opphav i lav kvalitet på tilbakemeldinger (14), og vil påvirke tilliten til undervisere, veiledere og lærested negativt og hvordan man vurderer undervisningen og opplæringen man har fått (13).

Studentene rapporterte at de ville ha ulik terskel for å utføre GU. Her var det klar tendens til at menn så for seg at de ville ha høyere terskel for å gjøre GU hos pasienten. Dette gjaldt også hvis pasienten skulle henvises videre til gynekolog. At mannlige kjønn er assosiert med høyere barrierer mot å utføre GU, finner man igjen i andre studier (4). Dette kan føre til et dårligere helsetilbud for pasientene. Manglende undersøkelse ved gynekologiske problemer kan øke risikoen for diffuse henvisninger og forsinket diagnose, underbehandling eller unødvendige bekymringer (4).

Det var også en stor forskjell i hvordan studentene rapporterte at deres eget kjønn hadde påvirket utbyttet av praksis. Fire av fem menn rapporterte at kjønn påvirket utbyttet av praksis negativt. Sitat 1 representerer et budskap som gikk igjen i flere av fritekstsvarene.

Disse perspektivene fra enkeltstudenter kan være med på å forklare noe av grunnen til at menn rapporterer som de gjør. Flere studier har også pekt på at mannlige kjønn er knyttet til en rekke barrierer når det kommer til å tilegne seg kompetanse i gynekologi (7, 8, 15–17). Mannlige medisinstudenter rapporterer å oppleve større ubehag i forbindelse med GU og at de er utsatt for potensiell bias fra veileder ved at de oftere legger mindre til rette for at den mannlige studenten får delta aktivt. Man ser ofte at pasientene lettere samtykker til å bli undersøkt av en kvinnelig student, samt at den ansvarlige legen tidvis kan bidra til at kvinnelige studenter lettere får samtykke (7, 8, 15).

Hvorvidt en student får tilgang til å delta i en klinisk undersøkelse har mye å gjøre med hvordan veileder henter inn samtykke fra pasienten (18). Se sitat 2. Selv om en kan ha forståelse for at enkelte pasienter vegrer seg for å bli undersøkt av studenter, er studentenes aktive deltakelse i klinikken viktig for å sikre kompetente leger i fremtiden (13, 18, 19). Sitat 1 og 2 peker på tendenser til holdninger som sier noe annet, og det er derfor grunn til å tro at det ved de ulike praksisstedene for medisinstudiet i Norge er holdninger som kan føre til utilstrekkelig opplæring i gynekologi. De ulike praksisstedene bør i forkant av utplassering av medisinstudenter bli enige om hvordan man skal snakke om studentdeltakelse overfor pasientene.

Resultatene i studien belyser viktige tendenser i gynekologiopplæringen blant medisinstudenter i Norge. Den lave svarprosenten gjør det vanskelig å trekke konklusjoner på vegne av hele studentkullet. Fordelingen mellom kvinner og menn er 3:1, tilnærmet lik den faktiske kjønnsfordelingen blant medisinstudentene som ble uteksaminert i 2022.

Covid-19-pandemien kan også ha påvirket studentenes praksisperioder, og graden av påvirkning har trolig vært ulik mellom de forskjellige lærestedene. Dessuten var det ulik svarprosent og kjønnsfordeling mellom de ulike studiestedene, som gjør det vanskelig å sammenligne på tvers av universitetene.

I tillegg ble studien basert på selvrapporing, i motsetning til en mer objektiv vurdering av studentenes faktiske kompetanse.

Konklusjoner

- De fleste medisinstudenter følte seg trygge på å utføre GU og ta livmorhalsprøve. Et mindretall rapporterte svært mangelfulle ferdigheter. Bare to av fem hadde utført spiralinnsetting. Mannlige medisinstudenter rapporterte mindre erfaring med selvstendige GU-er, spiralinnsettinger og livmorhalsprøver. Dette kan føre til høyere terskel for å utføre GU og lavere terskel for å henvise til gynekolog uten selv å ha undersøkt pasientene først.
- Halvparten av studentene rapporterte at undervisning og opplæring i medisinstudiet ikke var tilstrekkelig til å forberede dem på å håndtere gynekologiske problemstillinger i allmennpraksis. Det var også for lite mengdetrening i de gynekologiske prosedyrene.

Lærestedene må sette i verk tiltak i medisinstudiet for å sikre at alle studenter, uavhengig av kjønn, oppnår tilstrekkelig kompetanse i gynekologisk undersøkelse og prosedyrer. Fremtidige studier bør kartlegge de faktiske ferdighetene medisinstudenter har i gynekologisk undersøkelse og prosedyrer i et større studiemateriale.

REFERANSER

- Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter. 2020. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter m.v. av 2020-01-03 nr. 21.
- Sörensdotter R, Siwe K. Touching the private parts: how gender and sexuality norms affect medical students' first pelvic examination. *Cult Health Sex.* 2016; 18(11): 1295–308.
- Falck G, Brattebø G, Brinchmann-Hansen A, Ebbing M. Self-reported level of skills in practical procedures following internship in general practice. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2003; 123(16): 2265–7.
- Hjörleifsson S, Björvatn B, Meland E, Rørtveit G, Hannestad Y, Tschudi Bondevik G. The when and how of the gynaecological examination: a survey among Norwegian general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2019; 37(2): 264–70.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. Database for statistikk om høyere utdanning [Internett] 2023. Available from: <https://dbh.hkdir.no/tall-og-statistikk/statistikk-meny/studenter>.
- Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine.* 1990; 65(9): 63–7.
- Bhooatkar H, Wearn A, Vnuk A. Medical students' experience of performing female pelvic examinations: Opportunities and barriers. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2017; 57(5): 514–9.
- Wallbridge T, Holden A, Picton A, Gupta J. Does medical students' gender affect their clinical learning of gynaecological examination? A retrospective cohort study. *Postgrad Med J.* 2018; 94(1112): 325–9.
- UiO. Oversikt over praktiske ferdigheter i medisinstudiet. 2015 (oppdatert 15.10.2018; hentet 31.10.2022); Available from: <https://www.uio.no/studier/program/medisin/oppbygging/praktiske-ferdigheter/>.
- UiB. Spesifisert krav til praktiske ferdigheter i diagnostiske og terapeutiske prosedyrer. [pdf] 2018 (oppdatert 04.2020; hentet 31.10.2022). Available from: <https://ekstern.filer.uib.no/mofa/studie/Medisin/Ferdighetsliste%20april%202018.pdf>.
- Hunter TA, Sonalkar S, Schreiber CA, Perriera LK, Sammel MD, Akers AY. Anticipated Pain During Intrauterine Device Insertion. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020;33(1): 27–32.
- Studieplasser i medisin i Norge. Behov, modeller og muligheter. Utredning fra Grimstadutvalget. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2019. https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_grimstadutvalget.pdf. Lest 26.03.2023.
- Dorman T, Conn R, Monaghan H, Kearney G, Gillespie H, Bennett D. Experience Based Learning (ExBL): Clinical teaching for the twenty-first century. *Medical Teacher.* 2019; 41(10): 1098–105.
- General Medical Council, Academy of Medical Royal Colleges. Workplace Based Assessment: A Guide for Implementation; 2010. http://www.gmc-uk.org/Workplace_Based_Assessment.pdf_31300577.pdf. [Last accessed 26.03.2023]
- Einden LCGvd, Kolste MGt, Lagro-Janssen ALM, Dukel L. Medical students' perceptions of the physician's role in not allowing them to perform gynecological examinations. *Acad Med.* 2014;89(1): 77–83.
- Akkad A, Bonas S, Stark P. Gender differences in final year medical students' experience of teaching of intimate examinations: a questionnaire study. *BJOG.* 2008; 115(5): 625–32.
- Mavis B, Vasilenko P, Schnuth R, Marshall J, Jeffs MC. Medical students' involvement in outpatient clinical encounters: A survey of patients and their obstetricians-gynecologists. *Acad Med.* 2006; 81(3): 290–6.
- Ching SL, Gates EA, Robertson PA. Factors influencing obstetric and gynecologic patients' decisions toward medical student involvement in the outpatient setting. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 182(6): 1429–32.
- Ericsson KA. Deliberate Practice and the Acquisition and Maintenance of Expert Performance in Medicine and Related Domains. *Academic Medicine.* 2004;79(10): 70-81.

■ CARL.GRAFF@STUDENT.UIB.NO

SAMMENDRAG

BAKGRUNN

Tidligere studier har avdekket mangelfulle praktiske ferdigheter blant ferske leger, spesielt i obstetikk og gynekologi. Det er også vist varierende praksis blant norske fastleger ved gynekologisk undersøkelse (GU) og henvisning til gynekolog.

MÅLSETNING

Å undersøke: 1) hvilken selvrapporert kompetanse norske medisinstudenter har på siste studieår i GU, spiralinnsetting og livmorhalsprøve og 2) i hvilken grad studentene rapporterer at opplæringen de har fått i studieløpet har vært tilstrekkelig for å forberede dem på å møte gynekologiske problemstillinger i allmennpraksis.

METODE

Digitale spørreskjema ble i 2022 distribuert til siste års medisinstudenter ved UiO, UiB, NTNU og UiT. Studien benyttet kvalitativ og kvantitativ metode.

RESULTATER

Svarprosenten var 27,3 prosent (157/575). Sju av ti følte seg trygge på å utføre GU. Fire studenter hadde aldri utført GU. Flertallet var trygge på prøvetaking til livmorhalsprøve. Bare 2/5 hadde utført spiralinnsetting. Halvparten var uenige i at opplæringen i gynekologiske prosedyrer var tilstrekkelig. Menn rapporterte lavere utbytte av opplæringen.

KONKLUSJON

De fleste studentene følte seg trygge på å utføre GU og ta livmorhalsprøver, men det var store variasjoner. Resultatene kan tyde på at deler av opplæringen er mangelfull. Kjønnsforskjeller kan på sikt ha negative konsekvenser for pasienter med gynekologiske problemstillinger. Lærestedene må iverksette tiltak for å sikre at alle studenter oppnår tilstrekkelig kompetanse i gynekologiske prosedyrer, uavhengig av kjønn.

Humørfylt refleksjon



Alexander Wahl
**Funderinger
 fra en fastlege**
 Bokstav og Bilde
 Oslo 2023
 Illustrert
 63 sider
 Pris: 299,- kroner
 ISBN 978-82-93206-58-3

Forfatteren har skrevet en reflektert bok om hvordan legen kan bære pasientens og egen usikkerhet.

Alexander Wahl er spesialist i allmennmedisin og fastlege. Han er også redaktør for primærhelsetjenesten i Helsebiblioteket og vant allmennlegeforeningens skribentpris i 2017.

Boken *Funderinger fra en fastlege* er et knippe historier som favner bredt. Historiene fra alle deler av legelivet inneholder både humor og alvor, og forfatteren gir oss tidvis innsyn i personlige og vanskelige opplevelser fra egen yrkeshverdag. Boken er skrevet primært for leger og medisinstudenter, men vil nok også kunne leses av annet «publikum» med interesse.

Vi møter den ferske legen som legger inn en pasient «for sikkerhets skyld», dels fordi legekofferten var avglemt hjemme og reiseavstanden var stor.

Vi blir kjent med den takknemlige, den smått urimelige og den psykisk syke pasienten. Vi møter pasienten som ingen spesialister kan hjelpe, men som likevel finner råd – hos fastlegen, ved hjelp av helsebiblioteket.no.

Tipsene og rådene angående helsebiblioteket og kunnskapsbasert praksis er ofte nyttige, men dette aspektet ved boken fungerer ikke alltid like godt. Det blir fort forvirrende når en og samme tekst virker å ville oppnå flere ting samtidig. Som leser befant jeg meg ofte midt i en spennende pasienthistorie, som så hoppet nokså abrupt

over til informasjon om retningslinjer og oppslagsverk. Samlet sett vil nok de fleste i målgruppen per nå likevel oppleve dette som en lettlest og relevant bok.

Som forfatteren selv ordlegger seg, gir boken en gjennomgående innsikt i hvordan legen skal bære både egen og pasientens usikkerhet. Dette også helst uten å bukke under og mens man stadig klarer å nullstille seg til neste pasientmøte.

For erfarne leger vil boken nok kunne bidra til både smil og øyeblikk av gjenkjennelse av sårbarheten og utryggheten, men også takknemligheten man overveldes av tidlig i yrkeskarrieren. Publikum derimot kan kanskje bli lettere forferdet av å få innblikk i hvordan legen gjør en prosedyre for første gang etter kun å ha lest om den på UptoDate.

Forfatteren tør også å ta opp problematiske aspekter i praksishverdagen og ved etablerte retningslinjer, som for eksempel tidsbruk til den anbefalte monofilamentundersøkelsen ved diabetes. Dette inviterer til debatt og refleksjon.

Språket i boken er rikt på bilder. Sammen med Silje Veronika Kirkengs illustrasjoner bidrar det til at det ikke er vanskelig å leve seg inn i historiene. De er samtidig lettlete og varierte, men står for seg selv slik at boken fungerer like godt til gjennomlesing på hytta i påsken som til kortere leseøkter og refleksjon i hverdagen.

INGA MARTHE GRØNSETH

Det som er **spennende**
 og **viktig** for deg – er spennende
 og viktig for **Utposten!**

En solid oversikt



Lars Weisæth, Ragnar Kjeserud
Ledelse ved kriser
 En praktisk veileder
 2. utgave, 172 sider
 Gyldendal
 Oslo 2021
 ISBN 978-82-05-55460-3

Dette er en bok som ikke er skrevet primært for ledere i helsetjenesten, men med

tanke på ledelse i kriser ved enhver alvorlig hendelse i samfunnet vårt. Og ikke minst viktig: Hvordan være forberedt på at små og større kriser kan oppstå? Og hva med å ha jevnlig øvelser med tanke på ulike scenarier?

Kapitteloverskrifter kan antyde spennet i denne boken:

- Beredskap: Før krisen
- Kriseledelse
- Kompetansehevende aktiviteter
- Scenariobeskrivelser

Selv om kanskje noe av teksten i denne utgivelsen ikke umiddelbart kjennes aktuell for krisehåndtering i selve helsetjenesten, kan det neppe være tvil om betydningen av å kjenne til hvordan offentlige og private institusjoner kan rammes og må takle alvorlige hendelser i deres virksomheter. Kunnskapen kan både bidra til å forstå hva kriser kan handle om, og det kan bidra til respekt og forståelse for hvor viktig samarbeid over

tjeneste-grenser kan bli når kriser oppstår – noe som svært ofte også innbefatter nettopp helsetjenesten. Boken kan nok for flere kolleger oppleves som en «eye-opener».

De to forfatterne regnes som eksperter på krisehåndtering. De har gjennom årene sett «en markant forbedring i krisehåndteringen etter relevant trening og øvelse» som det står i baksideteksten på boken. «Fornekting av krisesignaler blir mindre, og evnen til integrert problemløsning blir styrket.» Det konkluderes med at «boken vil være nyttig for alle som har en lederrolle i krisesituasjoner.»

Et apropos: Denne boken kan gjerne leses som et supplement til utgivelsen «Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid» av Bjørn Bjelland og Espen Rostrup Nakstad, presentert for *Utpostens* lesere i nr. 2 i 2022.

Anbefales.

ELI BERG

Et solid og viktig oppslagsverk



Anne Kjersti Befring
Helsereetten
 Første utgave
 1003 sider
 Cappelen Damm Akademisk
 Oslo 2022
 ISBN 978-82-02-71035-4

Forfatteren Anne Kjersti Befring er jurist og advokat. Hun er nok kjent for mange av *Utpostens* lesere, i og med at hun i en årrekke var direktør innenfor jus og arbeidsliv i legeforeningen. Hun er nå førsteamanu-

sis ved Institutt for offentlig rett på det juridiske fakultet ved Universitetet i Oslo.

På bokens bakside kan vi lese at

«Helsereetten angår alle, og vi har opplevd en enorm regelutvikling de seneste tiår, ikke minst i den helt siste tiden. Rettsområdet er sterkt preget av internasjonal påvirkning, gjennom menneskerettighetene, økende innflytelse fra EU/EØS og forpliktende internasjonale konvensjoner.»

Det er mange styrker som kunne vært trukket fram om denne utgivelsen. Helt sentralt er beskrivelsen av hvordan helsereetten griper inn i helsetjenestens relasjoner, enten det gjelder helsehjelpen i seg selv eller helseforskning, for å nevne sentrale områder som omhandles.

Boken har en logisk og informativ innledning:

- Helsereettens innhold og begreper
- Anvendelse av rettskilder og prinsipper
- Retten til et forsvarlig og nødvendig helse tilbud
- Behandling av personopplysninger og biologisk materiale

- Life science (nye teknologier) innenfor helsereetten

Boken egner seg neppe som sengelektyre. Til det er den nok for tung – den veier over to kilo! Men som oppslagsverk vil den kunne være svært nyttig, uansett hvor i helsetjenesten vi måtte befinne oss. Et solid stikkordsregister, logiske kapittelinnledninger, referanser om man ønsker å gå ytterligere i dybden – her mangler det ingenting. Til og med koronapandemien er behørig omtalt. Og ønsker man å studere bakgrunnsinformasjon ytterligere, foreligger det både en oversikt over forarbeider, offentlige dokumenter (inklusive internasjonale kilder) og et eget avsnitt spesielt om EU/EØS-retten.

En ytterligere styrke ved boken er at forfatteren henter fram eksempler fra levd liv – som oftest presentert i media – for å vise hvordan helsereetten kommer til uttrykk og ligger som en solid basis for kloke og gode beslutninger i helsetjenesten.

Boken anbefales.

ELI BERG

TEAMORGANISERT ALLMENNPRAKSIS Pasientene var tilfredse

Tverrfaglige team i allmennpraksis kan bidra til blant annet bedre informasjon og kontinuitet i relasjoner, men fastlegens tilstedeværelse i teamet er en forutsetning, ifølge pasientene selv. Dette er hovedkonklusjonen til norske forskere, som i en kvalitativ studie har kartlagt hvordan pasienter opplever tverrfaglig teamorganisering på fastlegekontoret. De fleste av pasientene mente at teamorganisering bidro til at de i større grad forstod og kunne mestre helseplagene sine og til bedre koordinering av hjelp. Multisyke eldre og psykisk syke opplevde bedre kontinuitet i oppfølgingen. Flere pasienter nevnte også bedre tilgjengelighet ved teamorganisering, og ingen av de som ble intervjuet synes det var negativt å inkludere sykepleier i teamet.

● BMC Health Services Research (B Abelsen et al), november 2023, doi: 10.1186/s12913-023-10322-z

SYKMELDING UTEN FREMMØTE Fastlegers erfaringer

Fastleger synes det kunne være vanskelig å skrive ut sykmelding uten å ha sett pasienten ansikt til ansikt, ifølge en online-studie som ble gjennomført under Covid-19-pandemien. Sykmelding via e-konsultasjon ble opplevd som mest egnet for pasienter fastlegen hadde møtt tidligere, ved luftveisinfeksjon, for oppfølging av medisinske plager og ved forlengelse av sykmelding. Mange av de 301 fastlegene som svarte på undersøkelsen, mente det var lettere å si nei til kravet om sykmelding når de ikke traff pasienten på legekontoret. Fastlegene uttrykte også bekymring for et økende antall sykmeldinger dersom det blir for enkelt å få en sykmelding via e-konsultasjon.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (E Breivik et al), november 2023, doi: 10.1080/02813432.2023.2282587

21 %

færre forskrivninger av antibiotika per konsultasjon for luftveisinfeksjon hos barn under 18 år og seks prosent færre legekonsultasjoner er tallene for 2017, sammenlignet med 2010. Forskriving varierte mellom fylkene. På fylkesnivå var bruken av helsetjenester forbundet med økende andel luftveiskonsultasjoner som resulterte i antibiotikaforskriving. Den norske observasjonsstudien har tall på landsbasis for forskrivning av antibiotika mot luftveisinfeksjoner og ved diagnosekoder som indikerer luftveisinfeksjon. Forskrivningen gjelder leger i primærhelsetjenesten.

● Acta Paediatrica (E Rydland et al), november 2023, doi: 10.1111/apa.17052

HELSEATFERD OVER TID Få endret livsstil

Norske forskere har sett på kroppsmasseindeks (KMI), røyking, fysisk aktivitet og alkoholbruk og sammenhengen med utdanningsnivå over perioden 2008 til 2016 hos voksne over 30 år. De fleste av deltagerne i Tromsøundersøkelsene hadde ikke endret helseatferd i disse årene, og mange havnet i samme KMI-kategori ved oppfølgingstidspunktet. Det å opprettholde en sunn livsstil, eller å endre helseatferd i gunstig retning, var forbundet med høyere utdanning. Et unntak for sammenhengen mellom helse og utdanning, var høyt alkoholkonsum, som var forbundet med høyere utdanning. Resultatene fra analysen er i tråd med annen forskning fra utlandet.

● PLoS One (AS Ibarra-Sanchez et al), desember 2023, doi: 10.1371/journal.pone.0295302



SVANGERSKAPSDIABETES Nye retningslinjer førte til endring

Andelen kvinner i Norge som fikk diagnosen svangerskapsdiabetes ved anbefalt tid for screening (svangerskapsuke 24–28) økte fra 19 prosent i 2010 til 45 prosent i 2020, og andelen som fikk legemidler økte fra 11,6 prosent til 31,6 prosent. I 2017 kom nye retningslinjer, og andelen økte betraktelig etter dette. Fra 2010 til 2016 steg forekomsten av svangerskapsdiabetes (regnet av 633 169 graviditeter) fra 2,6 prosent til 6,0 prosent, for deretter å flate ut.

● Diabetes Research and Clinical Practice (LJ Kjerpeseth et al), november 2023, doi: 10.1016/j.diabres.2023.111025

KULTURELLE HOBBYER Sjeldnere hos fastlegen

Menn som er engasjert i kreative og/eller kulturelle sysler på fritiden, er sjeldnere hos fastlegen enn menn uten de samme fritidsinteressene, med mellom ti og tretten prosent færre årlige konsultasjoner hos fastlegen.

De norske forskerne fant ikke en tilsvarende sammenheng for kvinner. I gjennomsnitt hadde deltagerne i gjennomsnitt 3,57 besøk i året hos fastlegen. Artikkelforfatterne understreker at studien ikke kan konkludere med en direkte årsakssammenheng mellom fritidsaktiviteter og færre fastlegebesøk. Den prospektive studien, med data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) har fulgt HUNT-deltagerne over sju år og omfatter data fra 17 396 kvinner og 14 451 (45,4 prosent) menn i alder 30 til 79 år.

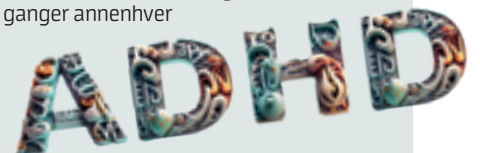
● BMJ Open (Bl Løkken et al), september 2023, doi: 10.1136/bmjopen-2022-068004



RANDOMISERT STUDIE GMT bidro til bedring hos voksne med ADHD

Goal Management Training (GMT) er en kanadisk-utviklet metode med strategier som skal bidra til bedring av eksekutive funksjoner (problemløsning, planlegging og gjennomføring av dagligdagse funksjoner). Nå har norske forskere i en randomisert studie testet metoden på voksne med ADHD. GMT og psykoeduksjon bidro til signifikant bedring i eksekutive funksjoner, i psykisk helse og i ADHD-symptomer og spesielt stor reduksjon i angstsymptomer, sammenlignet med vanlig oppfølging. Deltagerne i intervensjonsgruppen fikk 16 timer med GMT og psykoeduksjon og fire individuelle samtaler der hensikten var å formulere egne mål. Oppnåelsen av målene ble fulgt opp over telefon seks ganger annenhver uke. Kontrollgruppen fikk standard oppfølging ved en psykiatrisk poliklinikk. Alle de 81 deltagerne, med en gjennomsnittlig alder på 31 år, ble fulgt opp etter åtte måneder.

● Frontiers in Psychology (KT Hanssen et al), november 2023, doi: 10.3389/fpsyg.2023.1212502



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX. ADHD ILLUSTRASJON: KI GENERERT



Migrasjonshelse i trangere tider

Vi er inne i vanskelige tider. I hele høst har debatten gått rundt Helse Nord RHF sin omstillingsprosess, er det penger og fagfolk nok til å drive spesialisthelsetjenester i nord? Helsepersonellkommisjonen er klar i sin tale: vi kommer til å mangle helsepersonell i tiden som kommer. Vi ser at forskjellene i samfunnet blir større, og det er godt kjent at sosioøkonomiske forskjeller i befolkningen gir tilsvarende forskjeller i helse. Over de siste 100 årene har sykdomsbyrden av ikke-smittsomme sykdommer blitt stadig større. Samfunnet behandler ikke bare sykdom, men produserer den også. Utfordringene fremover står altså i kø.

I denne situasjonen er det viktigere enn noen gang å være bevisst fordelingene av penger og ressurser, og hvilke helseutfall de ulike prioriteringene gir. Dette er selve kjernen i det samfunnsmedisinske perspektivet. I de lange linjene fremover vil det for Norsam være spesielt viktig å rette oppmerksomheten mot riktige prioriteringer for en best mulig folkehelse. En av samfunnsmedisinens viktigste oppgaver er å tale høyt for de som ikke har en egen stemme i samfunnsdebatten. Dette gjelder man-

ge av de gruppene som på gruppenivå har flere helseutfordringer. Målet er å løfte kunnskapen om hva som gir god helse, og hva vi må unngå for å svekke den.

I vårt samfunn er sykdom tett knyttet opp til levekår og livsstil. Blant de gruppene i samfunnet med størst sykdomsbyrde, finner vi flyktninger og familiegjennforente som har bodd i Norge over tid. Det kommer stadig rapporter med kunnskap som belyser hvilke hindre denne gruppen opplever når de kommer nye til landet vårt. Hinder som fører til dårligere helse. Dårlig økonomi kan begrense asylsøkeres tilgang til helsetjenester, oppsummerer FHI i den nye rapporten *Tilgang til helsetjenester og barrierer for personer som søker asyl* (1). UKOM gikk grundig til verks i sin rapport (*Undersøkelse etter drukningstragedien i Tromsø*) (2) etter at en mor tok med seg sine tre døtre og gikk på havet i Tromsø i 2019; de søkte å finne svar på «hva kan vi lære om integrering og flyktningehelse?». UKOM skriver:

«Flyktninger er ved ankomst til Norge stort sett friskere enn befolkningen for øvrig, både i hjemlandet og i mottakerlandet. Nyankomne viser altså en betydelig «healthy migrant effect».

Norsams styre 2023–25. Foran fra venstre: Aud Marie Tandberg og Karina Koller Løland. I midten fra venstre: Guro Steine Letting og Hilde Marie Lund. Bak fra venstre: Tony Elvegaard og Cato Innerdal. Glenn A. Opland er også med i styret.



Men denne effekten ses først og fremst hos nyankomne, i løpet av noen år blir helsen betydelig dårligere. Etter noen år i Norge inntreffer det vi kan kalle en «exhausted-migrant-effect». Det innebærer at stresset med å tilpasse seg et nytt samfunn fører til en samlet helseslitasje».

Kommunene anmodes om å ta imot et stadig økende antall flykninger for bosetting. Når en økende del av befolkningen har innvandrerbakgrunn, blir migrasjonshelse et svært aktuelt tema. I dag har hver femte borger i landet vårt en slik bakgrunn. Dette gjenspeiles ikke i samfunnets prioritering eller i måten vi innretter våre helsetjenester på. UKOM kartla i nevnte rapport at kommunene organiserer tilbudet til nyankomne ulikt. Det er stor variasjon i dimensjoneringen, som ofte ikke justeres i takt med flyktningstrømmen. Er det en hensiktsmessig tilnærming i et samfunnsperspektiv å la det være opp til kommunene i så stor grad å finne løsninger på dimensjonering og utforming av migrasjonshelse?

Norsam mener vi trenger en mer systematisk tilnærming til migrasjonshelse i regi av sentrale myndigheter. Det må stilles tydeligere forventninger til kommunene for hva som forventes, og det må følge nødvendige ressurser med, både økonomisk og kunnskapsmessig. Lovgivningen og rettighetene for flyktninger er ikke alltid tilpasset flyktningenes behov. Integreringsloven må ta høyde for livssituasjonen flyktninger og familiegjennforente står i. En viktig vei videre for Norsam vil være å løfte kunnskapen om migrasjonshelse og bidra inn i prosesser med å få et bedre system rundt migrasjonshelse i kommunene.

REFERANSER

1. <https://www.fhi.no/publ/2023/tilgang-til-helsetjenester-og-barrierer-for-personer-som-soker-asyl/>.
2. <https://ukom.no/rapporter/undersokelse-etter-drukningstragedien-i-tromso/innledning>.

AUD MARIE TANDBERG
Leder, Norsam ■ AMTANDBERG@GMAIL.COM

Faggruppe for farmakoterapi i allmennpraksis

Gruppen består per 13. oktober 2023 av:

- Ketil Arne Espnes (leder)
- Frode Edvardsen
- Wenche Haugen
- André Storm-Larsen
- Sohail Aslam
- Sophia Kaushal

Tidligere leder og mangeårig medlem Roar Dyrkorn gikk ut av gruppa i mars 2023, etter å ha deltatt som pensjonist de siste tre til fire år. Han var leder fra 2010–2020, før dette var Sture Rogstad leder.

Gruppen har eksistert siden 1. november 2007, og har som hovedmål å bidra til rasjonell, kunnskapsbasert og oppdatert farmakoterapi i norsk allmennpraksis.

Gruppen har sjelden fysiske møter, men møtes på Teams. Medlemmene deltar i aktiviteter på hver sin front, og ved høringer og andre forespørsler kommuniserer vi hovedsakelig på e-post. Vi deltar gjerne i terapidiskusjoner med medlemmer av styret i NFA.

Flere av gruppens medlemmer sitter i utvalg, råd og faggrupper både lokalt, regionalt og nasjonalt. Ved flere anledninger har gruppens medlemmer representert NFA og/eller Legeforeningen i møter med offentlige myndigheter og andre.

Gruppen bidrar regelmessig med å gi innspill til høringsuttalelser, både via NFA, Legeforeningen og gjennom andre kanaler der medlemmene er representert. Det er særlig høringer som omfatter nye

farmakologiske problemstillinger aktuelle for norsk allmennmedisin, som angår vår faggruppe.

Både Haugen, Edvardsen og Espnes (og tidligere Dyrkorn) har vært og er engasjert i arbeidet med KUPP (kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter) med én-til-én besøk hos fastleger. Dette oppfattes som en direkte videreføring av faggruppens hovedmål om å bidra til rasjonell, kunnskapsbasert og oppdatert farmakoterapi i norsk allmennpraksis.

Gruppen ønsker seg flere aktive medlemmer og vil forsøke å oppnå større aktivitet i kommende år.

KETIL ARNE ESPNES

Leder ■ KETIL.ARNE.ESPNES@STOLAV.NO

Norsk forening for allmennmedisin ber om nominasjoner – frist 1. mars 2024



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

NFA deler ut hederspriser til kolleger som på forskjellige måter utmerker seg og gjør en særlig innsats for faget allmennmedisin. For å finne verdige vinnere trenger vi at medlemmer i hele landet har øynene åpne for gode kandidater. Nøl ikke – send en begrunnet nominasjon av en kollega i dag!

Veilederprisen utlyses for første gang!

Den nyopprettede Veilederprisen skal hedre en dedikert veileder for innsatsen med å utdanne og inspirere allmennleger i spesialisering, dele av sin kunnskap og hjelpe unge leger til å vokse både faglig og personlig. Prisen er en anledning til å feire og takke våre veiledere, som er bærebjelken i spesialiseringen i allmennmedisin. Den består av et litografi og en takk fra NFAIs på NFA sitt årsmøte under våruka.

Veilederprisen tildeles av NFAIs – NFA sitt fagutvalg for allmennleger i spesialisering. Kun allmennleger i spesialisering har adgang til å foreslå prisvinnere. Både individuelle veiledere og gruppeveiledere kan nomineres. Begrunnede forslag sendes til nfa@legeforeningen.no.

Løvetannprisen 2023

Løvetannprisen har helt siden 1986 blitt tildelt en allmennlege som har gjort en særlig innsats for faget vårt. Innsatsen kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk. Prisen består av et kunstverk og kr 20.000.

Forslag til prisvinner med begrunnelse sendes til nfa@legeforeningen.no.

Skribentprisen 2023

Skribentprisen tildeles en eller flere som i artikkel/essay/kronikk eller annen tekst fremmer allmennmedisinsk fagutvikling eller sprer kunnskap om faget. Viktig/originalt innhold og godt språk vektlegges. Prisen som ble tildelt første gang i 2002 beløper seg til kr 15.000.

Alle NFA-medlemmer kan foreslå tekst som de finner verdig. Årets pris gjelder tekst som er publisert i kalenderåret 2023. Innstillingskomiteen består av medlemmene i NFAs utdanningsutvalg. Forslag sendes til Odd Martin Vallersnes o.m.vallersnes@medisin.uio.no.

Alle hedersprisene har nominasjonsfrist 1. mars. Mer informasjon om prisene og tidligere prisvinnere finner du på www.legeforeningen.no/nfa

Tips og råd i legehverdagen!

Vi i *Utposten* reintroduserer en gammel spalte fra bladets glansdager. Den gangen het den «Slik gjør (nå) jeg det» og besto av personlige løsninger på hverdagens utfordringer ved legekantoret.

Tanken denne gang er at vi deler små og store suksess- eller katastrofehistorier fra legehverdagen som andre kan lære noe av.

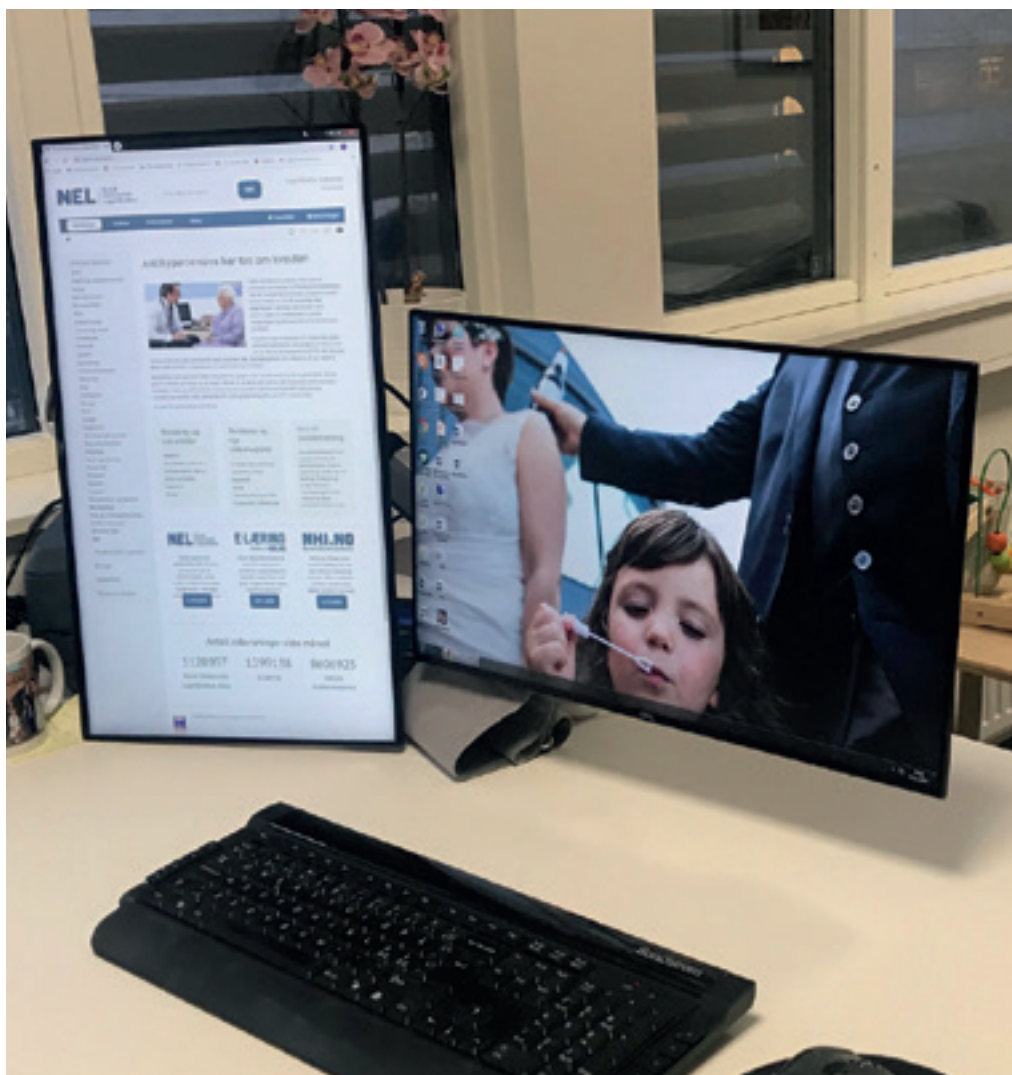
Det kan være endringer i arbeidsflyten, nytt utstyr, ommøblering, oppdatering eller annet som har gjort hverdagen bedre – eller mye dårligere. Noe du tenker en kollega absolutt bør forsøke, eller definitivt unngå å gjøre. Tanken er at det skal være rom for litt fri tolkning av spaltens overskrift.

Som førstekvinne ut vil jeg dele noe som gjør min arbeidshverdag lettere – nemlig PC-skjerm på høykant, noe jeg lærte å benytte meg av som LIS på farmakologisk avdeling. Jeg startet nulliste for noen år siden, og det er ikke tall på hvor mange lange PDF-journaler jeg har måttet lese meg gjennom i arbeidet med legeerklæringer, forsikringspapirer eller på jakt etter pasientens tidligere utredninger.

Da er det veldig fint å kunne se mest mulig av teksten på en og samme skjerm, og minimere skrollingen. Dette fungerer også fint for oversiktens del i oppslagsverk, for eksempel Norsk elektronisk legehåndbok (NEL). Skjermen jeg bruker er en helt vanlig skjerm med smal ramme, konfigurert på høykant. Montert på fleksibel arm kan jeg flytte den litt rundt etter behov. Et nyttig tilskudd i legehverdagen min.

Prøv da vel!

INGA MARTHE GRØNSETH



Tildelinger av AFU-stipend for våren 2024 (tildelt november 2023)

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) gratulerer følgende mottakere av AFU-stipend for våren 2024!

Les mer om stipendet på: www.legeforeningen.no/afustipend

NAVN PÅ STIPENDIAT	PROSJEKTNAMN	HOVEDVEILEDER	TILKNYTNING/ INSTITUSJON
Sanjay Aryal	Bruk av ultralyd på fastlegekontor	Thomas Mildestvedt	UiB
Anita Fjukmoen	Behandling av akutte og kroniske ryggsmertor på legevakt	Torgeir Gilje Lid	AFE Bergen
Cilla Lyng Hyldig	Arbeidsbelastning og utbrenthet blant fastleger i Norge; en kohortstudie 2012–2021	Priyanthi Borgen Gjerde	AFE Bergen
Andreas Pahle	Pain Reprocessing Therapy (PRT) for langvarige korsryggsmertor i allmennpraksis	Trygve Skonnord	UiO
Simen Sørstrand	Oppfølging av eldre med diabetes type 2 i primærhelsetjenesten	Priyanthi Borgen Gjerde	AFE Bergen
Bjørg Marie Vabø	Kronisk nyresykdom i allmennpraksis	Ingvild Vatten Alsnes	UiS

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..

Espen Devold?



Jeg kommer fra en skrivende og lesende familie. Oldefar Ivar Flem startet *Sunnmørs-posten*, Norges tiende største avis for over hundre år siden. Hos onkel Ole i Langevågen var det bibliotek med mange tusen bøker. Min far, Simon Flem Devold, har skrevet et tjuetalls bøker. Av mine fire søsken ble det to filologer og en bibliotekar.

Mens mine søsken var inne og leste bøker om Hardy-guttene, var jeg ute og lekte og var ivrig speider. Etterkrigstiden i Ålesund var full av spennende minnesmerker fra krigen. På femti- og sekstitallet var det mange kanonstillinger og bunkerser i fjellet som vi utforsket. Vi hadde kart over nesten 30 slike anlegg, som vi kom oss inn i på både lovlig og ulovlig vis. Jeg hadde større glede av å oppleve enn å lese.

Det har nok fulgt meg resten av livet. Men når jeg leser, grunner jeg på hver setning, ser bildene i mitt indre og lever meg inn i stoffet. Jeg kan være bokleseren fra «helvete». Jeg elsker å finne faktafeil i bøkene. Det kan være at Jo Nesbø beskriver diesellukt fra en bil, og dette merket bare har modeller med bensinmotorer, eller

Ketil Bjørnstad som forteller om bryllupet til Charles og Diana ved skolestart i 1981. Nei, det var 29. juli, for dagen før hadde jeg blitt pappa til vårt første barn.

Siste leste bok var en biografi om Odd Børretzen – *Et langsomt liv*. En gave fra gode venner. Jeg har lurt litt på hvorfor jeg fikk den boken?

Odd – en vinelskende, seileglad sjømann. Ustrukturert, levde fra hånd til munn av små artikler og tegninger til aviser og ukeblad, stadig blakk. Jeg – avholdsmann og bonde i innlandsleira i Gjerdrum. Hundre prosjekter med reparasjoner og bygging av nye hus på gården – åtte etter at vi overtok for 23 år siden.

Det var kanskje et signal og at jeg også burde la «humla suse» litt mer?

Jeg leser bøker mest i ferier, når jeg er borte fra gården. I det daglige går det i faglitteratur som bonde. Jeg startet som praktikant i helsevesenet i 1973 og sørger for faglig påfyll som lege i smågruppe og kurs.

Jeg har to yndlingsforfattere; Edvard Hoem og Ketil Bjørnstad. Hoem skriver et herlig nynorsk som ligger nær min sunn-

mørtdialekt. Han skildrer livet på bygda fra 1800-tallet og fram til i dag. Jeg får stor beundring og ærbødighet for alt slitet man hadde for å overleve tidligere.

Det tok fem voksne en hel sommer å få inn høyet på min gård for to generasjoner siden. Nå tar det noen timer fordelt på tre dager, og vi får slått to ganger.

Ketil Bjørnstad har gitt ut bokserien *Verden som var min*. Seks tykke bind hvor han forteller om sitt liv og verdens begivenheter hvert tiår fra 1960 og fram til i dag.

Jeg ønsker å lære noe om «livet» når jeg leser. Vi har bokhyllene hjemme fulle av all krim som er gitt ut etter 1985, men disse pirrer meg ikke.

Hvis jeg skal anbefale noe til dere som leser dette, er det to bøker som kom på Storytel i høst.

Fristen – Pias bok om livet til en ung schizofren kvinne, og *Morten 11 år*, en samtalebok mellom forfatteren og Morten, som vet han snart skal dø. Begge er skrevet av min far og fantastisk formidlet av Kim Haugen.

Fastlege, Kløfta legesenter
■ ESPEN@STALLEIKEBERG.NO





Utposten

annonseinfo 2024

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer sju ganger årlig med dobbelt julenummer. Åtte primærleger er redaktører.

ABONNEMENT: Papir- og nettutg.: kr. 850,- årlig / Kun nettutgave: kr. 690,-

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle

☎ 913 08 747 ✉ karianne.rutle@gmail.com

MATERIELL:

Elektronisk (e-post / filoverføringstjeneste, se: www.aksell.no)

FORMAT: A4, 210 x 297 mm + 3 mm for utf. helside

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

TRYKKERI: Aksell, Aurveien 14, 1930 Aurskog. www.aksell.no

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

☎ 916 98 412 ✉ morten.hernaes@aksell.no

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	8. januar	17. januar	29. januar
②	14. februar	28. februar	11. mars
③	10. april	24. april	6. mai
④	22. mai	5. juni	17. juni
⑤	14. august	28. august	9. september
⑥	25. september	9. oktober	21. oktober
⑦/⑧	6. november	27. november	9. desember

ANNONSEINFO

FORMAT	MÅL	MÅL UTF.	4-FARGER	S-HV
1/1	185 x 238,2	210 x 297*	14 000,-	6 900,-
4. omslag	-	210 x 237*	18 000,-	-
2/3	↕ 122 x 238,2	136 x 297*	11 500,-	6 100,-
1/2	↔ 185 x 122	210 x 147,5*	8 500,-	4 300,-
1/3	↕ 59 x 238,2	73 x 297*	7 400,-	3 700,-
1/3	↔ 185 x 92	210 x 117*	7 400,-	3 700,-
1/4	↔ 185 x 61	210 x 87*	6 500,-	2 800,-

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

WEB

annonser på Utpostens nettsider

FORMAT OG PLASSERING

Annonsene vil vises gjennomgående på alle sider på utposten.no.

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

- Standardrullering (visningsperiode er fra utleggingsdato for utgave av Utposten og to måneder onlinetid): 4500,- ekskl. mva pr. annonse
- Ta kontakt for andre visningsalternativer

For å nå ut til flest mulig lesere kan det være en god kombinasjon å ha annonser både på nettet og i papirutgaven av tidsskriftet.

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 31.1: 1-2024
- 13.3: 2-2024
- 8.5: 3-2024
- 19.6: 4-2024
- 11.9: 5-2024
- 23.10: 6-2024
- 11.12: 7/8-2024

WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO

RELIS

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

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

Godt nytt år!

Du som leser *Utposten* har sannsynligvis fått med deg at de fire regionale legemiddelinformasjonssentrene (RELIS), lokalisert på Oslo universitetssykehus, St. Olavs hospital, Haukeland universitetssykehus og Universitetssykehuset Nord-Norge, stort sett i hver utgave av *Utposten* bidrar med en legemiddelrelatert fagtekst. Farmasøyer og leger ved RELIS skriver om aktuelle saker, ofte basert på henvendelser hvor helsepersonell har tatt kontakt med sitt regionale senter med et legemiddelrelatert spørsmål. Det kan være utdyping av en interaksjon, oppdaterte be-

handlingsretningslinjer, hvordan et spesifikt legemiddel bør doseres, bivirkningsrelatert også videre.

I denne årets første utgave av *Utposten* benytter vi muligheten til en oppsummering av 2023 ved å minne om at RELIS også omtaler aktuelle saker på nettsiden. Om du synes sakene i *Utposten* er av interesse, så kan du finne mer relevant stoff ved å besøke oss på www.RELIS.no (QR-kode under). Du kan også abonnere på vårt nyhetsbrev, som sendes ut seks til åtte ganger per år. Her vil det være legemiddelaktuelt lese-

stoff for deg som allmennlege. Vi har derfor også lagt ved en QR-kode som tar deg rett til siste nyhetsbrev.

Neste utgave vil nok en gang inneholde en fagtekst fra RELIS.

Vi sees!




Lenke til årets første nyhetsbrev finner du ved å skanne QR-koden til venstre.



Vil du bare besøke nettsiden, scan denne QR-koden.



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

Løft blikket!

Salmen *Eg har ei teneste stor for Gud* av Matias Orheim har fulgt meg gjennom høsten. Som fastlege og som mor, i stort og smått i andres og eget liv, er det et privilegium å få løfte blikket fra dataskjerm og kjøkkenbenk.

Jeg vil utfordre Gunnar Mollestad, et forbilde for meg i liv og tjeneste gjennom mange år, til å dele dikt med *Utpostens* lesere. Han jobber som fastlege i Kristiansand og har bevart en smittende entusiasme for det varierte allmennlegelivet.

Hilsen fra
JENNY KRISTIN MENES

Eg har ei teneste stor for Gud

TEKST: MATIAS ORHEIM 1908
MELODI: MATIAS ORHEIM 1920

1
Eg har ei teneste stor for Gud
frå dag til dag i det stille,
der kvardagskleda vert høgtidsskrud
og livsens småting så gilde.
Ja, skal eg eingong det store få,
eg må med truskap i alt det små
i Jesu fotefar lydig gå
!; og vilje det Jesus ville . :;

2
Når då eg spør meg kvar arbeidsdag:
Kva ville Jesus vel gjere?
Så gjev han livsmod og arbeidslag,
så livet provar mi lære.
Om av og til det vert kvardagsgrått,
så det i striden går tungt og trått,
med bøn og bibel vert allting godt;
!; for Jesus vil krafta vere. :;

3
I alt Guds vilje er underfull,
han har til Ordet seg bunde,
der perlesteinar og sylv og gull
til livsens byggverk vert funne.
Og når det eingong for alvor gjeld,
og livet prøvast skal gjennom eld,
Guds eige byggverk si prøve held.
!; Av småting vert storverk vunne. :;



4

Så er mi teneste stor for Gud,
og heimen han er mi kyrkje,
der arbeidstrøya er presteskud
i alt mitt ærlege yrke.

Så er det heime i stova fred,
til alt mitt arbeid stig englar ned,
dei har Guds rike velsigning med,
|; som dagen så er min styrke. :|

SALME 424 / NORSK SALMEBOK

NORGE P. P.
Avsender:
Utposten
Sjøbergveien 32A
2066 Jessheim



Er du i risikogruppen for lav pensjon?

Tilstand: Manglende pensjonssparing.

Smittefare: Smitter lett blant privatpraktiserende leger.

Symptomer: Få til ingen symptomer før pensjonsalder. Ved pensjonsalder får smittede en kraftig reduksjon i inntekt.

Forebyggende behandling: Legeforetakenes pensjonsordning i Storebrand. Behandlingen lar deg spare inntil 7 % av inntekt opp til 12G - og få skattefordel på pengene. Dette er også den eneste behandlingen som ikke gir avkortning i pensjoner fra SOP.



Les mer og bestill behandling

