

# Utt posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 6 – 2013 ◦ ÅRGANG 42

## INNHold:

LEDER: For mye av det gode? AV MONA SØNDENÅ OG TOM SUNDAR	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Med hjerte for forskning og formidling. STEINAR HUNSKÅR INTERVJUET AV BADBONI EL-SAFADI	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt. AV GUTTORM RAKNES OG STEINAR HUNSKÅR	6
Overdiagnostikk og overbehandling – det største problemet i moderne vestlig medisin? AV GISLE ROKSUND	10
De skadelige helsetjenestene. AV EIVIND MELAND	15
Murer og broer. AV OLAV GUNNAR BALLO	17
En sørgelig historie. AV PERMILLE NYLEHN	19
Hvilke forhold påvirker allmennlegers holdning til livsstilsveiledning? AV T. MILDESTVEDT, I. HAUKELAND OG S. VOLTERSVIK LANDRO	24
Fra blokk til byte – E-resept er mer enn strøm på papiret. AV OLE ANDREAS BJORDAL	27
Kan tiltak på arbeidsplassen forebygge psykiske plager? AV TOM SUNDAR	30
LESERBREV: Dagens behandling av hypothyreose-pasienter er mangelfull. AV FINN E. HANSEN	32
BOKANMELDelse: Journalen. ANMELDT AV LISBETH HOMLONG	34
Gilbert Welch til PMU 2014. AV TOM SUNDAR	35
Faste spalter	36



# Utposten

**KONTOR:****RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: [rmrtove@online.no](mailto:rmrtove@online.no)**ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:****Tom Sundar**

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: [tom.sundar@gmail.com](mailto:tom.sundar@gmail.com)**Lisbeth Homlong**

Sognsvn. 52

0857 Oslo

MOBIL: 905 53 513

E-POST: [lisbeth.homlong@hotmail.com](mailto:lisbeth.homlong@hotmail.com)**Mona S. Søndenå**

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: [mona.sondena@gmail.com](mailto:mona.sondena@gmail.com)**Badboni El-Safadi**

Folke Bernadottes vei 52

5147 Fyllingsdalen

MOBIL: 990 09 090

E-POST: [badboni@gmail.com](mailto:badboni@gmail.com)**Sigurd Høye**

Tjurveien 1

0852 Oslo

MOBIL: 404 51 747

E-POST: [sigurd.hoye@gmail.com](mailto:sigurd.hoye@gmail.com)**Anne Grethe Olsen**

Hvalrossveien 19

9600 Hammerfest

MOBIL: 907 48 456

E-POST: [angr-ols@online.no](mailto:angr-ols@online.no)

FORSIDE/2. OMSLAGSSIDE: Tom Sundar

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media - 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media - 07.no

Du finner Utposten på  
[www.utposten.no](http://www.utposten.no)



# For mye av det gode?

Helsepolitikk var et sentralt tema i høstens valgkamp. Ventelister, fristbrudd, og kjøp av private helsetjenester ble diskutert. I en av de siste valgdebattene på TV, prøvde professor Olav Helge Førde å si noe fornuftig om vår tids økende tendens til overbehandling og overdiagnostikk, men han ble glatt avfeid av debattantenes uttrykte oppfatninger om at «alle venter for lenge» på helsetjenester – og at nærmest ethvert behov for helsehjelp skal innfris umiddelbart.

Eller kan det helt enkelt være at Førde ikke ble forstått? For når sist hørte vi våre politikere debattere rundt spørsmål som: Hvor lenge er for lenge når det er snakk om ventetid og helsekøer? Når er nok egentlig nok i medisinsk behandling? Og kan det bli for mye av det gode når spørsmålet kommer til høyteknologisk diagnostikk?

I dette nummeret av *Utposten* retter vi søkelyset mot den gryende og betimelige debatten om overbehandling og overdiagnostikk. I sine kronikker påpeker Gisle Roksund og Eivind Meland at tematikken til nå har vært fraværende i det offentlige rom. Den blir knapt opplevd eller oppfattet av medier, pasienter, politikere, rettsvesen, tilsynsapparat og – for ikke å glemme – leger og helsearbeidere.

Som allmennpraktikere og primærleger treffer vi daglig beslutninger om diagnostikk og behandling for å være på «den sikre side». Intensjonen er god: Vi vil jo det beste for våre pasienter. Men tenker vi på at vi – ved å gardere oss på denne måten – er med på å skape økte og stadig oftere urealistiske forventninger om medisinske fortreffelighet? Og at vi selv bidrar til en «for sikkerhets skyld-medisin» som i neste omgang kan forsterke tendensen til overdiagnostikk og overbehandling?

Commonwealth-undersøkelsen i 2012 dokumenterer at en betydelig andel av norske fastleger (over 35 prosent) er enig i at overdiagnostisering og overbehandling er et stort problem. Langt færre fastleger uttrykker bekymring for underforbruk av helsetjenester. Og den anerkjente britiske legen Iona Heath sier det slik: «De siste ti-årenes raske utvidelse av spennvidden i det vi oppfatter som biometrisk abnormalitet – særlig knyttet til terskelverdier for blodtrykk, kolesterol, blodsukker og beintetthet – har ført til en epidemi av symptomløs sykdom samt en frakoblet forståelse av begrepene sykdom og lidelse».<sup>1</sup>

I dette nummeret belyser Olav Gunnar Ballo den samme tematikken fra en litt annen synsvinkel. Ballo omformulerer det kjente sitatet fra Ibsens *Vildanden*: «Tar du syk-

dommen fra et gjennomsnittsmenneske, tar du livslykken fra det med det samme». Relevant og tankevekkende er også artikkelen av Pernille Nylehn, som retter et kritisk blikk mot alternativ medisin. Med konkrete eksempler peker hun på hvor lett det er å skape falsk trygghet og spre desinformasjon blant mennesker som leter etter en forklaring på sine helseplager. Dette er å føre folk bak lyset, antyder Nylehn.

I et kjent og kjært dikt, *Det bor en gammel baker*, beskriver Inger Hagerup det overflodssamfunnet vi lever i. Vi overdiagnostiserer, overbehandler, overspiser, overtrener. Kort sagt har mange mennesker i vårt land svært mange muligheter. Da gjelder det å gjøre kloke valg.

Det bor en gammel baker på en bitte liten øy.  
Han er så lei av kaker og krem og syltetøy.  
Men han må sitte likevel  
og spise sine kaker selv.  
For han bor helt alene på en bitte liten øy.

Når små og store båter går dampende forbi,  
da sitter han og gråter i sitt varme bakeri,  
og spiser loff og fattigmann,  
for ingen kunder går i land.  
Og han er helt alene på en bitte liten øy.

Det var en gammel baker på en bitte liten øy.  
Han åt for mange kaker med krem og syltetøy.  
Forleden dag så satt han død  
midt i en haug av wienerbrød.  
Og nå bor ingen baker på en bitte liten øy.

God høst og kos dere med *Utposten*.

*Mona Søndena og Tom Sundar*

<sup>1</sup> «The future of general practice – what should our ideology be?» I: Festskrift til Allmennlegeforeningens 75-årsjubileum. Oslo: Allmennlegeforeningen, 2013.



# Med hjerte for forskning

Steinar Hunskaar  
INTERVJUET AV BADBONI EL-SAFADI



Steinar Hunskaar ved kontorpulten i Knarvik allmennpraksis.

Steinar Hunskaar og hans kolleger har kommet med oppfølgeren til suksessen *Allmenntmedisin*, 10 år etter 2. utgave fra 2003. Døgnet til Hunskaar har ikke mer enn 24 timer, men han rekker likevel å ivareta sine pasienter som fastlege i Lindås ved Bergen, samtidig med å være forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og professor i allmenntmedisin ved Universitetet i Bergen.

Den allsidige allmenntmedisineren har de siste årene arbeidet med å redigere en tredje utgave av læreboken *Allmenntmedisin* (1). *Utposten* har invitert 57-åringen til å kommentere bokverket og filosofere rundt en rekke temaer innen norsk allmenntmedisin.

## **Bokeventyret begynner**

Boken har fått glimrende anmeldelser og var etterlengtet i mange år før den endelig kom ut for første gang i 1997. Bokprosjektet startet allerede våren 1994 da en arbeidsgruppe la fram et forslag om et konsept for innholdet. De som den gangen var med i redaksjonskomitéen var samlet fra alle de allmenntmedisinske instituttene. I spissen sto professor Steinar Hunskaar (Bergen), som hadde med seg en redaksjonskomité bestående av professor Knut Holtedahl (Tromsø), professor Terje Johannessen (Trondheim), daværende første-

# og formidling

amanuensis Olav Rutle (Oslo), som dessverre døde før utgivelsen, samt allmennlegene Irene Hetlevik (nå professor i Trondheim) og Marit Hafting (Voss).

Behovet for en lærebok i allmennmedisin oppsto da man innså at instituttene fikk større undervisningsrammer, og man håpet at allmennmedisin skulle få status som et klinisk hovedfag på linje med indremedisin og kirurgi. Videre skulle en lærebok gi medisinstudenten en forsmak på allmennpraksis før turnustjenesten. Hunskår og hans kolleger i redaksjonskomiteén hadde dessuten et ønske om å motivere og rekruttere godt kvalifiserte allmennpraktikere i primærhelsetjenesten, og tenkte at en lærebok ville være et viktig og nyttig redskap i dette arbeidet. Oppmerksomheten skulle rettes mot vanlige symptomer, relevante sykdommer og tilstander og allmennmedisinske arbeidsmetoder. Et annet formål var å gi nyttige råd om samarbeid på tvers av spesialiteter og terapeutiske prinsipper.

«En lærebok i allmennmedisin må naturlig nok være omfattende, da den skal dekke størstedelen av faget, og ikke bare omtale én dimensjon eller ett organsystem.», tenkte redaktørene i sin tid. Og som et resultat blir plassen for hvert emne nokså begrenset. Hvis boken skulle brukes av praktiserende leger og medisinstudenter, var det viktig for redaktørene å ta hensyn til målgruppenes ulike utgangspunkt og informasjonsbehov. Presentasjonssymptomer og kliniske problemstillinger utgjorde tematiske plattformen for å vise hvordan allmennmedisinsk arbeid utøves i praksis, med tanke på utredning og behandling. Læreboken ble skrevet av en rekke forfattere, de fleste med forankring i norsk allmennmedisin. Dette er et bærende konsept som Steinar Hunskår har bygget videre på i andre og tredje utgave.

## UTPOSTEN: Hva er nytt i denne utgaven?

– Først og fremst er dette en gjennomgående revisjon og oppdatering av den forrige utgaven. Men det er også kommet noen helt nye kapitler; seksualmedisin, medisinsk uforklarte helseplager, hvordan holde seg faglig oppdatert. Noen andre har blitt vesentlig omarbeidet, deriblant psykiatri og rus, røykeslutt og andre.

Sykdomspresentasjon og symptomer er basis for tilnærmingen av temaene i boken, det gjenspeiler den allmennmedisinske arbeidsmåten.

## UTPOSTEN: Hva kan boken brukes til?

– Dette er først og fremst en studentlærebok for de som skal lære faget allmennmedisin for første gang. Men den er også en norsk grunntekst for faget som sådan, og derfor bør den være en helt naturlig basisbok for veiledningsgruppene og for kollegagrupper når sentrale allmennmedisinske tema skal diskuteres. Studentene skal også bruke den for å lære sentrale utrednings- og behandlingsprinsipper for enkeltilstander. De ferdige legene vil kunne mye av dette, og trenger vanligvis ikke bruke boken på denne måten direkte i konsultasjonen. Men som en norsk gjennomarbeidet tekst å lese etter konsultasjonen eller etter endt arbeidsdag, tror jeg boken kan være nyttig for både uerfarne og erfarne allmennleger.

Hvordan lage en bok der informasjonen kan ha mest mulig varig verdi? undres vi. Ofte tar det noen år fra man skriver en bok og til den endelig blir utgitt. Det er en utfordring med tanke på dagens samfunn der kunnskapen endres i takt med hastigheten på det trådløse nettverket. En lærebok skal i tillegg ha en hel-



## Steinar Hunskår FØDT 20. JUNI 1956

- Cand.med. Bergen 1982, dr.med. samme sted 1987. Spesialist i allmennmedisin 1993.
- Fra 1989 leder for Institutt for allmennmedisin, senere Seksjon for allmennmedisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. Professor i allmennmedisin samme sted siden 1992. Allmennlege i Lindås kommune siden 1993. Leder for forskerlinjen ved Universitetet i Bergen 2003-2010. Forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin siden 2005.
- Flere akademiske priser og ca. 350 publikasjoner med hovedvekt på smertefysiologi, urininkontinens, legevaktmedisin og mange ulike allmennmedisinske tema.

hetlig framstilling – og det skal gjøres uten at boken blir så stor og tung at man ikke får den ned i sekken.

**UTPOSTEN: Bokens omfang har tiltatt etter hvert som de nye utgivelsene har kommet, men det er også blitt en del endringer i innholdet. Noen av kapitlene er byttet ut, og innholdet i de resterende er nyskrevet. Til tross for at medisinen endrer seg og ny kunnskap legges til, er det likevel lite revolusjonerende i tilnærmingen til de fleste problemstillingene i allmennmedisinen. Er lærebøker snart avleggs, nå som internett og netttugaver har kommet?**

– Det trodde jeg også! Men vi ser at hos studentene er lærebøkene populære som aldri før. App-er og digitale hjelpemidler erstatter ikke lærebøkens sakte innlæringsmetode, men gjør at sjekking av enkeltfakta, bilder og nyheter blir mye enklere. Vi tror på en digital utgave av læreboken også, i en nettbrettutgave.

De 7 teser i allmennmedisin

**1 Hold lege-pasient-forholdet i hevd**

Allmennmedisinens sentrum er lege-pasient-forholdet. Det viktigste er det personlige møtet og dialogen med pasienten over tid.

**2 Gjør det viktigste**

Allmennmedisinens sentrum er diagnostikk og behandling. Legen er fortolker av pasientens symptomer og plager, skiller ut de som har behandlingstrengende sykdom, og forskåner pasientene fra urettmessig å bli behandlet som syke, veileder og lærer; hjelper pasienten å forstå sin situasjon og hvordan den kan mestres eller lindres, vitne og ledsager; følger pasienten og hans nærmeste gjennom sykdom og lidelse.

**3 Gi mest til dem som har størst behov**

Forventningene til allmennmedisinens overstiger både ideelle og praktiske muligheter.

Allmennlegen må organisere hverdagen slik at det blir rom for de pasienter som har behov for størst hjelp.

**4 Bruk ord som fremmer helse**

Allmennlegen skal gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse. Allmennmedisin skal utvikle et språk som begrenser fokus på risikotilstander og medisinbruk med liten nytteeffekt.

**5 Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling**

Fagutøvelsen skal baseres på dokumentert viten, praktiske ferdigheter og erfaringsbasert kunnskap. Faget skal utvikle begreper som knytter sykdom og lidelse til relasjoner og gi en forståelse av hvordan livet setter spor i kroppen. Medisinsk etikk skal beskrive hvordan respekten for menneskets verdighet er en forutsetning for helbredelse.

**6 Beskriv praksiserfaringene**

Å forebygge sykdom og uhelse er ofte et spørsmål om å endre samfunnsforhold. Legen skal systematisere og dele sin kunnskap med forvaltning og politikere om sykdoms- og lidelsespanoramaet i sin populasjon.

**7 Ta ledelsen**

Allmennlegen skal ta aktivt ansvar for å sikre god samhandling mellom aktørene i helse- og sosialtjenesten. Allmennlegen skal bidra til at spesialisttjenester prioriteres til dem som har størst behov. I samhandling med andre helsearbeidere må allmennlegen arbeide aktivt for at faglige ressurser utnyttes optimalt. Som leder av legekantoret må legen sørge for at medarbeiderne får utvikle faglig og personlig kompetanse.

KILDE: NORSK SELSKAP FOR ALLMENNMEDISIN, 2001

ve med kommentar- og markeringsmuligheter. Arbeidet med en slik planlegges startet med det første. For allmennlegene bør bøker nå være et tillegg. Men jeg håper inderlig ikke at den grundige og mer fullstendige lesning om et emne har gått tapt i den digitale hurtig-tastingen!

**Allmennlege, forsker og foreleser**

Steinar Hunskaar jobber fortsatt som allmennlege i kommunesenteret Knarvik i Lindås kommune, med en pasientliste på 400 innbyggere. Som vi forstår, har han mange jern iilden og holder seg aktiv på mange arenaer, men likevel finner han tid til å ta vare på sine pasienter. Han driver fortsatt som allmennlege og behersker kunsten å holde mer enn én tanke i hodet samtidig.

Hvordan professoren får tid til å presse alt det han gjør inn i det samme døgnet som oss andre, kan fremstå som en gåte for noen hver. Hans kolleger og medarbeidere sier at han er flink og systematisk. Han er, på lik linje med andre i sin posisjon, god til å prioritere det som er viktig. Hunskaar og professorkollegene hans er kanskje kjent for å effektivisere der vi andre ikke helt har sett potensialet. Her er et eksempel på slik effektivisering:

GJENNOMSNIITTSTIDEN FOR Å SKRIVE EN E-POST



**UTPOSTEN: Hvordan får du tid og muligheter til å følge opp pasientene dine?**

– Jeg må leve som jeg lærer! Jeg legger derfor stor vekt på å leve opp til de gode allmennmedisinske idealene. Hjemmesykepleierne kaller meg «den siste distriktslege»! Jeg legger stor vekt på personlig oppfølging, sykebesøk, tverrfaglige møter og differensiering etter allmennmedisinens syv teser (side 29 i boka). Jeg er skuffet over den tilbaketrekkingen fra pasientens hjem, arbeidsmiljø og familie som jeg ser utvikler seg hos mange av mine yngre kolleger. Eksempler er kreftpasienter, utviklingshemmete, tung psykiatri, alvorlig syke hjemmeboende og sosial forkommenhet.

**Allmennmedisin i utvikling**

**UTPOSTEN: Hvordan har det allmennmedisinske faget utviklet seg siden forrige utgave i 2003?**

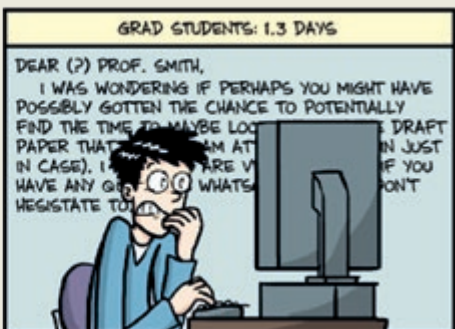
– Først og fremst er lærebokfaget kjennetegnet av en fastlegeordning som har festet seg. Det har vært interessant å lese andre-utgaven fra perm til perm for å oppdage at faget faktisk har endret seg på ti år. Vi skriver og omtaler ting på nye måter, arbeidsredskapene er noe endret, og dette ser vi i perspektiv når

vi skriver lærebok. Et godt utkikkspunkt for en professor i faget!

Kolleger som har jobbet tett med Steinar Hunskaar levner ingen tvil om hans renommé som høyt respektert lege og forsker. Han finner gode, praktiske og økonomiske løsninger for kolleger som vil drive med forskning. Hunskaar betegnes som løsningsorientert, hans styrke er å finne prosjekter som passer for de fleste forskerinteresserte. Dette gjenspeiles også i det store antall forskere han har klart å fostre frem i løpet av sin karriere.

**UTPOSTEN: Hva er grunnen til at du mener forskning i allmennmedisin burde få større plass i en allmennpraktikers hverdag? Og hvordan kan det kombineres med det kliniske arbeidet?**

– Jeg er ikke så opptatt av at alle allmennleger skal drive med forskning ved siden av praksis, det skal de ikke. Men faget som sådan må være mest mulig forskningsbasert, og vi må ta ansvar selv! Da må det være en grunnleggende forståelse og respekt for dette hos alle allmennleger, så må ganske mange delta i prosjektarbeid og mindre forskningsprosjekter, og så må noen ganske få delta i fullverdige forskningsprosjekter på doktorgradsnivå. Minst ti prosent av allmennlegene bør ha doktorgrad. Dette har stor betydning for fagets gjennomslag og representasjon i diskusjoner om faglig utvikling. Heldigvis har vi gode ordninger for allmennlegers deltakelse i forskning. Allmennpraktikerstipendene og Allmennmedisinsk forskningsfond er svært viktige elementer i allmennmedisinens utvikling. Men vi trenger mye mer penger til allmennmedisinsk forskning generelt. Allmennleger flest kan delta på mange vis, om ikke de vil forske selv. Bidrag til datainnsamling eller å være positiv til at kollegaen driver forskning på deltid, er viktig nok.



JORGE CHAM © 2008 / WWW.PHDCOMICS.COM





Steinar Hunskår bruker gjerne tid i fjøset på kona sitt gårdsbruk.

**UTPOSTEN:** For vel ti år siden, da du ble intervjuet i *Tidsskriftet*, snakket du om fagets identitet. Samtidig uttrykte du en viss engstelse for at allmennmedisin skulle bli styrt av spesialisthelsetjenesten. Du var også bekymret for at allmennmedisin hang etter sykehusspesialitetene i det faglige kvalitetsarbeidet. Har dette endret seg i dag?

– Jeg er mindre bekymret for det første og mer bekymret for det siste! Jeg tror ikke fastlegeordningen kan overleve med den nåværende organisasjonen av 2000 små og selvstyrte enheter. Samfunnets krav til alt fra internkontroll, IT-sikkerhet og mer homogen og forutsigbar utredning, behandling og oppfølging krever en annen tilnærming, slik at legene kan gjøre mest av det de kan best, og at dette skjer noe mer styrt enn i dag. Kunsten blir selvsagt å finne den rette balansen mellom styring og autonomi.

**UTPOSTEN:** Synes du det er nok fokus på allmennmedisin som fag i dagens medisinstudium?

– Det er helt klart for lite fokus på allmennmedisin i dagens studieplaner, ikke minst i lys av Samhandlingsreformen. Nye studieplaner blir nå utviklet ved flere av uni-

versitetene. Jeg er selv involvert i dette i Bergen, og føler det er stor forståelse for dette i mange av spesialistmiljøene. Like viktig er det at sykehusfagene endrer sin undervisning til å omfatte pasientforløp og samarbeid med primærhelsetjenesten, helst i samarbeid med allmennmedisinske lærere. Jeg er veldig for å opprettholde sykehustjeneste som obligatorisk del av spesialistutdanningen vår, men tror den må endres til en mer oppgaveorientert og målformulert tjeneste i egne utdanningsstillinger for allmennleger.

**UTPOSTEN:** Hva må til for å øke rekrutteringen av nye allmennleger?

– Jeg er overbevist om at den nåværende spesialistutdanningen bør legges radikalt om! Vi må senke produksjonstrykket og øke læringstrykket dramatisk. Skal vi få dette til må vi ha forutsigbare utdanningsløp i fastlønnte utdanningsstillinger med supervisjon i et helt annet omfang enn i dag! Dette temaet er jo verd et intervju i seg selv!

**UTPOSTEN:** Hva gjør du når du ikke skriver bøker, driver med forskning eller er i din praksis?

– Jeg har ganske jordnære interesser i så måte. Jeg er gift med en bonde, og gardsarbeid tar en del av tiden min. Det har jeg godt av, både fysisk og psykisk. Jeg er ivrig hjortejeger. Ellers har jeg noen kulturelle interesser og prøver å få kulturelle opplevelser både i inn- og utland, i tillegg til en fin kunstsamling på egne vegger.

I hjemkommunen Lindås går Steinar Hunskår under betegnelsen «den siste distriktslege», men han er så mye mer enn bare det. Han har fått til mye i Norge innen allmennmedisinsk fagutvikling, og han høster også stor anerkjennelse for sitt arbeid i Sverige, Danmark og i en rekke engelsktalende land. Hans forskningsarbeid og det han har utrettet så langt vil anerkjennes i lang tid fremover. Med den nye læreboken har han tatt et steg nærmere å fremstå som allmennlegens kanskje viktigste fagperson for norske medisinstudenter, så vel som studenter i de andre skandinaviske landene.

Stå på Steinar, vi er stolte av deg!

#### LITTERATUR

1. Hunskår S, red. Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013.



## Allmennt medisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennt medisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

# Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt

■ GUTTORM RAKNES OG STEINAR HUNSKÅR *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin*

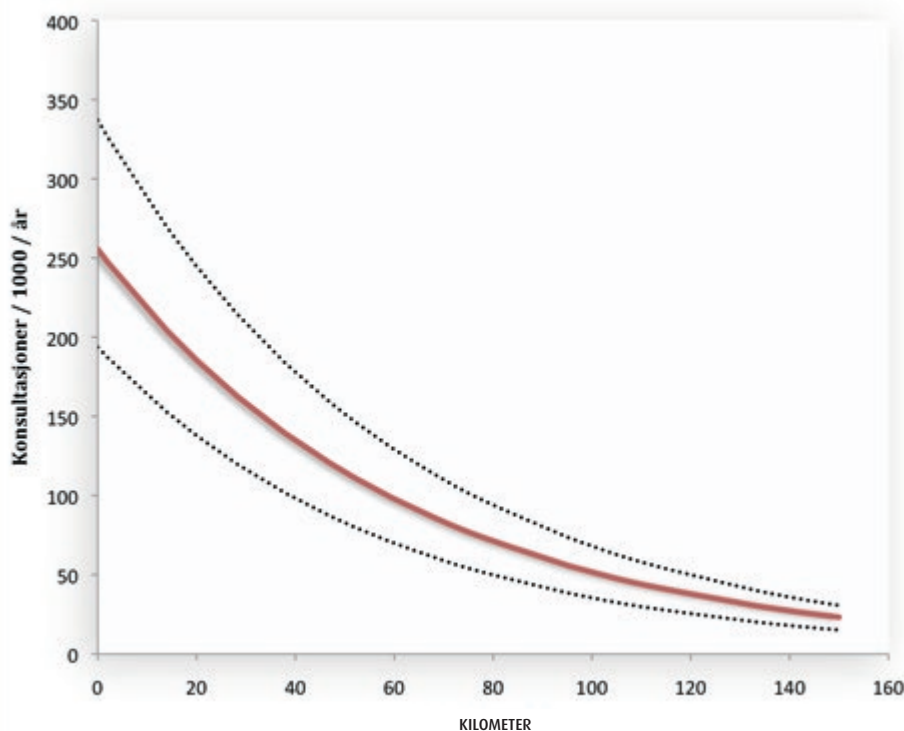
Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt tar til orde for at landet organiseres i 60 til 80 legevaktdistrikter med 30 000 til 100 000 innbyggere innen et rimelig areal for å kunne tilfredstille moderne krav til medisinsk og organisatorisk kvalitet. Selv om handlingsplanen legger opp til at et legevaktdistrikt kan inneholde flere legevaktstasjoner og bakvaktordninger, vil en slik legevaktreform bety at mange pasienter får betydelig lengre reisevei til legevaktlokalet. Nye data bekrefter at økende avstand til legevaktlokalet er sterkt forbundet med redusert bruk av denne tjenesten. Hvilke konsekvenser bør det ha for organiseringen av fremtidens legevakt?

Stadig flere kommuner velger å samarbeide interkommunalt om løsninger for å dekke sine legevaktforpliktelser. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) hilser denne utviklingen velkommen. Større interkommunale legevakter gir mer profesjonell organisering av tjenesten og bidrar til å sikre stabil tilgang på utstyr og helsepersonell slik at pasientene sikres god og forsvarlig behandling. Større enheter åpner for bedre samhandling med andre nødetater, og kan bidra til god medisinsk oppfølging av kommunale akutt-senger.

## Ny kunnskap om geografi og legevaktbruk

I *Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt* (1) anbefaler Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) at landet organiseres i 60 til 80 legevaktdistrikter med 30 000 til 100 000 innbyggere. At økende avstand gir lavere bruk bør ikke komme som noen overraskelse for noen, dette gjelder nærmest alle typer helsetjenester inkludert psykiatri og geriatri. En nylig publisert studie fra Nklm indikerer at stor avstand i motsetning til en rekke demografiske og sosioøkonomiske forhold er assosiert med en betydelig reduksjon i bruken av legevakt (2).

Studien er basert på tall fra Arendal legevakt, et av syv såkalte «Vakttårn» som hver



FIGUR 1: Den røde linjen viser beregnet sammenheng mellom avstand og konsultasjonsrate ved kommunene som inngår i Arendal legevaktdistrikt i perioden 2007–2011. De stiplede linjene angir 95 prosent konfidensintervall.

BASERT PÅ DATA FRA (2).





Hypigheten av sykebesøk og legeutrykning med ambulanse er størst i legevaktlokalets nærområde. FOTO TONE MORKEN

måned siden 2007 har rapporterer aktivitetsdata til Nkkm. Legevakten er lokalisert til Arendal sykehus og betjener ti kommuner i Aust-Agder og Telemark med en samlet befolkning på rundt 90 000 (2011). Avstandene fra befolkningstygdepunktene i de ti kommunene til legevakten i Arendal varierer fra to til 131 kilometer.

Hovedendepunkter i studien var antall kontakter og legekonsultasjoner per 1000 innbyggere per år. I tillegg undersøkte vi assosiasjoner mellom reiseavstand og frekvens av andre kontakttyper, alders- og kjønnsammensetning og frekvens av ulike hastegrader i henhold til Norsk medisinsk indeks.

### **Kontakt- og konsultasjonsrater**

Resultatene viste eksponentiell reduksjon i bruk av legevakt med økende avstand. For hver km fra legevaktlokalet falt kontaktraten med 0,9 prosent. Innbyggere med en reisevei på 76 km kontakter legevakten halvparten så ofte som de som bor i umiddelbar nærhet av legevaktlokalet. Korrelasjonen mellom

økende avstand og redusert konsultasjonsrate er enda sterkere. Her faller raten med hele 1,6 prosent per km, eller en halvering etter 43 km (SE FIGUR 1).

Kompenserer legevaktlegene for den lave konsultasjonsraten ved å ringe oftere til pasientene? Bare til en viss grad. Økningen i frekvensen av telefonkonsultasjoner til personer som bor fem mil unna legevaktlokalet tilsvarte bare tre prosent av reduksjonen i legevakt-konsultasjonene. Våre tall tyder også på økt terskel for å dra hjem til pasientene. Femti km økt reisevei var assosiert med en firedels reduksjon i sykebesøksrate.

### **Demografiske og sosioøkonomiske faktorer**

Mange vil innvende at forskjeller mellom by og land i inntekt, utdanningsnivå, aldersammensetning og tilgang på helsetjenester er vel så relevante forklaringsvariabler som avstanden i seg selv. For å undersøke dette innhentet vi offentlig statistikk på legedekning, andel personer over 80 år i kommunene, bruttoinn-

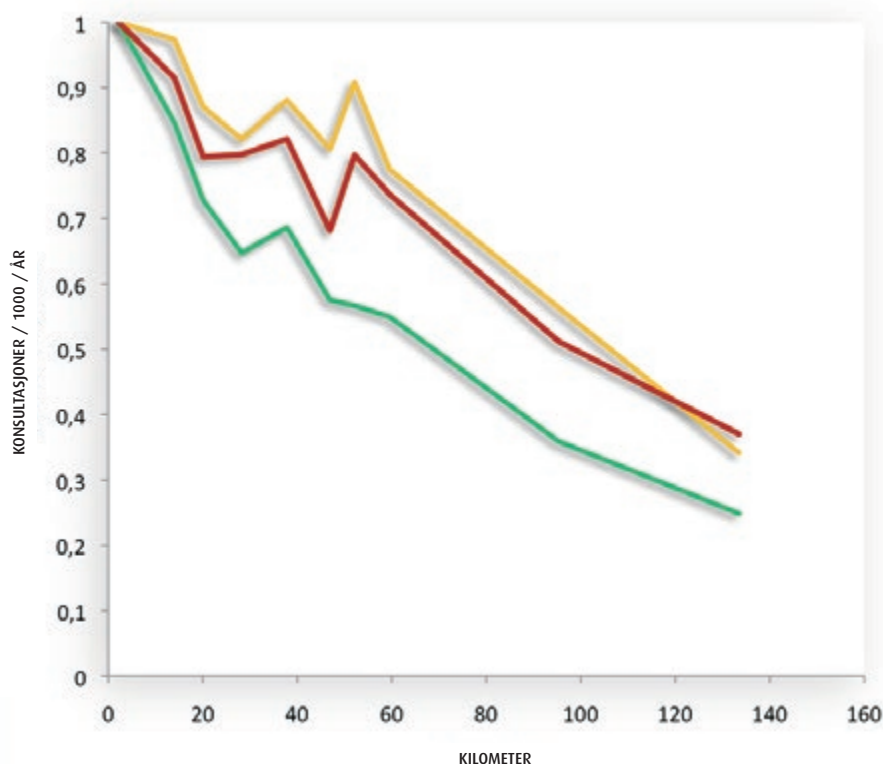
tekt, inntektsulikhet og andel personer med grunnskole som høyeste utdanning. Multipel regresjon viste at endringen i kontaktraten ikke kunne forklares med noen av disse faktorene. For legekonsultasjonsraten fant vi at avtakende legedekning og høyere andel med bare grunnskole bidrar, men effekten av dette var liten sammenlignet med avstand isolert sett.

### **Hastegrader og ambulansebruk**

Vi hører ofte at når innbyggere i ytterkanten av store legevaktstrikter først tar kontakt med legevakten, oppfattes behovet for å komme til legevakten som mer reelt enn hos legevaktbrukere som bor like ved. Det er derfor paradoksalt at våre tall viser at jo lenger reiseavstand, dess mindre andel av kontaktene resulterer i konsultasjon på legevakten.

For hastegradsvurderinger i henhold til Norsk medisinsk indeks, var som forventet fallet størst for antallet kontakter vurdert som grønn hastegrad. Mer overraskende er det at frekvensen av gule og røde henvendelser også





FIGUR 2: Relativ rekvens av rød, gul og grønn hastegrad etter avstand mellom befolkningstygndepunktet i de ti kommunene og Arendal legevakt (Arendal kommune = 1).

falt signifikant med økende avstand (FIGUR 2). Fem mil økt avstand var assosiert med 30 prosent færre gule og 22 prosent færre røde responser. Også ambulansbruken er skjevfordelt. Antall legeutrykninger per 1000 innbygger per år med ambulanse falt med 0,7 prosent per kilometer økt avstand fra legevaktlokalet.

## Fortolkning

Dette er en økologisk studie hvor en har analysert aggregerte data på kommunenivå. Med et slikt design skal en være forsiktig med å slå fast årsakssammenhenger. Både mangel på andre forklaringer og den sterke graden av korrelasjon tyder likevel på at det er reiseavstanden som forklarer mesteparten av variasjonen i bruken av legevakt.

Det er verd å merke seg at denne studien er utført ved én legevakt, og en kan stille spørsmål ved om resultatene fra studien er overførbare til andre legevakter. Foreløpige upubliserte data viser at sammenhengen mellom avstand og legevaktøkning ser ut til å være den samme også i andre kommuner.

Funnene i studien gir oss et redskap til å kunne forutsi hvor mye legevaktbruken vil endre seg ved sammenslåing eller oppsplitting av legevaktdistrikter, og kan gi basis for prognoser for hvor stor aktiviteten fra de en-

kelte deltakende kommunene vil bli. En kan dermed også anslå behov for bemanning. Tallene gir i seg selv ikke grunnlag for å vurdere hva som er optimal størrelse for et legevaktdistrikt, men kan gi en pekepinn til beslutningstakere om hva som er største akseptable reisevei til en legevaktstasjon.

En naturlig bekymring er forsvarligheten ved geografisk store legevaktdistrikter når en ser den lave bruken av legevakt i utkantene, særlig med tanke på at hyppigheten av gule og røde responser og bruk av ambulanse også avtar med avstand. Det er utfordrende å undersøke om økende avstand gir flere uønskede hendelser. Statistikk over varsler til Helse-tilsynet om legevakt i de undersøkte kommunene kan neppe brukes siden det dreier seg om svært få tilfeller. Det finnes heller ikke annen forskning eller nåværende myndighetskrav som antyder hva som bør være maksimal reiseavstand til legevakt.

## Rettferdighet

Studien vår viser en urettferdig fordeling av utnyttelsen av legevaktstjenestene. Funnene i studien vår kan forklares både med overforbruk av legevakt av befolkningen nær legevakten, og underforbruk i periferien. Andelen av kontaktene som resulterte i legekonsultasjon var fallende med økende avstand. Dette

kan tolkes som at de som bor nært legevakten gis lettere tilgang til tjenesten enn de som bor langt borte. Avstand bør være en faktor som tas hensyn til når kostnadene ved interkommunal legevakt skal fordeles. En bør unngå modeller hvor fjerntliggende kommuner betaler en uforholdsmessig stor del av overforbruket i de sentrale delene av et legevaktdistrikt.

## Hvordan redusere overforbruket sentralt

Nklm mener flere tiltak er nødvendige for å motvirke ulikhetene i tilgang på legevakt. Det viktigste vises fra produksjon til beredskap. For mange legevakters del betyr det at man ikke lenger skal fungere som et kveldsåpent legekontor. Mindre alvorlige tilstander må i større grad prioriteres bort fra legevakt og over til fastlegene. Tall fra Vakt-tårnprosjektet viser at tre av fire henvendelser til legevakten er klassifisert som grønn hastegrad, det vil si tilstander som kan vente. Ofte er dette pasienter som ville sett tilstanden an på egenhånd hadde de bodd lenger unna. En annen viktig gruppe er pasienter som finner det bekvemmelig å komme innom legevakten etter ordinær åpningstid på fastlegekontoret. I praksis er det sjelden at slike pasienter avvises.

Det er viktig å sikre at medarbeidere i legevakter og legevaktssentral får god opplæring i triagering og prioritering. Tiltak for å bedre kapasiteten i fastlegeordningen vil kunne redusere antall henvendelser som ikke hører hjemme på legevakt.

Ved de fleste legevakter er legenes lønn for det meste aktivitetsbasert. Flere pasienter betyr mer inntekt. Dette fører til at legene har insentiv til å «plukke lavhengende frukter», det vil si å utføre raske, ukompliserte konsultasjoner på tilstander som ikke hører hjemme på legevakt.

Nklm mener at fastlønn til legevaktssentrale vil bidra til at mulighetene for inntjening ikke lenger vil ha betydning for om en pasient tas inn til konsultasjon eller ei. Vi har grunn til å tro at medisinske vurderinger og beredskapstankegang hos legene vil bli enda sterkere dersom man går bort fra aktivitetsbasert lønn. En forutsetning er at lønnen blir så høy at det fremdeles vil være attraktivt for fastlegene å delta i legevakt.

## Hvordan sikre tilstrekkelig tilgang på legevakt i periferien

I store sentraliserte legevaktdistrikter vil det ta uforsvarlig lang tid før legevaktlegen kan være på plass ved tidskritiske hendelser, i alle fall dersom det bare er en lege på vakt.

Forslaget til nasjonal handlingsplan for legevakt inneholder flere tiltak for å bøte på



dette. Dersom befolkningsgrunnlaget er til stede og geografien tilsier det kan et legevakt-distrikt ha flere enn en legevaktstasjon. Handlingsplanen legger også opp til at det til enhver tid skal være minst to leger på vakt, noe som vil gjøre det lettere å få lege til å rykke ut over lengre avstander, samtidig som beredskapen sentralt ivaretas.

Ved lange reiseavstander bør det være bakvaktordninger som kan aktiveres ved livstruende hendelser (rød respons) og ved andre situasjoner hvor legevurdering ikke kan vente. Behovet for bakvaktordning og ekstra legevaktstasjoner vurderes ut fra en stadig oppdatert risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse), basert på sykdoms- og skadeforekomst, tilgang til og kompetanse ved legevaktordningen. Nærhet til sykehus, tilgang på helikoptertjenester, kvalitet og tilgang på ambulansetjenesten er andre viktige faktorer som må vurderes.

Som et utgangspunkt har Nklm anbefalt at dersom åtte til ti tusen innbyggere bor geografisk samlet i en reiseavstand på mer enn 40

minutter kjøretid fra legevaktstasjonen, bør en ha bakvaktordning. For fire til fem tusen innbyggere kan grensen kanskje utvides til 60 minutter.

## Konklusjon

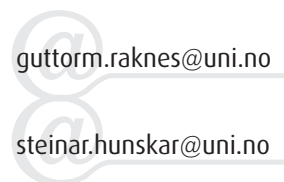
Våre funn tyder på at reisevei er en avgjørende faktor for hvor mye innbyggerne bruker legevakten. Ulikhetene i kontakt- og konsultasjonsrater kan ikke forklares med medisinske, demografiske eller sosioøkonomiske forhold, og kan bety at befolkningen perifert i store legevakt-distrikter reelt sett har dårligere tilgang til akuttmedisinske primærhelsetjenester. Det er viktig at den uunnværlige utviklingen mot større legevakt-distrikter ikke fører til at store befolkningsgrupper påføres et underforbruk av legevakten med de alvorlige konsekvensene det kan ha.

Bakvaktordninger eller flere vaktstasjoner i samme legevakt-distrikt kan bidra til forsvarlig tilgang på legevakt i utkantene, dersom lokal ROS-analyse avdekker et slikt behov.

Vi tror at en generell reorientering av legevaktordningen i retning beredskap mer enn produksjon vil bidra til å utjevne forskjeller i bruken mellom sentrum og periferi. Bedret prioritering i legevakt-sentralene og endringer i avlønningen av vaktlegene er blant tiltakene som er nødvendig for å oppnå dette.

## REFERANSER

1. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.
2. Raknes G, Hansen EH, Hunskaar S. Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. BMC Health Serv Res. 2013; 13 (1): 222.



Hva betyr størrelsen på legevakt-distriktene for forsvarligheten av legevakt-tjenesten? Det finnes lite forskningskunnskap om dette – og ingen myndighetskrav som antyder hva som bør være maksimal reiseavstand til legevakt, påpeker forfatterne.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX





# Overdiagnostikk og – det største problemet i moderne

■ GISLE ROKSUND

fastlege ved Klosterhagen legesenter,  
spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin

**Moderne medisin har gjort og gjør mye bra. Alvorlige sykdommer som tidligere var forbundet med mye plager og den sikre død, behandles i dag med god effekt. Men stadig flere mennesker får også et økende ubehag av uheldige sider ved utviklingen. Medikalisering, «disease mongering», overdiagnostikk og overbehandling er begreper som er mye brukt.**

Bekymrede stemmer kom allerede på 1970-tallet med I Illich (1), i 1990 med Petr Skrabanec (2), og blant annet i 2000 med vår egen kollega Elisabeth Swensen (3), som et resultat av mange års tankeprosess og diskusjoner i daværende Norsk Selskap for Allmenmedisin, NSAM (4) og denne foreningens «Risikoprojekt».

Utover 2000-tallet har antall artikler om medikalisering og overdiagnostikk nærmest eksplodert. Internasjonalt har *British Medical Journal (BMJ)* ledet an med en redaksjonell linje som har satt kritisk søkelys på utviklingen. BMJ har nå en kampanje gående: «Too

Much Medicine» (5). *Scandinavian Journal of Primary Health Care* har også hatt flere lederartikler om emnet. Også australieren Roy Moynihan (6) og amerikanere som Gilbert Welch (7) og Allen Frances (8) og en rekke andre fagfolk er på banen. Amerikanerne er endelig i gang med sin egen kampanje: «Choosing Wisely» (9). *JAMA* og *Annals of Internal Medicine* har også vist økende interesse for dette problemområdet.

Her nord har arbeidsgruppene Nordic Rick Group (10), AFE Trondheim (11) og NFA (12) levert verdifulle bidrag.

## «Preventing Overdiagnosis»

Den første internasjonale kongressen om emnet, Preventing Overdiagnosis, ble holdt i Dartmouth (13) utenfor Boston 10.–12. september i år. Over 300 interesserte fra 28 land deltok; her var radiologer, onkologer, pediatere, kardiologer, allmennleger, akademikere, klinikere, administratorer og redaktører. Konferansen var et samarbeid mellom Dartmouth Institute, BMJ, Bond University i Australia og Consumers Report i USA. Norden var godt representert med deltakere og bidragsyttere. Overdiagnostikk og overbehandling ble løftet frem så bredt som mulig på to og en halv dag. Konferansen var særdeles spennende, og vil etter planen bli fulgt opp med en ny konferanse i Oxford i oktober 2014.

Hva dreier så det hele seg om? Alle klinikere kjenner mer eller mindre på tendensen til overdiagnostikk og overbehandling når man er usikker. Hver dag rekvireres prøver og undersøkelser for å være «på den sikre siden». Jo mer usikker man føler seg, jo mer ønsker man å sikre seg. Mange føler en utrygghet for ikke å oppdage en alvorlig tilstand som kan ligge til grunn for pasientens symptomer. Alle kjenner til historier fra medieoppslag og rettsaker, selv om vi her på berget fortsatt er langt unna amerikanske tilstander.

## Tre hovedområder for overdiagnostikk

Problemet overdiagnostikk og overbehandling dreier seg om noe langt mer – og *systemisk*. Overdiagnostikk gjør seg først og fremst gjeldende innen tre hovedområder: risikotilstander og definisjon av kroniske lidelser, kreftdiagnostikk og andre konsekvenser av nytt og svært sensitivt medisinsk- teknisk utstyr, samt utvidelse av kriteriene for psykiatriske diagnoser.





# overbehandling

## vestlig medisin?

### **Risikotilstander og kroniske lidelser**

De siste tiårene har vi sett en betydelig reduksjon av mål og intervensjonskriterier for både risikotilstander og kroniske lidelser. Kriteriene er redusert for hva som betraktes som høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå, diabetes, astma, hjerteinfarkt, hjertesvikt, osteoporose, kronisk nyresykdom og annet. For alle disse tilstandene er anbefalte intervensjonsgrenser og behandlingsmål redusert i et slikt omfang, at svært få, om noen i det hele tatt, vil unngå behov for individuell medisinsk oppfølging om man skal følge anbefalte retningslinjer bokstavelig. Det er skrevet rikelig med artikler om dette i tidsskriftene som er nevnt ovenfor, og BMJ har nå som ledd i sin «Too Much Medicine»-kampanje stadig nye numre hvor det fokuseres systematisk på dette. Grensene mellom risikotilstander og sykdommer, og mellom forebygging og behandling, er blitt ganske så uklare (14).

Hvorfor er f.eks. type 2-diabetes definert som en kronisk sykdom og ikke en risikotilstand? Diagnosen stilles kun på grunnlag av laboratorieverdier, og vanligvis ingen symptomer. Etter min oppfatning er de såkalte komplikasjonene som hjerte-kar-sykdom og nefropati de virkelige sykdommene. Men så skal man selvsagt ikke undervurdere den reelle faren for fremtidig sykdom, og derfor behov for forebyggende tiltak.

### **Kreft og insidentalomer**

Økende bruk av stadig mer raffinert teknologi og mer sensitive, men uspesifikke tester, har blant annet ført til at en rekke «kreftformer» øker betydelig i omfang uten tilsvarende endring i dødelighet. Det gjelder f.eks. kreft i prostata, bryst, nyre, thyroidea samt melanomer. Det eksisterer ingen sikre tall på dette, men i Dartmouth var det en utbredt oppfatning at det aller meste av økningen i insidens av disse kreftformene sannsynligvis skyldes overdiagnostikk. Man finner ved screening og som tilfeldige funn, såkalte



CT/PET-skanneren er et ikon på moderne medisinsk diagnostikk – men økende bruk av stadig mer raffinert teknologi fører til at en rekke «kreftformer» øker betydelig i omfang uten tilsvarende endring i dødelighet. ILLUSTRASJONSFOTO: JOHANY LÓPEZ (SXC)





Rammene for hva som er normalt, er så trange at et hvilket som helst barn kan risikere å bli definert som avviker, skriver forfatteren. ILLUSTRASJONSFOTO: MICHAEL ZIMMERMANN (SXC)

insidentalomer; små svulster som i mikroskopet betraktes som kreftsvulster, men som ikke er programmert for videre vekst, og som derfor aldri ville gitt verken plager, sykdom eller død om de hadde forblitt uoppdagede. Eivind Meland har treffende kalt dette for «pseudo-kreft» (15). Problemet er selvfølgelig at ingen på diagnosetidspunkt kan si hvilke svulster som vil føre til sykdom, og hvilke som ikke vil det. Legene har lim på fingrene når funnet først er gjort. Gilbert Welch har beskrevet dette i boka *Overdiagnosed*.

Tilsvarende skriver BMJ (16) i juli i år at moderne CT-lungeangiografi er så sensitiv at man finner mange bittesmå lungeembolier som aldri vil få klinisk betydning, og at dette fører til overdiagnostikk og overbehandling av lungeembolier.

### Psykiatriske diagnoser

Innen psykiatrien har vi sett en svær økning i antall diagnoser de senere årene. I forbindelse med den siste revisjonen av den amerikanske

diagnosemalen for psykiatriske lidelser, DSM-5, er kriteriene for diagnoser innen bipolarspekteret, ADHD, samt autismspekteret ytterligere redusert. I USA har nå hver femte high school-gutt mellom 14 og 18 år diagnosen ADHD, og halvparten av dem bruker sentralstimulerende midler for å bedre konsentrasjonsevnen (17). Allen Frances ledet arbeidet med DSM-IV, og har sett hvor galt dette bærer av sted. Han har nå vært, og er fortsatt, den skarpeste kritiker av DSM-5, og sier at DSM-5 vil føre til en rekke nye, falske epidemier innen autismspekteret, bipolarspekteret, og ADHD-lidelser fordi terskelen for å stille diagnosene er redusert. Millioner av mennesker tilfredsstillt – nærmest over natta – de nye kriteriene for sykdomsdiagnoser uten at de er blitt «sykere».

### Også utenfor helsetjenesten

Fenomenet sprer seg også utenfor selve helsetjenesten. Det samles i dag inn enorme mengder personopplysninger om små barn. Hen-

sikten er å identifisere avvik fra det normale og forebygge antisosial adferd i fremtiden. Skjemaene som brukes forteller at en normal treåring kan sitte i ro på plassen sin, leke uten å avbryte andre, kle på seg selv og dekke på bordet. Hun eller han skal være selvstendig, renslig og enkel å ha med å gjøre. Barn skal kunne dele med andre, rydde på plass leker, følge instruksjoner, kle på seg i riktig rekkefølge og ha et bevisst forhold til faste rutiner. De skal kunne konsentrere seg om en aktivitet, men ikke bli så opptatt av noe at de ikke «takler overganger» og villig rydder opp etter seg når de har lekt (18).

Det samme mønsteret går igjen: Man leter etter et «normalt barn», men rammene for hva som er normalt, er så trange at et hvilket som helst barn risikerer å bli definert som avviker. Det er lett å få merkelappen «mestrer ikke».

På skolen har stadig flere behov for spesialtiltak. Selv om lovteksten ikke krever en psykiatrisk diagnose, er allmennlegenes erfaring klar: vi opplever et økende krav om henvisning av barn med oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker til BUP for å vurdere diagnosen ADHD.

### Medikaliseringseffekt

Summen av alt dette skaper en betydelig medikaliseringseffekt, hvor livets eksistensielle problemer og biologiske variasjoner forstås, beskrives og behandles med medisinske termer og virkemidler. Kreftene bak dette er mange, men det er også viktig å understreke at veldig mye skyldes en genuin interesse for å bedre helsetjenesten og folks helse.

### Intellektuelle interessekonflikter

Fagfolk og eksperter har ofte intellektuelle interessekonflikter ved det at de har tendens til å verne om egne akademiske byggverk. Allen Frances har treffende uttalt at de har en tendens til å overvurdere egne spesialområder og ønsker å utvide sitt ansvarsområde, inntil det punkt at hverdagsproblemer defineres som psykiatriske sykdommer. Dette har store implikasjoner både når det gjelder diagnostisk arbeid, og utarbeidelse av kliniske retningslinjer og guidelines innen så vel somatikk som psykiatri.

### Tro på tidligdiagnostikk

Blant publikum og en rekke fagfolk foreligger det ofte en grunnleggende tro på tidligdiagnostikk og screeningundersøkelser. Tanken om «jo tidligere, jo bedre», er besnærende og intuitiv. Men tidligdiagnostikk er ubønhørlig forbundet med økt falsk positivitet.



### Industri og markedskrefter

Medisinsk-teknisk utstyrsindustri utvikler hele tiden mer finurlig apparatur med økt sensitivitet og med den konsekvens at stadig mindre uregelmessigheter i menneskekroppen avdekkes. Hva som er naturlige variasjoner blir etter hvert vanskeligere å vurdere.

Legemiddelindustrien har åpenbar interesse av å utvide sine markeder. Bransjen har dessverre etter hvert et frynsete rykte, da det er avdekket utstrakt bias og juks. Ben Goldacre (19) har beskrevet hvordan bransjen systematisk unnlater å offentliggjøre studier med negativt resultat sett fra sponsors side, og hvordan det fortsatt ikke er innsyn for utenforstående i datagrunnlaget bak undersøkelsene. Dette har svære implikasjoner for metaanalyser, og truer etter manges oppfatning hele den evidensbaserte medisinen, og i stedet utvikler en såkalt «Evidenc Biased Medicine». Peter Gøtzsche har nylig gitt ut en bok om samme emne (20).

### Media og myndigheter

Media, særlig den tabloide presse, tjener store penger på oppslag om all verdens skumle og skjulte sykdommer og hvordan man til stadighet bør sjekke seg for å holde seg frisk. Man skal vitterlig være sterk og robust for å kunne lese Dagbladet regelmessig.

Myndighetene gjør også sitt: NAV krever sykdom, skade eller lyte som inngangsbillett til sykepenger, attføringspenger og uførepensjon. Dette fører til at stadig mer livsproblemer ikles medisinske termer. Helsetilsynet fører tilsyn der enkeltleger ikke fant eller oppdaget en alvorlig tilstand. De fører tilsyn der man har gjort for lite, og ikke for mye. Skolene krever medisinsk dokumentasjon for å gi elever ekstra undervisning.

Frykt for medieoppslag, tilsyn og rettssaker fører til at klinikere tenderer til «for-sikkerhets-skyld-medisin». Man sikrer seg forståelig nok for å unngå ubehageligheter.

### DRG

Finansieringsordninger i sykehusene øker gjennom DRG-systemet presset på å stille mange diagnoser ved at sykehusenes inntekter øker jo flere diagnoser som stilles. Dette er et internasjonalt problem.

### Pasientforeninger

Endelig erfarer vi at pasientforeninger – i tillegg til det fornuftige de gjør – dessverre har tendens til å verne om «sin sykdom» med ønsker om å lage store og sterke organisasjoner med stort medlemstall. Det er også bekymringsfullt at legemiddelindustrien, i fravær av

muligheter til å kontakte leger som tidligere, søker samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner.

Samlet kan dette sannelig virke som en kamp mot vindmøller. Men kostnadene er enorme både når det gjelder penger og livskvalitet. Dersom f.eks. resultatet av en del screeningundersøkelser ikke fører til redusert dødelighet, men i stedet forlenget tid med sykdomsdiagnose og behandling, er skadene større enn nytten.

### Aktuelle tiltak

For å bøte på dette, må det arbeides på mange fronter samtidig.

- ✓ Vi som er helsepersonell må feie for egen dør. Det er å håpe at konferansen som nylig ble arrangert i Dartmouth, sammen med ledende internasjonale fagtidsskrift, kan føre til en kulturendring i retning av å bli langt mer oppmerksom på de farer som den moderne vestlige medisin har i seg i form av overdiagnostikk og overbehandling. Det er dessverre slik at potensielle skadevirkninger ved f.eks. screeningprogrammer, er langt mindre og dårligere undersøkt og beskrevet, enn potensiell gevinst. Det må kreves at «harms» undersøkes like nøye som «benefits». For en frisk person kan screeningundersøkelser alltid føre til skade. En eventuell netto gevinst er gevinst minus skade.
- ✓ Laboratorieprøver og billediagnostikk må bare rekvireres på medisinsk indikasjon og ikke som ledd i en for-sikkerhets-skyld-medisin.
- ✓ Retorikken ved en rekke tilstander som carcinoma in situ, prekankrose tilstander, kreft stadium null osv. må endres. Ordet «kreft» korrupperer tankene og fører til at følelser får overtak over rasjonell tenkning.
- ✓ Myndighetene må i en helt annen grad enn de har gjort til nå, interessere seg for problemet. NAV og skoleverk må lage andre inngangskriterier for velferdsgodene enn sykdomsdiagnoser. Tilsynsmyndighetene må også interessere seg for overdiagnostikk. I den forbindelse er det løfterikt at Helsedirektoratet nå i august på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har laget rapporten «overdiagnostikk og overbehandling» (21). Det er en start.
- ✓ Det må stilles krav til legemiddelindustrien om at de åpner sine databaser for uavhengig forskning. Bare slik kan vi unngå bias som grunnlag for kunnskapsbasert medisin.
- ✓ Endelig bør finansieringsformer som stimulerer til overdiagnostikk og overbehandling, slik som DRG systemet på sykehusene, endres.

### Naivt om tidligdiagnostikk

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen, har et viktig utgangspunkt vært at helsetjenesten skal bidra til en «vens-treforskjvning på tidsaksen», dvs. at sykdommer og tilstander skal diagnostiseres og behandles tidligere. Tidligere helseminister Bjarne-Håkon Hanssen reiste for få år siden land og strand rundt og prediket at dette ville føre til at folk ikke ville bli så syke, og dermed føre til et billigere helsevesen.

Du verden, så feil han tok. Tidligere diagnostikk og behandling av fenomener og tilstander som ennå ikke har gitt symptomer, er ubønhørlig forbundet med fare for overdiagnostikk, overbehandling og et dyrere helsevesen.

Den inflasjon i sykdomsbegrep og unødvendig bruk av helsetjenestens begrensede ressurser som vi ser i dag, går utover de som virkelig er syke.

### REFERANSER

1. Ivan Illich; Medisinsk Nemesis, Gyldendal Norsk forlag 1975.
2. Petr Skrabanek: Why is preventive medicine exempted from ethical constraints?
3. Elisabeth Swensen (red): Diagnose: Risiko, Universitetsforlaget 2000.
4. Norsk selskap for allmenmedisin: Forløperen til NFA, Norsk forening for allmenmedisin.
5. www.bmj.com/too-much-medicine
6. Ray Moynihan: Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All Into Patients, 2006.
7. Gilbert Welch: Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health. Beacon press 2011.
8. Allen Frances: Saving Normal, An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life, 2013.
9. <http://choosingwisely.org>
10. <http://www.nordicriskgroup.com/>
11. Allmenmedisinsk Forskningsenhet i Trondheim.
12. NFAs policydokument for forebyggende helsearbeid, <http://legeföreningen.no/Fagmed/Norskforening-for-allmenmedisin/Styret/Sentrale-fagpolitiske-dokumenter/forebyggende-helsearbeid-policydokument-fra-nfa/>
13. [www.preventingoverdiagnosis.net](http://www.preventingoverdiagnosis.net)
14. <http://jech.bmj.com/content/62/7/580.full>
15. Eivind Meland, <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/-behandler-pseudo-kreft/>
16. BMJ 6 july 2013, volume 347, p 18–21.
17. New York Times: [http://www.nytimes.com/2013/04/01/health/more-diagnoses-of-hyperactivity-causing-concern.html?pagewanted=all&\\_r=1&\\_r=1&\\_r=1](http://www.nytimes.com/2013/04/01/health/more-diagnoses-of-hyperactivity-causing-concern.html?pagewanted=all&_r=1&_r=1&_r=1)
18. Pettersvold og Østrem, Morgenbladet april 2012
19. Ben Goldacre: Bad Pharma, Hoe drug companies mislead doctors and harm patients, 2012.
20. Peter Gøtzsche: Deadly medicine and organised crime, Radcliffe Medical Press 2013.
21. [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2013/overdiagnostikk-og-overbehandling.html?id=734412](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2013/overdiagnostikk-og-overbehandling.html?id=734412)





# De skadelige helsetjenestene

■ EIVIND MELAND

professor ved Inst. for global helse og samfunnsmedisin, Univ. i Bergen og fastlege ved Olsvik legesenter

## En betydelig del av helsetjenestene våre er unødvendige, helseskadelige og styres av alt annet enn reelle behov.

Dagen etter stortingsvalget var en milepæl innen medisinen, da den første internasjonale konferanse med overdiagnostikk som tema startet i Dartmouth i New Hampshire i USA.

Konferansens tittel er tankevekkende: hvordan redusere skadene av for mye helsetjeneste? Det er et tema som ikke har vært fremtredende i valgkampen, men i forskningsmiljøene har det vært en økende oppmerksomhet om dette i de siste ti år. Også Norge var representert ved konferansen.

## Store forskjeller

Det er ingen tilfeldighet at konferansen ble holdt i Dartmouth. Forskningsmiljøet knyttet til deres Institutt for helsepolitikk og klinisk praksis har lenge vært ledende innen forskning på medisinsk ubegrunnede variasjoner innen helsetjenester, med forskeren John Wennberg som den mest fremtredende personen. Hans bok «På sporet av medisinen» burde vært obligatorisk lesning for enhver politiker og helsebyråkrat med innflytelse.

Utgangspunktet for Wennbergs forskning var funn innen amerikansk helsetjeneste som avslørte formidable variasjoner i forbruk av helsetjenester. Disse forskjellene kunne ikke forklares med ulik sykkelighet, ulik alderssammensetning eller ulike kvalifikasjoner hos

helsepersonell. Kirurgiske inngrep, bruk av diagnostiske metoder, medisinsk behandling til akutte tjenester og medisinsk behandling ved livets slutt varierte med 200 til 300 prosent, uten at det hadde noen som helst innflytelse på helsen.

Hvis det var noen sammenheng, viste forskningen at det helst var en omvendt sammenheng med økt sykkelighet, dødelighet og misnøye med helsetjenestene. Forklaringene som analyseres er verdt å få med seg:

## Medisinsk overtro

For det første mener Wennberg at forskjeller i helsetjenesteforbruk kan forklares av kulturelt bestemte popularitetsbølger, en slags



FOTO: TOM SUNDAR



overtro som oppstår og lever i medisinske miljøer. Den store bølgen av fjerning av mandler for 20–30 år siden og snorkeoperasjoner for ti år siden er typiske eksempler på slike tjenester med svak eller fraværende medisinsk nytte.

Skulderoperasjoner er et annet aktuelt eksempel fra norsk helsetjeneste i dag. Det er sannsynlig at to av tre slike inngrep i Norge er unødvendige og ville kunne vært behandlet med like godt eller bedre resultat med andre metoder.

### Pasienter bak lyset

For det andre gir Wennberg oss eksempler på preferanse- eller valgavhengige helsetjenester der pasienter føres bak lyset, ved ikke å informeres tilstrekkelig eller tas med i problematiske valg om egen helse.

Et typisk eksempel er testing av PSA (prostata spesifikt antigen). Det er ingen selvfølge at funn av kreft i prostata skal berettiggjøre kirurgi- eller strålebehandling. Derimot må pasienten vurdere ulemper og fordeler opp mot hverandre, og være en deltakende partner sammen med legen.

Dette krever en ny og pedagogisk kultur i helsevesenet, som avviker fra tradisjonell oppfatning i helsetjenesten og i helselovgivningen. Det er ikke nok med informert samtykke, og pasientene må anerkjennes som ansvarlige aktører, siden helsetjenesten ikke med troverdighet kan fortelle den enkelte hva som er best.

### Må tøyle legene

For det tredje påviser Wennberg at store ressurser i helsevesenet ødsles til ingen nytte til tilbudstyrete helsetjenester. I den norske valgkampen fikk vi inntrykk av at det bør være en målsetting å få bukt med ventelister og legge behandlinger ut på det private marked for å kunne tilby medisinsk berettiget behandling raskt og effektivt.

Wennberg forteller at en slik tro på legers kompetanse til sikkert å kunne fastslå hva som er medisinsk berettiget beror på politisk overtro. Forskningen viser at leger fyller alle helsetilbud som finnes på markedet helt uavhengig av medisinsk berettigelse.

Dette er selvsagt et provoserende utsagn fordi vi selvfølgelig må gå ut fra at medisinen er en vitenskapsbasert virksomhet der det stilles krav til indikasjoner for utredning og behandling. Det er bare sant til en viss grad. Wennberg mener at en betydelig variasjon i slik virksomhet smyger seg under «radaren» som skal oppdage medisinsk feilbruk av ressurser. Hans forskning på universitetssykehus i USA bekrefter dette. Variasjonene mellom ulike akademiske sentre er like stor og like uberettiget som den variasjon som finnes i samfunnet ellers.



Vi trenger politikere med mot til å omprioritere budsjettressurser fra helsetjeneste til andre sektorer og til mer fornuftig bruk enn til unødvendige tjenester, skriver Eivind Meland i kronikken.

### Teknologisk hjelp

Wennberg er ingen kynisk dommedagsprofet. Han har forslag til løsninger på de utfordringer som helsetjenesten står overfor. Han mener at helsetjenesten må organiseres på en helhetlig måte fra hjemmesykepleie, primærlegetjeneste, sykehjem, spesialisthelsetjeneste og til sykehustjenesten.

Han mener at primærlegene må få en koordinerende rolle fordi han har tro på at de pedagogiske utfordringer som helsetjenesten har, best kan ivaretas av en personlig lege med kjennskap og evne til å ansvarliggjøre pasienten. Kanskje han har for stor tro på at pasientene får egne «medisinske hjem»? Men han har ikke blind overtro på primærlegene heller.

Wennberg skisserer hvordan datastøtte og moderne informasjonsteknologi har utviklet programvare for en rekke helseproblemer som kan hjelpe pasienter til å ta valg der pasientens egne verdier er en del av beslutningsgrunnlaget.

### Alfabetiseringskampanje

Han mener «ansvarlige organisasjoner» må gis budsjettansvar, og de må få beholde deler av det regnskapsoverskuddet de genererer slik at de kan investere i tjenester som er underprioritert og som bør utvikles. Politiske myndigheter må være villige til å begrense ressurstilgang og utdanningskapasitet innen

helsetjenesten slik at vi kan få en helsetjeneste som skaper mest mulig optimal helse.

I norsk politisk ordskifte får en inntrykk av at helse og helsetjeneste er det samme, og at mer helsetjeneste er eneste løsning på helseproblemer. Det er det ikke. God helse skapes av kloke valg i utdanningssektoren, i barne- og familierpolitikk og i sysselsettingspolitikken, og avhenger også av at politikere kan formidle realistiske forventninger til helse- og velferdstjenestene. Derfor trenger vi politikere med mot til å omprioritere budsjettressurser fra helsetjeneste til andre sektorer og til mer fornuftig bruk enn til unødvendige tjenester.

Problemet med norsk helse- og velferdspolitik er at alle partier er grunnleggende enig om helse- og velferdstjenestenes velsignelser. Det er på høy tid med en grunnleggende alfabetiseringskampanje i hele vår politiske og allmenne kultur slik at vi blir i stand til å akseptere og forsone oss med tanken på at en ikke ubetydelig del av helsetjenestene våre er unødvendige og helseskadelige.

Konferansen i Dartmouth var et viktig bidrag og et viktig signal i denne alfabetiseringskampanjen.

RED. ANM.:

Kronikken av Eivind Meland har vært publisert i Bergens Tidende (BT) 4.9.2013

Eivind.Meland@ifs.uib.no



# Murer og broer

■ OLAV GUNNAR BALLO

fastlege, Nordlys legesenter, Alta / forfatter av boken *Kaja 1988–2008* (om sorg og savn, og veien videre)

I min barndom leste jeg boken «Selvsagt er De syk!» Forfatteren gir pasienten gode råd om hvordan man kan oppnå gjennomslag i helsevesenet. Når legen beskriver symptomene som ettervirkninger av influensa, gir teksten pasienten forslag til argumenter som ikke så lett kan avfeies, og som åpner døren inn til en luftencefalografi av hodet og radioaktiv isotopscintigrafi av skjoldbruskkjertelen.

Hvis man vil, finnes det ingen grenser for hvor syk man kan bli, fordi all kartleggingen og diagnostiseringen gir brukeren tilstander som sikrer individet den evige pasientrollen. Den som ønsker en slik rolle har altså her en manual til en enveisbillett inn i sykevesenet.

«Selvsagt er De syk!» var ingen seriøs fagbok for pasienter som ikke ble tatt på alvor, men en sorgmunter komedie fra virkeligheten om hvordan brukeren av helsevesenet kan agere syk for å oppnå goder.

Opp gjennom årene, i min egen praksis, har jeg en del ganger tenkt om noen pasienter at de ikke ønsker å få det bedre, men i stedet tviholder på tilstanden de befinner seg i, uten noen egenvilje til å velge et annet spor enn det blindsporet som gjorde dem syke.

Mens slike kjetterske tanker har slått ned i hodet mitt, har jeg imøtekommet pasientens ønske, gitt personen den sykmeldingen han eller hun har ønsket, og henvist til spesialistundersøkelsen pasienten mener kan bekrefte den alvorlige sykdommen han tror at han har. Når det alvorlige er avkrefte gir dette den (innbilt?) syke ingen ro, for så får man lete et annet sted i kroppen etter svaret.

Nesten hver gang slike situasjoner har oppstått har jeg tenkt at jeg burde gjort noe annet. Og nesten hver gang har jeg gitt etter. Min oppdragelse, min feighet, min hang til å gjøre kunden fornøyd, har hindret meg i det.

For jeg burde gjort noe annet. Det er jo ikke slik at flygelederen spør flyets besetning hvilken rullebane flyet bør ta av fra. Og kapteinen blir klokkelig sittende i førersetet, i stedet for å stille seg i flyets midtgang og spørre passasjerene om retningen for å nå bestemmelsesstedet.

Men i helsevesenet ser det ut til å ha utviklet seg en holdning om at pasienten selv må få velge hva behandleren skal gjøre. Støtter ikke behandleren dette, velger pasienten seg gjerne en ny behandler. Den verste av alle anklager man i dagens brukerrettede helsevesen kan komme med overfor en pasient, er ikke at personen er syk, men at han eller hun ikke er det. Det blir som i Ibsens *Vildanden*: Tar du sykdommen fra et gjennomsnittsmenneske tar du livslykken fra det med det samme.

Slik går det til at vi går til legen og sykmelder oss, og ber legen skrive under på den stiplede linjen. Deretter går vi til NAV og hever sjekken.

Vi bærer alle ansvaret for våre egne liv, og står overfor reelle valg for hvordan våre liv skal leves.

Den nederlandske filosofen Benedictus Spinoza (1632–1677) hadde sin egen innfallsvinkel til menneskets problemer og bekymringer. I følge ham burde vi mennesker se våre bekymringer under evighetens synsvinkel «sub specie aeternitatis», som en del av et større hele. Og da blir våre problemer og bekymringer å anse som ubetydelige, og dermed lettere å leve med.

Spinozas tanker er vel verdt å lytte til, også over 300 år etter hans død. Han hevder at det er ikke det som skjer med oss, men hva vi gjør ut av det, som avgjør våre skjebner.

Det finnes andre måter å si dette på. Bjørn Eidsvåg synger i *Eg ser*:

Eg ser at du e trøtt  
men eg kan ikkje gå  
alle skrittå for deg  
Du må gå de sjøl  
men eg vil gå de med deg

Dette er et positivt budskap om å ta tilbake ansvaret for våre egne liv. I det daglige må vi bære smerten på våre egne skuldre. Men styrken til å klare det finnes det råd for.

Den beste hjelpen jeg selv har fått når jeg har hatt det vanskelig, har kommet fra mennesker som ikke arbeidet i helsevesenet, men som turde å utfordre meg med utsagn som ikke var rene selvfølgeligheter.



I denne artikkelen skriver Olav Gunnar Ballo blant annet om sin personlige sorg over sin datters død, som er beskrevet i boken «Kaja 1988–2008» som ble utgitt i begynnelsen av 2010.



I min datters begravelse sa presten: «Livet er ikke rettferdig eller urettferdig. Livet bare er.»

Det var et fantastisk utsagn som åpnet øynene for meg.

Slik er det selvfølgelig! Det finnes ingen som fører regnskap over våre liv, i den hensikt å se til at hvis det har skjedd oss noe godt, så vil det følge noe vondt etterpå. Og en tragedie kan godt bli etterfulgt av en ny. Det hjelper oss lite å bli bitre over at livet er slik, for bitterheten rammer bare oss selv, som en gift som helles i vårt eget beger.

Veien videre er altså min egen, uavhengig av alt som har skjedd.

Men slik klarer man ikke å tenke hele tiden, når sorgen banker på. Noen uker etter min datters død, mens jeg fortsatt var medlem av landets nasjonalforsamling, stanset en av Stortingets sjåfører meg i katakombene under det arverdige bygget. Han så at jeg slet.

Selv om din datters liv er slutt, må ikke du slutte å leve, Olav Gunnar,» sa han til meg,



## MURER OG BROER

i det han passerte. Da jeg snudde meg var han borte, men jeg var rettere i ryggen i det han forsvant.

Kanskje tenker noen at det er ufint av helsepersonell å peke på pasientene, og be dem ta tak i sine egne liv. Nettopp derfor er helsepersonell svært forsiktige med å peke på pasientene. I stedet henviser vi til en ny spesialistutredning, uten særlige utsikter til fornyet innsikt.

Hjelpen til selvhjelp kan likevel ligge i å peke på pasienten, på den som sitter med problemet, og påpeke det selvsagte som knapt noen tør si, i vårt brukerorienterte, kundenhar-alltid-rett-pregede behandlingsapparat: Hvis du ikke selv er med å ta tak i dette, finnes det sannsynligvis heller ingen andre som kan gjøre noe med det.

Hvis et slikt budskap oppfattes som ufint handler det mer om hvordan budskapet formidles enn selve innholdet. Vil du gjøre noe med livet ditt, eller vil du la det være? Valget er ditt!

Det er tankevekkende at Hermann Maier, som nesten fikk revet av seg det ene beinet i

en motorsykkelulykke, klarte å trene seg opp til å vinne verdenscuprenn i alpint etter ulykken, på tross av at legene som tok i mot ham på sykehuset, anbefalte ham å få beinet amputert.

Hermann Maiers krav til helsevesenet var ikke å få velge på øverste hylle i helsevesenets selvbetjeningsbutikk, men å få legene til å forstå at han hadde evne til å gjøre noe selv. Og han hadde rett.

Den som ser livet som et skjebnebestemt produkt av forutgående tragedier, vil snart skrus ned i malstrømmen av små og store hendelser livet alltid har å by på. «Det er aldri for sent å gi opp,» sa en pasient med et smil til meg. Hennes lykke var at hun hadde bestemt seg for å vente med å gjøre nettopp det.

Hun så på hendelsene som hindringer det gjaldt å komme over, ikke uten frustrasjon eller rådvillighet, ikke uten sorg eller fortvilelse underveis, men likevel med en fortsatt tro på at hindringene lot seg overvinne. Hun kalte seg optimist, fordi det var den letteste måten å komme videre på. Selv om hun var åpen for at det var pessimisten som fikk rett til slutt,

trodde hun at hun var den av de to som hadde det best underveis.

Den som leter etter veier forbi hindringene vil oppdage, slik Hermann Maier gjorde det, at selv noen av de verste hindringene kan la seg rydde av veien, hvis man er villig til å lete.

Å prøve å komme over eller rundt hindringene vi møter gjør ikke alle til vinnere av verdenscuprenn i alpint. Men det kan gjøre at flere av oss får mer orden på våre liv.

John Lennon beskriver i albumet *Walls and Bridges* både begrensinger og muligheter i sitt eget liv, på et tidspunkt da livet hans var ganske kaotisk. Albumtittelen gjør murer til hindringer og broer til muligheter. Det synes jeg er et godt bilde. Slik har menneskeheten kommet videre: Murer rives og broer bygges, og nye landskap åpner seg foran oss. Også murer i våre egne liv bør rives, og der vi støter på nye hindre, bør vi bygge en bro.

ogballo@gmail.com



John Lennon beskriver i albumet *Walls and Bridges* både begrensinger og muligheter i sitt eget liv, på et tidspunkt da livet hans var ganske kaotisk. Albumtittelen gjør murer til hindringer og broer til muligheter. ILLUSTRASJON: COLOURBOX

# En sørgelig historie

■ PERNILLE NYLEHN spesialist i allmenntilleggsmedisin. Rehabilitering Vest, Haugesund

Jeg skal fortelle en historie om en doktor som ikke er doktor, om en speilvendt teori, og om en mirakelmedisin man kan bleke oppvaskkluter i. Historien er lagt til California, men ikke til Hollywood – for den ender dessverre ikke godt.

Visste du at all sykdom skyldes at man har for lav pH i kroppen? Ikke det, nei. Du som leser dette er vel lege, og opplært i en biologi som er håpløst gammeldags. Samtidig er den også for moderne, men dette kommer jeg tilbake til etter hvert. Vi er altså for sure – spesielt folk i Vesten. Maten vi spiser, miljøgifter og tilsetningsstoffer, stråling, medisiner, vaksiner – alt bidrar til at vi blir forsuret. Og ikke bare det, alle prosesser i kroppen, til og med tankene våre, fører til forsuring.

Og når jeg sier all sykdom, mener jeg all sykdom. Infeksjoner, diabetes, hjerte-karsykdom, kreft, overvekt, undervekt, allergier, AIDS, skallethet ... lista er uendelig.

Det er klassisk retorikk blant en del alternativmedisinere: verden er egentlig veldig enkel, for all sykdom og alle avvik skyldes én faktor, og det er lett å endre denne faktoren.

Det er en bonus om forklaringen inneholder en del vitenskapelige eller vitenskapslignende ord, som pH, ioner og kvanter, og at løsningen handler om å gå tilbake til naturen og den naturlige balansen. Alle vet jo at pH-balansen i kroppen er svært viktig, derfor er det logisk at denne forsuringen fører til sykdom, ikke sant?

Jeg skal gi et par eksempler slik at dere forstår systemet:

**Kreft** skyldes ikke syke celler, det skyldes at det sure miljøet i kroppen forgifter cellene. Kroppen vil så prøve å beskytte de forgiftede cellene ved at friske celler klumper seg rundt dem, så blir de også forgiftet, og så har vi det gående. Hvis man gir cellegift eller stråling vil det føre til enda mer forsuring, og forverre, ikke kurere, sykdommen.

**Infeksjoner:** Bakterieteorien stammer fra Pasteur, og har dessverre blitt den rådende. Men den stemmer ikke! Det vi kaller infeksjoner skyldes ikke mikroorganismer, men forsuring av kroppen. Når kroppens pH synker, vil

kroppens egne celler, spesielt de røde blodcellene, *omdannes til sopp og bakterier*. Det vi tror er en infeksjon er altså et symptom på forsuring, ikke en sykdom i seg selv. Hvis man gjenoppretter pH-balansen, vil bakteriene omformes, og bli normale celler igjen.

Igjen, enkle forklaringer på kompliserte og alvorlige sykdommer. Og potensielt enkle løsninger: det er bare å regulere pH, så blir alt bra. Befriende enkelt og forståelig, i motsetning til de kompliserte og ofte forbeholdne forklaringene helsevesenet byr på.

Dette fenomenet, kalt pleomorfi, ble oppdaget av Antoine Béchamp, en samtidig av Pasteur. Pleomorfi betyr at celler kan transformeres til helt andre celler og tilbake igjen. Tragisk nok var det Pasteurs teori som vant fram, støttet av legemiddelindustrien og det medisinske etablissementet, som så en mulighet for å tjene penger på antibiotika og andre medisiner. Hadde Béchamp vunnet fram, slik han burde, ville synet på helse og medisin vært totalt annerledes, og vi ville ikke hatt alle de kroniske sykdommene som rir dagens mennesker.

Det er også klassisk retorikk: man bruker en fordums autoritet og tillegger ham meninger som passer med det bildet man ønsker å skape. Det er en fordel at han angivelig er blitt misforstått og holdt nede av det arrogante medisinske etablissementet, akkurat som Semmelweis. Det er også en fordel om vedkommende er død, så han ikke kan protestere.

Vi har altså slått fast at problemet er forsuring, eller for lav pH i kroppen. Løsningen på problemet er selvfølgelig enkel, nemlig å sørge for at kroppen blir mer alkalisk. Når pH øker, kan ingen mikroorganismer overleve, og alle andre sykdommer vil forsvinne som dugg for solen. Kroppen vil bli slik den er skapt: sunn, slank og frisk ... og alkalisk.

Argumentet om det **naturlige** går nesten alltid igjen. Sykdom finnes egentlig ikke, bare kroppen får oppfylle sitt naturlige potensiale og ikke bli påvirket av nymotens gifter og vaksiner og medisiner. De mest ekstreme mener legemiddelindustrien, og indirekte legene, sørger for å holde folk syke, så de kan tjene flere penger på dem. Hadde det ikke vært for dem, og hadde vi levd i pakt med naturen, ville vi ikke hatt kroniske sykdommer.

For å øke kroppens pH må man for det første legge om til et alkalisk kosthold, og det finnes lister over syredannende og basedannende mat<sup>1</sup>. Men det er oftest ikke nok, fordi vi blir påvirket av så mange gifter, stråling og stress. Derfor må man hjelpe kroppen ved å drikke alkalisert vann, ta alkaliserende kosttilskudd, og tilføre kroppen alkaliske salter. Vanlig salt er gift, mens alkalisk salt er helsebringende.

Først har man etablert forklaringen, så kommer løsningen: det er bare å ... (fyll inn det som passer).

Mannen bak denne revolusjonerende teorien, kalt *The New Biology*<sup>2</sup>, heter dr. Robert O. Young. Han holder til i California, og har sin egen helseranch hvor folk kan komme og få hjelp til å alkaliseres. Han har også nettbutikk med et stort utvalg av alkaliserende kosttilskudd, salter, dråper, alkaliserende vannrensere etc etc. Han har mange disipler rundt om i verden, også i Norge, som kan lede pasienter på den rette vei.

1. Som for øvrig består av mye sunt – frukt og grønt, nøtter og belgfrukter
2. Ja, han har registrert teorien sin som varemerke.





Dr. Young og hans medarbeidere hevder at man ved hjelp av mørkefeltsmikroskopi av blod, kan avsløre om folk lider av alskens sykdommer. Collagen her er en illustrasjon og personene har ingen relasjon til dr. Young eller teorien hans.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX  
COLLAGE: MORTEN HERNÆS/07 MEDIA



Her kommer en ny autoritet, som kaller seg doktor, og opptrer i hvit frakk med et vinnende smil, flankert av et mikroskop og sin vakre kone. Young er overhodet ikke lege, og de fire (!) doktorgradene han påstår han har, kommer fra et postordreuniversitet. Han har heller ingen forskningsprosjekter eller artikler bak seg, og ikke et eneste treff på PubMed. Hvis man konfronterer ham med dette, sier han at han har sendt inn artikler, men det arrogante medisinske etablissementet undertrykker ham og hans banebrytende forskning.

Det geniale med hans teori er at han har tatt velkjente vitenskapelige begreper, men lagt helt nye betydninger i dem. Han har laget sin egen verden, og kritikk møtes med at dette er et helt nytt system, så argumenter fra den «gamle» biologien teller ikke.

For å finne ut om man lider av forsurening kan man gå til dr. Young, som tar en enkel blodprøve, og ser på blodet i et mørkefeltsmikroskop. Mikroskopet er koblet til en skjerm, så man selv får se blodet. Der kan man se blodcellene svømme omkring, man kan se formen på dem, om de svømmer fritt eller klistrer seg til hverandre (et dårlig tegn!), og om det er tegn til sopp, søppel eller forurensning. Dersom blodet har dårlig kvalitet, er det et sikkert tegn på at kroppen er for sur. Merk at selve blodet ikke er surt, det er det sure miljøet andre steder i kroppen som påvirker blodcellene. Man kan

altså ikke bekrefte eller avkrefte dette ved vanlig pH-måling.

Disiplene til Young har fått én til to ukers opplæring i denne spesielle mikroskopiteknikken, og er dermed sertifiserte mikroskopister. Det kreves ingen medisinske forkunnskaper. Faktisk er det best om man ikke har det, for tradisjonell medisin er, som vi har sett, stort sett feil.

Når man ser bildene av det som angivelig er syke celler, føler man seg omtrent som Alice da hun falt ned i kaninhullet: alt er bak-fram og opp-ned. De skålformede erytrocyttene jeg har lært er normale, påstås å være syke og på vei til å forvandles til sopp. De trillrunde cellene som Young sier er friske, eksisterer ikke i den virkelige verden, i beste fall skyldes de en sjelden blodsykdom. Når cellene ligger i klumper skyldes det i mine øyne at blodutstryket er dårlig, men i Youngs verden klistrer de seg sammen på grunn av forsurening. Jeg har snakket med flere av hans mikroskopister og prøvd å forklare dette, men de har blitt opplært av den karismatiske Young, og tror fullt og fast på hans forklaring. Og det ser unektelig finere ut med runde celler. Alle vet jo at celler er runde! I hvert fall alle som ikke kan noe om biologi.

Trekket med at man ikke kan verifisere den påståtte lave pH-en med en pH-måling er også genialt. Teorien hans kan ganske enkelt ikke motbevises med ordinære medisinske metoder.

Mikroskopistene selger også kosttilskuddene fra Youngs firma. Det mest solgte er Super Greens, en blanding av tørkede grønnsaker og urter – alkaliske, selvsålgelig – som man skal blande i vann og drikke rikelig av. Super Greens koster ca 260 kroner for 110 g, og man skal bruke 12–24 ts daglig blandet i fire liter vann.

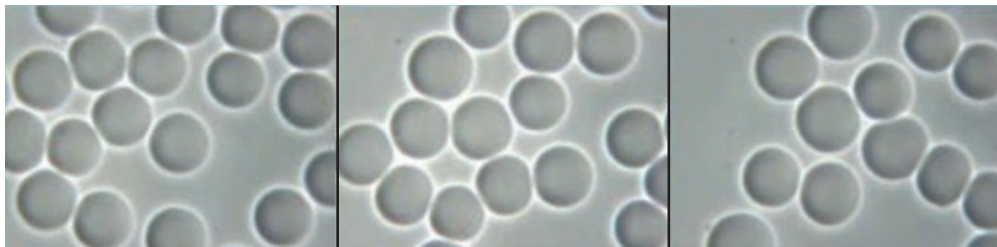
Neste slager er Prime pH, alkaliske dråper som man skal tilsette i Super Greens-blanding. Dråpene koster 220 kroner for 30 ml.

(Prime pH inneholder fem prosent av blekemidlet natriumkloritt, omtrent samme konsentrasjon som Klorin, så man kan trygt si at det er alkalisk).

En alternativmedisiner er ikke komplett før han har noe å selge, og dette noe er oftest en panacea (kur for alt). Hvis du bruker akkurat hans tilskudd, vil alle sykelige prosesser reverseres, enten det er diabetes eller kreft eller fotsopp du lider av. Prisene, som burde skremt vekk de fleste vettuge mennesker, forsvares med at det ligger årelang forskning bak, at råstoffene er spesielt eksklusive og naturlige, og at produksjonsmetodene er svært kompliserte. Antagelig er det salgsmessig en fordel at de er dyre. Dyre ting er ekstra gode, ikke sant? Hadde de knuste urtene kostet en femtilapp kunne man mistenke at de var nettopp det, bare knuste urter.

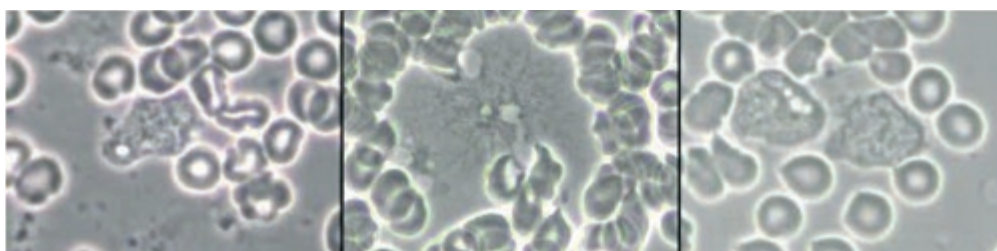
**ANALYSE AV LEVENDE BLOD**

**Friskt blod i balanse**



Friskt blod i levende analyse skal ha røde blodceller som beveger seg fritt og har god plass, og som ikke overlapper hverandre eller henger sammen, men forsikrig spretter fra hverandre pga. deres negative ladning. Bloddråpene skal være ens i størrelse, fasong og farge.

**Ikke friskt blod ute av balanse**



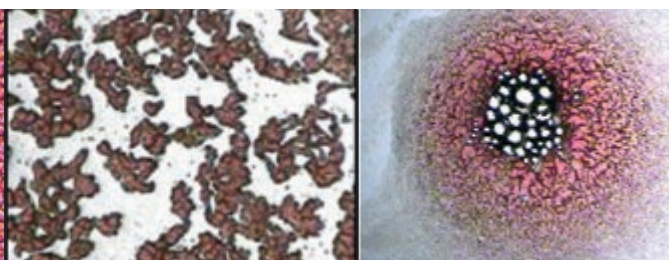
Væsken (serum) som omgir cellene skal være klar uten parasitter, bakterier, gjør/sopp, muggstoffer, krystaller eller annen uønsket flytende masse.

**ANALYSE AV TØRKET BLOD**

**Friskt blod i balanse**



**Ikke friskt blod – ute av balanse**



Friskt blod i den tørre analysen skal vise sammenhengende fibrinlinjer (ser ut som spindel-vev). Fargen skal være jevnt lyserød. Dårlig farge representerer graden av syre i kroppsvevet. Det finnes ikke hvite proteinpooles (PPPs som representerer graden av uorganiserte celler og giftig aktivitet som et resultat av syre i kroppen som forårsaker irritasjon/betennelser eller degenerative tilstander – de to bildene til høyre).

Et annet tilskudd er klorofylldråper. Klorofyll er jo livets molekyl, som vi alle vet, så det er viktig å få i seg nok av det. Faktisk er det viktig for blodprosenten ... klorofyllmolekylet er nemlig svært likt hemoglobinmolekylet. Riktignok inneholder klorofyll magnesium og ikke jern, men magnesiumet omdannes til jern inne i kroppen, ved en kjernefysisk transformasjon.

Denne er fantastisk. Young påstår på ramme alvor at et grunnstoff kan gå over til et annet grunnstoff, og det inne i en organisme. Enhver som har gått norsk folkeskole burde vite at det er en umulighet, men Young slipper altså unna med det òg. Jeg har hatt lange samtaler med tilhengerne hans, og prøvd å få dem til å forstå hvor vanvittig denne påstanden er. Jeg har bedt dem gjøre et enkelt google-søk og lese litt om grunnstoffer. Jeg når ikke inn. *Curiouser and curiouser*, som Alice ville ha sagt.

Young selger også mengder av andre tilskudd, salter, sølvvann, diamantvann, velvæ-reprodukter, vannrensemaskiner som tilfører alkaliske ioner. Jeg går ikke inn på alle disse, men det er åpenbart at han ikke bare har en komplett teori, men også en komplett bedrift. Nettsidene hans (1), er vel verdt et besøk, skjønt jeg må advare om sterke scener. Her er mye desinformasjon samlet på ett brett!

Hvorfor bruker jeg så mye tid på å fortelle historien om Robert Young? For det første fordi Young er et klassisk eksempel på en vellykket alternativpraktiker. En autoritet i hvit frakk som smykker seg med vitenskapelige termer og pedagogiske forklaringer. Tilsynelatende avanserte undersøkelser som kan fortelle alt om kroppen. En enkel forklaring på alt, og en enkel behandling som praktikerer tilfeldigvis selger. En bedre slangeoljeselger skal man lete lenge etter.

Det finnes mange lignende guruer, som predikerer – og forhandler – mer eller mindre høytflyvende teorier og behandlingsmetoder, gjerne koblet med uttalt kritikk av helsevesenet og legemiddelindustrien (at de selv tjener godt på sine «medisiner» snakker de ikke så høyt om). De opererer i salgsnettverk og nettbutikker, og går stort sett under radaren til legemiddelmyndigheter og helsemyndigheter. Dette er den ukjente alternativmedisinen, med terapeuter som ikke er organisert i noe forbund, ikke omtalt på nifab.no, neppe registrert i Brønnøysund, og med produkter som sendes direkte fra utlandet, og dermed ikke blir kontrollert av norske helsemyndigheter.

Men er det så farlig da, om folk kjøper noen urter og spiser det de tror er basisk mat? Neida, maten og urtene er (forhåpentligvis) ikke farlige, men blekemiddel som tilset-



ningsmiddel er absolutt ikke greit, og det finnes mange andre eksempler på giftige stoffer som selges som medisin. Det er heller ikke greit for lommeboka: produktene, vannrensene og kursene er svært dyre. Videre er det synd, og kanskje farlig, at guruene gir et så forvrengt bilde av virkeligheten, og dermed gjør tilhengerne nærmest resistente mot etterrettelig helseinformasjon. Og siden en av gururenes suksessfaktorer er å mistenkeliggjøre det ordinære helsevesenet, fører det til at mange mister tilliten til helsevesenet, og velger vekk virksom behandling til fordel for ulike mirakelkurer. Det er mange eksempler på at dette har fått fatale følger. Det er dokumentert at Robert Young har frarådet flere kreftpasienter å la seg operere, men behandle kreften ved å følge hans alkaliserende livsstil. Det er også dokumentert at flere av disse har dødd. Han er dømt for kvakksalveri i Utah, uten at det synes å svekke tilhengers tillit til ham.

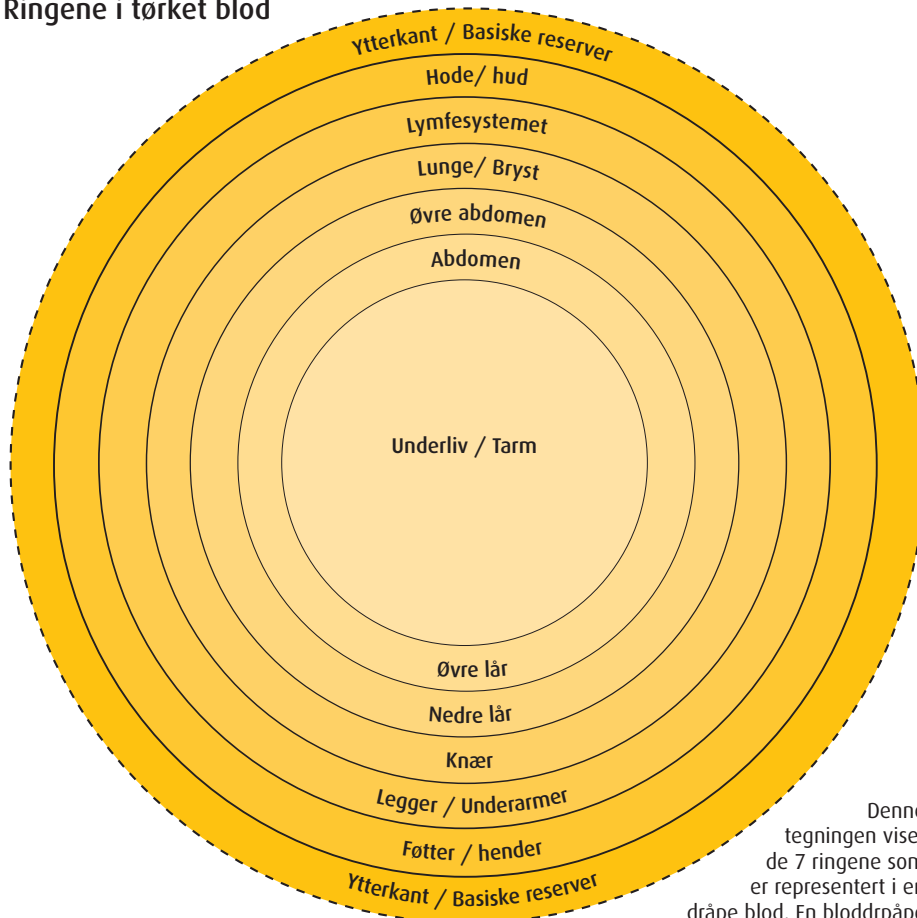
Men Young er et amerikansk fenomen, nordmenn er vel ikke så lett lurte? Nå ja. I følge *Stavanger aftenblad* (2) solgte Youngs produkter for 30 millioner bare i Norge i 2010. Og teorien hans forfektes av et stort antall norske selgere og alternativbehandlere.

Vi har kanskje ingen store alternativguruer her hjemme, men vi har solide forhandlere av moderne slangeolje. Nettbutikken Altshop (3) har en sann jungel av varer, fra kolloidalt sølvvann som skal virke mot bl.a. svinneinflensa og HIV, smykker som beskytter mot stråling, Himalayasalt som skal inneholde alle jordens 84 grunnstoffer (!) og virke mot det meste. Altshops sider er også vel verdt et besøk, skjønt det kan føre til at man mister troen på menneskeheten for en stund.

Legemiddelverket melder at en av fire kjøper kosttilskudd på nettet (4). Kanskje er det bare urter. Kanskje er det blekemiddel. Kanskje er det ayurvediske medisiner tilsatt bly og arsen (5). Kanskje er det tilsatt legemidler uten at det oppgis på pakken.

Med andre ord har enhver fastlege hundrevis av pasienter som bruker ulike tilskudd, og som tror på ting som er så fremmede for oss at vi knapt kan tro det. Det er kanskje på tide at vi rutinemessig tar opp en skikkelig kostholdsanamnese, og ikke bare spør om hvilke medisiner pasientene våre bruker, men også hvilke kosttilskudd. Det kan bli overraskende og lærerikt, og kanskje skremmende. Men vi kan ikke lukke øynene for at folk henter både informasjon og medisin fra helt andre kilder enn legen sin.

## Ringene i tørket blod



Denne tegningen viser de 7 ringene som er representert i en dråpe blod. En bloddråpe gjenspeiler hele kroppen.

### REFERANSER

1. <http://www.phmiracleliving.com/>
2. Stavanger aftenblad 29. april 2010. <http://www.aftenbladet.no/nyheter/okonomi/Innerlight-pyramide-vokser-i-Stavanger-1924042.html#.UkCAzn-wZEM>
3. <http://www.altshop.no/>
4. <http://legemiddelverket.no/Nyheter/Andre/Sider/1-av-4-kj%C3%B8per-medisiner-eller-kosttilskudd-p%C3%A5-nett.aspx>
5. <http://legemiddelverket.no/Nyheter/Bivirkninger/Sider/Advarer-mot-kosttilskudd-med-arsen.aspx>

[pernille.nylehn@kleppnett.no](mailto:pernille.nylehn@kleppnett.no)

– et seriøst fagblad  
**UTPOSTEN** med  
 humoristiske tilbøyeligheter

# Hvilke forhold påvirker holdning til livsstilveile

## En kvantitativ studie av et representativt utvalg norske allmennleger

■ THOMAS MILDESTVEDT • *førsteamanuensis, Institutt for Global Helse og samfunnsmedisin, Faggruppe for allmennmedisin, UiB*

IRENE HAUKELAND • *medisinstudent UiB*

SIRI VOLTERSVIK LANDRO • *medisinstudent UiB*

### Introduksjon

Artikkelen er basert på en særoppgave fra Det Medisinsk-odontologiske fakultetet ved Universitetet i Bergen. Vi ønsket å undersøke hva som påvirker norske allmennlegers rådgivning når det gjelder kosthold, fysisk aktivitet, alkohol og røykevaner. Er allmennleger opptatt av motivasjonsarbeid for å oppnå livsstilsendringer hos pasientene? Er det forskjeller mellom legens kjønn, legens alder, listestørrelse og antall konsultasjoner per dag når det gjelder å ta opp livsstil med pasienten? Vi ønsket også å finne ut hvilke metoder fastlegene bruker i arbeidet med å få til livsstilsendringer hos pasienten, og om de har tanker om hvordan de kan gjøre dette arbeidet bedre.

Temaet har tidligere vært belyst av Helse- og sosialdepartementet i Danmark, som i 2006 studerte rådgivningsarbeid blant leger og annet helsepersonell. Undersøkelsen viste at danske allmennleger i stor grad opplyste om skadelige effekter av dårlig livsstil og drev motivasjonsarbeid med sikte på å oppnå livsstilsendringer (1).

Høsten 2003 ble grønn resept innført i Norge som et alternativ til medikamentell behandling hos pasienter med diabetes mellitus II (DMII) og hypertensjon. Senere ble også sykkelig overvekt inkludert under tiltaket. Målet var å få allmennleger til å fokusere på kost, mosjon og røykeslutt hos disse pasientgruppene. En evaluering viste at allmennlegene ikke var fornøyd med ordningen. De mente at samtaler om livsstil hos DMII og hypertensjons-pasienter var en naturlig del av legepraksisen, og at det var unødvendig og byråkratiserende med en egen takst (2).

Valg av rådgivningsmetode har betydning for resultatene av livsstilsarbeid. Motivasjonssamtalen er en velbrukt metode i motiva-

sjonsarbeid de siste ti årene (3). I en meta-analyse fra 2005 viste metoden effekt på alkoholkonsum, kroppsvekt, blodtrykk og kolesterolnivå, sammenlignet med tradisjonell rådgivning. I tre av fire studier hadde motivasjonssamtalen klinisk relevante effekter. Legene oppnådde en effekt av motivasjonssamtalen i 83 prosent av studiene inkludert i meta-analysen (4). En skandinavisk studie viste at fire timer med trening i motivasjonssamtale hadde effekt på medisinstudenters samtaleferdigheter. Men det var ikke var nok til å bli dyktig i metoden (5).

### Materiale og metode

For å undersøke vår problemstilling gjennomførte vi en spørreundersøkelse av leger som deltok på Solstrandkurset på Os utenfor Bergen i mai 2011 (6). Solstrandkurset er et årlig kurs som arrangeres av Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin.

Spørreskjemaet har tatt utgangspunkt i den danske helsepersonell-undersøkelsen (1). Det ble utført deskriptiv statistikk og frekvensanalyser. De kontinuerlige variablene ble analysert ved hjelp av en uavhengig t-test. For de dikotome variablene brukte vi Chi-kvadrattest. Et signifikansnivå på 0,05 ble valgt. Dataene ble analysert ved hjelp av PASW Statistics versjon 18.

TABELL 1. Oversikt over populasjonen.

	N	MINIMUM	MAXIMUM	GJ.SNITT
Kjønn	100			
Alder	98	32	69	50,2
År som fastlege	94	0	39	17,7
Innbyggertall i kommunen	97			
Pasienter på liste	98	601	2000	1254
Antall konsultasjoner per dag	100	10	32,5	20,8
I løpet av vanlig arbeidsdag hvor mange konsultasjoner hadde livsstil som viktig tema?	99	0,5	15	5,7
I løpet av siste arbeidsdag hvor mange konsultasjoner handlet om livsstil?	86	0	15	4,4

### Resultater

#### Studiepopulasjon

Responsraten var 85 prosent med svar fra 100 av 117 inviterte leger. Av disse var 53 kvinner (58 prosent) og 39 menn (42 prosent). Åtte respondenter oppgav ikke kjønn. Tabell 1 viser en oversikt over populasjonen i spørreundersøkelsen.

#### Hvor ofte blir det snakket om livsstil?

Legene ble spurt om hvor ofte de snakket med pasienter om røykestopp, kostendring, fysisk aktivitet, vektreduksjon, og reduksjon av alkoholforbruk. Svaralternativene var aldri (1), mindre enn en gang i uken (2), en gang i uken (3), flere ganger i uken (4), hver dag (5), og flere ganger om dagen (6). Vi ser av tabell 2 at legene snakket med pasientene om røykestopp, kostendring og vektreduksjon flere ganger i uken, fysisk aktivitet hver dag, mens alkohol ble snakket om sjeldnere enn en gang i uken.

Vi undersøkte om det var forskjell mellom leger i ulike aldersgrupper. Gruppe en var 39–50 år og gruppe to 51–69 år. Her fant vi statistisk signifikant forskjell når det gjaldt hvor ofte de snakket med pasientene om røykestopp ( $p = 0,039$ , CI  $-0,75, -0,19$ ) og vekt ( $p = 0,021$ , CI  $-0,85, -0,70$ ). De yngre legene snakket mindre med pasientene om disse temaene enn de eldre legene. De to gruppene var ellers like for de utkommemaal vi under-



# allmennlegers endring?



Hvor ofte snakker du med pasienter om:

LIVSSTILSENDRING	N	TOTALT N GJENNOMSNITT, (STANDARD- AVVIK), [INTERVALL]	ALDERSDELT			KJØNNSDELT		
			GR 1: 39-50 ÅR N OG (GJENNOMSNIITT)	GR2: 51-69 ÅR N OG (GJENNOMSNIITT)	P-VERDI OG [KONFIDENSINTERVALL]	MENN: N OG (GJENNOMSNIITT)	KVINNER: N OG (GJENNOMSNIITT)	P-VERDI OG [KONFIDENSINTERVALL]
Røykestopp	92	4,2 (0,90) [2-6]	50 (4,0)	48 (4,4)	0,04 [-0,75 , -0,02]	42 (4,3)	58 (4,1)	0,35 [-0,20, 0,55]
Kostendring	92	4,5 (0,93) [2-6]	50 (4,4)	48 (4,6)	0,18 [-0,64 , 0,12]	42 (4,4)	58 (4,6)	0,24 [-0,60, 0,15]
Fysisk aktivitet	92	4,8 (0,87) [3-6]	50 (4,8)	48 (4,8)	0,89 [-0,39 , 0,34]	42 (4,7)	58 (4,9)	0,18 [-0,60, 0,15]
Vektreduksjon	92	4,1 (1,01) [2-6]	50 (3,9)	48 (4,2)	0,02 [-0,85 , -0,70]	42 (4,2)	58 (4,0)	0,34 [-0,21, 0,59]
Reduksjon av alkoholforbruk	92	2,7 (0,98) [2-6]	50 (2,6)	48 (2,8)	0,14 [-0,66 , -0,96]	42 (2,9)	58 (2,5)	0,06 [-0,02, 0,74]

LIVSSTILSENDRING	N	TOTALT N GJENNOMSNITT, (STANDARD- AVVIK), [INTERVALL]	LISTEDELT			KONSULTASJONSDELT		
			GR 1: 601-1000 PASIENTER PÅ LISTEN N OG (GJENNOMSNIITT)	GR 3: 1401-2000 PASIENTER PÅ LISTEN N OG (GJENNOMSNIITT)	P-VERDI OG [KONFIDENSINTERVALL]	GR 1: 10-20 KONSULTASJONER PER DAG N OG (GJENNOMSNIITT)	GR 2: 21-33 KONSULTASJONER PER DAG N OG (GJENNOMSNIITT)	P-VERDI OG [KONFIDENSINTERVALL]
Røykestopp	92	4,2 (0,90) [2-6]	25 (4,4)	27 (4,3)	0,62 [-0,37 , 0,61]	54 (4,0)	46 (4,4)	0,05 [-0,73, 0,00]
Kostendring	92	4,5 (0,93) [2-6]	25 (4,5)	27 (4,7)	0,47 [-0,70 , 0,33]	54 (4,4)	46 (4,7)	0,26 [-0,59, 0,16]
Fysisk aktivitet	92	4,8 (0,87) [3-6]	25 (4,8)	27 (4,9)	0,68 [-0,62 , 0,41]	54 (4,8)	46 (4,9)	0,42 [-0,50, 0,21]
Vektreduksjon	92	4,1 (1,01) [2-6]	25 (4,0)	27 (4,2)	0,40 [-0,82 , 0,33]	54 (3,8)	46 (4,3)	0,01 [-0,81, -0,12]
Reduksjon av alkoholforbruk	92	2,7 (0,98) [2-6]	25 (2,7)	27 (2,7)	0,88 [-0,61 , 0,52]	54 (2,6)	46 (2,8)	0,46 [-0,52 , 0,24]

TABELL 2. Tabellen viser en oversikt over svarene på spørsmål 9: Hvor ofte snakker du med pasienter om henholdsvis røykestopp, kostendring, fysisk aktivitet, vektreduksjon og reduksjon av alkoholinntak. N er lik antall allmennleger som har svart på spørsmålet. Verdiene for gjennomsnitt, standardavvik, intervall og konfidensintervall er beregnet ut i fra følgende: aldri = 1, mindre enn en gang i uken = 2, og så videre opptil flere ganger om dagen = 6.

søkte. Vi fant ingen forskjeller mellom kjønn og listestørrelser når det gjaldt fokus på livsstilsendringer.

Legene ble delt inn i to grupper med henholdsvis 10-20 eller 21-33 konsultasjoner per dag. Vi fant en signifikant forskjell mellom

disse gruppene når det gjaldt hvor ofte de snakket om vektreduksjon ( $p = 0,01$ , CI  $-0,81$ ,  $-0,12$ ). De legene som oppgav 10-20 konsultasjoner per dag, snakket mindre om vektreduksjon enn de med mange konsultasjoner per dag (TABELL 2).

## Hvorfor tar ikke legen opp livsstil med pasienten?

Tabell 3 viser hva legene oppgav som de viktigste årsakene til ikke å snakke om livsstil med pasientene. Den viktigste barrieren var at pasienten selv ikke var motivert. Vi analyserte forskjellene mellom aldersgruppene, listestørrelse, kjønn og antall konsultasjoner hver dag. Her fant vi en statistisk signifikant forskjell mellom kjønn på alternativet; «når pasienten ikke er motivert for livsstilsendring». Vi fant ingen andre forskjeller mellom gruppene.

## Hva kunne få deg til å gi mer råd og benytter du deg av spesifikke metoder i ditt endringsarbeid?

Vi ser av tabell 4 at legene ønsket seg undervisning i metoder, pasientrettet informasjonsmateriell og erfaringsutveksling for å kunne gi bedre rådgivning om livsstil. Tabell 5 viser

TABELL 3. Hva får deg til ikke å snakke med pasientene om livsstil?

	ANTALL LEGER
Frykt for pasientens negative reaksjoner	9
Når pasienten ikke er motivert for livsstilsendring	55
Det er for tidkrevende	25
Jeg mangler kunnskap om hvordan jeg skal motivere pasientene til endring	7
Ingenting	29

TABELL 4. Hva kunne få deg til å gi mer råd om livsstil?

	ANTALL LEGER
Pasientrettet informasjonsmateriell	45
Informasjonsmateriell rettet mot helsepersonell	14
Undervisning i metoder for å endre pasienters livsstil	58
Erfaringsutveksling	32
Ingenting	5

	ANTALL LEGER
Kognitiv atferdspåvirkning	30
Endringsfokusert rådgivning/motivasjonsintervju	46
Løsningsorienterte samtaler	61
Erfaringsutveksling	32
Ingenting	5

TABELL 5. Benytter du deg av spesifikke metoder?

	ANTALL LEGER
Kurs	62
Web-basert undervisning	24
Smågrupper	55
Litteratur	8
Videodemonstrasjoner	22

TABELL 6. Hvordan kunne du tenke deg å lære mer om motivasjonsarbeid/rådgivning?

at løsningsorienterte samtaler er den mest brukte metoden. På spørsmål om de ønsket å lære mer om motivasjonsarbeid/rådgivning (spørsmål 14) svarte 78 ja, mens 12 svarte nei. Vi analyserte forskjellene mellom aldersgruppene, kjønn, listestørrelse og antall konsultasjoner hver dag. Her fant vi ingen forskjeller.

Hvordan kunne du tenke deg å lære mer? Hvis ja på spørsmål 14, skulle de krysse av på hvordan de ønsket å lære mer. Vi ser av tabell 6 at en stor andel av legene ønsket seg kurs for å lære mer. Smågrupper var også et alternativ som mange krysset av for.

## Diskusjon

Norske allmennleger er godt motiverte til å drive med livsstilsendrende arbeid. De mener at de har et ansvar, at de bør stå frem som forbilder ved selv å ha en sunn livsstil og at de har kunnskap og kompetanse for å motivere til livsstilsendring. Løsningsbaserte samtaler er den mest brukte metoden. Legene ønsker å lære mer og de har tro på at mer opplæring vil gjøre dem til bedre rådgivere. De ønsker kurs og smågrupper som undervisningsform for å lære mer. Det er små forskjeller mellom kjønn, alder, listestørrelse og antall konsultasjoner når det gjelder livsstilsveiledning.

Undersøkelsen presenterer et representativt utvalg av allmennleger, både når det gjelder alder, listelengde og erfaring. Vi hadde noe flere kvinner enn i fastlegepopulasjonen generelt. Dette kan representere en seleksjonsbias. Vi hadde for få deltagere til å få valide data for sammenligning av undergrupper. Spørreskjema ble utarbeidet fra tidligere validerte spørreskjema, samt en pilot testet på sju forskere ved faggruppe for allmennmedi-

sin ved Universitetet i Bergen. Vi mener at verktøyet som ble brukt er godt.

Samtaler om pasienters alkoholforbruk skiller seg ut som mer problematisk enn andre livsstilstema. Det snakkes mindre om alkohol, og legene føler i mindre grad at de klarer å motivere til reduksjon av alkoholforbruk. Kun 67 prosent var helt eller delvis enig i at de kunne motivere til dette. Er alkohol et mer tabubelagt tema? Er det moralsk vanskeligere for legen å ta dette opp fordi alkohol er et vanlig nytelsesmiddel i Norge og grensen for hva som er usunt forbruk er vanskelig å sette? I en undersøkelse blant norske allmennleger så en at norske allmennleger har større tendens til å intervensere i et alkoholproblem de ser enn i å prøve å identifiserer et potensielt alkoholproblem (7). Det kom frem at allmennleger bekymrer seg for at det kan gå utover lege-pasient-forholdet når de spør pasientene om deres alkoholforbruk.

Vi fant en signifikant forskjell mellom eldre og yngre leger i hvor lang tid de bruker på å snakke om røykestopp og vektreduksjon. De eldre legene har mer tro på at de kan motivere til røykestopp, økt fysisk aktivitet og vektreduksjon enn de yngre legene. Vi vet lite om hva som er årsaken til denne forskjellen. Vi har ikke funnet andre studier som belyser denne forskjellen. I en studie fra 2004 fikk første-års medisinstudenter rådgivningskurs i livsstilsarbeid for å se om det kunne forbedre deres tro på seg selv som livstilsrådgivere og deres kunnskap på området. Undervisningen bestod av korte forelesninger, interaktiv klasseromsundervisning og rollespill med simulerte pasienter. Når en sammenlignet studentene før og etter kurset, hadde de signifikant større tro på seg selv og mer kunnskap om livstilsarbeid etter kurset (8). Dette kan tyde på at mer fokus på livstilsarbeid i medisinstudiet kan motarbeide denne forskjellen.

Kvinner vegrer seg mer for å ta opp livstilstema når pasienten ikke er motivert for livstilsendring og er mer enige enn menn i påstanden om at livsstil var lite påvirkelig hos pasientene. Det er vanskelig å si hva denne kjønnsforskjellen kommer av, men vi kan tenke oss at kvinnelige leger fokuserer mer på de pasientene som selv viser motivasjon til livstilsendring. Dette kunne vært interessant å forske videre på.

Vi undersøkte også om listestørrelse og antall konsultasjoner per dag kunne ha noe å bety for hvor mye tid allmennlegene brukte på livstilsendrende arbeid. Her fant vi ingen forskjell mellom gruppene. Dette kan indikere at antall pasienter ikke er en begrensende faktor for å fokusere på livstilsendringer i egen praksis. Bruk av tid var en barriere for en fjerdedel av de spurte, men det er for få som har besvart spørsmålet til at vi kan se

noen signifikant forskjell mellom gruppene. I kommentarfeltet til «Hva kunne få deg til å gi mer råd om livsstil?» var det fem allmennleger som skrev at bedre tid kunne fått dem til å gi mer råd om livsstil. Man kan tenke seg at dersom spørsmål om tidsfaktoren var et eget alternativ så ville flere krysset av.

Det var stor interesse blant allmennlegene for å lære mer om motivasjonsarbeid og rådgivning når det gjelder livstilsendring. Motivasjonssamtalen er en metode som har vist å ha klinisk relevant effekt på livstilsendring (4). Ut fra vår undersøkelse kunne kurs i motiverende intervju (MI) vært et godt alternativ for leger som ønsker å lære mer. Det er få tilbud om kurs i motivasjonsarbeid for leger. Kurs kunne med fordel vært integrert i medisinstudiet og i allmennlegers videre- og etterutdanning.

Norske allmennleger ser på livstilsendrende arbeid som en viktig del av jobben som allmennlege og de ønsker mer kunnskap om metoder for livstilsarbeid.

### Takk til:

- Solstrandkomiteen – arrangørene av Solstrandkurset
- Deltagerne på Solstrandkurset
- Allmennmedisinsk forskningsgruppe på Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

### REFERANSER

1. Nielsen, AJ et al (2006) Sundhetspersonalets rådgivning om sundhetsatferd; En kartlegning og analyse. DSI Rapport 2006.06.
2. Berit Bringedal, Olaf G. Aasland- Legers Bruk og vurdering av grønn resept. Tidsskr Nor Lægeforen nr 8, 2006; 126: 1036–8.
3. Stephen Rollnick & Whilliam R. Miller- What is MI? (1995) What is Motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 325–334.
4. Sune Rubak, Anneli Sandbæk, Torstein Lauritzen, and Bo Christensen. Motivational Interviewing: A systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice. April 2005; 55: 305–312.
5. Arild Opheim, Sven Andreasson, Astri Brandell Eklund and Peter Prescott. The effects of training medical students in motivational interviewing. Health Education Journal. 2009. 63 (3): 170–178.
6. Tidsskrift Norsk Legeforening. Kunngjøring: Solstrandkurset 2011. Kunngjøring publisert 04.03. 2011 Tidsskriftets nettside: [http://tidsskriftet.no/article/2084127http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2009/sporreundersokelse-om-fysioterapi-i-komm.html?id=547278](http://tidsskriftet.no/article/2084127http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2009/sporreundersokelse-om-fysioterapi-i-komm.html?id=547278)
7. Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, Lund KE. Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. Alcohol Alcohol. 2010 Mar-Apr; 45 (2): 207–12
8. Poirier MK, Clark MM, Cerhan JH, Pruthi S, Geda YE, Dale LC. Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. Mayo Clin Proc. 2004 Mar; 79 (3): 327–31.

Thomas.Mildestvedt@isf.uib.no



# Fra blokk til byte

– E-resept er mer enn strøm på papiret

■ OLE ANDREAS BJORDAL

spesialist i allmennmedisin, fastlege Ganddal legesenter, Sandnes og medisinsk faglig ressurs e-resept Helsedirektoratet

Utposten har bedt meg om å skrive noen betraktninger om e-resept siden jeg har vært med i utviklingen helt fra begynnelsen. Artikkelen er ingen objektiv, forskningsbasert analyse men heller en subjektiv nedtegning fra 2004 til i dag.

Den opprinnelige årsak til nasjonal utvikling av e-resept var at Riksrevisjonen ga pålegg til daværende Rikstrygdeverket (RTV) om å få bedre bilag til blåreseptene. Det ble derfor startet et forprosjekt i regi av RTV i 2004. Forprosjektet hadde stort fokus på merkantile forhold og myndighetskontroll, men lite fokus på fag. Således var utgangspunktet dårlig for å få til en god prosess med tanke på det faglig-medisinske. På vegne av Legeforeningen ble undertegnede engasjert i forprosjektet. Forprosjektet ble avsluttet og det ble gjennomført en sentral vurdering av hvordan e-resept skulle videreføres.

I 2005 ga Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) oppdraget med å utvikle e-resept til Helsedirektoratet – som også tok ansvar for

utvikling av løsningen til rekvirentene. Prosjektet fikk nå et sterkt faglig fokus. Men prosjektet ble av mange betegnet som et høyrisikoprojekt. Denne vurdering var basert på at prosjektet har høy kostnad, et betydelig antall aktører i en blanding av privat og offentlig virksomhet og kompliserte samhandlingsløsninger. Flere spådde fiasko. En IT-professor sto fram i Computerworld i 2011 og meddelte sine bekymringer.

## Brukerstyrt spesifiseringsprosess

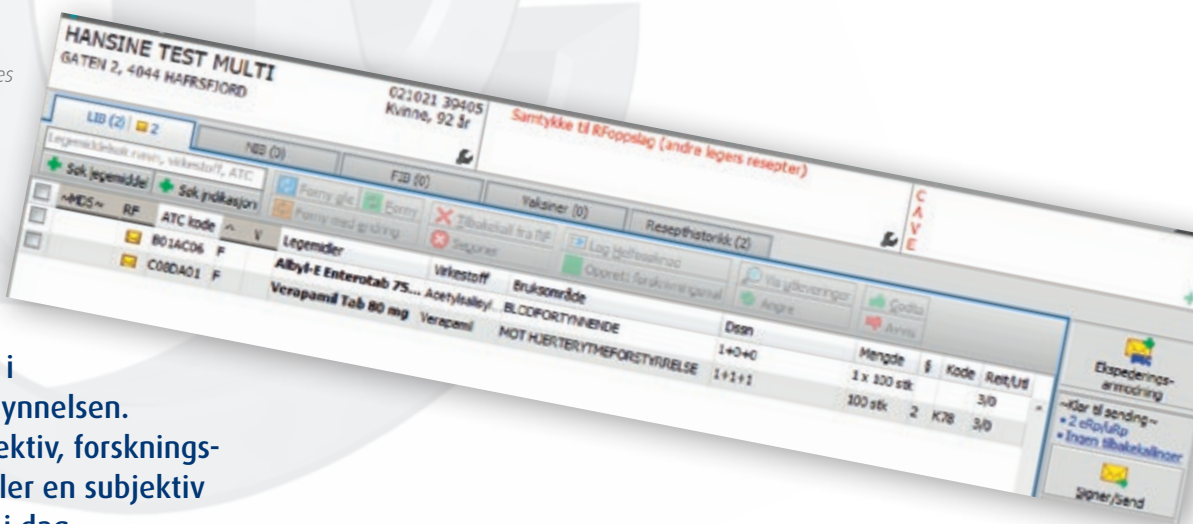
Legeforeningen fikk tilbud om å ta ansvar for hele rekvirentløsningen i e-resept, men valgte klokelig nok heller å være aktiv på sidelinjen. I regi av Helsedirektoratet ble det gjennom-

ført en omfattende prosess med spesifisering av løsningen. Sentrale aktører har vært tidligere leder av Elin-prosjektet, lege Tom Christensen og helseinformatiker Ole Martin Winem, begge med betydelig erfaring fra spesifisering og implementering av IT-løsninger i helsevesenet. I tillegg ble undertegnede engasjert.

Elin-prosjektet, hvor Dnlf var en sterk aktør, hadde allerede gjort mye spesifiseringsarbeid og hadde blant annet som mål å definere og kvalitetssikre helsearbeidernes funksjonelle krav til arbeidsflyt, faglig innhold og presentasjon. Elin hadde som filosofi å etablere krav som er enkle å overføre til testprotokoller for å kunne følge opp og teste løsningene mot funksjonskravene og standardene. Det var derfor naturlig å ta utgangspunkt i arbeidsmetodikken til Elin når e-resept skulle spesifiseres.

Selve spesifiseringen av rekvirentløsningen ble brukerstyrt og ble opprinnelig utført av en ekspertgruppe av leger. Gruppen besto av leger fra allmenn- og spesialisthelsetjenesten, i alt sju leger, alle med erfaring fra de forskjellige EPJ-systemer og med tilleggskompetanse knyttet til IT-baserte løsninger. Vi brukte en gruppe leger med liten IT-interesse som høringsinstans underveis i spesifiseringsprosessen.

Gruppen utformet først oversikt over arbeidsprosessene ved å beskrive alle trinn i prosessene. For en bedre visualisering av ar-



**COMPUTERWORLD** – it-nyheter døgnet rundt  
IDG – verdens største mediehus innen it

SEMINAR & CIO | IT-KARRIERE | IT-IELSØ | IT-KURS | IT-STIL

Du er her: Computerworld >

## Spår trøbbel for Eresept-prosjektet

Michael Oreid  
28.03.2011 kl 07:05

It-professor Ole Hanseth frykter prosjektet fra 2004 har gapt over for mye.

beidspesifiseringene, ble de også beskrevet i flytskjema. Deretter ble de funksjonelle krav for alle arbeidsprosesser detaljert.

Kravspesifiseringen startet i 2006. Kravspesifikasjonen er blitt løpende vedlikeholdt helt til nå, ettersom krav til funksjonalitet har blitt større og etter erfaringer en har høstet med løsningen i drift og ettersom myndighetskrav (lover og forskrifter) er endret.

## Prosess

Det har vært kontakt med alle aktuelle EPJ-leverandører i hele kravspesifiseringsperioden og senere under implementeringen. Alle systemer har gjennomgått omfattende testing hver for seg og som del av hele e-reseptkjeden. Legeforeningen, AF, NFA og PSL ble invitert inn til demonstrasjoner og var aktive bidragsytere. Legeforeningen var også representert i e-resepts styringsråd.

Det har vært mange utfordringer, spesielt fordi løsningen også skulle avstemmes med andre brukergrupper som bandasjist, apotek, Helfo og Statens legemiddelverk. Rekvirentene var spesielt avhengige av et godt forskrivningsgrunnlag. Hittil hadde kilder til forskrivning vært dårlig oppdaterte legemiddellister i EPJ og ulike papirbaserte kilder og nettsider. Regelverket for forskrivning var vanskelig tilgjengelig.

Statens legemiddelverk (SLV) påtok seg ansvaret for å lage en komplett forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST). FEST er et felles grunnlag for alle forskrivere og utleverere og inneholder oversikt over alt som kan forskrives i Norge både av legemidler, forbruksmateriell og næringsmidler. I tillegg er hele regelverket for forskrivning og refusjon implementert. FEST inneholder også varsler fra SLV og interaksjonsdata. Det er lagt inn strukturerte vilkår i FEST. Dette betyr at det

for eksempel kan sjekkes at forskriver har rett spesialitet til å sette refusjon på enkelte legemidler (for eksempel kontroll av spesialitet for å sette refusjon på en Plavix-resept) og for å sjekke at pasienten fyller gitte kriterier (for eksempel øvre aldersgrense ved forskrivning av næringsmidler til laktoseintoleranse). FEST er «ferskvare» som oppdateres regelmessig og lastes ned automatisk til den enkelte installasjon.

## Løsning

E-reseptkjeden er en helhetlig kommunikasjonskjede mellom alle involverte aktører. Det kommuniseres opplysninger på et felles strukturert format slik at alle aktører kan gjenbruke opplysningene. Lege forskriver på basis av oppdatert FEST-informasjon og sender resepter til en sentral database – *Reseptformidleren* (RF). Pasienten kan oppsøke fritt valgt utleverer som henter ned resepter fra RF. Forskrivende lege får utleveringsinformasjon når pasienten har vært hos utleverer. Fastlege kan få utleveringsmelding basert på andre legers forskrivninger (også papirförskrivninger) dersom pasienten har samtykket. Alle behandlende leger kan (mot pasientens samtykke) se pasientens gyldige resepter i Reseptformidleren.

Behandlende lege kan sende elektronisk søknad om individuell refusjon og søknad SLV. Begge søknader besvares elektronisk til legen.

## Pilotering og utbredelse

Det ble utført omfattende pilotering av e-reseptløsningen. En tidlig pilot i 2008 ble stoppet fordi EPJ ikke ble akseptert av brukerne, mens e-resept fungerte som forventet. Ny pilot ble senere startet i Os i Hordaland og der-

etter i Vestfold. Etter grundig evaluering i pilotområdene og feilrettinger ble landsdekkende utbredelse ble startet.

## Utbredelse

E-reseptløsningen var primo 2012 utbredt i hele Norge. I september 2013 er storparten av legene i primærhelsetjenesten e-reseptbrukere. Helse Vest har startet e-resept i noen avdelinger i Helse Bergen.

Godkjente EPJ-systemer i e-resept i september 2013 er: System X (Hove Medical Systems), Infodoc Plenario (Infodoc), Winmed 2 med Forskrivningsmodulen (CGM), Vision med Forskrivningsmodulen (CGM), Winmed 3 (CGM), DIPS med forskrivningsmodulen (Helse Vest). I tillegg er det flere mindre EPJ som ønsker å koble seg til forskrivningsmodulen.

DIPS utvikler også egen e-reseptfunksjonalitet som i første omgang skal tas i bruk i Helse Nord og deretter i Helse Sørøst. Pleie- og omsorgs-EPJ arbeider også for å få e-reseptfunksjonalitet gjennom forskrivningsmodulen. Likeens ønsker tannlegesystemer å få på plass e-reseptløsninger.

## Brukererfaringer

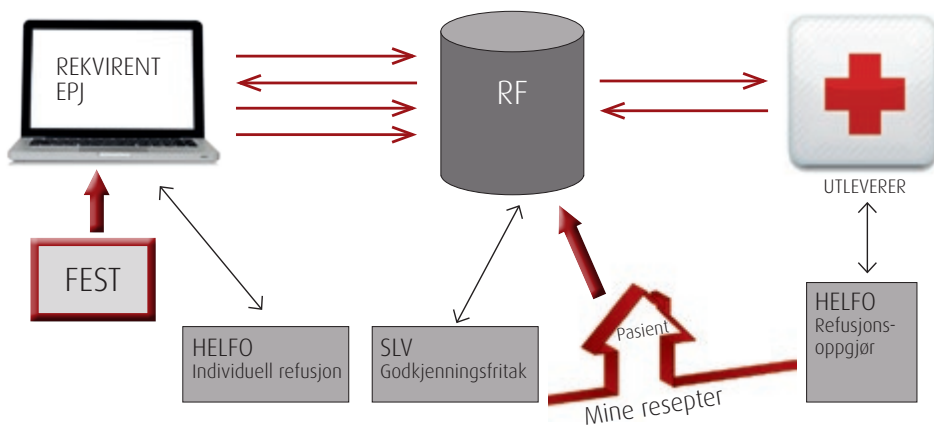
Det pågår et evalueringsarbeid i regi av Helsedirektoratet, men resultatet er ennå ikke klart. Imidlertid er det mange muntlige tilbakemeldinger som stort sett forteller om fornøyde brukere. Dog er det rapporter om hastighetsproblemer og noen problemer av teknisk art. Spesielt er det noen brukere av forskrivningsmodulen (FM) som har rapportert om hastighetsproblem og ventetid i grensesnittet mellom EPJ og FM.

## Noen brukere har savnet mer opplæring

Fordeler av faglig art som har blitt framhevet av mange brukere er: oppdatert FEST-database, oppslag i RF for å se pasientens gyldige resepter, innkommende meldinger – og spesielt utleveringsmeldinger basert på andre legers forskrivninger slik at det er vesentlig enklere å oppdatere pasientens legemidler i bruk. Videre er mange glade for elektronisk sending av søknader til Helfo og SLV og elektronisk svar på disse.

Det er imidlertid også påvist noe potensielt uheldig fordi en av EPJ-leverandørene ikke hadde etablert rutine med automatisk tilbakekalling av resept fra RF når ny resept ble sendt – som ved fornying/eller fornying med endring. Det kunne føre til at det lå dobbelt opp med resepter på enkelte legemidler. Pro-

## E-RESEPTKJEDEN





blemet er rettet, men det kan fortsatt være dupliserte resepter ett år etter rettingen, dvs. ut 2013.

Mange fremhever noen fordeler av ikke-faglig art som at det er vesentlig færre papirutskrifter nå (men husk å gi LIB-utskrift til pasientene!) og at pasientene nå slipper å møte opp på legekontoret for å hente papirresepter. Takst 1i er også blitt godt mottatt.

Pasientene har fått sitt eget innsyn i reseptformidleren. Etter at det ble mulig med Bank-Id-innlogging har antall brukere på **minereseppter.no** steget kraftig.

Skeptikerne til e-resept er relativt tause nå – og et ferskt oppslag i *Computerworld* fjerner en del av skepsisen.

### Veien videre

Vi må betrakte e-reseptløsningen som et første skritt i moderniseringen av utveksling av legemiddelinformasjon i Norge. E-resept representerer en elektronisk samhandlingskjede hvor strukturert informasjon utveksles mellom samhandlerne. Én begrensning i dagens løsning er at reseptformidleren kun inneholder informasjon om gyldige resepter.

Løsningen videreutvikles derfor og i 2014 kommer elektronisk multidose. Det betyr at hele pasientens oversikt over legemidler i bruk (LIB) inkludert kosttilskudd sendes til RF fra legen, sammen med eventuelle resepter. Ved hver oppdatering av LIB, skal systemet sende ny LIB til reseptformidleren samtidig som det sendes en melding til pleie- og omsorgsavdelingen som håndterer pasienten. FEST-databasen utvides til å inneholde doseringsforslag med strukturert dosering (definerte doseringsintervall per døgn) og i tillegg vil FEST inneholde kosttilskudd.



Men ettersom pasienter går på og av multidose, er det bestemt at hele LIB skal sendes for alle pasienter som har avtale med pleie- og omsorgstjenesten. Dette betyr at i løpet av 2014 vil de pasienter med størst pleie- og omsorgsbehov og sannsynligvis størst sykkelighet ha hele LIB i reseptformidleren. Alle behandlende leger – enten det er lege på legevakt, sykehus eller privatpraktiserende spesialist – kan da hente ned komplett LIB fra RF på disse pasientene så sant legen har e-reseptfunksjonalitet. Dette anser vi som et stort fremskritt og en etterspurt løsning.

### Hva kan vi lære av e-reseptprosjektet?

E-resept kunne snublet i starten fordi oppstarten var initiert av et statlig pålegg med bakgrunn i merkantile forhold. Da Helsedirektoratet fikk ansvaret for prosjektet, ble fo-

kus satt på brukernes behov og det ble satt av tilstrekkelige ressurser til at det skulle bli brukerstyrt spesifisering og utvikling for legene. Fra rekvirentenes side var det avgjørende å ha erfaringene fra Elin-prosjektet slik at metodikken derfra kunne gjenbrukes.

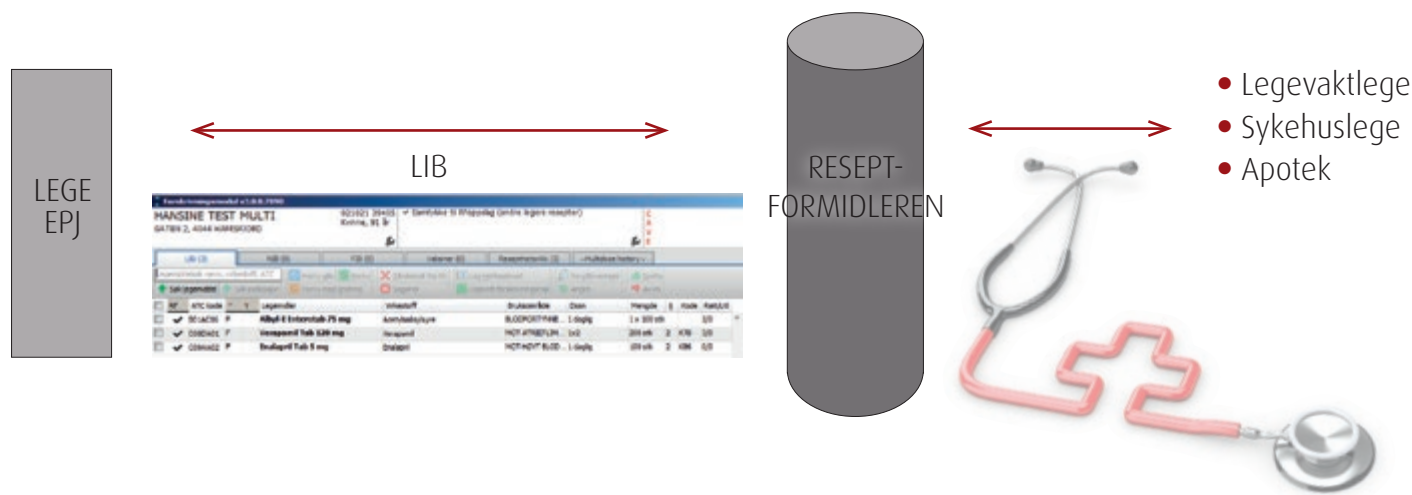
I hele perioden har det vært god kontakt med Legeforeningen, AF, NFA og andre aktører inkludert EPJ-leverandører slik at løsningen ble forankret underveis. Fremtidige prosjekter bør ta med seg prosessen med brukerstyrt spesifisering, forankring underveis og – naturligvis – sørge for fullgod finansiering.

RED. ANM.:

Ole Andreas Bjordal fikk Allmennlegeprisen 2013 for sitt arbeid med e-resept.

oab@cavelinguan.no

## KOMMER I 2014: LEGEMIDLER I BRUK SENDES RF FOR ALLE PASIENTER MED PLO-AVTALE



# Kan tiltak på arbeidsplassen forebygge psykiske plager?

■ TOM SUNDAR *Utpostens redaksjon*

**Ja, fremgår det av en kunnskapsoppsummering gjort av Kunnskapssenteret for helsetjenesten. Det viser seg at arbeidslivsbaserte tiltak som individrettet stresshåndtering trolig har effekt mot angst, stress og utbrenthet i visse yrkeskategorier.**

Oppsummeringen konkluderer med at det er flere funn i favør av de arbeidslivsbaserte tiltakene stressmestring og fysisk trening (1). Studiene er i hovedsak utført på helsepersonell og politi.

Utgangspunktet for oppsummeringen er spørsmålet: Hva er effekten av arbeidslivsbaserte tiltak for å fremme psykisk helse til ansatte? Oppsummeringen bygger på tre systematiske oversikter som inkluderer 39 enkeltstudier, deriblant 29 randomiserte kontrollerte studier og ti kontrollerte før- og etter-studier. De tre oversiktene omhandler følgende temaområder:

- Stresshåndteringstiltak for helsepersonell
- Psykologiske tiltak og fysisk aktivitet for ansatte i politiet

OECD anslår at én av fem ansatte har psykiske helseplager. Kan tiltak på arbeidsplassen bidra til å virke forebyggende? ILLUSTRASJONSFOTO: J. FREEMAN-WOOLPERT/SXC



- Fleksible arbeidsordninger for alle typer ansatte i yrkeslivet

Analysen viste blant annet at individrettet stresshåndtering reduserte risikoen for angst hos helsepersonell sammenlignet med ingen intervensjon. Fysisk trening og psykologiske tiltak reduserte risikoen for depresjon hos ansatte i politiet sammenlignet med ingen tiltak eller å stå på venteliste for å få tiltaket. Fleksibel arbeidsstart førte til bedret livskvalitet sammenlignet med fast oppstartstid.

## **Arbeidsliv og psykisk helse**

Deltakelse i arbeidslivet har positive virkninger for ansatte som inntekt, sosial kontakt og mestring, men arbeid kan også ha negative effekter på den psykiske helsen. I følge OECD har én av fem ansatte psykiske helseproblemer. Internasjonal forskning antyder en prevalens på seks prosent av kvinnelige ansatte og syv prosent av mannlige ansatte som har depresjonssymptomer. Hvor mange ansatte som har eller utvikler psykiske lidelser kan variere på tvers av arbeidsplasser, ut fra de ansattes sammensetning på demografiske variabler som kjønn, alder, sosial status, etnisk tilhørighet, utdanning og yrkesbakgrunn samt

ut fra de ulike arbeidsforholdene som eksisterer på arbeidsplassen.

Utvikling av psykiske lidelser hos ansatte har mange og sammensatte årsaker. Forhold i arbeidslivet kan være én faktor. I Norge er det uvisst hvor mange ansatte som utvikler psykiske lidelser som følge av arbeidslivs faktorer. Det er heller ikke kjent hvor stor risiko det er for at ansatte utvikler psykiske lidelser innen ulike yrker og arbeidssteder.

Internasjonalt er det dokumentert at enkelte yrker, som for eksempel politiyrket, innebærer økt risiko for stress, depresjon og fysisk skade. Skiftarbeid kan medføre økt risiko for søvnproblemer. Helsepersonell som i jobben utsettes for arbeidsrelatert stress har dermed økt risiko for å utvikle angst, depresjon, utbrenthet og få redusert livskvalitet.

## **Kunnskapssenterets konklusjon**

- Arbeidslivsbaserte tiltak som individrettet stresshåndtering reduserer muligens risikoen for angst hos helsepersonell.
- Det er usikkert om arbeidslivsbaserte tiltak som «mental image training», fysisk trening eller stresshåndteringsprogram påvirker angst, depresjon og post-traumatisk stress hos ansatte i politiet.
- Det er usikkert om fleksible arbeidsordninger som gradvis pensjonering og ufri-villig deltidsarbeid påvirker psykisk helse.

Man fant ikke dokumentasjon for å kunne si hvorvidt arbeidslivsbaserte tiltak har effekt på andre utfall som mestring, daglig fungering, jobbfungering, produktivitet, fravær, arbeidsuførhet, sykefravær, uheldige hendelser og kostnader.

Dokumentasjonen fra de tre systematiske oversiktene har lav kvalitet, påpeker imidlertid rapporten fra Kunnskapssenteret. Derfor er det behov for nye og oppdaterte systematiske oversikter som inkluderer enkeltstudier av nyere dato.

## **REFERANSE**

1. Dalsbø, TK, Dahm, KT, Austvoll-Dahlgren, A, Knapstad, M, Gundersen, M., Reinart, LM. Arbeidslivsbaserte tiltak for psykisk helse hos ansatte. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 11–2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.



# Dagens behandling av hypothyreose-pasienter er mangelfull

I *Utposten* nr. 2 tidligere i år skrev Helge Oftebro og Sara Hammerstad om behandling av hypothyreose. Artikkelen omhandlet særlig kombinasjonsbehandling med T<sub>4</sub> og T<sub>3</sub> til utvalgte pasienter med lavt stoffskifte. Som pasient er det flere forhold i artikkelen som jeg reagerer på og vil kommentere.

Selv hadde jeg i en årrekke symptomer på lavt stoffskifte, før dette ble diagnostisert og jeg ble satt på Levaxin (levothyronin) i 1987. Da var jeg helt nedkjørt og hadde mistet familie, hus, hytte, bil og jobb. Beskjeden fra legen om at jeg nå ville bli kvitt mine plager og bli frisk, slo feil. Selv om jeg tok Levaxin, ble jeg dårligere. Etter 16 år trosset jeg legens råd og skaffet en boks med Thyroid-tabletter (et preparat produsert fra tørket skjoldbruskkjertel fra gris som inneholder både T<sub>3</sub> og T<sub>4</sub>). Jeg ventet med å ta dem, ettersom jeg var blitt advart og fryktet konsekvensene. Så boksen stod på hylla og «smilte truende» en lang stund – inntil mine mangeårige magesmerter kulminerte med divertikulitt og ambulansinnleggelse i 2004. Siden jeg likevel følte meg «døden nær», tenkte jeg at jeg likegodt kunne prøve.

Jeg ble et helt nytt menneske på få måneder. Jeg ble kvitt mage- og ryggsmertene samt andre smerter – og etter tre måneder var jeg 18 kg lettere. Da jeg gikk over til kveldsdosering mistet jeg ytterligere 6 kg. Jeg var blitt opplært i at dosen skulle tas om morgenen, men da jeg i oktober 2012 tilegnet meg en fem år gammel studie om døgnvariasjoner i kjertelens produksjon av T<sub>3</sub>-hormonet, begynte jeg å dosere medisinen om kvelden før jeg la meg. Det hadde jeg et stort helsemessig utbytte av. Jeg er nå, etter å ha trosset legenes råd mange ganger, nesten frisk.

Basert på mine erfaringer som pasient, er det min oppfatning at hjelpeapparatet jeg har møtt i løpet av alle disse årene, har behandlet meg feil – faglig feil og heller ikke i henhold til retningslinjer om individuell behandling. Jeg mener at det er de biometriske analyseresultatene som er blitt behandlet, og ikke meg som pasient. Mine blodverdier har blitt sammenlignet med et statistisk materiale dannet på grunnlag av antatt friske mennesker, noe som etter min oppfatning bærer galt av sted. Jeg som menneske var ikke interessant; bare

blodprøveresultatene mine. Dette var sikkert i beste mening, med tro på at jeg ville bli bra – bare man støttet seg på gjeldende faglig kunnskap (som jeg mener er foreldet) og på endokrinologens anvisninger.

Når det gjelder Omdal og Hammerstads artikkel, reagerer jeg på at de ikke refererer til undersøkelser der man har sammenlignet levothyronin og Thyroid. De legger også stor vekt på «TSH-doktrinen», dvs at man justerer doseringen av levothyronin for å oppnå et TSH-nivå innefor referanseområdet, uten å ta hensyn til andre faktorer, noe jeg mener er feil. Jeg mener også at de i alt for stor grad lener seg på blodprøveresultater og glemmer klinikken. Det nevnes ikke at det er viktig å forsøke å gjenetablere kroppens bortfall av døgnvariasjon av T<sub>3</sub>-hormonet som skjoldbruskkjertelens produksjon er opphavet til. Det synes som om de ikke vet at T<sub>3</sub> er høy om natten hos friske mennesker og at pasienter med lavt stoffskifte lider når det ikke er slik mer. De forklarer ikke at et tilskudd av Liotyronin gitt på dagtid bare gir økt rev. T<sub>3</sub> hos de som har nok. En dosering av T<sub>3</sub> til rett tidspunkt, dvs. om kvelden, vil bidra til at nattens restituering av kropp og sjel kan foregå med nok stoffskiftehormoner slik at jobben blir ferdig til neste morgen. Monosubstitusjon med T<sub>4</sub> er feilbehandling for mange pasienter fordi den ikke evner å reetablere hormonproduksjonens døgnrytme. Også Liotyronin gitt med dosering på dagtid er feilbehandling, etter min oppfatning.

Videre mener jeg at tenkningen rundt forholdet mellom fT<sub>4</sub> og fT<sub>3</sub> er misforstått. Blant annet fordi det er stor forskjell på halveringstiden av fT<sub>4</sub> og fT<sub>3</sub>. fT<sub>3</sub> halveres i løpet et døgn, mot fT<sub>4</sub> som trenger åtte døgn. fT<sub>3</sub> brukes mye fortere opp enn fT<sub>4</sub>. Om prohormonet T<sub>4</sub> blir lavere enn fysiologisk verdi under behandling har ingen fysiologisk betydning hvis bare fT<sub>3</sub> har en tilstrekkelig størrelse og har de fysiologiske døgnvariasjoner som er tilstrekkelig for synkronisering og normalisering av kroppens andre hormoner. T<sub>4</sub> er bare lagervare som ikke brukes til annet enn å produsere stoffskiftehormoner. Balders arbeidshypotese, at det biometriske forhold for T<sub>4</sub> må opprettholdes, mener jeg derfor savner vitenskapelig grunnlag. Det nevnes

heller ikke at hormoner ikke er artsspesifikke: Mennesket kan bruke hormoner fra alle pattedyr. De er molekylært helt samsvarende, mens levothyronin, som er syntetisk fremstilt, ikke er molekylært samsvarende med vårt T<sub>4</sub>.

Det er ca 175 000 Levaxin-brukere i Norge. En overlege på OUS/Aker jeg snakket med i 2004 antok at 10–12 prosent av Levaxin-brukere ikke ble bra med dagens vedtatte ene behandlingstype. På mitt spørsmål om disse hadde noe tilbud, var svaret nei.

Det blir – ifølge legens udokumenterte anslag – opp mot 20 000 pasienter bare i Norge som ikke får en tilfredsstillende behandling. Jeg mener det er mange flere. Mange er uføretrygdet som følge av den behandling som brukes per i dag og må betale for sin gjenvunnede helse selv.

Fagmiljøet må snart innse at dagens behandling ikke er god nok for alle, og gjøre endringer basert på nyere forskning og pasientens klinikk. Et eksempel er studien til Stefan Sjöberg, som kanskje ikke er ferdig ennå, men som har oppsiktsvekkende resultater så langt. Jeg mener også det er urettferdig for oss pasienter at man ikke likestiller thyroide preparater med de kunstig fremstilte som brukes i dag.

## REFERANSER

- <http://jcem.endojournals.org/content/93/6/2300.full>
- <http://chriskresser.com/5-thyroid-patterns-that-wont-show-up-on-standard-lab-tests>
- <http://www.allocca.com/papers/Synthroid-Armour.pdf>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16416346>
- <http://jcem.endojournals.org/content/98/5/1982.abstract>
- <http://jcem.endojournals.org/content/98/5/1982.long>
- <http://www.thyroidscience.com/Criticism/lowe.3.16.09/lowe.bta.rebuttal.3.16.09.pdf>
- [http://www.drdach.com/Thyroid\\_Hunt\\_Study\\_TSH.html](http://www.drdach.com/Thyroid_Hunt_Study_TSH.html)
- <http://hypotyreos.info/component/content/article/1-ej-kategoriserat/142-ny-studie-t3-i-spinalvaetska-oekear-inte-med-levaxin>

Finn E. Hansen  
En pasient





# Ein handelsreisande i død

Per Fugelli  
Journalen  
Universitetsforlaget, 2013  
268 sider

Professor i sosialmedisin Per Fugelli gav i 2010 ut boka «Døden skal vi danse?» som handla om korleis forfattaren opplevde å få alvorleg kreftsjukdom i 2009. Han reflekterte då over kva plass døden har fått i vårt moderne samfunn og han fortalte om sitt møte med helsestenesta. Hans nye bok «Journalen» følgjer Fugelli vidare frå våren 2010, idet han er nyoperert og kreftfri, og fram til mars 2013. Boka inneheld ein personleg journal, ein sosialmedisinsk journal og ein journal som rapporterer om helsetenesta sin helsetilstand – alle nedteikna som daterte, personlege dagboknotatar. Til slutt, som eit appendiks, følgjer ein kopi av Per Fugelli sin eigen medisinske journal frå Oslo Universitetssjukehus. Forfattaren sine eigne dagboknotater står i skarp kontrast til den nøkterne, objektive og tekniske forma som den medisinske journalen har. Må det vere sånn? Nei, meiner Fugelli.

Han tek til orde for at pasienten sjølv skal kunne skrive i sin eigen medisinske journal, slik at pasienten si eiga stemme blir høyr. Slik kan legen få høve til å oppdage ting av medisinsk verdi som ikkje kjem fram på andre måtar. Legen treng også å bli minna på at den sjukdomsfortolkinga som den objektive medisinske journalen inneheld, berre er ein liten del av den sjukdomsopplevinga som pasienten har.

I boka følgjer vi professoren på reise rundt om i landet, som føredragshaldar. Døden er hans agenda. Han er ikkje framand for å vere kritisk til sitt eige prosjekt: «Jeg har blitt en handelsreisende i død. Har jeg gjort døden triviell?» Korleis samfunnet og helsetenesta handterer den alvorleg sjuke, den døydande og døden er eit sentralt tema i boka. Vi treng ei ny *Lov om folkedød*, seier han humoristisk. At sjukdom og død er unngåeleg i menneskelivet blir underslått i samfunnet vårt, meiner forfatteren. Han hyller vårt rettferdige helsevesen og alle dei dyktige fagfolka han har

møtt, men gjentek den kraftige kritikken av systemet vi har skapt som tillet at han i løpet av eit og eit halvt år med alvorleg kreftsjukdom møter 37 forskjellige eingongslegar, der ingen brukte meir enn seks minutt på konsultasjonen. Systemet tingleggjer pasienten. «Den personlege legen er død i norske sykehus,» hevdar han. Han har langt på veg rett, trur eg. Utviklinga er øydeleggjande for den tillit som er nødvendig for at pasienten skal føle seg ivaretatt, meiner den profilerte sosialmedisinen.

Fugellis tekst er krydra med eigne forteljingar frå livet sitt, om samver og reiser til Røst, Jæren og Marokko med den nære familien, skildringar frå nærmiljøet hans på Tøyen, møte med vanlege folk på reiser rundt om i landet, ispedd eigne refleksjonar, visdomsord, sitat frå verdslitteraturen og utdrag frå dikt som utdjuper og utfyller tematikken. Dei viktigaste bodskapa vert gjentekne med jamne mellomrom gjennom boka; at helse vert skapt utanfor helsevesenet, i form av verdighet, handlingsrom, tilhørighet, meining, tryggleik; at du skal bry deg om flokken din - ikkje vere eit eittal på jorda; at vi må ta døden tilbake, godta at den finst. Dette litterære verkemidlet opplever eg som ei styrke ved boka. Fugelli hamrar det inn, det viktigaste han vil formidle. Han framstår innimellom som ein emissær på vegne av den gode sak – og det i positiv forstand!

På sitt svakaste er Fugelli når han vert for politisk, etter mitt syn. Hans kritikk av Framstegspartiet er sterk – mykje med rette. Hans resept er raud. Men han knyt det gode ved den norske velferdsstaten alt for tett opp til ei viss politisk retning, eit politisk parti. Dette svekkar det allmenngyldige ved bodskapen hans, meiner eg. Den politiske agitasjonen kunne han med fordel ha tona ned, i staden står han i fare for å skyve folk unna.

Hans begeistring for kvardagsmennesket, den middelmådige, Ivar Aasens «mellom jamningar trivast eg best» har eg sansen for. Men også her har Fugelli ein tendens til å ta det for langt. I alt for stor grad omtalar han med forakt dei som utmerkar seg, dei som presterer noko utanom det vanlege, den såkalla eliten. Å sjå Petter Northug vinne OL-gull på ski, Usain Bolt sette verdsrekord på 100 meter. Sjølv om eg ikkje er ein atlet sjølv, så har eg stor glede av å sjå at andre med talent utmerke seg, prestere. Det betyr ikkje at eg foraktar det svake. Meiner Fugelli at vi berre skal ha plass til dei middelmådige? Per Fugelli sjølv er heller ikkje noko gjennomsnittsmenneske. Er ikkje han usedvanleg god til å takle sjukdom og lidning? Han er i toppen når det gjeld å meistre kreft, rett og slett! Har han tenkt på korleis andre med kreft opplever det, dei som ikkje meistar kreften, som går under av sjølvmedlidenheit og smerte idet dei får ein alvorleg, dødeleg sjukdom?

Fugelli har likevel eit poeng når han stiller diagnosen på samfunnet vårt, ein framvekstande tendens i det moderne Noreg, der vi i større grad enn før dyrkar perfektjon, einarane, og at vi har fått eit mykje større gap mellom dei som lukkast og dei som ikkje meistarar – og i det ligg det også eit større stigma.

Vi følgjer forfattaren fram til mars 2013, i arbeid, i samveret med familien, som medieaktør og rikssynsar, som pasient, han får etterkvart metastaser av sin kreft til lungene, og må vente i månadsvis på at dei små svulstane skal bli store nok for at dei – kanskje – kan opererast vekk. Han lever på lånt tid. Eg håpar at «Journalen» ikkje blir forfattaren si siste bok. Den er lesverdig, humoristisk og tankevekkande. Per Fugelli er ei viktig stemme i det offentlege Noreg og eg håper at han blir hos oss ei god stund til.

Stay alive, Per!

Lisbeth Homlong



# Gilbert Welch til PMU 2014

■ TOM SUNDAR leder for hovedkomiteen PMU 2014



Den amerikanske medisinprofessoren Gilbert Welch blir hovedgjest ved Primærmedisinsk uke i Oslo neste år. Welch er anerkjent for å ha løftet temaet overdiagnostikk opp på dagsorden i den helsepolitiske og medisinskfaglige debatten internasjonalt.

Welch er professor ved Dartmouth's Geisel School of Medicine i New Hampshire, USA. Hans forskning kretser rundt problemstillinger knyttet til tidlig medisinsk diagnostikk: Leger tester for mye, behandler for ofte og sykkeliggjør for mange mennesker. Mye av arbeidet hans er rettet mot overdiagnostikk forbundet med kreftscreening, fremfor alt screening for føflekkreft og kreft i thyroidea, lunge, bryst og prostata.

Som hovedforeleser ved Primærmedisinsk uke (PMU) i oktober 2014 vil han meddele sine refleksjoner rundt overdiagnostikk – et fenomen han har skrevet om i boken *Overdiagnosed* som kom ut i 2011. Innledningsvis i boken sier Gilbert Welch:

«Før i tiden gikk ikke folk til lege så lenge de følte seg friske – de ventet som regel til de fikk symptomer. Legene på sin side oppmunnet ikke friske mennesker til å oppsøke helsevesenet. Nettoeffekten var at leger stilte færre diagnoser enn det de gjør i dag. Men det har vært et paradigmeskifte: Tidlig diagnostisering er blitt et mål i seg selv. Folk oppsøker helsevesenet mens de fremdeles er friske og leger detekterer sykdom tidligere. Hos stadig flere mennesker oppdager man tegn på tidlig sykdom, heller enn sen sykdom. Følgelig stiller legene flere diagnoser – herunder diagnoser hos dem som ikke har noen symptomer. Noen av disse

personene vil uvegerlig utvikle sykdom. Andre vil ikke det – de er overdiagnostisert.»

Overdiagnostikk og overbehandling er drøftet i to kronikker i dette nummeret av Utposten – av henholdsvis Gisle Roksvund og Eivind Meland. De to påpeker at så lenge pasienter kommer til helsetjenesten med symptomer og plager, og legene gjør funn som kan forklare plagene, vil ikke overdiagnostikk og overbehandling så lett oppstå. Men dersom befolkningen innkalles til screeningundersøkelser, eller friske personer oppsøker legen for en såkalt «helsesjekk», og man så finner et eller annet som kanskje kan komme til å gi plager, sykdom eller død på et senere tidspunkt, står man i stor fare for å bedrive overdiagnostikk og dermed overbehandling.

## Kunsten å velge

En skadevirkning av denne formen for sykeliggjøring, skriver Meland, er at pasienter føres bak lyset ved at de ikke blir informert i tilstrekkelig grad eller tatt med i problematiske valg om egen helse og behandling:

«Det er for eksempel ingen selvfølge at funn av kreft i prostata skal berettige kirurgi- eller strålebehandling. Derimot må pasienten vurdere ulemper og fordeler opp mot hverandre,

og være en deltakende partner sammen med legen.»

Å skape en ny pedagogisk kultur i helsevesenet, der pasientene informeres og ansvarliggjøres til å bli deltakende medaktører i spørsmål om medisinsk behandling, slik Meland etter spør, krever bevisstgjøring og aktiv prioritering blant leger, helsepersonell, beslutningstakere og politikere. Det leder oss til den enkle, men likevel vanskelige konklusjon om at det til sjuende og sist handler om å velge. Disse refleksjonene danner bakgrunnen for kongressmottoet for PMU 2014: *Kunsten å velge*.

## Følg med på pmu2014

PMU arrangeres 20.–24. oktober neste år i regi av Allmennelegeforeningen, Norsk forening for allmennelegemedisin og Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam). Kongressens hovedarena blir også denne gang Radisson Blu Scandinavia Hotel, sentralt i Oslo. Over 30 kliniske emnekurs og dagskurs er for tiden under planlegging, likeledes et spennende musikk- og kulturprogram. Hovedforelesningen ved dr. Gilbert Welch holdes torsdag 23. oktober.

En oversikt over kursene som tilbys ved PMU 2014 vil være tilgjengelig på [www.pmu2014.no](http://www.pmu2014.no) for jul. Fullstendig program for hvert enkelt kurs vil bli lagt ut til våren.



## En lyrisk stafett

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

*Tove Rutle – lagleder*

Jeg opplever poesi som bruk av språket, slik at det hos leseren skaper bilder og fornemmelser som vekker følelse og stemningsfullhet.

Bob Dylans «Every Grain of Sand» står for meg som et poetisk mesterverk. Det er dypt personlig og høyst universelt; en sår og vakker beretning om fortvilelse, streven, undring og åpenbaring.

Storheten og sammenhengen i alt som er skapt beskrives i ydmykhet overfor det små: i hvert blad som skjelver, i hvert sandkorn som finnes, i hver spurv som faller til jorden. Det er en sterkt religiøs hymne som utfordrer agnostikeren i meg og fyller meg med respekt for noe som er større enn det jeg kan begripe.

*Erik Wassum*

### *Every Grain of Sand*

In the time of my confession, in the hour of my deepest need  
When the pool of tears beneath my feet flood every newborn seed  
There's a dyin' voice within me reaching out somewhere  
Toiling in the danger and in the morals of despair

Don't have the inclination to look back on any mistake  
Like Cain, I now behold this chain of events that I must break  
In the fury of the moment I can see the Master's hand  
In every leaf that trembles, in every grain of sand

Oh, the flowers of indulgence and the weeds of yesteryear  
Like criminals, they have choked the breath of conscience and good cheer  
The sun beat down upon the steps of time to light the way  
To ease the pain of idleness and the memory of decay

I gaze into the doorway of temptation's angry flame  
And every time I pass that way I always hear my name  
Then onward in my journey I come to understand  
That every hair is numbered like every grain of sand

I have gone from rags to riches in the sorrow of the night  
In the violence of a summer's dream, in the chill of a wintry light  
In the bitter dance of loneliness fading into space  
In the broken mirror of innocence on each forgotten face

I hear the ancient footsteps like the motion of the sea  
Sometimes I turn, there's someone there, other times it's only me  
I am hanging in the balance of the reality of man  
Like every sparrow falling, like every grain of sand

BOB DYLAN 1981

Mariann Mathiesen  
blir herved utfordret til  
å dra stafetten videre.







Nord-Norge Tlf. 77 64 58 90 Sør-Øst Tlf. 23 01 64 00

Midt-Norge Tlf. 72 82 91 00 Vest Tlf. 55 97 53 60

[www.rellis.no](http://www.rellis.no)

*Regionale legemiddelinformasjonsentre (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.*

# Samtidig bruk av platehemmere

## Spørsmål til RELIS

RELIS får jevnlig ulike varianter av spørsmålet om betydningen av interaksjonen mellom klopidogrel (Plavix) og protonpumpehemmere. Her gjengis en utredning som i hovedsak oppsummerer hva vi tidligere har svart på slike spørsmål. I tillegg berøres interaksjoner med NSAIDs og ASA.

Den aktuelle henvendelsen gjaldt en eldre kvinne med kneleddsartrose som bruker klopidogrel og acetylsalisylsyre mot alvorlig aterosklerose. Kvinnen har mye smerter fra knærne og har god nytte av kombinasjonen naproksen/esomeprazol (Vimovo). Legen er imidlertid usikker på om preparatet svekker effekten av klopidogrel, i hvilken grad dette er klinisk relevant og om det fins alternativer dersom kombinasjonen frarådes.

Vimovo består av et NSAID; naproksen, samt protonpumpehemmeren esomeprazol. Begge bestanddelene kan potensielt interagere med pasientens platehemmere.

### Protonpumpehemmere og klopidogrel

RELIS har tidligere utredet bruk av kombinasjonen protonpumpehemmere (PPI) og klopidogrel (1). En oppsummering gjengis her:

Bakgrunnen for anbefalinger om ikke å bruke PPI i kombinasjon med klopidogrel skyldes i hovedsak teorien om at PPI hemmer omdanning av klopidogrel til aktiv metabolitt. Det skjer ved kompetitiv hemming av CYP2C19, noe som medfører redusert klinisk effekt av klopidogrelbehandlingen. Det er per i dag fire PPI på det norske markedet; omeprazol (Losec), lansoprazol (Lanzo), pantoprazol (Somac) og esomeprazol (Nexium). Alle metaboliseres av CYP2C19 og CYP3A4 til inaktive metabolitter, men har ulik affinitet for CYP2C19. Pantoprazol er ikke vist å påvirke CYP2C19 og er av den grunn foretrukket i kombinasjon med klopidogrel i tilfeller det er aktuelt. I tillegg er det kjent genetisk polymorfisme for CYP2C19, der omtrent to til tre prosent av den kaukasiske befolkningen og 14–20 prosent av den orientalske er langsomme omsettere. 20 prosent av kaukasiene er intermedieære omsettere, noe som er vist å ha følger for behandling med PPI, med påfølgende høyere konsentrasjoner og økt klinisk effekt (1).

In vitro studier har vist at høydose omeprazol reduserer den platehemmende effekten av klopidogrel med 30 prosent, men at lavdose omeprazol har mindre innvirkning på klinisk effekt. Det er ikke funnet at høydose pantoprazol interagerer med klopidogrel. Legemiddelverket anbefalte derfor i 2010 at omeprazol og esomeprazol ikke skulle brukes i kombinasjon med klopidogrel, men fant ikke

grunnlag for å fraråde bruk av andre PPI i kombinasjon med klopidogrel. Per i dag gjelder de samme anbefalingene (1).

I preparatomtalen til klopidogrel gjelder forsiktighetsregelen om å unngå samtidig bruk av sterke eller moderate CYP2C19-hemmere. Den norske interaksjonsdatabasen tilrår at kombinasjonen klopidogrel og omeprazol, esomeprazol samt lansoprazol bør unngås (2).

To metaanalyser ble publisert i 2010 og 2011, hvorav den ene viste assosiasjon mellom samtidig bruk av PPI og klopidogrel og alvorlige koronare hendelser og død. Den andre viste imidlertid ingen økt risiko. De fleste studier publisert etter 2011 og frem til i dag har ikke vist økt risiko for alvorlige koronare hendelser og død ved bruk av kombinasjonen klopidogrel og PPI. Interessant nok har bruk av PPI alene vist økt risiko for kardiovaskulære hendelser. Det påpekes imidlertid at de fleste brukere av PPI er eldre pasienter som i utgangspunktet har økt risiko for kardiovaskulære hendelser. Det råder derfor usikkerhet om den økte risikoen kan tilskrives bruk av PPI alene eller om det er et mål på økt komorbiditet hos denne pasientgruppen. I tillegg konkluderer to oppdaterte reviewartikler med at det ikke er forskjell i innvirkning på klopidogrelaktivitet mellom de ulike PPIene, og at konfundrende faktorer kan være årsak til at forskjeller er vist i tidligere studier. Fordelen av å behandle pasienter med høy risiko for GI-blødninger synes imidlertid å overveie risikoen for kardiovaskulære hendelser hos pasienter som bruker klopidogrel (1).

### Klopidogrel og naproksen

Bruk av klopidogrel sammen med naproksen er sett å kunne føre til økt risiko for gastrointestinal blødning, men kombinasjonen regnes ikke for absolutt kontraindisert (3).



# og protonpumpehemmere – går det an?

## ASA og esomeprazol

Enkelte studier har vist at den blodplatehemmende effekten av acetylsalisylsyre (ASA) kan svekkes ved samtidig bruk av PPI. Dette skyldes trolig at PPI endrer pH, og dermed biotilgjengeligheten til ASA. Den kliniske betydningen er derimot usikker (3).

## ASA og naproksen

RELIS har nylig utredet bruk av naproksen i kombinasjon med ASA (4). Under følger et utdrag av denne utredningen.

Flere farmakodynamiske studier har undersøkt om NSAIDs kan påvirke effekten av lavdose ASA på blodplatene. RELIS har tidligere vurdert at fast administrering av ibuprofen flere ganger daglig kan nedsette den platehemmende effekten av lavdose ASA. Dette kan skyldes blokkering av bindingsstet på COX-1 slik at man får en reversibel hemming av enzymet istedenfor den permanente inaktivering som ASA gir. For naproksen er det også noen data som tyder på at legemidlet hemmer den antitrombotiske effekten av ASA ved samtidig behandling, men resultatene varierer (4).

Andre forhold det kan være aktuelt å vurdere ved kombinasjon av NSAIDs og ASA, er kardiovaskulær risiko og risiko for gastrointestinal blødning. Naproksen anses å være det NSAIDs som har lavest kardiovaskulær risiko. Samtidig behandling med naproksen og lavdose ASA gir økt risiko for blødning pga. COX-1-hemming (4).

## Konklusjon

Ettersom pasienten har behov for samtidig behandling med NSAIDs og platehemmere, bør hun for å redusere den økte risikoen for gastrointestinale blødninger også behandles

med en PPI. Esomeprazol reduserer den platehemmende effekten av klopidogrel, men det råder fremdeles usikkerhet om hvorvidt denne effekten har klinisk betydning. Pantoprazol er ikke funnet å redusere den platehemmende effekten. Nyere studier indikerer at det ikke er økt risiko for kardiovaskulære hendelser og død ved bruk av kombinasjonen klopidogrel og PPI.

Med bakgrunn i inkonsekvente data vedrørende den kliniske betydningen av interaksjonen rådes det fremdeles til forsiktighet ved bruk av klopidogrel og esomeprazol. Ved behov for samtidig behandling med PPI hos pasienter som bruker klopidogrel anbefales fremdeles pantoprazol fremfor andre PPI. Et alternativ for den aktuelle pasienten vil dermed kunne være behandling med naproksen og pantoprazol i to separate preparater i stedet for kombinasjonspreparatet Vimovo. Fordelene ved dette må imidlertid veies mot ulempen ved at pasienten må ta to preparater i stedet for ett, med den fare for svekket compliance dette innebærer.

## REFERANSER

1. RELIS database 2013; spm.nr. 8059, RELIS Vest. ([www.relis.no/database](http://www.relis.no/database))
2. Statens legemiddelverk. Interaksjonssøk. <http://www.legemiddelverket.no/interaksjonssok> (Søk: 20. september 2013).
3. Lægemiddelstyrelsen. Den nationale Interaksjonsdatabase. <http://www.interaksjonsdatabasen.dk> (20. september 2013).
4. RELIS database 2013; spm.nr. 2842, RELIS Sør-Øst. ([www.relis.no/database](http://www.relis.no/database))

**Camilla Borthen Methlie**  
overlege, spesialist i klinisk farmakologi  
RELIS Vest, Haukeland universitetssykehus



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

# Videobibliotek for allmennleger

Helsebiblioteket.no har laget et videobibliotek for praktiske ferdigheter i videre- og etterutdanningen i allmennmedisin. En kort film kan gi en rask repetisjon av prinsippene ved praktiske prosedyrer.

Filmene er samlet med utgangspunkt i listen over praktiske prosedyrer man skal beherske som spesialist i allmennmedisin, men underveis kom vi over andre interessante videosnutter som vi samlet i en tilleggsliste. Listene finnes ved å søke «videobibliotek» i søkefeltet til Helsebiblioteket.no, eller ved å gå inn på emnesidene for allmennmedisin under «faglig fordypning»:

- prosedyrer man skal beherske som spesialist i allmennmedisin
- andre prosedyrer som kan være aktuelle for turnuslegen/allmennlegen

Selv om man er spesialist, kan det hende at man ønsker en repetisjon av en grundig nevrologisk undersøkelse eller en innføring i innleggelse av spiral. Dersom en svimmel pasient oppsøker legen og det mistenkes benign paroksysmal posisjonsvertigo, bør alle kunne utføre Dix-Hallpikes-test og Epleys manøver, alternativt «log-roll» manøver ved løse krystaller i laterale buegang.

Det er vanlig å drille hjelpepersonalet i basal hjerte-lunge-redning. Du får god veiledning gjennom anbefalt videosnutt på norsk. Noen ganger kan man være usikker på om man virkelig ser en ørebetennelse. Kanskje kan en video fra *The New England Journal of*

The screenshot shows the website interface for Helsebiblioteket.no. The main navigation bar includes links for Helsebiblioteket, Retningslinjer, Oppsummert forskning, Tidsskrifter, Databaser, Pasientinformasjon, Verktøy, and Fagprosedyrer. The current page is titled 'Emnebibliotek allmennmedisin' and features a section for 'Videobibliotek'. The article text describes the purpose of the video library and lists practical procedures. A small photo shows a person at a computer workstation. The footer of the article mentions the editors: dr. med. Brynjar Landmark and Alexander Wahl.

*Medicine* være til inspirasjon? Om man har god nettilgang med smarttelefon eller nettbrett, kan man ha en rutine om å se en liten film per dag. På bussen til jobben kan du for eksempel kikke nærmere på hvordan man elegant fikser en inngrodd negl.

Filmene er samlet fra forskjellige kilder. Filmprodusentene står selv ansvarlige for den faglige kvaliteten. Listen er ikke godkjent av spesialistkomiteen, og noen av filmene avviker litt fra norsk praksistradisjon. Vi stoler på legenes eget skjønn.

Helsebiblioteket.no har tatt kontakt med Norsk Helsenett for at filmene skulle slippes gjennom internetfilteret og inn på dataskjer-

men hvor legene jobber. Beklageligvis har man ennå ikke funnet en løsning på dette problemet.

Fortsatt mangler noen filmer for at listen skal bli komplett. Vi er åpne for forslag til alternative filmer – gjerne på norsk. Listene er utarbeidet av dr. med. Brynjar Landmark og undertegnede.

Gi gjerne tilbakemelding til [alw@nokc.no](mailto:alw@nokc.no) slik at listene blir av høyest mulig kvalitet!

**Alexander Wahl**

Spesialist i allmennmedisin og redaktør for primærhelsetjeneste, Helsebiblioteket.no