

Utposten

3 2016
ÅRGANG 45

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Antibiotika
– resistens og bruk

Nye diabetesretningslinjer
Aktivitetskravet ved sykefravær
Tromsømarkaprojektet

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

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:****Tom Sundar**

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com**Mona S. Søndena**

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@gmail.com**Badboni El-Safadi**

Gudes gate 1

1530 Moss

MOBIL: 990 09 090

E-POST: badboni@gmail.com**Sigurd Høye**

Tiurveien 1

0852 Oslo

MOBIL: 404 51 747

E-POST: sigurd.hoye@gmail.com**Anne Grethe Olsen**

Hvalrossveien 19

9600 Hammerfest

MOBIL: 907 48 456

E-POST: angr-ols@online.no**Kristine Asmervik**

Sverdrupsvei 42

7020 Trondheim

MOBIL: 928 12 335

E-POST: kri-as-d@online.no**Mina Piiksi Dahli**

Myklegardgata 3B

0656 Oslo

MOBIL: 957 97 708

E-POST: minadahli@gmail.com**Dag-Helge Rønnevik**

Århaugbakken 9

5541 Kolnes

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com

FORSIDE: Endre Skau

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no



1 LEDER: Det er ikke spiker, alt som kan hamres
Sigurd Høye

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:
Rydd plass til legevakten, folkens!
Jesper Blinkenberg intervjuet av Jannike Reymert

6 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:
Til felts mot antibiotikaresistens
Tom Sundar

10 Slutt å mase om antibiotikabruken?
Roar Dyrkorn

12 Skjerpet aktivitetskrav reduserte sykefravær
Ragnhild Jordet

16 Hva er i veien med Hedmarksmodellen?
Kjartan Olafsson

20 Sammen om smittevern
Kirsten Gravningen, Anne Mette Asfeldt, Torni Myrbakk og Hilde Isaksen

22 Høring av nye diabetesretningslinjer fra Helsedirektoratet
Tor Claudi

28 Spørsmål om ansvar for dialog-
meldinger mellom fastlege og sykehus

30 Overdiagnostikk, krokodiller og sardiner
Eivind Meland

34 – Det handler om at vi ikke har råd til å la være
Dag-Helge Rønnevik

38 Ny kunnskap i allmennmedisin.
Presentasjon av sammendragene fra forskningsdagen på Nidaroskongressen 2015
Redigert av Elin Olaus Rosvold

45 BOKANMELDelse:
Metodebok for sykehjemsleger
Anmeldt av Fred Andersen

46 FASTE SPALTER

RELIS 46

LYRIKKSTAFETTEN 48

Det er ikke spiker, alt som kan hamres

I dette nummeret av *Utposten* presenterer Tom Sundar Helse- og omsorgsdepartementets «Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten», som ble lansert i januar i år. Handlingsplanens undertittel synliggjør det temmelig ambisiøse målet: *å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020.* «Slutte å mase om antibiotikabruken?» spør Roar Dyrkorn ironisk et annet sted i dette nummeret av *Utposten*. Ikke uventet svarer han nei.

Det er noe særegent ved antibiotika. Penicillin ble i starten omtalt som en mirakelmedisin, og markerte på mange måter overgangen til en ny æra i medisinen. Magien henger ved medikamentet fremdeles. Antibiotika fungerer nok ofte som en hammer – det flotteste og mest effektive verktøyet i verktøykassen – som igjen medfører at vi liker å vurdere problemer som spikere. Da Barry Marshall og Robin Warren i 1982 oppdaget at bakterien *H. pylori* kunne forårsake magesår, var dette å treffe spikeren midt på hodet. Men denne oppdagelsen betyr ikke at alle foreløpig uforklarte medisinske symptomer og tilstander skyldes bakterier, og kan behandles effektivt med antibiotika. Både korsryggsmerter, depresjon og langvarig utmattelse er i noen miljøer foreslått som indikasjon for langvarig og bredspektret antibiotika- bruk. Langt mer vanlig – både blant leg og lærd – er det med overtro på antibiotika ved hoste, snørr og tårer. Handlingsplanen er et forsøk på å avmytologisere antibiotika. Den flotte hammeren bør få hvile mellom hver gang vi støter på ekte spiker.

Selv om det er noe helt særegent ved antibiotika, kan regjeringens handlingsplan også være en døråpner for mer generelle tiltak i allmennpraksis; med denne planen retter regjeringen oppmerksomhet mot kvalitet i primærhelsetjenesten. Regjeringen ønsker at både kommunelegene og Senter for kvalitet i legekantor (SKIL) får pådriverroller i arbeidet for en riktigere antibiotikabruk. Ifølge «Forskrift om fastlegeordning i

kommunene» skal kommunen sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten. Dette ansvaret har nok ikke så mange fastleger merket noe særlig til foreløpig. Kanskje kan handlingsplanen være verktøyet som skal til for at kommunene tar ansvaret mer på alvor – og for at fastlegene i større grad etterspør kvalitetshevede tiltak i egen kommune? Samtidig er det gledelig å registrere at regjeringen anser SKIL som en naturlig aktør i dette arbeidet. Selv om

handlingsplanen ikke inkluderer noen direkte økonomisk støtte til SKIL, kan vi håpe den medvirker til at SKIL virkelig blir en populær og effektiv pådriver for kvalitet i primærhelsetjenesten.

Interessekonflikt: Sigurd Høye deltok i utarbeidelsen av Folkehelseinstituttets utkast til handlingsplanen, og er ansatt ved Antibiotikasenteret for primærmedisin, som har fått ansvar for å iverksette flere av tiltakene i planen.

SIGURD HØYE

Rydd plass til lege

Jesper Blinkenberg ■ INTERVJUET AV JANNIKE REYMERT

Mange kvier seg for legevaktarbeid og utvikler et ambivalent eller negativt forhold til denne delen av fastlegejobben. Tidligere Utposten-redaktør og fastlege Jesper Blinkenberg har en helt annen holdning til legevakt.

– Jeg har alltid likt legevakt, likt å jobbe sammen på tvers av faggrupper, når det haster og der noe står på spill – da er det meningsfullt å være på jobb. For legevakt er jobb, ikke en hobby for spesielt interesserte, slår han kategorisk fast.

Jesper har fått lov til å sette dagsorden for dette intervjuet, og vi har knapt satt oss før han begynner å snakke om legevakt og tilliggende herligheter.

Han er fastlege i Askøy kommune, vel 20 minutters kjøretid fra Bergen sentrum der

– *Legevakt er kjernen i min legeverden, sier Jesper Blinkenberg.* FOTO: TONE MØRKEN



Legevakten, folkens!

han bor. Ofte sykler han ned til kaia og tar båten til jobben. Den første tiden etter turnus jobbet han på Bergen legevakt. Fra den travle bylegevakta med flere timers ventetid var det fantastisk å komme til en kommune med en velorganisert legevakt for de 28 000 innbyggerne som bor i Askøy.

UTPOSTEN: Mange kolleger opplever legevaktarbeidet som et ork. Det er vel mange grunner til det. Man står alene, «alt» kan skje og ettermiddagene og nettene er jo den tiden på døgnet mange ønsker å ha fri. Blir du aldri lei av å ta dine legevakter?

– Legevakt er kjernen i min legeverden. Her er de sykeste midt i en haug av ganske friske. Den store utfordringen er å finne disse. Når jeg innimellom ikke tar mine vakter, er det på grunn av resten av livet – familieforpliktelser, reiser, andre oppgaver. Jeg tror mange fastleger sliter med å ta inn over seg at legevaktarbeidet er, og skal være, en like naturlig del av jobben som det er å sitte på kontoret og ha pasienter mellom klokka åtte og fire på dagtid. Sykehuslegene har en helt annen holdning til dette og tar sine vakter som en naturlig del av arbeidsplanen.

Han skynder seg å legge til at det er store mangler ved organiseringen av legevakt som har bidratt til at den har lav status blant kollegene.

– Teamarbeid må tilrettelegges ved at legevakten og ambulansestasjonene samlokaliseres så man kan utnytte hverandres kompetanse og vite at det er flere å spille på når det kniper. Når så fastlegeordningen binder legene sterkt til kontoret på dagtid, blir legevakten lett vurdert som en mindre viktig del av jobben som vi ikke har like stort ansvar for som pasientene på listen vår.

Med et hjertesukk fortsetter han: – Leger må dessuten snart innse at de ikke er bedre enn andre til å jobbe mye. Skal de orke legevaktarbeide på kvelds- og nattestid må de ta seg fri på dagtid. Dette handler om gammel tradisjon og machokultur. Å jobbe lange vakter er noe alle kan skryte på seg,



FOTO: TONE MØRKEN

men ingen snakker om hvor dårlig jobb man kanskje gjorde på slutten av en alt for lang arbeidsøkt, der blæren var full og magen tom etter 12 timers jobb i strekk.

På Askøy har det relativt nye legesenteret, Strand legesenter, fem kontorer som deles av syv leger slik at ingen av legene er tilstede hver dag. I tillegg har de fellesliste, og selv om pasientene kan forholde seg mest til en lege vet pasientene at de ikke kan forvente å treffe denne legen hver dag.

– Målet vårt er at alle skal kunne lage sin egen arbeidsplan, også med plass til legevakt. Flere tar fri før eller etter vakt. Med så god inntjening vi fastleger har, mener jeg vi har litt å gå på. Ingen blir ruinert av å unne seg en fridag etter nattevakt, eller en ekstra fridag før eller etter helgejobbing, sier Jesper og hører at han blir veldig bombastisk; – For de som har kjøpt seg inn i en praksis for rundt en million kroner er det selvsagt vanskelig å ikke ha fokus på høy

inntjening, i alle fall en periode. Det er jo synd at de unge legene må sette seg i så stor gjeld for å ha en jobb å gå til.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Så stor er Jespers interesse for legevaktsmedisin at han de siste ti årene har hatt deltidsjobb på Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) i Bergen. Senteret er nabo med seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og er finansiert av Helsedirektoratet. – Det er nok ikke tilfeldig at kompetansesenteret ble lagt til Bergen. Min sjef, Steinar Hunskaar, skal ha mye av æren for det. Det allmennmedisinske miljøet her kan skilte med et solid, kunnskapsbasert allmennmedisinsk miljø og var dermed godt rustet til å ta på seg denne oppgaven.

Jesper har jobbet mye med utvikling av



FOTO: TONE MØRKEN

kursmal til de obligatoriske akuttmedisinskursene alle allmennleger må ta hvert femte år som ledd i videre- og etterutdanningen. Han har også vært med og laget et nettkurs som er et nyttig forkurs til selve akuttmedisinkurset. Kursmalen kan også benyttes til smågrupper eller trening av akuttmedisinske prosedyrer på legekonto- ret.

I disse dager tilpasses kursmalen til den nye legevaktsforskriften som trådte i kraft 1. mai 2015, og nytt nettkurs er på vei. Helse- direktoratet legger opp til at kursene heretter skal være tverrfaglige, for leger og annet legevaktpersonell som jo oftest er sy- kepleiere.

– Jeg synes det er positivt at disse kurse- ne skal være for alle yrkesgruppene i lege- vakt, helst burde de vært for alle som deltar i den akuttmedisinske kjeden i primærhel- setjenesten. Det skulle bare mangle at vi ikke har felles kurs og trener sammen.

Sammen med Harald Sundby arrangerer han også kurs i akutt sosialmedisin. De har allerede arrangert et kurs, og to nye er satt på timeplanen.

Det er faktisk en avlegger fra min tid som medredaktør i *Utposten*. Kollega Harald Sundby skrev en god artikkel om de vanske- lige sosialmedisinske utfordringene i all- mennmedisin. Jeg likte det han skrev, og vi fant tonen. Senere tok han kontakt for å få meg med da han hadde blitt utfordret til å arrangere et kurs om sosialmedisinske ut- fordringer på legevakt. Nå arrangerer vi kurs sammen. Dette handler om psykiatri, flyktninger, trusler om vold. Mange synes dette er vanskelige og krevende sider av legevaktarbeidet, kursene gjør legene bedre i stand til håndtere dette med faglighet, kunnskap og ferdigheter.

Doktorgrad på gang

UTPOSTEN: Etter flere års venting på alle nød- vendige godkjenninger skal Jesper nå ta

fatt på et ph.d. arbeid der han skal studere allmennlegers og legevaktlegers praksis for øyeblikkelig-hjelp-innleggelses. Han skal koble sammen data fra Fastlegeregis- teret, Helfo-databasen og Norsk pasientre- gister som har informasjon om innleggel- ser i sykehus. Hypotesen er at leger har ulik terskel for å legge pasienter inn i sy- kehus som øyeblikkelig-hjelp. Men hvor store er forskjellene?

– Forskjellene skyldes nok delvis ulik to- leranse for å leve med risiko, og at noen le- ger derfor legger inn flere pasienter enn andre. Men det er nok andre faktorer som også spiller inn, og det vil jeg se nærmere på.

UTPOSTEN: Dette blir krevende, er du ikke redd for å ta deg vann over hodet?

– Jo, men jeg er optimist av natur. Her i Bergen er det et sterkt miljø for forskning og jeg har fått en veldig god start med den Nasjonale forskerskolen for allmennmedi- sin (NAFALM) hvor jeg har vært med siden i høst.

Skriveprosessen har han erfaring med både fra sine fem år som medredaktør i *Utposten* og da han sammen med kollega Ingrid Hjulstad Johansen oppdaterte *Lege- vakthåndboken* i 2012.

Å revidere *Legevakthåndboken* og tilrette- legge den for nett og app var en kjempe- jobb, men vi kom i mål. Jeg var så heldig at jeg skadet foten rett før påske det året. Mens andre gikk på ski kunne jeg tilbringe påsken med foten høyt og fingrene på tas- taturet. Det var lange dager, men vi fikk i det minste spist matpakke og påskeegg mellom skriveøktene, så like travelt som på legevakt var det ikke, sier han med en liten latter.

UTPOSTEN: Fortell litt mer om kompetanse- sentret, hva driver dere med?

– Oppdraget vårt er å drive forskning og fagutvikling for legevakt. Vi har mange

ulike prosjekter. I Legevaksregisteret re- gistrerer vi alle legevakter og organisato- riske forhold rundt dem, så som størrelsen på legevaktdistriktene, hvem som samar- beider med hvem, hvor mange som er på vakt og hvor lange vaktene er. Dette bruker vi til å uttale oss så kunnskapsbasert som det går an. Vårt mål er at legevaktene skal bli så gode som mulig, både faglig og orga- nisatorisk. Vi synes også det er viktig å styrke allmennlegers stilling i legevakt- sammenheng. Målet må være å få så gode vilkår på legevakten at alle fastleger vil jobbe der.

Jesper tror mange leger føler seg faglig ensomme på vakt. – Som oftest sitter legen alene og skal avgjøre hvem som er så syke at de må innlegges og hvem som er så fris- ke at de kan sendes hjem. Hvis vi ikke gjør de rette vurderingene vil enten sykehuse- ne bli overfylt, eller vi sender alvorlig syke mennesker hjem. Disse vanskelige avgjø- relsene snakkes det alt for lite om, blant annet fordi vi jobber så alene. Hadde vi hatt et forum for det ville vi lært mye av hver- andre. I studietiden gikk vi stort sett på sy- kehusene og lærte oss å se verden derfra. De som fortsetter på sykehus blir jo gående i et miljø med mange å drøfte pasientene med, mens vi på legevakt blir sittende helt alene med et stort ansvar. Dette er vi opp- tatt av ved Nklm.

Fremtidens legevakt

Kompetansesenteret har også laget et for- slag til organisering av fremtidens lege- vakt. – Vi har beskrevet tenkte legevakts- distrikter med over 30 000 innbyggere i nedslagsfeltet. Som hovedregel bør de ha to leger på vakt. Der avstandene blir for store ser vi for oss en legevaktsentral med satellitter i ytterkantene som for eksempel har kvelds åpne legekontorer. Vi foreslår også at det skal være et nasjonalt mål at in- gen legevaktsdistrikter skal være så store at ikke 80–90 prosent av innbyggerne har under 40 minutters kjøring til nærmeste legevakt. Dette er en utfordring i store de- ler av distriktsnorge.

Kollega Guttorm Raknes hos oss har sett på bruk av legevakt i forhold til avstand mellom bosted og legevaktens tilholds- sted. Han fant at antall henvendelser fra dem som bodde langt unna legevakten var klart lavere uansett tilstand og hastegrad. Ikke bare var det færre henvendelser for bagatellmessige ting, men dette gjaldt også for de alvorlige tilstandene. Vi kan altså fastslå at det er en klar smertegrense for hvor stor avstand det kan være til legevak- ten.

De unge legene

UTPOSTEN: Med en del år i faget bak seg er det naturlig å tenke på etterveksten. Har du noen tanker om hvordan vi skal legge til rette for å få unge leger til å søke seg til vårt fag?

– Jeg tror vi på en eller annen måte må gjøre det lettere å komme inn i allmennpraksis enn det er i dag. Den økonomiske bøygen med rundt en million kroner for å kjøpe seg inn i en praksis er et stort hinder for mange unge. Jeg tror mange frykter å bli slavebundet til høy turnover av pasienter for å skaffe seg stor nok inntekt til å forsvare denne investeringen. Vi bør også lage utdanningsstillinger der arbeidsbyrden er tilpasset et familieliv med små barn og ektefelle i full jobb. Der har vi noe å lære av sykehusturnusene med fri før og etter vakt, avspaseringsuker og bedriftsbarnehager. Likeledes ligger vi langt bak sykehusmiljøene med å legge til rette for god fagutvikling på arbeidsplassen. Allmennleger bør sette av noe av arbeidstiden hver uke til fagutvikling på kontoret. Det skaper et godt arbeidsmiljø og kultur for samarbeide. Dette etterspør de unge langt mer enn de eldre legene, noe som gir meg et håp om forbedring.

Jesper forteller at da han satt i redaksjonen i *Utposten* var de på praksisbesøk i Portugal. Der har de utviklet en flott modell for nyutdannede leger: I tre år jobber utdanningskandidatene veldig tett med en eldre kollega der det er avsatt rikelig tid til refleksjon over ulike problemstillinger som dukker opp i praksisen.

– På vårt kontor prøver vi å sette av en time i uka til smågruppevirksomhet. Vi har også satt oss som mål å være et kontor

som skal forandre seg og ikke gro fast i gamle vaner. Derfor har vi nylig gått gjennom våre rutiner og gjort en del endringer. For å være mer tilgjengelige for pasientene våre har vi begynt med åpen telefonlinje hver morgen slik at pasientene kan ringe rett inn til sin lege. Etter denne telefontiden bruker vi 15 minutter til kaffeprat. Det er både hyggelig og nyttig, der er det rom for å ta opp små og store faglige problemstillinger – det er en luksus vi unner oss med god samvittighet.

Friluftsliv er best i Norge

Når Jesper ikke er på jobb står friluftslivets gleder høyt på prioriteringslisten.

– Jeg prøver å holde meg til Norge, det er jo rart at vi som bor i dette flotte landet må reise utenlands for å få til fine turer, sier han og fronter miljøaspektet som en god grunn til kortreiste ferier. En stund prøvde jeg å ikke kjøre fly i det hele tatt, men med en kone som er glad i Frankrike og en sønn fra Kina er det ikke så lett å være helt prinsippfast.

En stor turopplevelse han gjerne forteller om var da han og den eldste sønnen bestemte seg for å gå over fjellet fra mormorens hus i Oslo og hele veien hjem til Bergen. – Vi brukte 19 dager på turen. Vi gikk gjennom marka, over vidden og gjennom vestlandsnaturen. Det å bruke så mange dager og bare ha oss selv å tenke på ga en stor ro. Den eneste oppgaven var å passe på oss selv og nå frem til neste leirplass. Det var tid for mange, lange og gode samtaler. Vi valgte et tema hver dag. Vi var innom politikk, religion, skole, yrker, familie og andre temaer som dukket opp der

og da. Det var stort å gå helt hjem, den siste etappen ned fra Ulriken var veldig annerledes enn alle de andre turene vi har tatt til den toppen. Vi har fortsatt med våre årlige turer, forteller han tydelig fornøyd med at sønnen som nå er 17 fortsatt vil gå fjellturen med far – i Norge.

UTPOSTEN: Vi avslutter med et spørsmål man ofte stiller leger: – Hvorfor valgte du å bli lege?

– Ingen i min familie er leger. I mine første ungdomsår tenkte jeg å studere på Handelshøyskolen, men etter en sommerjobb på kontor der jeg ble satt til faktureringsarbeid innså jeg at dette ikke var noe for meg. På videregående fikk jeg det for meg at jeg ville gjøre noe bra for folk, hjelpe andre på en eller annen måte. Da valgte jeg å satse på medisinstudiet.

De første årene etter endt studium lurte jeg på hvorfor jeg valgte et yrke med så mye ansvar, det har tynget meg, særlig i de første årene. Det er nok derfor jeg er opp tatt av at de unge, nyutdannede kollegene våre trenger tettere faglig fellesskap og mulighet for oppfølging. For meg hjalp det av en eller annen grunn å bli spesialist, som om noe lettet. I dag angreir jeg ikke på yrkesvalget mitt, jeg trives faktisk bedre og bedre, avslutter han før han triller sykkel sin hjem en stille, februarkveld med klar himmel og et sjeldent nordlys over Bergen. Jeg kan ikke annet enn smile over at han uten å anskues sykler med regntrekket på sykkelhjelm i finværet. Bergensere vet mer enn andre om vær som skifter fra minutt til minutt, det kan være kjekt å vite hvor regntrekket er – til enhver tid!



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

Til felts mot antibiotikaresistens

■ TOM SUNDAR • Utpostens redaksjon

Dagens bruk av antibiotika er ikke bærekraftig og må reduseres. Regjeringens nye Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helse-tjenesten foreslår en rekke tiltak for å snu utviklingen. Fastleger og legevaktsleger, spesialisthelsetjenesten, sykehjem, tannhelse-tjenesten og ikke minst befolkningen skal mobiliseres.

– Målet er at bruken av antibiotika i helse-tjenesten skal reduseres med 30 prosent innen 2020, sa helse- og omsorgsminister Bent Høie da han i januar la frem handlingsplanen (1).

– De som av medisinske grunner trenger antibiotika skal få det. Men det skrives ut mer antibiotika enn det som er nødvendig. Det er også store forskjeller i forskrivning mellom ulike deler av landet og mellom kvinner og menn, påpekte statsråden (2).

Må dimensjoneres riktig

Antibiotika har en nøkkelrolle i dagens pasientbehandling, men dersom antibiotika i fremtiden fortsatt skal være en effektiv behandling mot infeksjonssykdommer, må bruken dimensjoneres riktig – og på en faglig forsvarlig måte: «Fortsetter dagens utvikling med økende antibiotikaresistens, kan vi om kort tid komme i en situasjon der infeksjonsrisikoen ved å gjennomføre standardoperasjoner som keisersnitt, hofteoperasjoner og hjertekirurgi blir for stor. En slik utvikling vil få store konsekvenser for nordmenns helse. Arbeidet mot antibiotikaresistens må derfor prioriteres høyere i helsetjenesten», slår handlingsplanen fast.

Dokumentet er lettest og instruktivt og

har en rekke referanser. Innledningsvis beskrives noen trender i antibiotikabruken i Norge: Forbruket økte fra 2005 til 2012, så kom en svak nedgang i 2013 og 2014. Samtidig har det i løpet av tiårsperioden vært en økning i bruken av bredspektrede antibiotika. Så mye som 80 prosent av all forskrivning av antibiotika til human bruk skjer i allmennpraksis mens seks prosent av forskrivningen skjer i sykehjem. Sykehusene står for ni prosent av forskrivningen mens tannlegene er ansvarlig for fem prosent. Høyt volum av antibiotika er det største problemet i allmennpraksis, mens bruken av bredspektrede antibiotika er den største utfordringen i sykehusene. I sykehjemmene er bruken av legemiddelet metenamin (Hiprex®) mot kroniske urinveisinfeksjoner hos kvinner en viktig bidragsyter til overforbruk av antibiotika.

Bygger på nasjonal strategi

Handlingsplanen er en videreføring av *Nasjonale strategier mot antibiotikaresistens (2015–2020)* som ble lagt frem i fjor og som definerer mål og tiltak for det samlede arbeidet mot antibiotikaresistens innenfor helse-sektoren så vel som resistens knyttet til matproduserende landdyr og kjæledyr, fisk og klima og miljø. Denne strategien setter

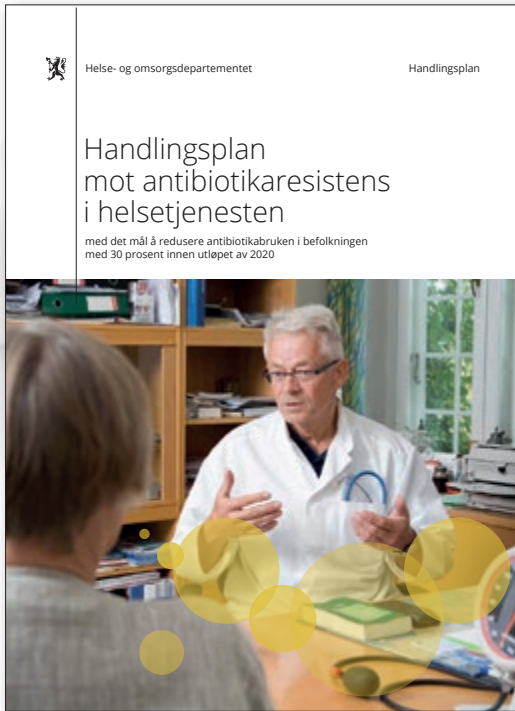
fem helsespesifikke mål som handlingsplanen også legger til grunn:

- å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent, målt i DDD (definerte døgndoser)/1000 innbyggere/døgn sammenlignet med 2012
- å medvirke til at Norge blir blant de tre landene i Europa som bruker minst antibiotika til mennesker, målt i DDD/1000 innbyggere/døgn
- å redusere gjennomsnittlig forskrivning av antibiotika fra dagens 450 resepter til 250 resepter/1000 innbyggere/år
- å redusere forskrivningen av antibiotika ved luftveisinfeksjoner med 20 prosent målt i DDD/1000 innbyggere/døgn sammenliknet med 2012
- å gjennomføre studier av sykdomsbyrde ved antibiotikaresistens, konsekvenser av eventuelt for lav antibiotikabruk og effekt av smitteverntiltak

Med dette som utgangspunkt, presiserer handlingsplanen at en reduksjon i bruken av antibiotika ikke skal medføre negative helseeffekter for befolkningen. Tiltakene som planen foreslår hviler derfor på to forutsetninger: at det er mulig å forebygge tilstander som krever antibiotikabehandling og/eller at antibiotika blir brukt unødvendig eller på feil måte.

Handlingsplanen skisserer seks tiltaksområder med til sammen 20 konkrete tiltak:

- 1 nasjonal organisering av arbeidet
- 2 tiltak rettet mot den generelle befolkningen
- 3 tiltak rettet mot fastleger og legevaktsleger
- 4 tiltak rettet mot spesialisthelsetjenesten



- tiltak rettet mot kommunale helseinstitusjoner
- tiltak rettet mot tannhelsetjenesten

Innholdet i planen er utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI) i samarbeid med et bredt fagmiljø – og er tuftet på dagens kunnskap samt erfaringer fra andre land. Tiltakene som fremsettes er vurdert til å være de mest effektive for å nå målet om 30 prosent reduksjon i antibiotikabruken innen 2020 – og som det er realistisk å implementere raskt. I det følgende omtales tiltakene som angår befolkningen, fastleger, legevaktleger samt sykehjem.

Tiltak rettet mot befolkningen

• **Kunnskapene om antibiotikabruk skal styrkes**
Det skal blant annet skje gjennom informasjonskampanjer som Helsedirektoratet får i oppdrag å initiere. Ifølge FHI kan slike kampanjer bidra til å redusere antibiotikabruken med fire til seks prosent.

• Vaksinasjonsdekningen skal økes

FHI skal jobbe målrettet for å øke vaksinasjonsdekningen. Bedre vaksinasjonsdekning vil redusere forekomsten av både resistente og ikke-resistente mikrober, redusere forekomsten av infeksjoner og dermed smittefare – og indirekte føre til mindre forbruk av antibiotika. Dette er blant annet vist for pneumokokkvaksinen, som har gitt lavere forekomst av ørebetennelser og lungebetennelser hos barn som er vaksinerte, og som også har ført til redusert forekomst av alvorlig pneumokokksykdom hos eldre (flokkimmunitet).

Handlingsplanen peker på at barnevaksinasjonsprogrammet i Norge sikrer mer enn 90 prosent dekning av alle vaksiner blant ni-åringer. Men dersom målet om 30 prosent reduksjon i antibiotikabruk skal nås, må nivået opprettholdes eller helst økes.

• Utrede vaksinasjonsprogram for voksne

Regjeringen ber fagetatene om å utrede et vaksinasjonsprogram for voksne, tilsvarende barnevaksinasjonsprogrammet. Å beskytte risikogrupper mot influensa og pneumokokkinfeksjoner samt å hindre kikhoste hos voksne ved systematisk bruk av oppfriskningsdoser, vil være viktig for å redusere bruken av antibiotika. For eksem-

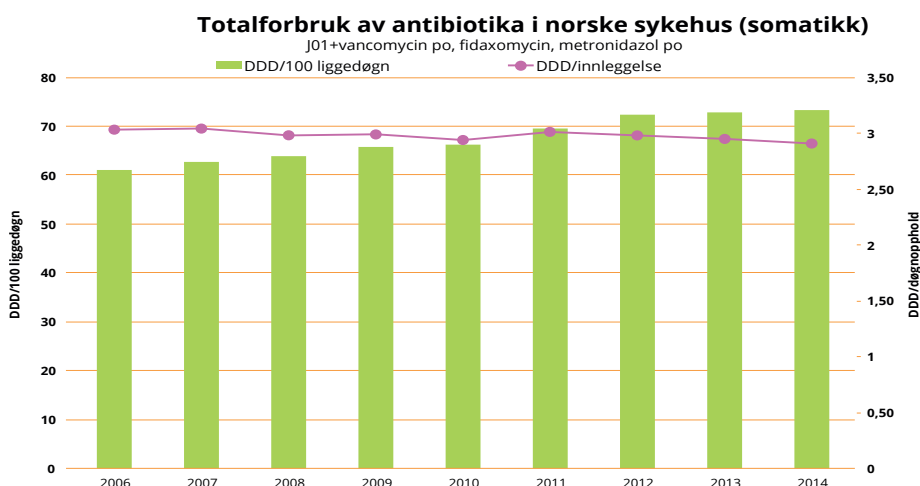
pel antar man at 2–10 prosent av alle tilfeller av lungebetennelse hos eldre har sammenheng med influensa. Minst halvparten av disse kan sannsynligvis forebygges med vaksiner.

• Legemidlers pakninger og formuleringer – gyldighetstid for resepter

Et annet befolkningsrettet tiltak er å initiere et samarbeid mellom legemiddelmynigheter og legemiddelprodusenter om bedre tilpassede pakningsstørrelser på antibiotika og bedre tilgang til relevante formuleringer av antibiotika. Videre skal Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk utrede hvordan

SENTRALE TILTAK FOR Å REDUSERE ANTIBIOTIKABRUK

- Fastleger og legevaksleger skal få tilbud om å delta i grupper med kollegabasert gjennomgang av egen forskrivningspraksis av antibiotika. Antibiotikasenteret for primærmedisin styrkes med fire millioner kroner til denne oppgaven.
- Fastleger, legevaksleger og leger på sykehjem skal få tilbud om individuelle veiledningsbesøk om riktig antibiotikabruk. RELIS får en sentral rolle i dette arbeidet.
- Fastlegenes elektroniske pasientjournal skal utformes slik at legene får hjelp til å ta riktige beslutninger om antibiotika. EPJ skal kobles mot faglige retningslinjer for antibiotikabruk.
- Helsedirektoratet skal vurdere informasjonskampanjer mot befolkningen om antibiotikabruk og antibiotikaresistens.
- Gyldighetstiden for resept for antibiotika skal reduseres. I dag er den på ett år, men mange resepter blir ikke hentet når de skal. Målet er å redusere gyldighetstiden i løpet av 2017.
- De regionale helseforetakene får i oppdrag å innføre antibiotikastyringsprogrammer i sykehus, for å redusere bruken av bredspektrede antibiotika. Erfaringer fra Danmark og Sverige viser at slike programmer kan redusere bruken av visse bredspektrede antibiotika med 30–50 prosent i løpet av ett til to år.
- Tannleger forskriver mer bredspektrede antibiotika enn tidligere. Tannlegeforeningen skal arbeide for at faglige retningslinjer for antibiotikabruk blir bedre kjent og implementert i tannhelsetjenesten.



FIGUR 1. Antibiotikabruk i sykehus i Norge, 2006–2014 (DDD pr. 100 liggedøgn og DDD/innleggelse).

gyldighetsperioden for resepter på antibiotika kan reduseres uten at dette kompromitterer behovene til pasienter som trenger langvarig antibiotikabehandling.

Fastleger og legevaktleger

• Kunnskapsbasert veiledning og integrering av faglige retningslinjer i EPJ

Handlingsplanen peker på gode erfaringer med kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP) – en norsk versjon av undervisningsmetoden *Academic detailing*. Metoden baserer seg på at fagpersoner utarbeider en sammenfatning av anbefalt behandling innen ett terapiområde, og gjennom én-til-én-samtaler får legen en oppdateringsvisitt i kontortiden. KUPP-modellen, som er utprøvd i Trondheim gjennom et samarbeid mellom St. Olavs hospital og RELIS Midt-Norge, er omtalt av Roar Dyrkorn i en egen artikkel i dette nummeret av *Utposten*.

En annen veiledningsmetode er *kollegabasert terapiveiledning* (KTV) – utviklet ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Metoden skal stimulere fastleger og legevaktleger til å forskrive antibiotika i tråd med faglige retningslinjer. For at metoden skal ha tilsiktet effekt, må mange nok fastleger få tilbud om å delta – og den enkelte lege må få tilbakemeldinger om egen antibiotikaforskrivning.

Antibiotikasenteret for primærmedisin og SKIL (Senter for kvalitet i legekantor) får i oppdrag å utvikle KTV-modellen. Videre skal Helsedirektoratet vurdere om veiledningskurs i antibiotikaforskrivning skal inngå som en obligatorisk del av spesialistutdanningen i allmennmedisin.

• Diagnosekoder på resept

Innføring av diagnosekoder på antibioti-

kareserpter skal gi helsemyndighetene et verktøy for å undersøke effekten av planlagte tiltak på antibiotikaområdet. Det foreligger et stortingsvedtak fra 2015 i sakens anledning og Helsedirektoratet er i gang med å utrede hvorledes tiltaket kan gjennomføres i praksis, men tekniske utfordringer gjør at det vil ta tid. I mellomtiden vil systemer for elektronisk beslutningsstøtte delvis ivareta intensjonene på dette tiltaksområdet.

Tiltak i sykehjem

• Økt innsats for rasjonell antibiotikabruk i sykehjem

Dette forutsetter IKT- og EPJ-systemer som muliggjør bedre kontroll med antibiotikabruken som også kan generere sammenlignbar statistikk mellom sykehjem. I henhold til forskrift om smittevern i helsetjenesten § 3-1, skal de regionale helseforetakene bistå kommunale helseinstitusjoner i smittevernarbeidet – inkludert smittevernrådgivning, overvåkning, kompetansehevinge tiltak og oppklaring av utbrudd. Innsatsen på dette området må styrkes.

FHI anslår at økt bistand fra de regionale helseforetakene kan medføre en signifikant reduksjon av antibiotikabruken i sykehjem, særlig når det gjelder antibiotika mot urinveisinfeksjoner. Redusert bruk av bredspektrede antibiotika antas å gi målbare effekter på kvalitet samt på frekvensen av innleggelser og reinnleggelser i sykehus.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt de regionale helseforetakene om å styrke sine kompetansesentre for smittevern for blant annet å ivareta denne oppgaven.

• KUPP og terapiveiledning i sykehjem

Det må utredes hvordan kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter kan bidra inn mot leger i kommunale helseinstitusjonene. Leger i sykehjem bør få tilbud om oppdateringsvisitt med en fagperson, som har utarbeidet et sammendrag av anbefalt behandling innen et terapiområde. Leger i sykehjem bør også få tilbud om å møte en «antibiotikakonsulent/veileder» i etterutdanningsgrupper hvor den enkelte bevisstgjøres om egen forskrivning gjennom diskusjoner og gjennomgang av forskrivninger.

Implementering av handlingsplanen

Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens legemiddelverk og Direktoratet for e-helse skal sammen sørge for å implementere handlingsplanen. En nasjonal styringsgruppe skal opprettes av de fire etatene og ledes av Helsedirektoratet. Styringsgruppens oppgave vil være å sikre at tiltakene i handlingsplanen blir implementert og forankret i pågående nasjonale helseprosjekter, herunder e-helseprosjekter og tiltak som oppfyller Stortingets vedtak om innføring av diagnosekoder på alle antibiotikareserpter.

Styringsgruppen skal støttes av en referansegruppe som skal sikre regional og faglig forankring av arbeidet med å implementere tiltakene i handlingsplanen. Referansegruppen vil ha representasjon fra fylkesmennene, de regionale kompetansesentre for smittevern (RKS), KS/ kommunene, Den norske legeforening, Den norske tannlegeforening, Antibiotikasenteret for primærhelsetjenesten (ASP), Kompetansetjenesten for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten og de regionale legemiddelinformasjonssentrene (RELIS).

Handlingsplanen påpeker at et redusert totalforbruk av antibiotika alene ikke er tilstrekkelig for å hindre videre utbredelse av resistens. De delene av den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens som ikke dekkes av handlingsplanen, som styrking av det normative internasjonale samarbeidet, forskning og innovasjon samt diagnostikk, overvåkning og analyse vil bli fulgt opp på andre måter.

REFERANSER

1. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten – med det mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020. Helse- og omsorgsdepartementet 2015. www.regjeringen.no/contentassets/915655269bco4a47928fce917e4b25f5/handlingsplan-antibiotikaresistens.pdf (15.3.2016).
2. www.regjeringen.no/no/aktuelt/mindre-antibiotikabruk-i-helsetjenesten/id2469661/ (15.3.2016).

Slutt å mase om anti

■ ROAR DYRKORN • Avd. for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital og Maholt legesenter, Trondheim. Prosjektleder KUPP (kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter)

Handlingsplanen mot antibiotika-resistens i helsetjenesten har som mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen 2020. Med økt oppmerksomhet på rett forskrivning og forholdsvis enkle grep kan målet nås.

Helseminister Bent Høie la nylig fram handlingsplanen mot antibiotikaresistens (1). I vedlegg 1 i planen kan vi lese om alle gode krefter som har gitt innspill til planen. Målet om å redusere antibiotikabruken med 30 prosent innen 2020 og planen i seg selv er omtalt i andre artikler i dette nummeret av Utposten.

Målsettingen med antibiotikabruk er noen ganger å behandle potensielt livstruende sykdommer som sepsis, pneumoni, erysipelas og pyelonefritt. Andre ganger ønsker man å forhindre komplikasjoner. I enkelte tilfeller er det viktig å hindre smitte som for eksempel ved kikhoste. Men i praksis brukes det alt for mye antibiotika for å forkorte sykdomsforløpet og lindre symptomer ved tilstander som i utgangspunktet er selvbegrensende som ved akutt bronkitt. Kanskje det er lettere enn vi tror å kjøre seg fast i et forskrivningsspor?

Det har i en årrekke vært fokusert på å få ned bruken av antibiotika, men det har faktisk gått den andre veien mellom år 2000 og fram til 2012 da det ble brukt 17,3 definerede døgndoser (DDD) pr. 1000 innbyggere pr. dag ifølge rapportene fra Norsk overvåkningssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM) ved Universitetssykehuset i Tromsø (UNN) (2). Etter dette har det falt til 15,6 DDD/1000/dag i 2014 og vi venter på rapporten for 2015 mens vi håper forbruket er fallende. Målet til helsemyndighetene er å komme ned til et forbruk på 11–12 DDD/1000/dag, noe som vil si at Norge blir like flinke som Nederland – som hele tiden har vært 'den flinkeste' i Europa. Men Norge er jo mye flinkere enn Frankri-

ke og Italia som i 2014 brukte henholdsvis 29 og 27 DDD/1000/dag – så hvorfor skal vi mase om dette hele tiden?

Grunnen er at mikrobenes resistensutvikling er direkte proporsjonal med totalforbruket av antibiotika og økt forbruk gir økt resistens. Derfor var resistensen i 2014 mot makrolider (for eksempel Ery-Max® og Klacid®) hos *Streptococcus Pneumoniae* i Frankrike 23 prosent og i Italia 27 prosent mens Nederland og Norge slipper unna med henholdsvis 3,9 prosent og 4,4 prosent, ifølge de europeiske smittevernmyndighetene ECDC (3). Den samme tendensen ser vi når det gjelder bruken av ciprofloksacin (for eksempel Ciproxin®).

At det nytter å få ned forbruket kan man se av figur 1 som viser hvordan salget av makrolider virker på resistensen hos *Streptococcus Pneumonia* i Norge.

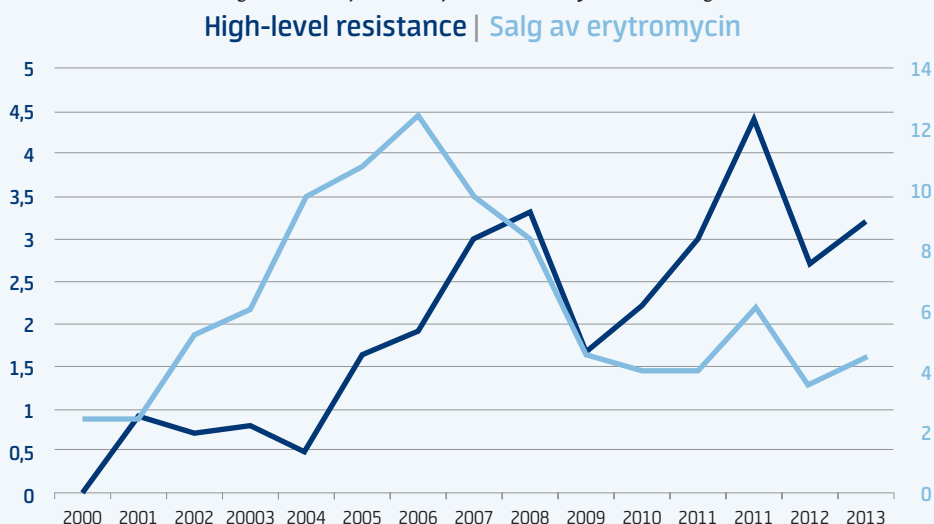
Satsingsområde for KUPP

I KUPP-prosjektet (KUPP står for Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter) for fastleger har riktige bruk av NSAIDs vært et tema. Pilotprosjektet med industriuavhengig legemiddelinformasjon har gitt gode resultater, det startet i Trondheim og Trom-

sø i 2015. Nå retter vi oppmerksomheten mot «Riktige bruk av antibiotika» og vi har besøkt nesten 500 fastleger 'en-til-en' i kontortiden – med en 20-minutters kunnskapsbasert oppdateringsvisitt. Vi er 11 kliniske fasilitatorer (lege, klinisk farmakolog eller farmasøyt) som arbeider med dette på deltid. Mottakelsen hos fastlegene må karakteriseres som entydig positiv. Selv om norsk allmennmedisin holder en høy faglig standard har fastlegene satt pris på våre produsentuavhengige oppdateringsvisitter og sier i evalueringen at innholdet er relevant for deres praksis. 2/3 sier også at de i en viss eller stor grad vil endre praksis etter besøket. Det er viktig å understreke at vi ikke er ute etter å kikke fastlegen «i kortene», men har med en fire siders brosjyre som vi har laget sammen med Antibiotikasenteret for primærhelsetjenesten, Folkehelseinstituttet og NORM. Brosjyren inneholder en oppsummering av hva som kan være lurt å gjøre når det gjelder å behandle luftveisinfeksjoner og enkle cystitter hos ikke gravide fertile kvinner i allmennpraksis.

For eksempel, når det gjelder bronkitter inneholder brosjyren en oppsummering av en studie på bronkitt som omhandler 416 tilfeller av akutte bronkitt med farget

FIGUR 1. Resistensutviklingen hos *Streptococcus pneumoniae* i forhold til salget. KILDE: NORM 2014. GRAF: Ø7 MEDIA



biotikabruken?

oppspytt som ble randomisert til behandling med henholdsvis amoxicillin med clavulansyre, ibuprofen eller placebo (4). Uansett hva de fikk ble pasientene friske til samme tid og den ofte plagsomme hosten ved bronkitt varte også like lenge – uansett hva de fikk. Ettersom all forskning på akutte bronkitter – med unntak av pasienter med KOLS – viser at det store flertall er forårsaket av virus, er det merkelig at vi i Norge og mange andre land fremdeles bruker antibiotika mot mer enn halvparten. Disse pasientene vil i stor grad klare seg med symptomlindrende behandling som hostedempende – og slimløsende medikamenter hvis de har behov for det.

Fastlege og professor Morten Lindbæk, som er leder Antibiotikasenteret for primærmedisin, har i sin forskning vist at når det gjelder sinusitt så vil halvdelen av pasientene med sinusitt bli friske uten antibiotika. Ved akutt sinusitt basert på bare klinisk diagnostikk er det ikke funnet signifikant forskjell mellom antibiotika- og placebobehandlede tilfeller. Ved bekreftet sinusitt (CT, rtg, bakteriologi) er det i ulike metaanalyser funnet en samlet forskjell på 7–15 prosent mellom antibiotika



Roar Dyrkorn på 'KUPP-besøk' hos fastlege Marianne Aadal ved Gildheim legesenter i Trondheim.

FOTO: MARIUS TVINNEREIM

og placebo, med «numbers needed to treat» (NNT) på 7–15 (5).

Ved sykdomsforløp utover en uke og der pasientene har uttalte symptomer og purulent neseseksjon, er det sannsynlig at antibiotikabehandling forkorter sykdomsforløpet. Fenoksymetylpenicillin er like effektivt som amoksisillin. Det er ingen signifikant forskjell mellom amoksisillin og mer bredspektret antibiotika. Både norsk og utenlandsk forskning viser at en bevisst bruk av 'vent og se-resepter' kan være lurt da det viser seg at bare omtrent 50 prosent henter ut reseptene.

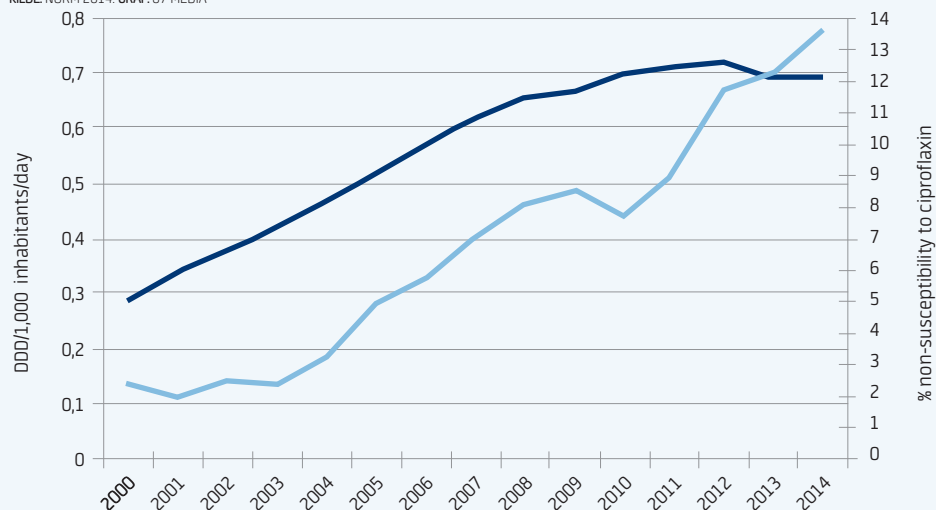
Mye å hente

Når det gjelder forbruk av antibiotika og resistente mikrober har vi en relativt god økologi i Norge, men derved har vi vel også noe å forsvare? Det virker å være et bedre mål å nærme seg Nederland enn å ligne Frankrike i så måte.

Jeg skriver mest om luftveisinfeksjoner (LVI) fordi av all antibiotika vi bruker i all-

FIGUR 2. Selv med en beskjeden økning i bruken av ciprofloksacin fra 0,3 til 0,7 DDD/1000/dag, ser vi at resistensen mot *E.coli*-blodkulturer øker kraftig – og var i 2014 over 13 prosent.

KILDE: NORM 2014. GRAF: Ø7 MEDIA



mennpraksis brukes 60 prosent mot LVI. Derfor er det her vi har mest å hente på å redusere bruken og å bruke rett førstevalg hvis vi velger å behandle med antibiotika, nemlig fenoksymetylpenicillin (for eksempel Weifapenin® og Apocillin®). Vanlig penicillin er spesielt godt egnet til å drepe gram-positive bakterier med tykk cellevegg som streptokokker og pneumokokker mens makrolider egner seg til mikrober som ikke har slik cellevegg, som mykoplasma- og klamydiafamiliene.

KUPP-kampanjen om «Riktigere bruk av antibiotika» hadde enkle råd til fastlegene vi besøkte:

- Et lavt totalforbruk av antibiotika forebygger resistensutvikling.
- Luftveisinfeksjoner er vanligvis selvbegrensende. De fleste skyldes virus.
- Symptomatisk behandling er ofte tilstrekkelig.
- Penicillin er førstevalg ved de fleste bakterielle infeksjoner.
- Å spørre om pasienten forventer antibiotika vil være klargjørende og kan redusere unødvendig bruk.
- Makrolider og ciprofloxacin er meget resistensdrivende og bør bare brukes på spesifikk indikasjon (SE FIGUR 1 OG 2 S. 10–11).

Tenker vi over dette og handler deretter i klinikken tror jeg vi vil nå målet om 30 prosent reduksjon av antibiotika i befolkningen før 2020!

Ingen interessekonflikter annet enn at KUPP-kampanjen får økonomisk støtte fra Helsedirektoratet.

REFERANSER

1. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsesektoren. Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
2. NORM/NORM-VET 2014. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway. Tromsø / Oslo 2015. ISSN: 1502–2307 (print).
3. European Centre for Disease Prevention and Control. <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>.
4. Llor C, Moragas A et al. Efficacy of anti-inflammatory or antibiotic treatment in patients with non-complicated acute bronchitis and discoloured sputum: randomised placebo controlled trial. BMJ 2013; 347: f5762.
5. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet, 2012 (www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/antibiotika/prosentC3prosentB8vre-luftveisinfeksjoner/akutt-sinusitt).

■ ROAR.DYRKORN@LEGEMIDLER.NO

Skjerpet aktivitet reduserte

■ RAGNHILD JORDET • spesialist i allmenntilleggsmedisin, koordinerende rådgivende overlege i NAV Hedmark

I april 2013 innførte NAV Hedmark en strengere praksis i vurderingen av sykmeldtes plikt til å være i arbeidsrelatert aktivitet. Ett år senere hadde sykefraværet gått ned med 10 prosent – en trend som senere har holdt seg.

Folketrygdlovens § 8-4 sier at den sykmeldte skal være tilbake i jobb helt eller delvis innen 8 uker. I de tilfellene der dette ikke skjer, skal sykepengene stanses midlertidig. Den sykmeldte får fire uker på seg til å komme i arbeid igjen, og ved hel eller delvis friskmelding innen 12 uker vil retten til sykepenger gjenvinnes. Unntak fra aktivitetsplikten gis der den medisinske tilstanden klart er til hinder for aktivitet, og der arbeidsgiver ikke har mulighet for å legge til rette for den sykmeldte.

Bedre oppfølging

Bakgrunnen for at NAV Hedmark bestemte seg for å fokusere på aktivitetskravet for sykmeldte, var at sykefraværstallene var betydelig over landsgjennomsnittet. Svært mange personer var på langtidsytelser. NAV hadde også gjennom en kvalitetsundersøkelse av egne åtte-ukersvedtak påvist et forbedringspotensial på alle punkter, det vil si både i NAV sine vurderinger og i opplysningene fra arbeidsgivere og sykmeldte.



Sykefraværssatsingen har blitt viet stor oppmerksomhet i pressen i Hedmark.

etskrav sykefravær



F.v. Ragnhild Jordet (rådgivende overlege), Linda Vaagan (arbeidspsykolog), Arne Brendlien og Unni O. Torve (kompetanseveiledere) har jevnlig videomøter med alle NAV-kontor i Hedmark. FOTO: AGNETHE WEISSER

re. Særlig så vi at aktivitetsfokus kunne bedres i hele sykmeldingsløpet. Vi stilte spørsmålet om en bedret oppfølging tidlig i sykefraværsløpet kunne redusere både langtidsfravær og risiko for utstøting fra arbeidslivet.

NAV Hedmark bestemte seg for å øke kvaliteten på egen rolle i oppfølgingsarbeidet – først og fremst på åtte-ukerstidspunktet. På denne tiden arbeidet jeg som rådgivende overlege i NAV ved siden av å være fastlege (og arbeidsgiver). Som fastlege talte det meg at NAV nå satset på å forbedre kvalitet på eget arbeid i sykefraværsoppfølgingen framfor å skyldte på legene for det høye sykefraværet. Ressursbruken i NAV ble endret ved at velferdsetatens le-

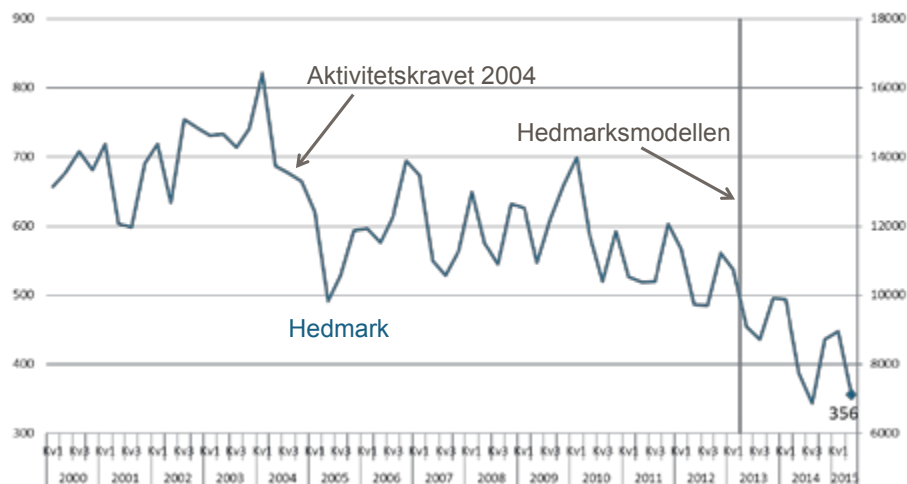
ger, arbeidspsykologer og juridisk kyndige personer ble satt i tverrfaglige team til å veilede medarbeidere i NAV-kontorene i oppfølging av sykmeldte. Med utgangspunkt i sykmeldingsattester og andre opplysninger – f.eks. oppfølgingsplan fra arbeidsgiver – fikk NAV-veilederne bistand i å vurdere mulighetene for arbeid eller arbeidsrettede tiltak. Foruten å tolke innholdet i sykmeldingsattestene drøftet veiledningsforaene ulike sykdommers betydning for funksjon og deltakelse i arbeid. Dermed utfordret man også arbeidsgiveres tilretteleggingsplikt og den enkelte sykmeldtes holdning til å være på jobb – også med redusert funksjon, der den medisinske tilstanden ikke er til hinder for dette (1).

Budskapet ble vanligvis formidlet gjennom brev tilpasset den enkeltes situasjon. I utvalgte tilfeller tok NAV initiativ til dialog med pasienten per telefon eller ved oppmøte. Noen ganger fant man behov for å innhente tilleggsopplysninger fra arbeidsgiver eller fastlege, og den tverrfaglige drøftingen kunne også konkludere med at det var behov for å innkalle til tidlig dialogmøte.

Fastlegene og aktivitetskravet før omleggingen

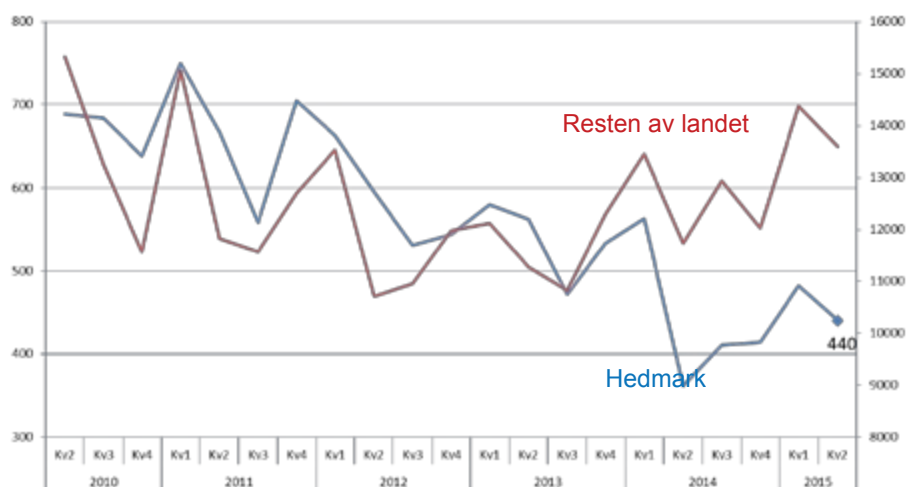
Som fastlege hadde jeg erfart at responsen fra NAV kunne være treg når jeg kom med innspill om behov for initiativ fra NAV

Fortsatt nedgang i antall som har brukt opp sykepengere rett



FIGUR 1. GRAF: NAV 31.3.2016

Tilgang til AAP Hedmark og resten av landet



FIGUR 2. GRAF: NAV 31.3.2016

overfor enkelte av pasientene mine. Jeg undret meg også over at NAV godtok forlengelser av sykmeldinger i saker der jeg som fastlege, etter «forhandlinger» med pasienten, hadde endt opp med å sykmelde der jeg egentlig trodde det var mulighet for aktivitet, men pasienten mente noe annet. Av NAV sin statistikk fremgikk det da også at så mange som 95 prosent hadde fått unntak fra aktivitetskravet ved inngangen til 2013, både i Hedmark og på landsbasis. Rett før omleggingen i april 2013 mottok fastlegene i Hedmark en grundig redegjørelse per brev fra NAV Hedmark om lovver-

ket ved sykmelding, med vekt på aktivitetskravet i folketrygdlovens §8-4. NAV påminnet om fastlegenes rolle i sykefraværarbeidet: i tillegg til selvsagte oppgaver som å utrede og behandle, å gjøre rede for pasientens funksjon og prognose i sykmeldingsattestens punkt 6.2, og å komme med medisinsk begrunnede innspill til arbeidsgiver om tilrettelegging i sykmeldingsattestens punkt 5. Fastleger i Hedmark mottok også e-post fra Hedmark legeförening, som var sendt ut i samarbeid med NAV Hedmark, med varsel om den endrede praksisen som ville komme.

Dialog på arbeidsplassen er avgjørende

Innledningsvis etter omleggingen opplevde jeg et par tilfeller der fortvilte pasienter bestilte fastlegetime for å drøfte brevet de hadde mottatt fra NAV, med varsel om midlertidig stans av sykepenger. Jeg lurte litt på hvorfor, da jeg syntes selv jeg hadde lagt vekt på en god redegjørelse til NAV i sykmeldingsattestens punkt 6.2. Ved gjennomlesing av brevet viste det seg imidlertid at det primært var arbeidsgiveren pasienten ble bedt om å henvende seg til for å drøfte mulighet for deltakelse i noe arbeid på tross av nedsatt funksjon. Etter hvert erfarte jeg som fastlege at NAV med atskillig mer aktivitetsfokus enn tidligere, som var raskere til å følge opp innspill fra meg som fastlege, og framfor alt: Dette viktige fokuset vedvarte over tid! Vurderingene mine som fastlege av hvorvidt pasienten kunne jobbe på tross av sine plager, og ev. i hvilken grad, var tidligere oftest basert på pasientens vurdering av tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen. Etter omleggingen opplevde jeg at denne vurderingen i noen grad ble flyttet ut av legekontoret og inn på arbeidsplassen fordi NAV eksplisitt etterspurte arbeidsgivers vurdering av tilretteleggingsmuligheter. Jeg erfarte at mange arbeidsgivere var villige til å tilrettelegge også i situasjoner der pasienten vurderte at det ikke forelå slike muligheter på arbeidsplassen sin.

I noen tilfeller var sykmeldingssituasjonen en forhandlingssituasjon mellom pasient og fastlege, der jeg vurderte at pasienten trengte et puff for å nærme seg arbeid og aktivitet. I slike situasjoner var det lettere for meg å påbegynne motivasjonsprosessen med tanke på arbeid når jeg av erfaring kunne anta at NAV ville komme til å gjøre sin del av jobben. Det kan være utfordrende med få ord å skulle forklare i sykmeldingsattestens punkt 6.2 de viktigste konkrete grunnene til at pasienten ikke kan utføre sitt vanlige arbeid, men der jeg virkelig har ment at pasienten trengte sykmelding fra sine vanlige arbeidsoppgaver over tid, har jeg opplevd at NAV har forstått budskapet. Der man stilte spørsmål, syntes jeg dette var naturlig utfra NAV sitt samfunnsoppdrag som pådriver for arbeid og aktivitet der det er mulig. Som fastlege syntes jeg at særlig pasienter uten arbeidsgiver dro nytte av det økte aktivitetsfokus hos NAV. Der opplevde jeg at NAV etter omleggingen kom atskillig tidligere inn med tilbud om arbeidsrettede tiltak. Også i situasjoner med konflikter på arbeidsplassen som utgangspunkt for en sykmelding, har jeg erfart at NAV sin rolleutøvelse har bidratt til løsning av fastlåste situasjoner.

I disse tilfellene har NAV påpekt arbeidsgivers ansvar for å ta tak i det konflikthylende forholdet og den ansattes plikt til å medvirke til løsninger. Det er alltid mulig for fastlegen å gi individuelle opplysninger i den enkelte sak om eventuell utvikling av sykdom som krever spesielle hensyn.

Håndheving av aktivitetskravet har redusert sykefraværet

Etter håndheving av aktivitetskravet i Folketrygdloven har det skjedd en betydelig reduksjon i sykefraværet i Hedmark. Etter ett år så man en nedgang på 10 prosent. Denne effekten har holdt seg stabil – sykefraværsprosenten har siden holdt seg omtrent på dette nivået (2). Antallet som bruker opp sykepengere rettighetene sine ble gradvis redusert gjennom 2013 og 2014. Tallet i Hedmark er nå under landsgjennomsnittet (FIGUR 1). Det skjedde videre en kraftig reduksjon i tilgang på nye mottakere av arbeidsavklaringspenger, med 38 prosent (sett i forhold til resten av landet) ved utgangen av 2014 (FIGUR 2) (3). I samme periode økte sysselsettingen i Hedmark. Sosialhjelpsutbetalingene økte ikke vesentlig, jf. figur 3. Håndheving av aktivitetskravet ser ut til å ha ført til at færre trenger offentlige ytelser. Dette øker handlingsrommet for NAV til å følge opp dem som har et større bistandsbehov.

Aktivitetsmedisin med få bivirkninger

Like klart som at hvile og sykmelding er nødvendig ved enkelte tilstander er det at

det også finnes situasjoner da særlig lengre sykmelding kan forsterke pasientens problemer. Jo mer langvarig sykmelding, jo vanskeligere later det til å være for den sykmeldte å komme tilbake til jobb. Statistikk viser en markant økt risiko for å falle ut av arbeidslivet etter 8–12 ukers sykmelding. Tiltak som begrenser langvarig sykefravær antas derfor å være avgjørende for å unngå varig utstøting fra arbeidslivet og fattigdom. Samfunnsøkonomisk er det tydelig reduserte langtidssykefraværet viktig. Men redusert langtidssykefravær representerer også en helsegevinst for den enkelte. Det er dokumentert at arbeidsdeltakelse er helsefremmende for de fleste. Tap av arbeid kan ha en betydelig negativ effekt på fysisk og psykisk helse og ved retur til arbeid kan helsen igjen forbedres (4). Arbeid gir også sosial tilhørighet, mestringsopplevelser og mening, og skaper identitet og struktur i hverdagen. Rett type arbeid i riktig mengde, der arbeidstaker opplever balanse mellom krav som blir stilt og opplevde helsebegrensninger, kan være en viktig del av tilfriskningsprosessen. Ved god tilrettelegging i et arbeidsmiljø med et minimum av kvalitet, kan en snakke om arbeid som medisin (5)!

NAV Hedmark tenkte nytt gjennom å børste støv av aktivitetskravet i lovbestemmelser om sykmelding. Fastleger, arbeidsgivere og sykmeldte fulgte opp med sin andel av inkluderingsarbeidet. Som fastlege gjennom første halvannet år med den såkalte Hedmarksmodellen erfarte jeg ingen vesentlige «bivirkninger» av tiltaket hos pasientene mine. Tvert imot opplevdes

«aktivitetsmedisinen» fra fastlegeståstedet å være til pasientens beste gjennom å understøtte arbeidsinkludering og aktivitet. Modellen medførte også bedre kommunikasjon mellom viktige aktører i sykefraværs- og sykenærverksarbeidet (den sykmeldte, NAV, arbeidsgivere, fastlege og andre behandlere). Ny elektronisk sykmelding/elektronisk innsending av opplysninger fra arbeidsgivere, åpner nye muligheter for enda bedre kvalitet på informasjonsutveksling og andre tiltak knyttet til oppfølging av den sykmeldte.

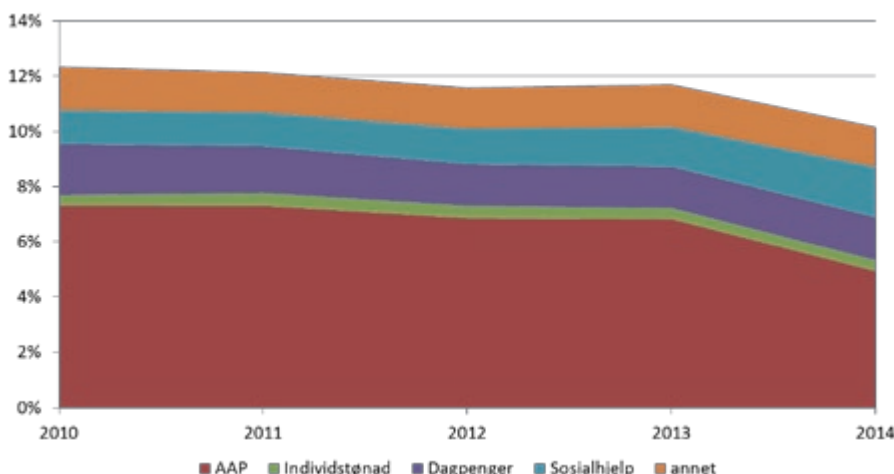
Forskning fra Uni Helse Bergen viser at det ikke er faktisk grad av symptomtrykk som avgjør om en sykmeldt vender tilbake til arbeid. Det ser ut til å være mestringsforventningen hos den sykmeldte som har mest å si for hvorvidt den store gruppen av pasienter med lettere til moderate psykiske plager kommer tilbake til jobb (6). Alle aktører omkring den sykmeldte kan være med og bidra til å bygge opp mestringshåp. Men fastlegen har et særlig unikt utgangspunkt for dette når pasienten henvender seg med ønske om sykmelding. I mange tilfeller kan da legen vurdere at pasienten er frisk nok til å prøve seg i jobb. Her kan nå fastlegene i Hedmark forvente at NAV understøtter mestringshåp og arbeidsdeltakelse. For nå gjør NAV det de sier de skal gjøre!

REFERANSER

1. IA-avtalen (2014). Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv 4. mars 2014-31. desember 2018.
2. Kann, I.C., Lima, I.A., Kristoffersen, P. (2014). Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet. Arbeid og velferd, 3, 14-33, Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
3. Kann, I.C. & Lima, I.A., (2015). Tiltak i NAV Hedmark ga færre mottakere av arbeidsavklaringspenger. Arbeid og velferd, 2, 77-94. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
4. Waddell, G. & Burton, A.K. (2006). Is work good for your health and well-being? London: The Stationary Office.
5. Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. Administrative Science Quarterly, 24, 285-308.
6. Løvvik, C., Øverland, S., Hysing, M., Broadbet, E & Rema, S.E. (2014). Association Between Illness Perceptions and Return-to-Work Expectations in workers with Common Mental Health Symptoms. Journal of occupational rehabilitation, 160-70.

FIGUR 3. GRAF: NAV 31.3.2016

Færre på offentlige ytelser i Hedmark i 2014



■ RAGNHILD.JORDET@NAV.NO

Hva er i veien med Hedmarksmodellen?

■ KJARTAN OLAFSSON • Fastlege Legegruppa Sunnfjord Medisinske Senter, sentralstyremedlem i Legeforeningen og styremedlem i Allmennlegeforeningen



16. februar 2016 sendte hovedorganisasjonene i norsk arbeidsliv, LO, NHO, YS, Virke, Spekter, UNIO, Akademikerne og KS et brev til Arbeids- og sosialdepartementet og ba om at oppfølgingsregimet fra Hedmark endres. De skriver: «Partene er derfor på ingen måte uenig i at det skal ligge aktivitetskrav på den sykmeldte, dens arbeidsgiver og dens sykmelder. Vi er imidlertid bekymret for praktiserings bivirkninger og ønsker å foreslå en endring i praksis». Legeforeningen og de allmennmedisinske foreningene AF og NFA har vært i løpende dialog med NAV om endringer. Hvorfor dette engasjementet?

Sterke følelser i sving

Sinte og fortvilte pasienter kommer til fastlegen fordi sykepengene er stoppet. De har da fått et brev fra NAV om midlertidig stans av sykepenge og pasientene skjønner ikke hva som skjer. Legen kan føle seg utsatt for vrede og fortvilelse – har han/hun gjort for dårlig jobb? Ikke alle har fortjent å få et slikt brev. Det finnes eksempler på pasienter med alvorlig kreftsykdom under cellegiftbehandling som har fått brevet, andre med alvorlig psykisk lidelse eller pasienter i en postoperativ fase.

Pisken svinges

Hva har skjedd? NAV som forvalter pasientens sykepenge har bestemt seg for å bruke pisken. Aktivitet og arbeid er bra, og i Hedmark tenkte de at hensikten helliger middelet. Pisken, eller «gulrotpisken» som den ble kalt i et kritisk leserinnlegg, svinges med gode hensikter, nemlig å håndheve aktivitetskravet i folketryktdloven og få folk tilbake i aktivitet. Hvis det er tvil om hvorfor aktivitet ikke er i gang, får pasienten et rapp i form av midlertidig stans i sykepengene. Og det hjelper med pisk. Hedmark kunne skilte med forbedringer i målbare fraværstall. Det er heller ikke vanskelig å være enig i at noen pasienter trenger et motiverende «dytt i ryggen».

Bivirkningene er for store

Men bivirkningene kan i noen tilfeller være for store. Enkeltpasienter utsettes for unødige tilleggsbelastning, relasjoner utfordres og kan skades. Pasienter som kan være i et lavmål i livet krenkes og/eller påføres unødvendige tilleggsbelastninger. Behandler/pasientrelasjoner stresses, og forholdet mellom NAV og behandlere settes på prøve.

God forvaltningsskikk brytes

Intensjonen i §17 i forvaltningsloven brytes. Forvalteren har et selvstendig ansvar for å opplyse saken tilstrekkelig for å kunne fatte en riktig beslutning. I Hedmarksmodellen benytter NAV seg av tvil eller informasjonsunderskudd til å sende et brev om midlertidig stans av sykepenge. Vi er uvante med en slik oppførsel fra forvaltere. La oss sammenligne med et annet område vi er kjente med. Hva skjer når det skrives en mangelfull henvisning fra fastlegen til sykehuset? Overlegen som vurderer henvisningen har selv ansvar for å få tak i mer opplysninger. Alternativet er å ta pasienten inn til konsultasjon. I Hedmarksmodellen henter NAV ikke inn flere opplysninger. I Buskerud har NAV endog fjernet systemer som man hadde før Hedmarksmodellen for innhenting av supplerende opplysninger fra lege.

Informasjonsunderskudd og tvil gir rom for pisk

Hvilke opplysninger har NAV når bestemmelsen fattes? Vanligvis bare legeopplysninger fra sykmeldingen. Det skal foreligge legeopplysninger skrevet i punkt 6 på sykmeldingen, eller for Infodoc sine brukere gjennom EKHO løsningen. Ellers er det ingen obligatoriske kilder. NAV har vanligvis ingen opplysninger fra arbeidsgiver. I 2015 forsvant arbeidsgivers plikt til å rapportere at de har holdt dialogmøte 1 og skrevet oppfølgingsplan, og de har ingen plikt til å sende inn oppfølgingsplan eller referater fra eventuelle dialogmøter. NAV

har heller ikke rutinemessig samtale med pasienten før uke 8. Så i de fleste tilfeller vet NAV bare det som har stått på sykmeldingen.

Lite kommunikasjon med behandler

Hvis NAV ikke snakker med dem som kan opplyse saken bedre, hvem snakker de da med? De snakker med hverandre. Ufullstendige opplysninger blir vurdert i grupper av NAV-ansatte kalt «saksbehandlerverksted». Her deltar eksempelvis rådgivende lege, psykologer eller ansatte fra arbeidslivssenteret, som alle har det til felles at de ikke kjenner saken. Her kan rådgiverne hente støtte til å ta den ubehagelige avgjørelsen om å stanse sykepengene. Men dessverre ser det ut som ingen vil snakke med dem som kunne opplyst saken før midlertidig stans besluttet.

For lite/dårlige medisinske opplysninger?

Det er liten tvil om at vi ofte gjør en dårlig jobb når vi begrunner hvorfor pasienten er 100 prosent sykmeldt. Noen ganger får vi ikke frem hvorfor det medisinsk sett er best å være borte fra jobb. Andre ganger skjuler vi medisinske muligheter og arbeidsgivers tilsynelatende manglende vilje til løsninger i en 100 prosent sykmelding. Vi tar på oss en annen parts ansvar; å dokumentere at det er umulig å få til noe på jobb. Vi gjør det med en 100 prosent sykmelding uten å peke på arbeidsmulighet.

Noen ganger er det mulig å forstå hvorfor det mangler opplysninger.

At flere behandlere er inne i behandlingsopplegget rundt pasienten, sykehus, fastlege og/eller kiropraktor, kan føre til misforståelser om hvem som skal skrive og om det er skrevet fra før.

Det er også varierende oppfatning i NAV om hva som er «gode nok» opplysninger. Skal symptomer beskrives i detalj med henblikk på funksjon, eller er mer overordnede vurderinger bra nok;

«Jeg mener at denne pasienten er for depri-



KARTFOTO: SCANDINAVIAN STOCK PHOTO

mert til å arbeide nå, men vi ser for oss at han kan komme i gradert sykmelding i løpet av noen uker».

En slik vurdering kan oppfattes som ufullstendig og føre til stansbrev. Jeg og mange leger med meg vil synes at dette er dekkende nok. Noen rådgivende leger vil høre *hvilke symptomer som ligger bak depresjonen og hvorfor de nedsetter funksjonen*. Denne detaljeringsgraden av opplysningene er ikke redegjort for i detalj i lovverk og rundskriv. NAV har i sine informasjonsbrev til leger gått ut fra spørsmål som benyttes i ny elektronisk sykmelding EKHO, men det er bare Infodocbrukere som i skrivende stund har tilgang til disse. De brukes likevel som mål for alle.

Hvorfor slikt hastverk

EKHO (som til nå kun har vært implementert i Infodoc) gir mulighet til å være mer detaljert i sykmeldingen fra dag 1. Det å ha ny elektronisk sykmelding med detaljering av spørsmål før åtte uker ville gitt et bedre utgangspunkt for å vurdere aktivitetsskravet. Jeg stiller meg derfor spørrende;

Hvorfor ventet man ikke på at alle fastleger hadde fått implementert EKHO i sine respektive operativsystemer?

Det pågår pilotstudier der man skulle prøve ut Hedmarksmodellen i Buskerud, Aust-Agder og Rogaland, men så valgte man å ta det i bruk før man hadde fått resultatet fra de respektive fylkene. Da spør jeg; Hvorfor ventet man ikke på resultatene fra utprøvingen av modellen (2015–16) i de tre forsøksfylkene. Hvis man ønsket å rulle ut modellen over hele landet, hva var vitsen med å sette i gang pilotprosjektene?

Sanksjoner mot pasienten

I 2015 fjernet man relativt milde sanksjonsmuligheter mot arbeidsgiver og lege, henholdsvis for ikke å rapportere at oppfølgingsplan var skrevet og dialogmøte var holdt, og hvis legen ikke hadde gyldig fraværsgrunn for dialogmøtet. Rett etterpå innfører man sanksjoner mot den svakeste parten, den 100 prosent sykmeldte pasienten. Hedmarkmodellen innebærer jo egentlig at den svakeste part får den strengeste straffen (retten til penger til livsopphold faller bort/trues med å tas bort). Vil NAV tilbake til et sanksjonsregime for alle?

Kunne vi fulgt opp aktivitetskravet på annen måte?

Alle er enige om hovedmålet – nemlig at unødig inaktivitet skal bekjempes. Det er liten tvil om at aktivitet og arbeid er bra der det er mulig. Pasient, lege, arbeidsgiver og NAV kan og skal alle bidra til å finne løsninger der det er mulig. Aktivitetskravet forvaltet på en fornuftig måte er et gode. Et system som er bygget på respekt for pasienten – den syke og svake part, legen som fagperson og arbeidsgiveren som forvalteren av tilrettelegging, vil sammen kunne få de samme gode resultatene som Hedmarkmodellen. Hvis mål og middel er bra, trenger vi ikke noen hensikt som heller middelet. Da vil Hedmarkmodellen bli overflødig. Alternativet til Hedmarkmodellen er *ikke* å gjøre ingenting, men å gjøre noe *annet og bedre*.

Larvikmodellen – 1-2-3-4 er ett eksempel på metode av en annen støpning. Her kan legen bidra med sin kunnskap om pasienten og situasjonen og dermed prioritere

NAVs oppfølgingsinnsats i respekt for pasientens behov og muligheter.

Verktøy

Legen trenger bedre verktøy for å bidra, noe det nye elektroniske sykmeldingssystemet – EKHO, ser ut til å oppfylle. Her kan vi etterspørre NAVs bistand og oppfølging, der kan vi og endelig få tilbakemelding på forespørsler også (mange har følt at de tidligere har skrevet meldinger inn i et svart hull).

Pasienter skal behandles med respekt

Men først og fremst må vi tilbake til en situasjon der pasienter behandles med respekt. Mistenkeliggjøring og krenking av pasienter må det bli slutt på. Incentiver og dytt er akseptable nok, men da må man sikre seg at det gjøres informert, og ikke minst er basert på tilstrekkelig informasjon. La oss beholde aktivitetskravet, det er positivt, men begrav Hedmarkmodellen der vi fjerner midlertidig stans av sykepengene. Det vi trenger er økt kommunikasjonen mellom partene og respekt for de faglige vurderingene. Så må vi leger legge oss i selen for å avgi gode opplysninger og være proaktive, se etter løsninger der det er mulig. Med bedre verktøy og samarbeidspartnere som er lydhøre for våre meninger burde dette være mulig. Heldigvis tyder mye på at det vil skje endringer i løpet av året.

■ KJARTAN@OLAFSSON.BIZ

Sammen om smittevern

■ KIRSTEN GRAVNINGEN

Regional smittevernoverlege ved Kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN), Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

■ ANNE METTE ASFELDT

Rådgivende smittevernoverlege for Finnmarkssykehuset, KORSN

■ TORNI MYRBAKK

Smittevernoverlege ved UNN HF

■ HILDE ISAKSEN

Smittevernsykepleier med ansvar for rådgivning i kommunehelsetjenesten ved UNN HF

Pasienter i sykehus har stadig kortere liggetid, mens dagbehandling og poliklinisk behandling øker. Som følge av Samhandlingsreformen utskrives sykere pasienter til kommunene i større grad enn før (1).

Pasientene flyttes mer mellom ulike nivåer i helsetjenesten, noe som øker risikoen for smittespredning. Både sykehus og kommuner må ha smittevernet på plass i egen tjeneste – og ikke minst i samhandling med hverandre. Det samarbeides om smittevern daglig. Figur 1 viser pasientflyten mellom senger i spesialisthelsetjenesten, kommunale og private helseinstitusjoner og hjem/kommunal omsorgsbolig.

Er vi klar for (morgen)-dagens utfordringer?

Smittevern er i vinden som aldri før. Økt internasjonal reiseaktivitet og medisinsk behandling i utlandet medfører økt smitterisiko. Nye epidemier er en uunngåelig del av fremtiden. Multiresistente bakterier er en av de største utfordringene for moderne medisin, i økende grad også i Norge. Det vil til enhver tid finnes symptomfrie bærere av slike bakterier i befolkningen. Noen smittebærere kjenner vi til, men langt fra alle. Dette betyr at det må være godt smittevern i møte med alle pasienter, uavhengig av smittestatus. Bærerskap av multiresistente bakterier skal ikke forsinke diagnostikk, behandling eller utskriving for den

enkelte pasient. Det skal være gode rutiner som hindrer smitte når pasienten innlegges, under opphold i sykehus, og når pasienten skrives ut til sykehjem, rehabilitering eller hjemmebasert omsorg i kommunen. Dette stiller økte krav til smittevernkompetanse i hele helsetjenesten. Godt smittevern hindrer infeksjoner, smittespredning og utbrudd i helseinstitusjoner.

Når kommunen får ansvar for flere og sykere pasienter, samt et økende antall kommunale akutte døgnplasser (KAD), må smittevernet prioriteres opp. Kommunale helseinstitusjoner må ha operative og oppdaterte infeksjonskontrollprogram. Overvåking av antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner er et myndighetskrav både i sykehus og sykehjem. Rutiner for screening for multiresistente bakterier og informasjonsoverføring mellom ulike nivåer i pasientforløpet må være på plass. Den økte flyktningstrømmen har medført rask etablering av asylmottak i mange kommuner. Personer som bor tett med andre og deler kjøkken og bad i mottak, utsettes for større smittepress enn i private hjem. Dermed får bærerskap av multiresistente bakterier og infeksjoner som gastroenteritt og influensa ypperlig mulighet til å spres og gi omfattende utbrudd. Boforhold, tuberkulosekontroll, vaksinasjon og helseundersøkelse av flyktninger og asylsøkere er oppgaver for kommunalt smittevernpersonell. Flyktningstrømmen høsten 2015 viste at kommunenes smittevernressurser var altfor små i forhold til oppgavenes omfang. Migrasjon og smittevern vil fortsette å utfordre helsetjenesten i årene som kommer.

Smittevernansvar og -kompetanse i spesialisthelsetjenesten

Fokus på smittevern og kvalitet i sykehus er intensivert de siste årene, og smittevernfaget er blitt mer profesjonalisert og krever spisskompetanse. Ledelsen skal sørge for at sykehuset har nødvendig og kvalifisert smittevernpersonell, herunder leger og sykepleiere, og at de har avsatt tilstrekkelig tid til å utføre oppgavene og får nødvendig opplæring og vedlikehold av sine kunnskaper (2). Smittevernlegen koordinerer smittevernarbeidet i sykehus og skal i slike spørsmål være direkte underlagt ledelsen. Erfaring viser at tydelig ledelsesforankring er en forutsetning for å lykkes med smittevernarbeid i sykehus.

Smittevernansvar og -kompetanse i kommunehelsetjenesten

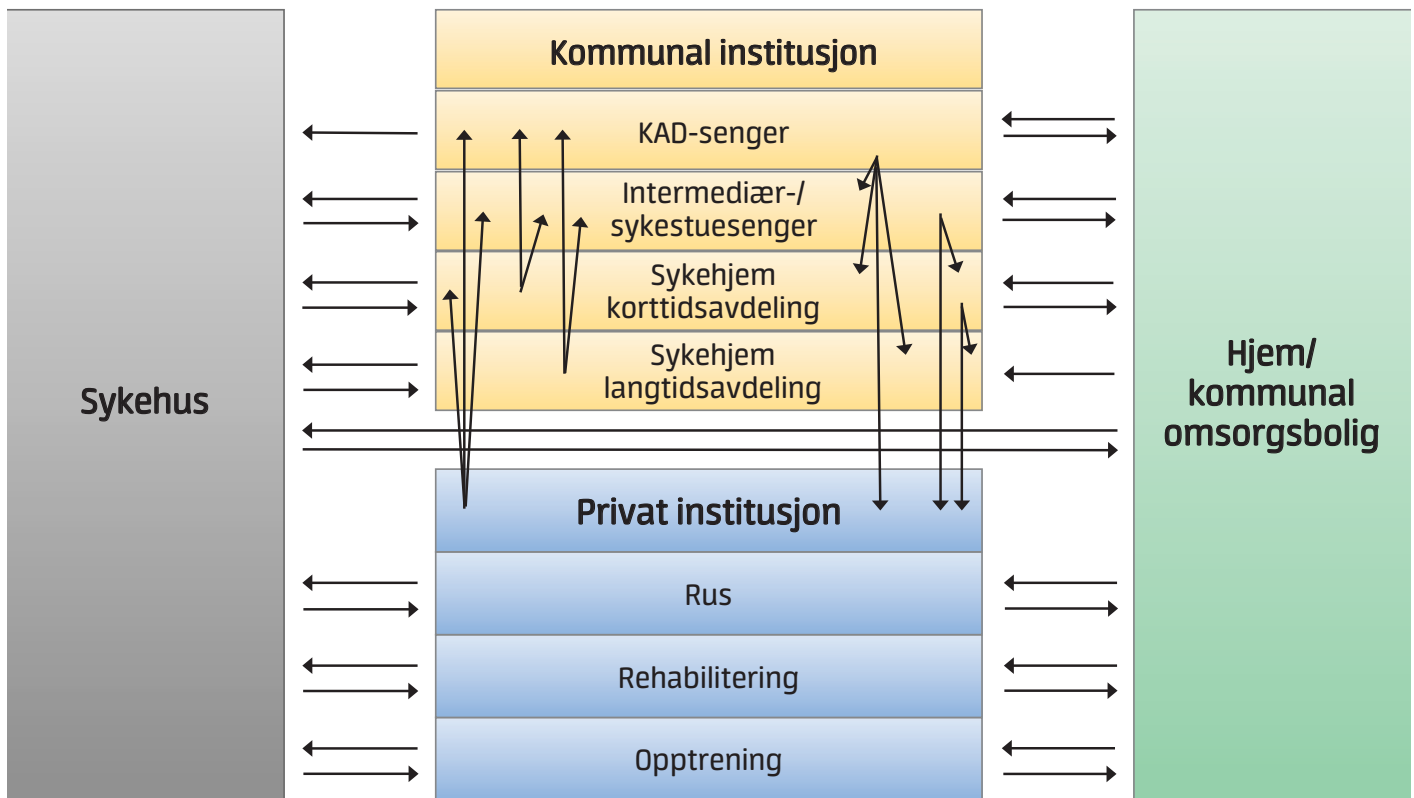
Kommunen er pålagt å ha en kommunal smittevernlege som ivaretar oppgaver innen smittevern, og en kommunal smittevernplan. I mindre kommuner tilfaller denne oppgaven kommuneoverlegen hvis ikke annet er besluttet. Smittevern kommer i tillegg til andre omfattende ansvarsområder. Større kommuner har vanligvis egen smittevernlege i hel- eller deltidstilting. Enkelte større kommuner i Sør-Norge har ansatt egne smittevernsykepleiere, mens nordnorske kommuner, så vidt vi vet, ikke har etablert slike stillinger. Kommunen har i likhet med sykehus, et overordnet ansvar for infeksjonskontrollprogram i sine helseinstitusjoner (2).

Smittevernådgiving til kommunehelsetjenesten

Det regionale helseforetaket skal sørge for at det utarbeides tilbud om nødvendig smittevernbistand til kommunale institusjoner i regionen dersom kommunen ønsker det (2). Helseregionene har løst denne oppgaven forskjellig. Noen steder yter sykehusets smittevernpersonell systematisk smittevernbistand til kommunene på timebasis og mot betaling. Denne ordningen mener vi i Helse Nord kan virke mot sin hensikt, da gode smittevernråd ikke skal være dyre. I 2012 etablerte Helse Nord RHF derfor stillinger som smittevernsykepleier med ansvar for rådgivning i kommunehelsetjenesten i hvert helseforetak – «smittevernsykepleier KHT». Disse er organisert sammen med smittevernpersonell i sykehus i et miljø med høy fagkompetanse, men de jobber utadrettet. Tjenestene er gratis for kommunene. Smittevernsykepleier KHT kan blant annet gi råd:

- ved håndtering av personer som er bærere av resistente mikrober
- ved smitteutbrudd
- ved utarbeiding av infeksjonskontrollprogram
- for å ivareta smittevern ved nybygg og ombygging av helseinstitusjoner i helseinstitusjoner, hjemmebasert omsorg, asylmottak og andre kommunale institusjoner. Videre driver smittevernsykepleier KHT ustrukt undervisning og kan også rådggi fastleger om enkeltpasienter.





FIGUR 1. Pasientflyt mellom senger i spesialisthelsetjenesten, kommunale og private helseinstitusjoner og hjem/kommunal omsorgsbolig.
KAD: Kommunale akutte døgnplasser

Er kommunal smittevernlege kjent med tilbudet om gratis smittevernrådgivning?

Eller passerer smittevernsykepleier KHT under smittevernlegens radar? Da Helse Nord valgte en ordning som ikke medfører fakturering av tjenester, ga det rom for et ubyråkratisk samarbeid. Haken med dette er at den formelle forankringen i kommunene har forblitt mangelfull. I dag er det litt tilfeldig og varierende fra kommune til kommune hvem som er kontaktperson for smittevernsykepleier KHT. Kontakten går mest via ledere i sykehjem og mindre via kommunal smittevernlege som har beslutningsmyndighet og øverste ansvar for smittevern i sin kommune.

Vi ser et klart behov for at kommunal smittevernlege alltid er en part i dette samarbeidet. For det første er det på sin plass at kommunal smittevernlege (gitt sitt ansvar og myndighet) er orientert om helseforetakets bidrag og tar stilling til om det er ønsket. For det andre vil smittevernsykepleier KHT kunne utgjøre en større ressurs for kommunen dersom det oppnås en tettere og mer gjensidig kommunikasjon som sikrer at vi går i takt. Dermed vil samarbeidet få en tydeligere struktur med mulighet for langsiktighet. Dette er i tråd med en kronikk i *Dagens Medisin* hvor tidligere kommunal smittevernlege og regional smittevernoverlege i Helse Midt-Norge, Bodil Dyrstad, konkluderer med at kommunalt smittevern må styrkes på struk-

tur, kunnskaper og kapasitet, samt at kompetansen til kommunal smittevernlege må brukes bedre enn i dag (3).

Smittevern i tjenesteavtaler og kommunale smittevernteam

Kommuner og helseforetak plikter å inngå såkalte tjenesteavtaler om pasientforløp. I tjenesteavtalene i helseregion nord har smittevern hittil vært lite omtalt. I forbindelse med påbegynt revisjon av avtalene i februar 2016, har en gruppe med representanter fra samhandlingsenhetene, kommunene, smittevernsykepleiere KHT og Kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN) utarbeidet et forslag for å styrke og utdype smittevernet. Formålet er å sikre god informasjonsflyt, kompetanseoverføring og tilpassede smittevernløsninger både ved innleggelse i og ved utskrivelse fra sykehus. Gruppen foreslår blant annet å opprette et kommunalt «smittevernteam» bestående av kommunal smittevernlege og kommunal sykepleier med oppgaver innen smittevern. Hver kommune må vurdere om den vil benytte helseforetakets tilbud om smittevern bistand. Samarbeidet ivaretas i så fall av kommunens smittevernteam og helseforetakets smittevernsykepleier KHT. Tjenesteavtalene skal gjennom forhandlinger, og vi venter spent på den endelige utformingen.

Gvinster ved god samhandling i smittevern

Det er lett å finne grelle eksempler på kommunikasjon som har feilet og resultert i unødvendige smitteverntiltak som griper dypt inn i menneskers private liv og som ingen er tjent med. Men heldigvis har vi også gode eksempler å strekke oss etter der helsepersonell sammen har beredt grunnen slik at tjenestene er rustet til å motta smitteførende pasienter – i samsvar med nasjonale retningslinjer i smittevern og kyndig utøvelse av faget. Slik ønsker vi å samhandle!

Godt samarbeid om smittevern vil bidra til økt pasientsikkerhet, mindre smittespredning, færre helsetjenesteassosierte infeksjoner og mindre antibiotikabruk (og dermed reduserte kostnader). Det vil sikre raskere, mer fleksible og tryggere pasientforløp og et bedre liv for mennesker med smittebærerskap eller langvarige infeksjoner.

REFERANSER

1. Abelsen B, Gaski M. Hvordan endrer samhandlingsreformen kommunens pleie- og omsorgsbetjening? Utposten 7/2015, s 41–44.
2. Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten FOR-2005-06-17-610 HOD. Tilgjengelig på: www.lovdata.no.
3. Dyrstad, Bodil. Debatt og kronikk, Dagens medisin 5.5.2014. Tilgjengelig på: <http://www.dagens-medisin.no/artikler/2014/05/05/samhandling-kan-gi-gevinst/>.

■ KIRSTEN.GRAVNINGEN@UNN.NO

Høring av nye diabetesretningslinjer fra Helsedirektoratet

■ TOR CLAUDI • Overlege medisinsk klinikk, Nordlandssykehuset Bodø

Helsedirektoratet startet i 2013 arbeidet med å revidere Nasjonal retningslinje for faglig behandling av diabetes fra 2009. En systematisk og kunnskapsbasert utredning med transparente og dokumenterbare prosesser legger grunnlaget for de nye anbefalingene i retningslinjen.

Til sammen har rundt 70 klinikere fordelt på ti arbeidsgrupper bidratt til utkastet til ny nasjonal faglig retningslinje for diabetes som nå er sendt på høring med høringsfrist 13. mai 2016.

Under følger en kort gjennomgang av utvalgte anbefalinger fra den reviderte utgaven.

Diagnostiske kriterier

Diagnosen diabetes stilles ved HbA1c $\geq 6,5$ prosent/(48 mmol/mol) eller fastende plasmaglukose $\geq 7,0$ mmol/L eller P-glukose $\geq 11,1$ mmol/L etter oral glukosetoleransetest. HbA1c anbefales som primært diagnostikum for diabetes. Dette er sammenfallende med Helsedirektoratets anbefaling fra 2012.

Figur 1 til høyre viser forslag til en ny algoritme for å finne personer med uoppdaget diabetes og personer med høy risiko for å utvikle diabetes.

Personer med høy risiko for å utvikle diabetes (FINDRISK ≥ 15 poeng og/eller HbA1c 6,0–6,4 prosent) bør få strukturert, intensiv livsstilsintervensjon der målet er reduksjon av FINDRISK, og årlig oppfølging med måling av HbA1c hos fastlege. FINDRISK finnes på www.diabetesrisiko.no.

Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen

Ingen store endringer sammenliknet med retningslinjene fra 2009. Det anbefales strukturerte behandlingsplaner og behandlingsmål og bruk av Noklus diabetes-skjema.

Kommunikasjon, mestring og motivasjon

Det anbefales at pasientaktiviserende intervensjoner integreres i diabetesomsorgen, og det gis forslag til spørsmål som kan stilles for å redusere barrierer og hjelpe pasient og behandler i å sette realistiske behandlingsmål.

Levevaner ved diabetes og behandling av overvekt og fedme

Regelmessig fysisk aktivitet med moderat intensitet i minimum 150 minutter per uke anbefales ved diabetes type 1 og diabetes type 2. Både styrketrening og utholdenhetstrening påvirker blodsukkeret, kombinasjonen gir best effekt.

Kostrådene skiller seg ikke vesentlig fra tidligere anbefalinger og de generelle norske kostrådene fra Helsedirektoratet, men det anbefales at inntaket av matvarer med mye stivelse og sukker tilpasses den enkelte. Vektreduksjon på minst 5–10 prosent anbefales ved overvekt. Vektreduserende kirurgi kan være aktuelt ved KMI ≥ 35 kg/m².

Medikamentell blodsukker-senkende behandling av diabetes

Anbefalt behandlingsmål er HbA1c rundt 7 prosent (53 mmol/mol) mot tidligere under 7 prosent, både ved diabetes type 1 og

type 2. HbA1c mellom 7,0 og 8,0 prosent kan være aktuelt for pasienter med lang sykdomsvarighet, betydelig komorbiditet (særlig redusert nyrefunksjon, e-GFR 45 ml/min) og ved risiko for hypoglykemi. For personer på sykehjem og andre med betydelig reduserte leveutsikter er målet å unngå symptomatisk hyperglykemi, dvs. at blodsukker i hovedsak bør ligge under 12–14 mmol/L. Videre anbefales det at personer med diabetes type 2 som ikke bruker insulin som hovedregel ikke trenger å utføre hyppige egenmålinger av blodsukker.

Anbefalingene for valg av blodsukker-senkende medikamenter er endret. Insulin detemir eller glargin anbefales som langsomtvirkende insulin ved diabetes type 1. Ved diabetes type 2 anbefales metformin som førstevalg ved medikamentell blodsukkersenkende behandling.

For de fleste pasienter med diabetes type 2 foreslås enten basalinsulin, sulfonyleurea, sitagliptin eller empagliflozin som andrevalg etter metformin (FIGUR 2, SE SIDE 24). Grunnen til at man har valgt å anbefale sitagliptin (Januvia) og empagliflozin (Jardiance) spesifikt, er at det i dag kun foreligger randomiserte kontrollerte langtidsstudier med harde utfallsmål for disse to medikamentene.

På grunn av utilstrekkelig dokumentasjon, sikkerhet ved langtidsbehandling, begrenset klinisk erfaring og/eller bivirkninger foreslås det at GLP-1-analoger, pioglitazone og øvrige DPP-4-hemmere og SGLT2-hemmere først vurderes som tredjevalg.

Medikamentell forebygging av makrovaskulære senkomplikasjoner ved diabetes

Profylaktisk bruk av acetylsalisylsyre (ASA) hos pasienter uten kjent hjerte- og karsykdom frarådes. Bruk av ASA hos pasienter med kjent hjerte- og karsykdom anbefales.

<https://helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-faglig-retningslinje-for-diabetes>

Risikovurdering og diagnostikk av diabetes

Identifisere personer som kan ha forhøyet risiko for å ha diabetes: ¹⁾

Bruk en **validert risikokalkulator** (eks. **FINDRISK** ved europeisk etnisk bakgrunn)

Mål **HbA1c** eller **plasma-glukose** hvis det er sterk klinisk mistanke om diabetes, klinisk høy risiko for diabetes eller hos visse etniske minoriteter fra Asia eller Afrika.²⁾

Risikoscore > 1 av 3 får diabetes i løpet av 10 år (tilsvarer FINDRISK > 15)

Tilby:

- Blodprøve til diagnostikk av diabetes (HbA1c er foretrukket blodprøve)
- Strukturerede livsstilsråd hos fastlege
- Henvisning til aktuelle kommunale/lokale gruppebaserte tilbud som frisklivssentraler og lignende tilbud

HbA1c < 6,0 %
(42 mmol/mol)
FPG < 6,1 mmol/L
OGTT < 7,8 mmol/L

HbA1c 6,0-6,4 %
(42-46 mmol/mol)
FPG 6,1-6,9 mmol/L
OGTT 7,8-11,0 mmol/L

HbA1c ≥ 6,5 %
(48 mmol/mol)
FPG ≥ 7,0 mmol/L
OGTT ≥ 11,1 mmol/L

Tilfeldig målt glukose ≥ 11,1 mmol/L og symptomer på diabetes

Moderat risiko for diabetes

Årlig vurdering av risiko for diabetes med FINDRISK, eller vurdering av klinisk høy risiko²⁾ (inntil FINDRISK < 15 eller klinisk høy risiko vurderes å være redusert)

Høy risiko for diabetes

Årlig måling av HbA1c hos fastlege (i tillegg til FINDRISK).

Mulig diabetes

Gjenta måling av markør som er over diagnostisk grense (se ovenfor). Hvis ≥ diagnostisk grense: Se **Diabetes**
Hvis < diagnostisk grense: Se **Høy risiko for diabetes**

Diabetes

Se: Kontrollrutiner, utredning og organisering av diabetesomsorgen.

1) Fastlegen bør vurdere diabetesrisikoen hos personer med diabetes i nær familie, ved overvekt og/eller fysisk inaktivitet og hos personer med asiatisk eller afrikansk bakgrunn. (Det anbefales ikke generell testing av hele befolkningen for å diagnostisere diabetes eller påvise forstyrrelser i glukosestoffskiftet).

2) Ved klinisk høy risiko som ved visse kliniske tilstander assosiert med diabetes (PCOS, hypertensjon, hjerte- karsykdom, bruk av kortikosteroider og enkelte psykofarmaka og tidligere svangerskapsdiabetes) eller hos visse etniske minoriteter fra Asia og Afrika bør HbA1c tas som alternativ til bruk av risikokalkulator.

Forkortelser

FPG Fastende plasmaglukose
2t-OGTT 2-timers oral glukosetoleransetest

FIGUR 1. Risikovurdering og diagnostikk av diabetes.

Blodukkersenkende behandling ved diabetes type 2

Opplæring, motivasjon, sunt kosthold, fysisk aktivitet og vektreduksjon gjennom hele forløpet

Monoterapi		Metformin			
Erfaring		Lang			
Bivirkninger		Gastrointestinale/Laktacidose			
Risiko for hypoglykemi		Lav			
Vektpåvirkning		Nøytral/liten reduksjon			
Pris		Lav			
To-medikamentregime		Metformin +			
Medikamentklasse		Sulfonylurea (Fortrinnsvis glimepirid (Amaryl, Glimepirid))	DPP-4-hemmer (Fortrinnsvis sitagliptin (Januvia))	SGLT2-hemmer (Fortrinnsvis empagliflozin (Jardiance))	Basalinsulin
Egnet for		Yngre pasienter (<65 år) uten økt risiko for hjerte- og karsykdom	Pasienter med risiko for hypoglykemi og ved overvekt/fedme	Pasienter med kjent hjerte- og karsykdom	Pasienter med behov for stor blodsukkersenkning
Erfaring		Lang	Middels	Kort	Lang
Bivirkninger		Gastrointestinale/Laktacidose	Få	Genitale infeksjoner og UVI, dehydrering	Hypoglykemi, vektøkning
Risiko for hypoglykemi		Moderat	Lav	Lav	Høy
Vektpåvirkning		Liten økning	Ingen	Moderat reduksjon	Moderat økning
Pris		Lav	Moderat	Moderat	Variabel

Opplæring, motivasjon, sunt kosthold, fysisk aktivitet og vektreduksjon gjennom hele forløpet

Forkortelser

UVI Urinveisinfeksjon

DPP Dipeptidylpeptidase

SGLT Sodium glucose transporter

FIGUR 2. Valg av blodsukkersenkende medikament etter metformin.

Medikamentell blodtrykkssenkende behandling anbefales ved blodtrykk over 140/90 mmHg. Behandlingsmål: Blodtrykk under 135/80 mmHg.

Statinbehandling anbefales til alle personer med diabetes (både type 1 og type 2) i alderen 40–80 år uten kjent kardiovaskulær sykdom, ved LDL-kolesterol $> 2,5$ mmol/l eller når samlet hjertekarriksko er høy. Hos pasienter med kjent kardiovaskulær sykdom anbefales intensiv statinbehandling. Behandlingsmål: LDL-kolesterol 1,4–1,8 mmol/l.

Tilskudd av omega-3 fettsyrer i tablettform har ikke vist å redusere risiko for kardiovaskulær sykdom hos personer med diabetes.

Diabetisk fot og nevropati

Det er ingen store endringer når det gjelder anbefaling av regelmessige fotundersøkelser (årlig ved type 2), med inspeksjon, palpasjon av perifer puls og monofilamentundersøkelse, opplæring, forebygging av sår og behandlingsrutiner. Diagnosen diabetisk nevropati kan stilles ut fra nedsatt monofilamenttest, dvs at pasienten kjenner < 7 av åtte undersøkte punkt, og samtidig forekomst av symptomer som:

- nedsatt følsomhet
- nummenhet
- prikking
- stikking
- brennende eller verkende smerter som starter distalt på føttene.

Anbefalingene for behandling av smertefull nevropati er også endret. Som førstevalg anbefales amitriptylin, deretter duloksetin. Ved manglende effekt vurderes tillegg av gabapentin, evt. pregabalin. De to siste medikamentgruppene skal ikke kombineres.

Nyresykdom ved diabetes

Klassifisering av albuminuri foreslås endret slik at det man til nå har kalt mikroalbuminuri (U-AKR 3–30 mg/mmol) kalles moderat albuminuri, mens U-AKR 30–300 mg/mmol kalles betydelig albuminuri og U-AKR > 300 mg/mmol nefrotisk proteinuri. U-AKR < 3 mg/mmol er normal albuminutskillelse.

Det gis klare anbefalinger for når allmennlegen skal henvise til nefrolog:

- Vedvarende U-AKR > 30 mg/med mer
- utilfredsstillende BT-kontroll med tre blodtrykkssenkende medikamenter
- akutt nyresvikt (reduksjon av e-GFR > 20 prosent i løpet av to uker)

- fall i e-GFR på mer enn 10 ml/minutt over to år
- mistanke om annen nyresykdom enn diabetisk nefropati
- vedvarende hyperkalemi ($K^+ > 5,5$ mmol/l)
- PTH $> 3 \times$ øvre referanseområde
- S-Ca under nedre referanseområde.

Det presiseres at pasienter som har lav e-GFR og albuminuri har økt risiko for hjerte- og karsykdom og at man hos disse pasientene må være særlig oppmerksom på dehydrering kombinert med bruk av ACE-hemmer/A-II blokker og metformin.

Retinopati og øyescreening

Anbefalingen skiller seg ikke vesentlig fra tidligere anbefalinger. Hos pasienter som ikke har retinopati er kontroll hos øyelege hvert annet år tilstrekkelig. Det settes krav til kompetanse hos de som skal foreta undersøkelsen og til de som skal vurdere funnene. Etablering av et nasjonalt screeningprogram med tanke på påvisning av diabetisk øyesykdom anbefales.

Psykiske lidelser og diabetes

Personer med diabetes har 40 til 50 prosent økt forekomst av angst og depresjon og rundt 25 prosent økt risiko for å utvikle depresjon. Det er viktig at behandler er oppmerksom på konsekvensene av denne komorbiditeten hos personer med diabetes. Imidlertid er det ikke holdepunkt for at fordelene ved systematisk eller rutinemessig undersøkelse for angst og depresjon er større enn ulempene, og screening for angst og depresjon hos personer med diabetes anbefales derfor kun ved klinisk mistanke.

Det anbefales at personer med spiseforstyrrelse og diabetes bør prioriteres til psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelsen, og at personer med spiseforstyrrelse og diabetes type 1 får oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Strukturert tverrfaglig samarbeid mellom den som behandler pasientens diabetes og psykiatritjenesten er viktig. Det anbefales at de som behandler pasientens somatiske og psykiatriske lidelser er orientert om pasientens behandlingsplan som omfatter pasientens helhetlige helse.

Svangerskap ved kjent diabetes

Anbefalingene skiller seg ikke vesentlig fra tidligere anbefalinger. Svangerskap bør planlegges og blodsukkerkontrollen optimaliseres før graviditet. Ved påvist graviditet

bør pasientene henvises fødeavdeling med ekspertise på behandling og oppfølging av diabetes i svangerskap, og som har tilknytning til endokrinologisk kompetanse som kan følge pasientens diabetes gjennom svangerskapet.

BEHANDLINGSMÅL: Fastene P-glukose 3,4–5,5 mmol/L, P-glukose 1,5–2 timer etter måltidene $< 7,1$ mmol/L, (enkeltmålinger over dette er det vanskelig å unngå og de vil ikke påvirke svangerskapet uheldig), HbA1c $< 5,8$ mmol/l (40 mmol/mol)

Nye retningslinjer for svangerskapsdiabetes er også under utarbeidelse og kommer på høring før sommeren 2016.

Norge har en lang tradisjon når det gjelder diabetesretningslinjer. Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) utga «NSAMS handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis» første gang i 1988, senere i 1995, i 2000 og i 2005. Helsedirektoratet utga Nasjonale faglige diabetesretningslinjer i 2009. Alle disse retningslinjene ble utgitt i papirformat, 2009 retningslinjene foreligger også i en elektronisk versjon. De nye retningslinjene foreligger kun elektronisk, men det er planlagt å lage en kortversjon i papirformat. Foreløpig er den elektroniske versjonen etter mitt syn ikke optimal med tanke på brukergrensesnitt og anvendelighet, men Helsedirektoratet arbeider med å forbedre dette. Man håper også at de nye retningslinjene blir tilgjengelig via NEL når den endelige versjonen foreligger.

Norske undersøkelser har så langt vist at diabetesbehandlingen i Norge blir bedre, men at det fortsatt er forbedringspotensial (1–4). De nye retningslinjene vil forhåpentligvis være til hjelp både for allmennleger og for annet helsepersonell som arbeider med diabetes, i arbeidet med en ytterligere kvalitetsforbedring.

REFERANSER

1. Claudi T, Cooper JG, Hausken MF, Ingsog W, Jenum AK. Kvaliteten på diabetesbehandlingen i allmennpraksis. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 22: 2570–4.
2. Cooper JG, Claudi T, Jenum AK, Thue G, Hausken MF et al. Quality of care for patients with type 2 diabetes in primary care in Norway is improving. Diabetes Care 2009; 32: 81–83.
3. Cooper J, Claudi T, Thordarson HB, Løvaas KF, Carlsen S, Sandberg S. Behandling av type 1-diabetes i spesialisthelsetjenesten – data fra Norsk diabetesregister for voksne. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2257–61.
4. Mouland G. Diabetes i en fastlegepraksis – ble behandlingsmålene nådd? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 168–72.

Spørsmål om ansvar for dialogmeldinger mellom

I 2004 opprettet administrerende direktør Lars Vorland i Helse Nord RHF (regionalt helseforetak) et midlertidig samhandlingsutvalg mellom foretakene og primærlegene i regionen. Utvalget ble permanent i 2008.

I utvalget sitter samhandlingsledere fra regionens fire helseforetak, primærleger fra de fire foretaksområder og en representant fra legeföreningens regionsutvalg. Utvalget ledes av direktør Finn Henry Hansen fra Helse Nord RHF. Regionens praksiskoordinatorer inviteres til flere møter i året. Utvalget oppleves som nyttig av alle parter (jfr. *Utposten* nr. 4-2010). Høsten 2015 ble det formulert spørsmål vedrørende elektronisk samhandling mellom primærleger og helseforetak. Spørsmålene var svært aktuelle og viktige å få svar på, også av juridiske hensyn. Spørsmålene ble derfor sendt fra leder av samhandlingsutvalget til Helse- og omsorgsdepartementet. Svarene vi fikk fra departementet var både viktige og interessante, og *Utposten* har fått lov til å publisere svarbrevet som ble besvart av avdelingsdirektør Elisabeth Salvesen og seniorrådgiver Atle Gøhtesen i departementet. Brevet gjengis i sin helhet.

Det vises til e-post av 9. november 2015 hvor det bes om avklaringer på hvem som har det juridiske ansvaret i ulike situasjoner hvor det er samarbeid mellom fastlege og sykehus.

Vi vil innledningsvis gi en kort redegjørelse for utgangspunktet for hvem som er ansvarlig ved pasientbehandling. Det er helsepersonellet som har pasienten til utredning og behandling som er ansvarlig for at pasienten får forsvarlig helsehjelp. Det er vanlig at helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten innhenter råd fra spesialister i spesialisthelsetjenesten.

I slike situasjoner vil det fremdeles være helsepersonellet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som diagnostiserer og iverksetter behandling for den enkelte pasient, og som har ansvaret for at behandlingen er faglig forsvarlig.

Helsepersonellet er ansvarlig for den behandling som gis basert på den informasjon som mottas. Det er informasjonen som er avgjørende, ikke hvordan informasjonen er innhentet. Om informasjonen er kommet til helsepersonellet i form av at pasienten møter selv, henvisning, røntgenbilder eller samtaler og råd fra annet helsepersonell, er i utgangspunktet irrelevant. Det enkelte helsepersonellet som har ansvaret for pasienten må ta en selvstendig vurdering av om den informasjon som foreligger er god nok for å kunne igangsette behandling. Dersom informasjonen som foreligger ikke er tilstrekkelig, må helsepersonellet som har ansvaret for pasienten sørge for å innhente informasjon som er nødvendig for å kunne foreta forsvarlige valg.

I det følgende vil departementet gi en vurdering av de typetilfellene som gis i e-posten. Departementet understreker at dette er typetilfeller, og at ethvert tilfelle må vurderes konkret.

Typetilfelle 1

Fastlege ber sykehuslege om råd over telefon eller dialogmelding angående medisiner av pasient med nyresvikt. Sykehuslegen gir en anbefaling om å bruke medisin X. Etter en uke kommer pasienten på akutt-time, med stor forverring av sin nyresvikt. Pasienten legges inn og behandles for nyresvikten. Medisin X seponeres. I ettertid klager pasienten på feilmedisinering, og får medhold i at det var feil å gi medisin X. Hvem er ansvarlig for feilen?

Svar:

Beslutningen om å gi pasienten medisin X ble tatt av fastlegen. Selv om fastlegen innhentet råd fra sykehuslegen, ble beslutnin-

gen om å gi pasienten denne medisinen tatt av fastlegen. Utgangspunktet for dette typetilfellet er at fastlegen er ansvarlig for det legemiddelet som er foreskrevet pasienten. I vurderingen av om fastlegen har gjort en forsvarlig vurdering, vil det være relevant å se hen til at fastlegen har innhentet råd fra spesialist og tillagt dette vekt i sin egen vurderingen. Ansvaret for forskrivning av legemiddelet er likevel tillagt fastlegen.

Typetilfelle 2

Sykehuslege sender en dialogmelding til fastlege og ber om utdyping av problemstilling i en henvisning for å kunne vurdere hastegrad. Fastlegen leser ikke meldingen før etter en uke pga. fravær eller stort arbeidspress. Ut fra svaret fastlegen gir, vurderer sykehuslegen dette til å være noe som haster, men da er man allerede en uke forsinket. Hvem har det juridiske ansvaret her, dersom denne ekstra uken gir uheldige konsekvenser for pasienten?

Svar:

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 at pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering.

Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen, og det er viktig at den inneholder de opplysningene som er sentrale for å vurdere pasientens behov for spesialisthelsetjeneste. Henvisninger som er mangelfulle kan ikke returneres til henvisende instans uten vurdering. Kravet til faglig forsvarlighet kan tilsa at den som vurderer henvisningen bør ta kontakt med pasient eller fastlege for å få tilleggsopplysninger. Hvis dette ikke er mulig, eller man ikke får svar, må henvisningen uansett vurderes. Og jo større mistanke om alvor-

fastlege og sykehus



ILLUSTRASJON: COLOURBOX

lig eller livstruende sykdom, jo større krav til raskere vurdering. Usikkerhet på om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og ev. hvilken frist pasient skal gis, skal i et slikt tilfellet settes ut fra et «verste-fall-scenario» slik at pasienten ikke blir skadelidende for den mangelfulle henvisningen.

Det er følgelig klart at det er sykehuslegen som har det juridiske ansvaret for at pasienter som har behov for rask vurdering, faktisk får det slik at helsehjelpen hurtig kan igangsettes. Dette gjelder også i tilfeller hvor henvisningen er mangelfull.

Departementet vil i denne forbindelse nevne at siden vurderingen av pasienten skal skje på grunnlag av henvisningen, er det som nevnt viktig at henvisningen inneholder opplysninger som sykehuslegen trenger for å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og hvor mye det haster. Det er derfor utarbeidet en henvisningsveileder til hjelp for helsepersonell som henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten. I denne veilederen er det innført en ny elektiv kategori «haster». Når henviser har merket henvisningen med «haster», er det gjort som informasjon til spesialisthelsetjenesten om at det gjelder en svært alvorlig tilstand som må vurderes umiddelbart i vurderingsperioden.

Typetilfelle 3

Fastlege A har avtalt muntlig med fastlege B at B skal bruke fraværsassistenten og føl-

ge opp dialogmeldinger, EDI-meldinger fra kommune, innskutte laboratoriesvar etc. mens A er på ferie. B har dårlige rutiner og sjekker fraværsassistenten maks 1 gang i uken. Det kommer inn en melding fra spesialisthelsetjenesten om pasient med akutt forverring av kjent sykdom. Siden meldingen ikke blir lest før etter 1 uke blir vurdering og behandling av pasient forsinket. Det klages i ettertid fra pårørende og Helse-tilsynet vurderer at lege burde ha iverksatt behandling tidligere. Hvem er ansvarlig – lege B som hadde dårlige rutiner på bruk av fraværsassistenten, eller lege A som delegerte dette til kollega som ikke var kompetent/ hadde for dårlige rutiner?

Svar:

Det følger av fastlegeforskriften §21 femte ledd at fastlegen skal sørge for fraværdekning i forbindelse med ordinært fravær ved for eksempel ferie, kurs og etterutdanning. I merknad til bestemmelsen fremgår det at dersom det benyttes vikar, og ikke ordinær fraværdekning, er det en forutsetning at vikaren har nødvendig kompetanse og at vikaren overholder fastlegenes forpliktelser. Det må forstås dithen at ansvaret til fastlege A er å forsikre seg om at fastlege B er kompetent, og sier seg villig til å påta seg de forpliktelser fastlege A er pålagt. I dette typetilfellet er begge fastleger, slik at dette er uproblematisk. Fastlegen A kan derimot i utgangspunktet ikke gjøres ansvarlig for fastleges B uforutsigelige praksis. Fastlege B står selv ansvarlig for hvordan vedkommende utfører sine forpliktelser i fastlegeordningen.

Typetilfelle 4

Fastlege har henvist pasient til røntgen innen to uker med malignitetsmistanke. I meldingssentral på fastlegekontorets server vises meldingen som sendt og kommet frem, ingen feilmelding. Etter tre uker etterlyser pasient time, røntgeninstituttet svarer da at henvisning ikke er mottatt. Hvem har ansvaret?

Svar:

Ved bruk av elektroniske meldinger skal avsender alltid få kvittering. Dersom kvittering ikke er mottatt har henvisende lege ansvar for å følge opp.

Avslutningsvis i brevet stilles det spørsmål om det er riktig at det ikke er lov til å ha en felles signatur for legesenteret som meldingsmottaker.

Elektroniske meldinger, for eksempel henvisning, skal sendes til ansvarlig helsepersonell/konkret person. En legesekretærs oppgaver er tildelt av legen han eller hun arbeider for. En legesekretær kan imidlertid ikke utgi seg for å være legen han eller hun arbeider for. Ved å benytte felles signatur vil det være uklart hvem som har signert.

Departementet legger imidlertid til grunn at det eksisterer gode tekniske løsninger som ivaretar de praktiske utfordringene. Spørsmål om den praktiske tilretteleggingen må rettes til Helsedirektoratet eller systemleverandør.

Overdiagnostikk, krokod

■ EIVIND MELAND • Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

Artikkelen setter overdiagnostikk-fenomenet i sammenheng med det medisinske objektsynet, såkalt essensialisme. Selv om objektsynet har relevans, vil medisinen være avhengig av en fruktbar sameksistens mellom teknologi og eksistensielle behov. Dette representerer en motsetningsfull spenning, men en motsetning som samtidig er gjensidig forenende. Et mer relevant utgangspunkt for vår virksomhet vil være å vurdere hvor funksjonelle og hensiktsmessige diagnoser og behandlinger vil være. En behandlingstilnærming bygd på «aksepterings- og forpliktelsestenkning» kan muliggjøre et slikt skifte i fokus og medisinsk etos.»

«Å tilfredsstillte moderne pasienter er som å mette krokodiller med sardiner» | EIVIND VESTBØ

Kollega Eivind Vestbø på Finnøy snakker ikke med bedrevitende arroganse når han sammenlikner moderne medisinsk virksomhet med en fånyttets foringsstrategi for krokodiller. Det er et sårbart og selvkritisk utsagn som forteller oss at eksistensielle behov ikke kan tilfredsstilles med medisinsk teknologi. Når vi prøver å avhjelpe eksistensiell nød med uvirksomme midler, vokser behovene og vi er fanget i et spill der forventningene utvikler seg til et bunnløst sluk.

Medisinen og helsefagene har alltid eksistert i en motsetningsfull spenning mellom teknisk rasjonalitet og eksistensiell sårbarhet og uforutsigbarhet (1). Til den første kategorien hører objektive kriterier for sykdomsdefinisjoner, epidemiologiske avveininger av symptomer og funns utsagnskraft for å bedømme sannsynlighet for sykdom og gruppebasert viten om effekter og bivirkninger av medisinsk tekniske behandlinger. Til den andre kategorien hører sårbarhet stilt overfor sykdom og (trussel om) død, nederlag og skam knyttet til tap og svikt, behov for barmhjertighet og solidaritet, behov for tilhørighet, mening og opplevelse av livsmot og livskilde. Historisk sett har religion og religiositet vært en del av samspillet mellom medisinske tekniske rasjonalitet og menneskets eksistensielle behov (2). «Religio» betyr «gjenforening».

Jeg skal ikke argumentere for religiøs renessanse, men for nødvendigheten av å forene medisinske tekniske rasjonalitet med menneskets eksistensielle behov uavhengig av hva vi mener om religion og religiositet. I en artikkel om motsetninger, mening og håp i medisinen har vår britiske kollega, Iona Heath, slått til lyd for at motsetninger i medisinsk virksomhet, eksempelvis mellom vitenskapelig evidens og

pasientens subjektive og eksistensielle opplevelser, må forstås som gjensidig konstituerende, som forenende eller komplementære motsetninger. Hvis vi ikke aksepterer en slik gjensidighet grunnstøter vi og må avmektig klamre oss til staken på den ene siden av en misoppfattet dikotomi (1).

Essensialisme eller funksjonalisme?

Jeg mer enn antyder at fenomenet «overdiagnostikk» handler om en slik maktesløs klamring til et ensidig sykdomssyn, det medisinske tekniske objektsyn som vi også kaller det «essensialistiske» sykdomssyn. Innenfor en slik forståelsesramme spør vi oss «hva sykdom er». I mange tilfeller i medisinen er et slikt perspektiv gyldig og relevant fordi det gjør oss i stand til å oppdage hvordan et fenomen kan passe med en medisinsk kategori der behandling fører til bedret prognose for den som er rammet. Samtidig er det et mangelfullt perspektiv fordi sykdom og sykkelighet alltid opptrer i en kontekst og har en funksjon som ikke kan forstås som en objektiv essens. Vi må også spørre oss «hvilken funksjon har sykdommen?» og «hvordan er den enkelte og omgivelsene affisert?».

Den såkalte «tredje sykdomsbølgen» er en betegnelse på økende sykkelighet knyttet til mangelfull livsmestring og tap av respekt og mening, ofte i form av «subjektive» helseplager uten «objektive» funn. Stilt overfor slik sykkelighet er det spesielt synlig hvordan et ensidig objektivt sykdomssyn forfører pasienter inn i ørkesløse og ressurskrevende utredninger. Slike utredninger medfører risiko for påvisning av anatomiske betydningsløse avvik med der-til hørende sykeroller knyttet til falske positive funn og til pseudosykdom. Risikoen

er også stor for å erverve diagnostiske merkelapper med omsetningsverdi i velferds-markedet som inngangsbillett til varige ytelser og marginalisert status. Når hjelpe- ren ikke løfter fram det eksistensielle funksjons- og kontekstaspektet tidlig i slike prosesser, svikter vi. Istedenfor å hjelpe risikerer vi å kamuflere pedagogisk svikt i skolen, mediastyrt falskneri om kropps- og vellykkethetsidealer og inkompetent bedriftsledelse, for å nevne noen eksempler.

Kan evidensbasert medisin beskytte oss mot overdiagnostikk?

Da evidensbasert medisin (EBM) ble lansert på 1980-tallet var det som en del av en antiautoritær bevegelse som gjorde opprør mot ekspert-basert medisin (3). Hensikten var å gjøre klinikerens i stand til å søke evidens for kliniske beslutninger om diagnostikk og behandling slik at vi selvkritisk og sammen med pasienter kunne ta fornuftige beslutninger og beskytte oss både mot unnlatelsesfeil og overdrivelsesfeil i medisinen. EBM på sitt beste er fortsatt et godt redskap for å innfri slike intensjoner. Kritisk vitenskapelig holdning er et «være eller ikke være» for medisinen. «Preventing over-diagnosis»-bevegelsen er tuftet på et slikt vitenskapelig etos, og mange av de tiltak som denne bevegelsen anviser har stor relevans:

Vitenskapelige artikler må rapportere bivirkninger og ikke bare virkninger

Vitenskapelige artikler må redegjøre for hvilke sykdomsgrenser som er anvendt og rapportere effekter av behandlingen separat for dem som har alvorlig sykdomsbilde og dem som har mildere former for sykdom.

diller og sardiner



Vitenskapen må interessere seg mer for overdiagnostikk knyttet til flere sykdommer og teknologi som brukes i diagnostikk av sykdom (4).

Norges forskningsråd har nylig oppsummert evidensen for nytteverdi og skadepotensiale ved mammografiscreening i en meget leseverdig publikasjon. En slik vitenskapelig fremstilling hadde vært umulig uten innsatsen fra EBM-bevegelsen (5).

Den kritiske leser vil med rette protestere: Eksplosjonen av utredninger, diagnoser og behandlinger har skjedd nettopp i den perioden der EBM vant fotfeste innen medisinen. John Wennberg, en av grunnleggerne av Preventing overdiagnosis-bevegelsen, har for lenge siden vist at den akademiske medisin slik den praktiseres i universitetsklinikker driver med medisinske eksesser i like stor grad som andre (6). Han har også vist at det meste av denne typen virksomhet befinner seg trygt under radaren for medisinsk uansvarlighet.

Vitenskapen tar essensialismen og objektsynet for gitt og problematiserer ikke at ytre evidens er med på å forsterke kulturens interessefokus på (selv)evaluering og diagnostikk. Vitenskapen har heller ikke innsikt i at de medisinske tiltakene oppleves av pasientene som symbolske anerkjennelsehandlinger helt uavhengig av om de er vitenskapelig velbegrunnet. Det er derfor ikke troverdig at kritisk vitenskapelighet er tilstrekkelig for å demme opp for unødvendig overdrivelse i medisinen.

Det kommer til å bli verre

Vi har bare så vidt begynt. En av grunnene til at vitenskapen er maktesløs i møte med medisinske overdrivelsesfeil, er at forskningen ansees å være verdinøytral mens den i virkeligheten foregår innen et etisk paradigme som er tatt for gitt og ikke problematisert. Dette etiske paradigme handler om at mennesket kan vinne kunnskap og helse gjennom metodisk perfeksjon i studiet av ytre livsbetingelser og teknologi alene. Når dette etiske paradigmet drives til sin ytterlighet står vi konfrontert med medisinsk ønsketenkning og overtro.

Jeg tror det ikke minst er dette etiske paradigmet som baner vei for bevegelsen som ønsker å gjøre Big Data og personalisert medisin eller såkalt P4 medisin («predictive,

preventive, personalized, and participatory») til ny grunnlagstenkning for medisinen. Bestrebelsene bak denne retningen tar for gitt at med ytterligere mengder av biologiske og sosiale atferds-data om den enkelte, vil vi øke presisjonen i medisinsk diagnostikk, prognostikk og behandlingseffektivitet. Det er bygget på en vitenskapelig misoppfatning av statistisk presisjon (7). Riktignok øker relevansen og validiteten med økende datamengde, men presisjonen og reliabiliteten reduseres når tilgjengelige data øker ut over en viss grense. Derved vil en slik dreining av medisinen fokus representere en grenseløs kilde til overdiagnostikk, overbehandling og en kultur av narsissistisk selvopptatthet og grunnleggende eksistensiell usikkerhet og angst (8).

En alternativ etisk horisont

Det er slike fenomen som dette som motiverer meg til å foreslå at medisinen etos må endres. Når mandatet vårt er å avhjelpe lidelse og ubehag, gir vi oss selv et oppdrag som lett kan oppfattes som «a dead man's aspiration» eller «likkistemandatet». Poenget er at dersom vi forsøker å gjøre livet fritt for lidelse og ubehag iscenesetter vi et eksistensielt spill der vi konkurrerer om å gjøre noe som de døde er overlegne i: ikke å føle ubehag, angst, fortvilelse og sinne. Med våre gode intensjoner gir vi råd om behandling og atferd som forfører pasienter inn i unnvikelsesatferd og lært hjelpeløshet. Vi rettferdiggjør slike bestrebelsers med diagnoser og merkelapper som noen ganger kan være utgangspunkt for konstruktiv behandling, men som like ofte påfører pasienter rigide selvpoppfatninger og redusert livsutfoldelse og mestring.

Innen tredje generasjons kognitiv terapi, såkalt «aksepterings og forpliktelsesterapi» løfter man fram et etos som tar utgangspunkt i at mennesket er avhengig av mening og relasjoner. Vi er født med etisk kompetanse og opplyses av fordringer som oppstår spontant i menneskelige møter og relasjoner (9). Terapiens mandat er å hjelpe den hjelpesøkende med å leve et oppreist liv i pakt med de verdiene som en selv opplever som viktige i sitt liv. Det er hverken kirketukt eller den epidemiologiske kommandomedisinen moralisme som skal være rettesnor (10). Terapeutens oppgave

er å hjelpe pasienten med å bevisstgjøre seg om hvilke verdier en ønsker å leve etter i livet, og klargjøre om medisinsk behandling hjelper en med slike etiske aspirasjoner (11). Derfor har denne etiske nyorienteringen sterk tilknytning til humanistisk psykologi og selvbestemmelsesteori (12).

Diagnoser og medisinsk teknikk er ikke irrelevant, men må bedømmes ut fra deres funksjonelle nytteverdi: Har denne diagnosen eller medisinske behandlingen eller psykoterapien hjulpet deg til å leve det verdistyrte livet som du ønsker å leve? Med et slikt fokus flyttes oppmerksomheten til noe større enn sykdomsobjekter og essensialisme. Fokuset blir funksjon, kontekst og verdier. Vi står foran en reformasjon i medisin og helsefag. Helse kan i framtida bety mer enn selvpoptatt sykdomsfrykt.

REFERANSER

1. Heath I. «Uncertain clarity»: contradiction, meaning and hope. Br J Gen Pract. 1999; 49: 651–7.
2. Ferngren GB. Medicine and religion. A historical introduction. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 2014.
3. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. Boston/Toronto: Little, Brown and Company; 1985.
4. Moynihan R, Henry D, Moons KG. Using evidence to combat overdiagnosis and overtreatment: evaluating treatments, tests, and disease definitions in the time of too much. PLoS medicine. 2014; 11(7): e1001655.
5. Johnsen R, Baak JPA, Emblem AW, Holmberg L, Ikdahl T, Keiding N, et al. Research-based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. Oslo: The Research Council of Norway; 2015 (cited 2016 March 20).
6. Wennberg JE. Tracking medicine. A researcher's quest to understand health care. Oxford, New York: Oxford University Press; 2010.
7. Fortmann-Roe S. Understanding the Bias-Variance Tradeoff. <http://scott.fortmann-roe.com/docs/BiasVariance.html>: CSS from Substance.io; 2012 (updated March 20, 2016).
8. Vogt H, Hofmann B, Getz L. The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. Medicine, health care, and philosophy. 2016 Jan 28.
9. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Trondheim: Cappelen Forlag AS; 2000.
10. Fugelli P. o-visjonen. Essays om helse og frihet. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
11. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006; 44(1): 1–25.
12. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press; 1985.

■ EIVIND.MELAND@UIB.NO

– Det handler om at vi ikke har

■ DAG-HELGE RØNNEVIK • Utpostens redaksjon

Tromsø kommune har investert 24 millioner i «Tromsømarka-prosjektet» siden 2011. En fersk rapport anslår at kommunen sparer 10–40 millioner i året bare på helseutgifter. Prosjektet er et spennende eksempel på sektorovergripende arbeid som legger til rette for et mer aktivitetsvennlig samfunn. *Utposten* har sett litt nærmere på prosjektet fra et samfunnsmedisinsk perspektiv.

Prosjektet har pilotstatus sammen med seks andre liknende prosjekter i Miljødirektoratets nærmiljøsatsing. Det framstår som et godt eksempel på hva man kan få til gjennom sektorovergripende planlegging i en kommune der den politiske viljen til å tenke langsiktig også er til stede. – Dette handler ikke om hva tiltakene koster, men om at vi ikke har råd til å la være, uttaler prosjektleder Henrik Romsås i et intervju med avisa Nordlys (1).

Folkehelsearbeid krever kompetanse, kunnskap, tålmodighet og tverrfaglig samarbeid, der målet er en samfunnsutvikling som legger til rette for god folkehelse og utjevning av sosiale ulikheter i helse. Et sentralt spørsmål i mange prioriteringsbeslutninger er hva kostnadseffektiviteten ved et nytt tiltak er sammenlignet med det

man gjør i dag. Hvordan har man så kommet fram til tallene det vises til innledningsvis? La oss se litt nærmere på hva de har fått til i Tromsø.

«En friskere, sunnere og gladere befolkning»

På Tromsø kommunes hjemmeside står det om prosjektet:

«Målet er at Tromsøs befolkning skal bli enda friskere, sunnere og gladere. Dette skal bidra til å løfte Tromsø som en attraktiv by å bo i, studere i og komme på besøk til».

I forkant av prosjektet ble følgende spørsmål stilt:

- Hvordan kan vi tilrettelegge i Tromsømarka for enda flere allsidige aktiviteter?

'FUN FACTS' TROMSØMARKAPROSJEKTET

- Investeringer for 24 millioner siden 2011
- Forankret i alle etater – trafikk, natur, miljø, helse. Ordføreren strålende fornøyd og får mye glans fra prosjektet!
- Sykehus + universitet + fylkeskommune med i styringsgruppen.
- Prosjektleder for Tromsømarkaprojektet, Henrik Romsås, ble kåret til årets tromsøværing i 2014.
- Tromsømarkaprojektet er ett av sju nasjonale pilotprosjekter i Miljødirektoratets nærmiljøsatsing.
- – Dette er vår Central Park, sier Romsås!
- 600 000 passeringer i året på de to målepunktene.
- Løypenettverk knyttet til UNN (sykehus) og universitetet.
- Utendørs treningsstasjoner, tilrettelegging med veier, skilting, stier, benker, badeplasser, sandvolleyballbane m.m.
- Trykt opp 30 000 løypekart og delt ut til skoler.
- Lagt til rette for hundeeiere (satt opp hundebokser).
- Anslår 1000 biler mindre på veiene på gode dager.
- Guidede skiturer 3 x daglig om vinteren (for turister).

VINTERLØYP

DÄLVELÄHTTOKÁRTA ROMSSASUOLU -

LUFTA ER FOR ALLE - SKILØYPENE OGSÅ! HER ER NI RE

1. Vis hensyn og vær vennlig mot andre. Vær spesielt hensyn
2. Det er høyrekjøring også i skiløypa.
3. Den som kjører nedover har forkjøringsrett, den som kommer kommer nedover.
4. Den som kommer bakfra har ikke forkjøringsrett, men må gå
5. Skiløpere som er ute på treningstur har ingen særrettighe
6. I øvre og nedre konkurranseløype ved Tromsø skistadion
7. Det er ikke god løypeskikk å gå på beina i skisporet. Fotg
8. Hundeeiere må vise ekstra hensyn og ha full kontroll over
9. Et smil og et nikk gleder andre - og deg selv!



Last ned:

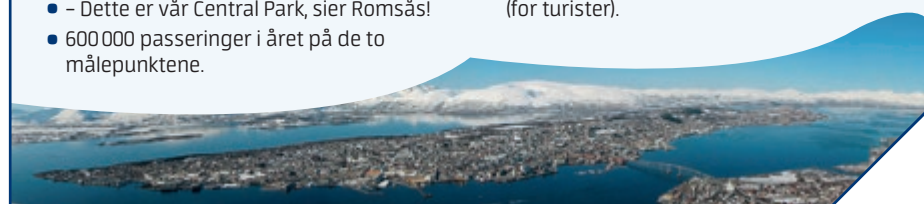


Løypekartet som PDF: www.tromso.kommune.no/loypekart



Opplysninger om løypeforhold: www.tromso.kommune.no/

- Hvilke grupperinger er minst fysisk aktive og hvordan kan vi involvere disse i uorganisert fysisk aktivitet i Tromsømarka?
- Hvordan sikrer vi på en best mulig måte at Tromsømarka forblir et grøntområde, også for framtidige generasjoner?
- Er det mulig å ha større differensiering i Tromsømarka for å nå et større antall mennesker, og for å sikre kvalitetene?
- Kan institusjonene som grenser inn mot marka bruke området mer bevisst?
- Kan Tromsømarka tilrettelegges i større



råd til å la være

BEKART TROMSØYA

WINTER TRAIL MAP TROMSØ ISLAND

GLER FOR LØYPEVETT:

ynsfull og oppmerksom mot barn og eldre.

er oppover må vike og gi god plass til de som

forbi på venstresiden.

eter.

er det ikke tillatt for fotgjengere eller hunder.

jengere bes bruke den

Stakkevollan.

hunden. Langt bånd kan være til stor



grad som kommunikasjonsåre for mye trafikanter på vei til jobb og skole? (Øke bruk, minske konflikter)

- Er det mulig, gjennom et målrettet prosjekt, å styrke friluftsbymen Tromsø?

Rapporten som har beregnet årlige besparelser på 10–40 millioner kroner heter *Økosystemtjenester fra grønnsstruktur i norske byer og tettsteder* (2) og er utarbeidet av Vista analyse AS og Sweco på bestilling fra Miljødirektoratet.

Slik har man regnet ut at Tromsø sparer 10–40 millioner i året:

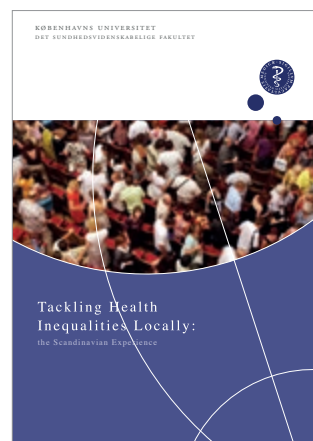
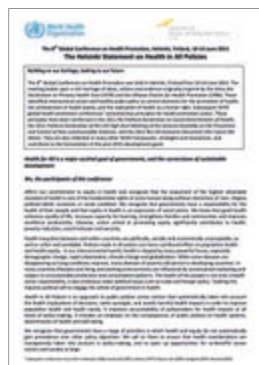
- 2,5 kilometer strekning der løypenett er rustet opp
- To målepunkt for registrering av passerende (gående/syklister)
- Registrert 400 000 passeringer på denne strekningen i løpet av et år
- 2,5 km x 400 000 passeringer = 1 million km
- Antagelse om at 50/50 sykler eller går
- Gevinst per km noen går = 53,40 kr
- Gevinst per km noen sykler = 26,40 kr
- Regnet ut tre scenarier: 100 prosent / 50

prosent / 25 prosent av passeringene er inaktive som har blitt aktive (fordi gevinsten innkasseres kun når det er inaktive som blir aktive)

- Resultat: besparelser på mellom 10 og 40 millioner kroner i året i helsegevinst

Til grunn for tallene ligger disse nokså «tunge» dokumentene:

- 1 Statens vegvesens veileder i konsekvensanalyse (3)
- 2 Helsedirektoratets veileder *IS-1985 Økonomisk evaluering av helsetiltak* (4)



❶ Helsedirektoratets rapport *IS-1967 Kunnskapsgrunnlag fysisk rapport* (5)

På side 75 i rapporten er dette forklart slik: «I Statens vegvesens veileder i konsekvens-analyser (som inkluderer samfunnsøkonomisk analyse) har man estimert besparelser for samfunnet ved at flere går og sykler. Det er tatt utgangspunkt i reduserte helsekostnader, både såkalte realøkonomiske kostnader ved sykehusopphold og redusert produksjon ved sykdom og velferdseffekter for dem som er syke (de syke har redusert velferd utover det det koster i form av sykehusinnleggelses og redusert produksjon). Basert på tidligere studier er det beregnet at reduserte helsekostnader for gående er totalt ca. 53,40 kr/km og for syklende 26,40 kr/km. I og med at vi ikke har kunnskap om fordelingen mellom gående og syklende blant dem som passerer, antar vi halvparten av hver, og besparelsen per km gående (omfatter også skigåere)/syklende blir da ca. 40,00 kr/km».

Rammene for folkehelsearbeidet i Norge

Kunnskap om befolkningens faktiske aktivitetsnivå i Norge tilsier at 20 prosent er inaktive, 60 prosent er delvis aktive og bare 20 prosent er aktive og tilfredsstillende myndighetenes anbefalinger (5). Dette fører til sosiale ulikheter i helse, og det er bred enighet om at det trengs en politisk retningsendring for å tilrettelegge for økt fysisk aktivitet og et mer aktivitetsvennlig samfunn.

I Ottawa-charteret, som ble utarbeidet og godkjent på den første Internasjonale konferansen om helsefremming i Ottawa, Canada i 1986, understrekes det at helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk, med alle samfunnsnivåer, og med lokalmiljøet rundt oss. Dette henger godt sammen med «90/10-regelen» som har blitt et velbrukt begrep i folkehelsearbeidet, og som peker på at 90 prosent av helsa vår bestemmes av faktorer som ikke har med helsevesenet å gjøre (6).

I 2012 vedtok alle de 53 medlemslandene i Europaregionen *Helse 2020* som rammeverk og strategi for en bedre og mer rettferdig fordelt helse og trivsel i regionen innen 2020. WHO's *Toronto-charter for fysisk aktivitet* (2010), «*The Helsinki-statement on health in all policies*» (2013) og den nordiske *Trondheimserklæringen* fra 2014 (7) er også sentrale i folkehelsearbeidet og verdt å kjenne til.

De skandinaviske landene har nylig stått sammen om en felles rapport med tittel *Tackling Health Inequality Locally: the Scandinavian Experience* (8). Rapporten oppsummerer tolv konkrete anbefalinger. Anbefaling nummer fire handler om at det er økende behov for kostnadsanalyser knyttet til forebyggende og helsefremmende tiltak, og at dette kan bidra til at dette arbeidet blir mer prioritert i budsjettarbeidet. Rapporten peker også på behov for kompetanse og res-

surser i kommunene for å klare nye oppgaver og ny kommunerolle.

Tromsømarkaprojektet framstår som et godt eksempel på en sektorovergripende satsing som er helt i tråd med disse helt sentrale teoriene innen folkehelsearbeid. Gratulerer Tromsø med flott arbeid!

Diskusjon

1) Behov for samfunnsøkonomiske analyser av folkehelseiltak

Økonomiske evalueringer av helsetiltak er etterlenget i kommunene og kan trolig bidra til politisk vilje til å satse på tiltak der effekten ikke kan måles før etter mange år.

Klare tall på bordet – *dette har vi ikke råd til å la være!*

Samtidig må slike rapporter være til å stole på, og svakheter må belyses. F.eks. trenger vi mer kunnskap om hvem slike tiltak treffer: Er det mange med en inaktiv livsstil som blir mer aktive, eller er det birkebeineren som øker fra fem til åtte treningsøkter i uka? Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide verktøy for dette. Samfunnsmedisinere må forstå QALY og hvordan effekt av forebyggende og helsefremmende arbeid kan måles i penger.

SENTRALE BEGREPER I FOLKEHELSEARBEIDET

Empowerment – å kunne påvirke sin livssituasjon

Satlutogenese – læren om hva som gir god helse

Holisme – helhetstenking

«Sense of coherence» – opplevelse av sammenheng

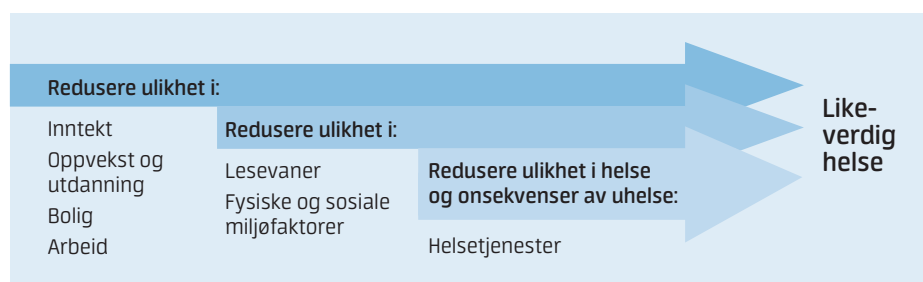
90/10-regelen – god helse skapes ikke i helsesektoren

Ottawa-charteret (1986)

Trondheimserklæringen (2015)

QALY = kvalitetsjusterte leveår
(1 QALY = 588 000,-)

FIGUR 1. Gode turområder kan bidra til å redusere ulikheter i levevaner. KILDE: FHI, FOLKEHELSEPROFILER



OTTAWA-CHARTERET

De fem hovedstolpene i charteret er:

1. Å bygge opp en sunn helsepolitikk – det vil si «plassere 'helse' på sakslisten til de bestemmende organer på alle områder og nivåer».
2. Å skape et støttende miljø – «helsefremmende arbeid skaper leve- og arbeidsforhold som er trygge, stimulerende, tilfredsstillende og trivelige».
3. Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling – «helsefremmende arbeid skal styrke lokalsamfunnet når det gjelder å prioritere, avgjøre, planlegge tiltak og gjennomføre dem for å kunne oppnå en bedre helse».
4. Å utvikle personlige ferdigheter – «helsefremmende arbeid skal støtte personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker».
5. Å tilpasse helsetjenesten – «helsesektorens rolle må i økende grad bevege seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester».



2) Samfunnsmedisinens handlingsrom i store planprosesser

Norge har en tydelig nasjonal folkehelsepolitikk, der ansvaret for gjennomføring er lagt på lokalt nivå. Kommunelegene bør være sentrale i utforming av kommunenes folkehelsearbeid, og bidra med medisinsk og samfunnsmedisinsk kompetanse. Forfatterne av boka *Helsefremmende lokalsamfunn* (9) trekker dessuten fram samhandlingskompetanse som en av fremtidens utfordringer i hele folkehelsearbeidet. Det finnes mange dyktige fagfolk som jobber med folkehelse og det som tradisjonelt har vært oppfattet som samfunnsmedisinens revir. «Samfunnsmedisin er helsefagenes bidrag i folkehelsearbeidet», sier redaktør Anders Smith i Helserådet. Men hvordan er samfunnsmedisinernes kunnskaps- og handlingsrom i store kommunale planprosesser?

3) Befolkningsstrategi vs. høyrisikostrategi

Det er stort fokus på individrettet sekundærforebygging (frisklivssentraler), men samtidig vet vi at befolkningsrettede (uni-

verselle) tiltak har størst effekt. Er kommunene gode nok på å ha gjennomtenkte strategier for sitt folkehelsearbeid? Riksrevisjonens undersøkelse av det offentlige folkehelsearbeidet i 2014 (10) tydet ikke på det: De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid. Kun 24 prosent av kommunene har utarbeidet oversikt over innbyggernes helsetilstand og faktorer som påvirker denne. Nær 60 prosent av kommunene har ikke drøftet folkehelseutfordringer og presentert mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplanen. Nesten halvparten av kommunene mener at levekår og sosial ulikhet er blant de største folkehelseutfordringene, men bare 15 prosent har iverksatt de fleste av sine tiltak på disse områdene.

Riksrevisjonens konklusjon var at det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet. Det er behov for en politisk retningsendring ute i kommunene for å få et mer aktivt og vennlig samfunn. Dette er kanskje lettere å oppnå når vi får klare tall på bordet?

REFERANSER

1. Saur, S., Så mange millioner er Tromsømarka verdt – hvert eneste år! Avisa Nordlys, 21. januar 2016.
2. Magnussen K., Reinvang R., Løset F., Økosystemtjenester fra grønnstruktur i norske byer og tettsteder. Rapport fra Vista analyse, 2015.
3. Statens Vegvesen, Konsekvensanalyser – Håndbok V712. 2014.
4. Helsedirektoratet, Økonomisk evaluering av helsetiltak – en veileder (IS-1985). 2012.
5. Helsedirektoratet, IS-1967 Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. 2014.
6. Wildavsky, A., Doing better and feeling worse: the political pathology of health policy. Dædalus, 1977: p. 105-23.
7. Trondheimserklæringen - Rettferdig fordeling av helse og trivsel – et politisk valg!, Den nordiske folkehelsekonferansen. 2014.
8. Helsedirektoratet, Tackling Health Inequality Locally: the Scandinavian Experience. 2015, University of Copenhagen.
9. Sletteland N., Donovan R.M., Helsefremmende lokalsamfunn. 2012: Gyldendal Norsk Forlag AS.
10. Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid, dokument 3:11 (2014–2015).



Ny kunnskap i allmennmedisin

Presentasjon av sammendragene fra forskningsdagen på Nidaroskongressen 2015.

■ REDIGERT AV ELIN OLAUG ROSVOLD • Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

På forskningsdagen på Nidaroskongressen 2015 ble det presentert mange spennende foredrag fra forskning i norsk allmennmedisin.

Prosjektene spente fra innvandreres bruk av legevakt til allmennlevers erfaringer med kliniske retningslinjer. I tillegg presenterte Bente Mjølstad sin doktorgrad.

De som deltok med frie foredrag konkurrerte om de to allmennmedisinske

forskningsprisene – AFU-prisen som går til relativt ferske forskere, og AMFF-prisen som går til forskere på PhD-nivå. I år var det Inger Lyngstad som mottok AFU-prisen for sin presentasjon «Uønskede hendelser og pasientskader i norsk all-

mennmedisin». Elin Høyen Bergene fikk AMFF-prisen for presentasjonen «Strategies to give children bad tasting medicines».

Mer om de to prisbelønte prosjektene og den øvrige forskningen som ble presentert på Nidaroskongressen 2015, kan du lese i sammendragene som vi presenterer i dette nummeret av *Utposten*.

General practitioners still commonly prescribe benzodiazepines, z-hypnotics and opioid analgesics for elderly patients without face-to-face contacts. The prescription peer academic detailing (rx-pad) study.

ANNE CATHRINE SUNDSETH¹, SVEIN GJELSTAD¹, JØRUND STRAAND¹, ELIN O. ROSVOLD¹

¹ Department of General Practice/Family Medicine, Institute of Health and Society, University of Oslo, Oslo, Norway.

BACKGROUND

Elderly people are at particular risk of side effects from use of benzodiazepines, z-hypnotics and opioid-analgesics (BZO-drugs) in terms of dependency, oversedation, falls and fractures. Still, many elderly use these drugs. National guidelines recommend that the general practitioners (GPs) should see the patients for both initial and repeat prescriptions of BZO-drugs, and prescribing of small quantum packages and low doses should be preferred. Furthermore, the treatment should aim for short-term or intermittent use. The extent to which current practice complies with these recommendations is not known.

PURPOSE

To describe and assess Norwegian GPs'

prescription patterns of BZO-drugs to elderly patients.

MATERIAL AND METHODS

Contact- and prescription data from 148 Norwegian GPs for patients 70 years of age during an eight-months period in 2009. The patient-doctor contacts were categorized as direct (face-to-face office-consultations and home-visits) and indirect (via third party, phone or mail) contacts. Explanatory variables were characteristics linked to the GPs, their practices, patients and the drugs prescribed.

RESULTS

Z-hypnotics were most commonly prescribed, both during indirect and direct doctor-patient contacts. More than 60 per cent of

prescriptions of BZO-drugs to elderly patients were issued during indirect GP-patient contacts, two thirds were for packages of 50 tablets or more. Prescribing during indirect contacts was associated with relatively low over all practice activity and a high number of listed older patients.

CONCLUSIONS

Norwegian GPs BZO-drug prescribing to elderly patients still conflict with repeated national guidelines as the ordinations most frequently take place during indirect GP-patient contacts and typically are issued as relatively large quantum packages by each prescription. The prescription patterns further indicate that BZO-drugs commonly are prescribed as long term therapy, and not for short-term or intermittent use as recommended.

Uønskete hendelser og pasientskader i norsk allmennmedisin?

INGER LYNGSTAD¹, ELLEN T. DELIKÅS², BJØRNAR NYEN³

1, Ringerike medisinske senter, Hønefoss, 2 Akershus universitetssykehus HF, 3 Porsgrunn kommune.

BAKGRUNN

Det har vært arbeidet lite systematisk med pasientsikkerhet i norsk allmennmedisin, i fastlegeordningen og primærhelsetjenesten for øvrig. Det er ingen meldeplikt for uønskete hendelser og pasientskader i primærhelsetjenesten. En britisk oversiktsartikkel fra 2011 viser at det sannsynligvis forekommer pasientskade ved en til prosent av konsultasjoner i primærhelsetjenesten og at internasjonal erfaring viser at halvparten av skadene som oppstår i helse-tjenesten sannsynligvis kan unngås.

Formålet med min undersøkelse var å studere metoden «Primary Care Trigger tool» for måling av pasientskader i en norsk fastlegepraksis og vurdere om metoden kan brukes i forbedringsarbeid i primærhelsetjenesten.

MATERIALE OG METODE

Trigger tool metoden er en retrospektiv gransking av et tilfeldig utvalg av pasient-journaler, hvor det benyttes definerte kriterier til å finne fram til journaler som do-

kumenterer mulige pasientskader. I Pasientsikkerhetsprogrammet brukes metoden Global Trigger Tool ved alle landets helseforetak for å kartlegge forekomst av pasientskader. Primary Care Trigger Tool er utviklet i England og ble publisert i 2009 av National Health Service.

Jeg inkluderte alle de 57 pasientene over 70 år fra min fastlegeliste i perioden 2011-2012.

Resultater og konklusjon ble presentert muntlig på Nidaroskongressen.

Strategies to give medicines to children who refuse – a qualitative study of parental online discussion forums

ELIN HØIEN BERGENE^{1,2}, TORSTEIN BAADE RØ^{3,4}, ASLAK STEINSBEKK¹

1 Department of Public Health and General Practice, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway, • 2 Central Norway Pharmacy Trust, Trondheim, Norway • 3 Department of Cancer Research and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway • 4 Department of Pediatrics, St. Olav's Hospital, Trondheim University Hospital, Norway

AIM

The aim of this study was to describe strategies parents use when giving medicines to children who refuse to take them.

MATERIAL AND METHODS

A qualitative study of parents' postings on discussion forums. Google was used to identify threads from a Scandinavian internet forum where parents discussed giving medicines to resisting children. The threads were analyzed using systematic text condensation. The analysis was veri-

fied with threads from an English language forum.

RESULTS

Parents chose different ways to give medicines to children who resisted, depending on the children's age and development and the parents' attitude towards medication and child rearing. The findings were categorized into three main strategies: 1) Hidden administration - in food or while the child was sleeping or distracted, 2) Open administration - by negotiation with re-

wards or threats, changing the medicines' palatability, or diverting the child's attention. 3) Forced administration - restraining the child and forcing it to swallow the medicine.

CONCLUSION

Parents use a variety of strategies to give medicines to children who resist. Health professionals should be aware of parents' need for advice, but that there is no one size fit all approach on how to give bad tasting medicines to children.

Gp's attitudes towards participating in emergency medicine: a qualitative study

MAGNUS HJORTDAHL¹, PEDER HALVORSEN¹, METTE BECH RISØR¹

1 General Practice Research Unit, University of Tromsø, The Arctic University of Norway

BACKGROUND

Whether general practitioners (GPs) should accompany the ambulance to pre-hospital call outs is a matter of controversy. We aimed to gain insight into GPs' attitudes towards participating in call outs.

MATERIAL AND METHODS

Focus group interviews with GPs at four rural or remote casualty clinics in Norway were analysed using thematic analysis as described by Braun and Clarke.

RESULTS

The GPs felt that their role had changed during the last decades, resulting in less experience and more uncertainty. Also the Emergency Medical Technician teams (EMT) had evolved and they now function without a physician.

The GPs wanted to participate in call outs since this improved patient care and the community appreciated it. Due to ambulances being absent for extended periods of time, GPs sometimes must handle call outs alone. Consequently, being on-

te on a regular basis was seen as vital to maintain their skills.

The GPs had difficulties explaining how to decide whether to participate in call outs. Decisions were perceived as difficult due to insufficient information. GPs working in casualty clinics located close to EMT stations reported more participation.

CONCLUSION

The GP's role in emergency medicine has changed, but is still important in the local community.

General practitioners' experiences with multiple clinical guidelines: a qualitative study from Norway

BJARNE AUSTAD^{1,2}, IRENE HETLEVIK², BENTE PRYTZ MJØLSTAD^{2,3}, ANNE-SOFIE HELVIK^{2,4}

1 Sjøside Legesenter, Trondheim • 2 Allmennmedisinsk forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim • 3 Saksvik Legesenter, Hundhamaren • 4 Avdeling for Øre-Nese-Hals, St Olavs Hospital, Trondheim

BACKGROUND

It is well known that general practitioners (GPs) often do not adhere to clinical guidelines, but reasons for this seem complex and difficult to understand. Limited research focuses on the total amount of clinical guidelines as they appear in general practice. The aim of this study was to get in-depth information by exploring Norwegian GPs' experiences and reflections on the use of multiple clinical guidelines in their daily work.

METHODS

A qualitative focus group study based on a purposeful sample of 25 Norwegian GPs within four preexisting groups. The GPs'

work experience varied from recent graduates up to 35 (mean 9.6) years. The interviews were analyzed with systematic text condensation which is a phenomenological approach.

RESULTS

1) The GPs considered clinical guidelines to be necessary and to provide quality and safety in their clinical practice. 2) However, they found it difficult to adhere to them due to guideline overload, guidelines that were inaccessible and overly large, and because of a mismatch between guidelines and patients' needs. Adherence was especially difficult in multimorbid patients where several guidelines were expected to be

applied at the same time. 3) The discrepancy between judging guidelines as necessary but difficult to adhere to, created dilemmas for the practitioners. The GPs handled these by using their clinical judgement and by putting a greater focus on the patients' complaints and quality of life than on adhering to guidelines.

CONCLUSIONS

The GPs provided compelling reasons for low adherence to clinical guidelines despite considering them to be necessary. This challenge the idea that quality of care in general practice is largely synonymous with adherence to guidelines for single diseases.

The impact of sex and age on the performance of FINDRISC. The HUNT DE-PLAN Study in Norway

ANNE JØLLE¹, KRISTIAN MIDTHJELL¹, JOSTEIN HOLMEN¹, JAAKKO TUOMILEHTO^{2,3}, SVEN MAGNUS CARLSEN^{4,5}, JONATHAN SHAW⁶, BJØRN O. ÅSVOLD^{1,4}

1 HUNT Research Centre, Department of Public Health and General Practice, Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Levanger, Norway. • 2 Department for Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University Krems, Austria. • 3 University of Helsinki. • 4 Department of Endocrinology, St Olavs Hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norway. • 5 Unit for Applied Clinical Research, Institute for Cancer Research and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway. • 6 Baker IDI, Heart and Diabetes Institute, Melbourne, Australia

INTRODUCTION

The Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) is recommended as a screening tool for diabetes risk. However, there is lack of well-powered studies examining the performance of FINDRISC by sex and age.

AIMS

To estimate, by sex and age, the prevalence of elevated FINDRISC and the positive predictive value (PPV) of FINDRISC for identifying impaired glucose metabolism (IGM) in a general Norwegian population.

METHODS

We estimated the prevalence of elevated

FINDRISC (15) among 47,694 adults in the HUNT3 Survey (2006–08). Among 2,559 participants who participated in oral glucose tolerance testing, we estimated the PPV of elevated FINDRISC for identifying unknown prevalent diabetes and other forms of IGM.

RESULTS

The prevalence of elevated FINDRISC was 12.1 per cent in women and 9.6 per cent in men, and increased from 1.5 per cent at age 20–39 to 25.1 per cent at age 70–79 years. The PPVs of elevated FINDRISC were 9.8 per cent for diabetes, 16.9 per cent for impaired glucose tolerance, 8.2 per cent for impaired fasting glucose, and 34.9 per cent

for any form of IGM. The PPV for IGM was lower in women (31.2 per cent) than in men (40.4 per cent), and increased from 19.1 per cent at age 20–39 to 55.5 per cent at age 180 years.

CONCLUSION

FINDRISC identified more women than men as high-risk individuals for diabetes. FINDRISC had a high PPV for detecting prevalent IGM, and the PPV was higher in men than women and in older than younger individuals. Our data indicate that the impact of sex and age on diabetes risk is not adequately captured by FINDRISC, and that refinements to it might improve diabetes prediction.

Knowing patients as persons. A theory-driven qualitative study of the relevance of person-related knowledge in primary health care

MJØLSTAD, BENTE PRYTZ • Allmennmedisinsk forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU.

BAKGRUNN

Fastleger følger pasienter over tid og har mulighet til å bli kjent med deres personlige bakgrunn (biografi) og livssituasjon. Selv om slik kunnskap kan være medi-

sinsk relevant, blir den sjelden overført til annet helsepersonell når pasienter henvises. Prosjektet utforsker hva allmennlegers personrelaterte kunnskap består av og be-

tydningen av å overføre og vektlegge slik kunnskap når pasienter skal rehabiliteres.

MATERIALE OG METODE

Fokusgruppeintervjuer med to grupper allmennleger (senior og junior) og en intervensjonsstudie på et sykehjem hvor ni pasienter, respektive fastleger og helsepersonell deltok. I intervensjonstudien ble det gjort telefonintervju av fastlegen og dybdeintervju av pasienten for å få informasjon om pasienten som

Use of emergency care services by immigrants—a survey of walk-in patients who attended the Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic

SVEN EIRIK RUUD^{1,2}, RUTH AGA³, BÅRD NATVIG¹, PER HJORTDAHL¹ | ¹ Department of General Practice, Institute of Health and Society, University of Oslo, Norway • ² Department of Emergency General Practice, City of Oslo Health Agency, Oslo, Norway • ³ Section for Orthopaedic Emergency, Oslo University Hospital, Norway

BACKGROUND

The Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic (OAEOC) experienced a 5–6 per cent annual increase in patient visits between 2005 and 2011, which was significantly higher than the 2–3 per cent annual increase among registered Oslo residents. This study explored immigrant walk-in patients' use of both the general emergency and trauma clinics of the OAEOC, and their self-reported affiliation with the regular general practitioners (RGP) scheme.

MATERIAL AND METHODS

A cross-sectional survey of walk-in patients attending the OAEOC during two weeks in September 2009. We analysed demographic data, patients' self-reported number of OAEOC and RGP consultations during the preceding 12 months and self-reported affiliation with the RGP scheme. The first approach used Poisson regression models to study visit frequency. The second approach compared

the proportions of first- and second-generation immigrants and those from the four most frequently represented countries (Sweden, Pakistan, Somalia and Poland) among the patient population, with their respective proportions within the general Oslo population.

RESULTS

The analysis included 3,864 patients: 1,821 attended the general emergency clinic and 2,043 the trauma clinic. Both first- and second-generation immigrants reported a significantly higher OAEOC visit frequency compared with Norwegians. Norwegians, representing 73 per cent of the city population, accounted for 65 per cent of OAEOC visits. In contrast, first- and second-generation immigrants made up 27 per cent of the city population but accounted for 35 per cent of OAEOC visits. This proportional increase in use was primarily observed in the general emergency clinic (42 per cent of visits). Their pro-

portional use of the trauma clinic (29 per cent) was similar to their proportion in the city. Among first-generation immigrants only 71 per cent were affiliated with the RGP system, in contrast to 96 per cent of Norwegians. Similar findings were obtained when immigrants were grouped by nationality. Compared to Norwegians, immigrants from Sweden, Pakistan and Somalia reported using the OAEOC significantly more often. Immigrants from Sweden, Poland and Somalia were over-represented at both clinics. The least frequent RGP affiliation was among immigrants from Sweden (32 per cent) and Poland (65 per cent).

CONCLUSIONS

In Norway, immigrant subgroups use emergency health care services in different ways. Understanding these patterns of health-seeking behaviour may be important when designing emergency health services.

Should pulse oximetry be included in GPs' assessment of patients with obstructive lung disease?

LENE G DALBAK^{1,2}, JØRUND STRAAND², HASSE MELBYE¹ | ¹ General Practice Research Unit, Department of Community Medicine, University of Tromsø, Norway • ² Department of General Practice, Institute of Health and Society, University of Oslo, Norway

OBJECTIVE

To explore associations between decreased pulse oximetry values (SpO₂) and clinical, laboratory, and demographic variables in general practice patients diagnosed with asthma or chronic obstructive pulmonary disease (COPD) including COPD and asthma in combination.

DESIGN/SETTING

A cross-sectional study in seven Norwegian general practices, of patients aged 40 years or more diagnosed by their general practitioner (GP) with asthma or COPD. The patients were examined during a sta-

ble phase of their disease. Patients diagnosed with COPD (including COPD/asthma in combination) and those diagnosed with asthma only, were analyzed separately.

MAIN OUTCOME MEASURES

Decreased SpO₂ values (≤ 95 per cent and ≤ 92 per cent).

RESULTS

Of 372 included patients (mean age 61.5 years, 62 per cent females), 82 (22.0 per cent) had SpO₂ ≤ 95 per cent among which 11 had SpO₂ ≤ 92 per cent. In both asthma and COPD pati-

ents, SpO₂ ≤ 95 per cent was significantly associated with reduced lung function (spirometry), a diagnosis of coronary heart disease, and older age (≥ 65 years). Haemoglobin above normal was associated with SpO₂ ≤ 95 per cent in the COPD group. These associations were confirmed by multivariable logistic regression, where FEV₁ per cent predicted ≤ 50 was the strongest predictor of SpO₂ ≤ 95 per cent (OR 6.8, 95 per cent CI 2.8–16.4).

CONCLUSION

Pulse oximetry represents a diagnostic adjunct in assessing the severity of obstructive pulmonary disease. Decreased pulse oximetry values in asthma and/or COPD patients during stable phases should prompt the GPs to consider revising diagnosis and treatment and to look for comorbidity.

person. Det ble laget biografiske journalnotat til bruk under oppholdet. Både fastlege og pasient vurderte hva som var vesentlig å vektlegge i rehabiliteringsprosessen.

RESULTAT

Allmennlegene i fokusgruppene hevdet å ha personrelatert kunnskap om sine pasienter og vektla den som viktig; senior leger i større grad enn juniorer (artikkel I). Intervensjonsstudien viste at allmennlegene

faktisk hadde begrenset kunnskap om sine pasienter som personer selv ved langvarige lege-pasient relasjoner (artikkel II). Til tross for institusjonens intensjon om å individualisere behandlingen, var tilnærmingen i stor grad standardisert og tok i liten grad hensyn til allmennlegenes anbefalinger og pasientenes individuelle ønsker.

DISKUSJON

Avhandlingen belyser behovet for en mer

fleksibel og person-senteret tilnærming til pasienter. Ulike tilnærminger til hvordan personen kan gjeninnføres i medisinen diskuteres, herunder en humanistisk og en teknologisk variant av persontilpasset medisin, foruten narrativt basert medisin.

DISPUTAS: 03.09.2015 – Ph.d i samfunnsmedisin
VEILEDERE: Professor Irene Hetlevik dr.med., Professor Anna Luise Kirkengen dr.med., Professor Linn Getz ph.d.

Kjærkommen metodebok for sykehjemsleger



HOVEDREDAKTØR: Bård R. Kittang
Metodebok for sykehjemslager
 NETT: <http://sykehjemshandboka.no/>
 2015
 118 sider

Sjelden har en norsk lærebok i medisin vært så etterlengtet og velkommen som *Metodebok for sykehjemsleger*. Den er skrevet av dyktige kolleger i Bergen med Bård R. Kittang som hovedredaktør. Boken foreligger i øyeblikket kun på nettet. Den er i utgangspunktet skrevet for Bergen kommune, men har et potensiale som gjør at den bør anvendes nasjonalt. Medisinsk utredning, diagnostikk og behandling er i Norge i all hovedsak i samsvar med kunnskapsbaserte internasjonale retningslinjer. Men når det gjelder sykehjemsmedisin har vi kulturell kontekst og lover og forskrifter som gjør at klinisk praksis på enkelte områder må tilpasses nasjonal standard. Derfor er en *Metodebok for sykehjemsleger* på norsk velkommen. Sykehjemsmedisin har opp gjennom årene vært lavt rangert klinisk praksis. Situasjonen har bedret seg, men i mange kommuner er legetjenesten i sykehjem fortsatt stemoderlig behandlet og ivaretatt av nyutdannede leger eller turnusleger. Metodeboken synliggjør hvor komplisert og faglig utfordrende den medisinskfaglige delen av omsorgen i syke-

hjem er og bidrar derved til å løfte listen for kompetansenivået i tjenesten.

Metodeboken er sterkt pasientsentrert. Det er nok et valg redaksjonen har gjort. Men til det pasientrettede hører også en strukturell del som med fordel kunne vært belyst. I en fremtidig nasjonal utgave av metodeboken bør dette tas med. De strukturelle forhold er svært forskjellige i ulike deler av landet. Enkelte kommuner har stor avstand til sitt sykehus. De har ikke apotek. Det tar lang tid å få svar på prøver. Mangel på medisinskteknisk utstyr og adekvat medikamentlager kan i seg selv være en medvirkende årsak til innleggelse på sykehus. Smittevern og generelle retningslinjer for antibiotikabehandling er også et felt som med fordel kunne vært tatt inn i boken. Samhandlingsreformens betydning for driften av fremtidens sykehjem er en tredje faktor som burde problematiseres.

Metodeboken er bygd opp med hovedkapitler med spesifikke tema under hvert kapittel. I den «Generelle del» omtales avklaring av HLR-status, behandlingsnivå- og intensitet ved akutt forverrelse først. Dette er et etisk og medisinskfaglig vanskelig tema. Mange sykehjem endrer gradvis struktur fra tung pleie til behandling, rehabilitering og korttidsopphold. Tilnærmingen til en HLR-status må derfor skje med stor forsiktighet og er ikke nødvendigvis det første man gjør ved en innleggelse.

Det neste tema i den generelle delen omhandler samtykkekompetanse knyttet til Pasient- og brukerrettighetsloven. Pasienter som innlegges til langtidsopphold på våre sykehjem er i all hovedsak sterkt pleietrengende. Ved innleggelsene har 50–60 prosent kognitiv svikt som hoveddiagnose, og de aller fleste har omfattende comorbiditet og multiorgansvikt. I løpet av oppholdet i et sykehjem vil det bli tatt mange beslutninger om pleie, aktivisering, ernæring og medikamentell behandling av vital betydning for pasienten. I tillegg skjer

innleggelsen til langtidsopphold nesten alltid i livets slutfase der det vil bli reist spørsmål om vergemål og kommersielle transaksjoner knyttet til forskutt på arv, testamente og gaver. I alle disse sammenhengene blir spørsmålet om samtykkekompetanse reist. Vurdering av samtykkekompetanse er derfor viktig både ved innleggelse i sykehjem og senere under oppholdet ved mulig endring av de kognitive funksjoner.

«Fornuftig legemiddelbehandling» er et sentralt tema i den generelle delen. Forfatterne referer prisverdig til hensiktsmessig legemiddelbruk i henhold til START og STOPP kriteriene. Her kunne man med fordel også ha nevnt de norske NorGep kriteriene. Disse kriteriene gjengis imidlertid i web-adressen i teksten. Hensiktsmessig legemiddelbruk er noen av de viktigste – og vanskeligste – oppgavene sykehjemslegen står overfor. Den veiledningen forfatterne gir er forbilliglig.

De neste hovedkapitlene er «Kognitiv svikt og psykisk sykdom», «Hjerte- karsykdommer og hjerneslag», «Infeksjoner» og «Diverse». Hvert kapittel har en rekke spesifikke tema som f.eks. «lungeødem», «atrieflimmer», «influensa» og «KOLS». Hvert tema er beskrevet punktvis med bakgrunn, diagnostikk, definisjon, behandlingsmål og medikamentell behandling. For smerter og psykiske lidelser er det lagt opp til bruk av en rekke utredningsverktøy som kan bidra til å fastsette en mest mulig objektiv alvorlighetsgrad.

Det vil føre for langt å gå inn på beskrivelsen av hvert tema her, men det generelle inntrykket er at metodeboken holder en meget høy faglig standard, at den er brukervennlig og at den vil være et godt og viktig hjelpemiddel for enhver sykehjemslege.

FRED ANDERSEN
 Førsteamanuensis dr. med., UiT
 Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin
frea@online.no

KORREKSJON

På side 7 i Utposten 1/2016 under Red. anm skulle det egentlig stått «Artikkelen inngår i rapporten til NAKMIs prosjekt *Eldre innvandrere og demens – et forsknings- og fagutviklingsprosjekt* som ble levert til Helsedirektoratet i 2015». Dette er korrigert i utgave av artikkelen som er lagt ut på våre nettsider.



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Sør-Øst
Tlf. 23 07 55 00

Midt-Norge
Tlf. 72 82 91 00

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

Inkretinbaserte legemidler

Inkretinbaserte legemidler er en relativt ny gruppe anti-diabetika, som inkluderer de glukagonlignende peptid-1 (GLP-1) analogene eksenatid, liraglutid, lixisenatid og dulaglutid, samt dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4)-hemmerne sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin og linagliptin.

De første inkretinbaserte legemidlene kom på markedet i 2005/2006 (1). Antall brukere har siden vært økende, og ifølge tall fra Reseptregisteret var det i 2014 registrert i overkant av 30 000 norske brukere av DPP-4-hemmere enten i form av monopreparat eller kombinasjonspreparat med metformin, samt om lag 8000 brukere av GLP-1 analoger (2). Tallene fra 2015 er ikke frigitt enda, men det er grunn til å anta at bruken har økt og vil øke ytterligere, gitt den aktive markedsføringen av disse preparatene. Det kan også nevnes at det i de nye nasjonale retningslinjer for diabetes, som for tiden er ute på høring, er foreslått å sidestille sitagliptin med andre andrehåndvalg når monoterapi med metformin er utilstrekkelig (3).

Noe av bakgrunnen til den økende bruken av inkretinbaserte legemidler er trolig at de gir lav risiko for hypoglykemi og ikke gir vektøkning. I likhet med andre nye legemiddelgrupper har det etter markedsføring vært diskusjoner rundt sikkerhetsaspektet. Signal om mulig økt risiko for pankreatitt og pankreaskreft har fremkommet og har vært hyppig diskutert i litteraturen, og nye studier publiseres stadig (1, 4–11).

Dyrestudier

Resultater fra dyrestudier har vært motstridende i forhold til om inkretinbaserte legemidler gir økt risiko for pankreatitt og pankreaskreft. De fleste har ikke vist økt forekomst av pankreatitt eller pankreaskreft, men noen har antydning at inkretin-

baserte legemidler kan føre til endringer som potensielt kan fremme akutt og kronisk pankreatitt og etter hvert potensielt også pankreaskreft (5–9). Tre mekanismeveier er foreslått: proliferasjon av betaceller, hemming av betaceller og økt differensiering av modne stamceller i duktalt pankreasepitel. Dette kan føre til kronisk pankreasskade, inflammasjon av acinære og dukta pankreasceller, økt dannelse av dysplastisk pankreatisk intraepiteliale neoplasier (PanIN)-lesjoner og økt pankreasmasse. Det har også vært spekulert i om inkretinbaserte legemidler istedenfor å indusere pankreaskreft kan fremme tumorvekst, og dermed tidligere deteksjon (6).

Humane studier

I 2011 ble det publisert en analyse av meldinger i FDAs bivirkningsdatabase, hvor forfatterne viste til at pankreaskreft var hyppigere rapportert hos pasienter behandlet med sitagliptin eller eksenatid sammenlignet med ikke-inkretinbaserte antidiabetika. I en oppdatert analyse var pankreaskreft også relativt hyppigere rapportert for liraglutid, saksagliptin og linagliptin (5). Slike studier er imidlertid basert på spontanrapporterte meldinger og er egnet til å generere signaler, men kan ikke brukes til å avdekke kausalitetsforhold.

Disse signalene er så langt ikke verifisert i randomiserte kliniske studier med inkretinbaserte legemidler, verken i enkeltstudier eller meta-analyser av disse. Studiene har imidlertid en rekke svakheter, der de viktigste er at de har få inkluderte pasien-

ter, relativt kort behandling- og observasjonstid, selekterte pasientgrupper, og i de fleste har effekt og ikke bivirkninger vært primærfokus (1, 5).

En post-mortem studie viste derimot 40 prosent økning i pankreasmasse, samt økt eksokrin profilering og dysplasi hos åtte organdonorer behandlet med inkretinbaserte legemidler, sammenlignet med pankreas fra 12 organdonorer med diabetes behandlet med ikke-inkretinbaserte antidiabetika. Også denne studien har i ettertid blitt kritisert for flere metodologiske svakheter, deriblant forskjell mellom gruppene med hensyn til pasientenes alder (1, 5, 9).

Flere store observasjonsstudier har i hovedsak ikke avdekket økt risiko for pankreaskreft ved bruk av inkretinbasert terapi sammenlignet med bruk av andre antidiabetika (1, 5, 10). En studie fant imidlertid økt risiko ved bruk av sitagliptin, men uten noe klart dose-responsforhold (11). Selv om det i enkelte andre studier har vært økt forekomst av pankreaskreft ved inkretinbaserte legemidler sammenlignet med kontrollgrupper uten diabetes, har forekomsten i hovedsak ikke vært større enn i kontrollgrupper med diabetikere på andre antidiabetika. I en studie var forekomst av pankreaskreft hos pasienter som nylig hadde startet med inkretinbaserte legemidler høyere enn hos kontrollgruppen med diabetes, men forskjellen forsvant etter at pasientene hadde brukt inkretinbasert behandling over tid. Forfatterne angir at manglende korrelasjon mellom varighet av behandlingen og risiko for pankreaskreft ikke taler for en årsakssammenheng, og at funnet trolig skyldes konfundrende faktorer knyttet til grunnsykdommen (6).

Oppsummert gir humane studier så langt få holdepunkter for økt risiko for pankreaskreft ved bruk av inkretinbaserte legemidler. Lav insidens, lang latenstid og

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

og pankreaskreft

generelt økt risiko for pankreaskreft som følge av grunnsykdommen eller faktorer knyttet til grunnsykdommen, deriblant fedme og dyslipidemi, gjør det imidlertid utfordrende å studere problemstillingen.

Fortsatt behov for overvåking

Amerikanske (FDA) og europeiske legemiddelmyndigheter (EMA) har gjennomgått tilgjengelig dokumentasjon på området, og konkluderte i februar 2014 med at det så langt ikke var vist at inkretinbaserte legemidler øker risikoen for pankreatitt eller pankreaskreft. Inkretinbaserte legemidler har imidlertid vært forholdsvis kort tid på markedet, og det er for tidlig å trekke noen endelig konklusjon. Legemiddelmyndighetene vil derfor fortsette å overvåke problemstillingen (7). Spontanrapportering av mistenkte bivirkninger er et viktig verktøy i legemiddelovervåkingen, og klinikere oppfordres til å fortsette å

melde fra om tilfeller på pankreatitt eller pankreaskreft som mistenkes å være utløst av inkretinbaserte legemidler.

REFERANSER

1. de Heer J, Göke B. Are incretin mimetics and enhancers linked to pancreatitis and malignant transformations in pancreas? Expert Opin Drug Saf 2014; 13(11): 1469–81.
2. Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret. www.reseptregisteret.no (Søk: 16. mars 2016).
3. Helsedirektoratet. Høringsutkast for Nasjonal faglig retningslinje for diabetes (høringsfrist 13. mai 2016). www.helsedirektoratet.no.
4. Nordmo E, Giverhaug T. Gir nyere antidiabetika økt risiko for pankreatitt? www.relis.no (Publisert: 04.06.2013).
5. Tseng CH, Lee KY et al. An updated review on cancer risk associated with incretin mimetics and enhancers. J Environ Sci Health C Environ Carcinog Ecotoxicol Rev 2015; 33(1): 67–124.
6. Knapen LM, van Dalem J et al. Use of incretin agents and risk of pancreatic cancer: a population-based cohort study. Diabetes Obes Metab 2016; 18(3): 258–65.
7. Egan AG, Blind E et al. Pancreatic safety of incretin-based drugs-FDA and EMA assessment. N Engl J Med 2014; 370(9): 794–7.

8. Chalmer T, Almdal TP et al. Adverse drug reactions associated with the use of liraglutide in patients with type 2 diabetes-focus on pancreatitis and pancreas cancer. Expert Opin Drug Saf 2015; 14(1): 171–80.
9. Haluzík M, Mráz M et al. Balancing benefits and risks in patients receiving incretin-based therapies: focus on cardiovascular and pancreatic side effects. Drug Saf 2014; 37(12): 1003–10.
10. Azoulay L, Filion KB et al. Incretin based drugs and the risk of pancreatic cancer: international multicentre cohort study. BMJ 2016; 352: i581.
11. Tseng CH. Sitagliptin and pancreatic cancer risk in patients with type 2 diabetes. Eur J Clin Invest 2016; 46(1): 70–9.

Mistenkte legemiddelbivirkninger meldes til RELIS i din helseregion. For meldeskjema og mer informasjon se: www.relis.no/meldeskjema

ELISABET NORDM
cand.pharm, RELIS Nord-Norge

SOLVEIG VORREN
cand.pharm, RELIS Nord-Norge



Resultater fra dyrestudier har vært motstridende i forhold til om inkretinbaserte legemidler gir økt risiko for pankreatitt og pankreaskreft.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

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

Velkommen og lykke till  Tove Rutle – lagleder

Regnvejrsgang

Jeg har valgt diktet «Regnvejrsgang i november» av den danske poeten Ebba Munk Pedersen. Tittelen virker trist, men bedrar. Dette er et optimistisk dikt om å «vælge lyset frem for skyggen» og male dagene i vår egen farge. Et dikt om glede, – tross alt. Jeg kom til verden med en lys tone i sinnet og anlegg for glede. Allikevel, i perioder, har dagen vært uten glede og natten uten trøst. På tampen av en slik periode, var første tegn på bedring at jeg så verden i farger igjen – i noen minutter. En rimfrossen ettermiddag på Nesodden i grårosa lys med hvite, bustede bjerkekviser, kjente jeg blusset av glede over vinterlys og farger.

Jeg liker at diktet nettopp ikke forneker virkeligheten, men at dikteren med et humoristisk skråblikk tar fram malerpenselen og setter sin egen farge på tilværelsen. Den livsfølelsen kjenner jeg meg hjemme i. Dessuten appellerer diktet til min fargeglede. Farger gir meg stadig lykkestøt, ofte i helt hverdagslige situasjoner.

Jeg vet ikke mye om poeten, men diktet er tonesatt av vise- og folkesangeren Pia Raug (f. 1953) som hadde «Regnvejrsgang i november» med på sin debut LP i 1978. I et intervju med avisen *Politiken* i 2013 gjengis sitatet:

«Skulle sangen blive det eneste spor, jeg sætter mig, ville det egentlig være helt okay... hvis den sang bliver den pil ud i fremtiden, skal jeg være taknemmelig for, at det lod sig gjøre» (1).

I samme intervju karakteriseres sangen som en del av danskenes musikalske felleseie. Kanskje den også kunne bli et del av vårt norske felleseie? I hvert fall ville jeg unne enhver å lytte til trubaduren Flemming Behrend sin framføring på YouTube (2).

I lyrikkstafetten vil jeg utfordre min gode kollega, førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet, Torsten Risør, med samme fødeland som poeten. Vi er begge med i kollega Arild Vedviks poesiering som sender oss dikt, bilder og kunstnerbiografier på epost. Den er åpen for alle og en daglig glede. Det var her jeg oppdaget Ebba Munk Pedersens dikt en novemberdag i 2014 (3).

Hilsen fra
ELISE KLOUMANN

Regnvejrsgang i november

Jeg vil male dagen blå,
med en solskinnstripe på,
vælge lyset frem for skyggen,
gi' meg selv et puf i ryggen,
tro på alting selv på lykken.
Jeg vil male dagen blå.

Jeg vil male dagen gul,
solen som en sommerfugl,
sætter sig på mine hænder,
alle regnvejrsgange ender,
det står maj på min kalender.
Jeg vil male dagen gul.

Jeg vil male dagen rød
med den sidste roses glød,
jeg vil plukke kantareller,
løvetand og brændenælder,
leve i dét nu, der gjælder.
Jeg vil male dagen rød.

Jeg vil male dagen grøn,
dyb og kølig flaskegrøn,
sætte tændte lys i stager,
glemme rynker, dobbelthager,
håpe på mit spejl bedrager.
Jeg vil male dagen grøn.

Jeg vil male dagen hvid,
nu hvor det er ulvetid,
købe franske anemoner
for de sidste tyve kroner,
lytte til Vivaldis toner.
Jeg vil male dagen hvid.

Jeg vil male dagen lys,
strege ud og sætte kryds,
jeg har tusind ting at gøre,
klokken elleve femogfyrre,
blev november hængt til tørre.
Jeg vil male dagen lys.

EBBA MUNK PEDERSEN



ILLUSTRATION: COLOURBOX/RODFFERT

REFERANSER

1. <http://politiken.dk/navne/foedselsdage/ECE1903668/sangerinden-der-kan-sit-fadervor-fyllder-aar/>
2. <http://www.youtube.com/watch?v=AoNWOWUKrog>
3. PoesiRingens@gmail.com