

Utposten

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

4 2016
ÅRGANG 45

Helse og utemiljø

Vurdering av skolegårder

Eldre og tannhelse

Elektromagnetiske felt i barnehager og skoler

Salmer fra et afrikansk kjøkken



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**

Batteriet 2, leil 401

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: Dag-Helge Rønnevik**

Personene på bildet har ingen tilknytning til temaet

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Behov for en reorientering?***Dag-Helge Rønnevik***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Kommunelegen på 70° nord***Kjell Nysveen intervjuet av Anja Blakar***6 ALLMENNEMDISINSKE UTFORDRINGER:****Forskrivning av B-preparater blant fastleger i Trondheim***Torgeir Fjermestad, Jan Kåre Jøsok og Helge Garåsen***10 Skolegården som helsefremmende arena***Dag-Helge Rønnevik***16 Overdiagnostikk i hverdagen***Morten Laudal***18 Salmer fra et afrikansk kjøkken***Kari Hilde Juvkam***24 Eldre blir syke av dårlig tannhelse***Kjersti Elisabeth Carlsen***28 Hva vet vi om innvandreres bruk av primærhelsetjenesten for psykiske plager?***Melanie Straiton og Esperanza Diaz***32 Elektromagnetiske felt i barnehage og skoler – grunn til bekymring?***Tore Nordstad, Gunhild Hageskal, Bente Løvlie Høier og Guttorm Eilertsen***36 NAVmakt – avmakt. DEL 2***Mona Søndena***38 Digitaliserte dødsmeldinger skal gi bedre informasjonsflyt***Tom Sundar og Dag-Helge Rønnevik***40 Tilfeldig møte – klare erindringer***Kjeld Malde***41 UKAS PASIENT: Hodepine***Simon Kildal***44 PMU 2016 er i rute***Tom Sundar***45 Brev til legen min***Anonym pasient***46 FASTE SPALTER****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Behov for en reorientering?

Den salutogene modell handler om å få økt trivsel og selvopplevd helse gjennom å mestre stress og påkjenninger som livet uunngåelig bringer med seg. Dette er en sterk motpol til vår tilnærming til helse som er basert på vitenskapen om sykdommer (patogenese). I stedet for å bare spørre «hva var det som gjorde at pasienten ble rammet av en bestemt sykdom», må vi også rette oppmerksomheten mot mestringsressurser og pasientens omgivelser. Som fastlege er man i en privilegert posisjon til å hjelpe pasienten med å finne styrke og kunnskap til å mestre livet – det man på engelsk gjerne omtaler som 'empowerment'.

I tråd med dette perspektivet, er det positivt å registrere at stadig flere – både leger og beslutningstakere – understreker behovet for mer helhetstenkning i helsetjenestens organisering så vel som i pasientbehandlingen. Primærhelsemeldingen, som kom i 2015, går så langt som å si at totalbildet av primærhelsetjenesten er preget av fragmentering.

Legegjeringen kan bli mer givende og spennende dersom vi – i møte med pasientene – i større grad får brukt det allmennmedisinske idealet om «å gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse» (jf. 'de 7 tesene') i kombinasjon med vårt kjennskap til lokalsamfunnet, levekårene og pasientens sosiale bakgrunn. Så bør vi også spørre om ikke honoreringssystemet for leger fortsatt i altfor stor grad belønner korte konsultasjoner og kjappe henvisninger fremfor grundig og helhetlig legearbeid?

Det er en rød tråd i myndighetenes folkehelsepolitikk som sier at det må satses mer på forebyggende tiltak og myndiggjøring av befolkningen slik at flere mestrer sine plager uten å måtte ha hjelp av helsevesenet. I årets tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet står det at et av de langsiktige målene for primærhelsetjenesten er *styrket forebyggende og helsefremmende innsats og økt mestringstilbud i kommunale helse- og omsorgstjenester*. I rundskrivet IS-1 fra Helsedirektoratet, *Nasjonale mål og prioriteringer på helseområdet*, er det et overordnet mål at en *trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom*. Folkehelseloven bragte dessuten med

seg et lovkrav som sier at kommunene skal utarbeide oversiktsdokumenter som beskriver befolkningens helse, og hva som påvirker den både på godt og på vondt. I denne oversikten bør kommunene sikre seg innspill fra fastlegegruppa, som tar pulsen på befolkningens helse på en måte som ingen andre. Samfunnsmedisinere har her en oppgave å ta tak i.

Det overordnede målet i den norske folkehelsestrategien er å *styrke befolkningens helse og redusere sosiale helseforskjeller*. Norge har også i likhet med en rekke andre land forpliktet seg til å bidra til WHO's NCD-strategi som tar sikte på 25 prosent reduksjon av ikke-smittsomme sykdommer. Den norske folkehelsestrategien er dessuten nært knyttet til WHO's HiAP-strategi (health in all policies) som igjen bygger på Ottawa-charteret fra 1986. Der pekes det på fem «søyler» for folkehelsearbeidet, og den ene av disse søylene handler om at det trengs en *reorientering av helsetjenestene*.

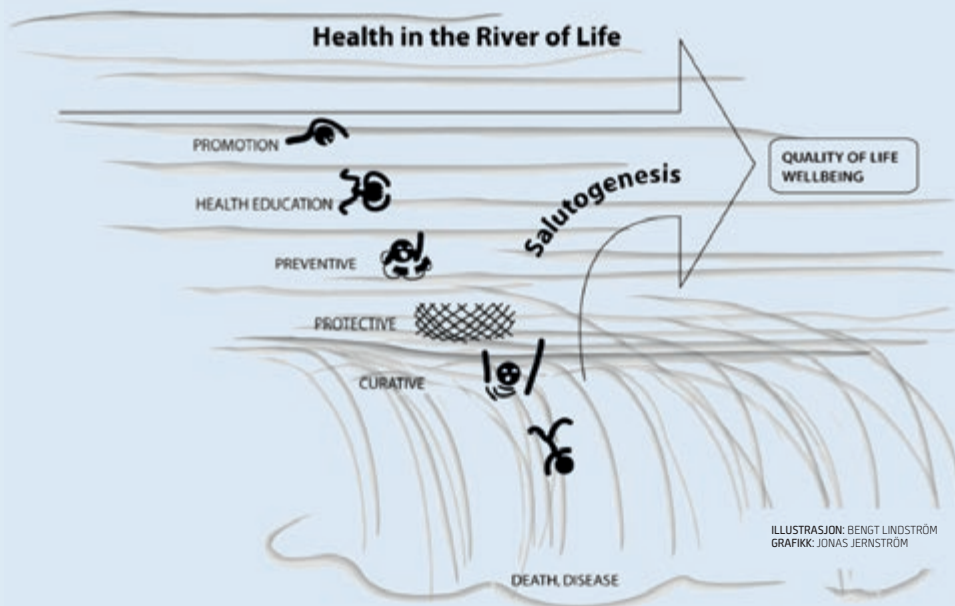
Debatten om overdiagnostisering og unødvendige henvisninger kan ses i lys av dette. Å si NEI er et viktig bidrag til å skape en friskere befolkning. Det kan ses på som en del av en nødvendig reorientering av helsetjenestene der også klinikere, både på sykehus og i kommunene, kan og bør ha en sterkere salutogen tilnærming i det individrettede arbeidet. Altså å hjelpe pasientene til å finne sin styrke og

mestringsevne, istedenfor å henvise til unødvendige undersøkelser som ofte fjerner pasienten fra målet om bedre helse. Å si nei bidrar til økt innsats lengre opp i «helseelva» (SE FIGUR).

Da jeg nylig holdt foredrag om folkehelsearbeid på grunnkurs C (forebyggende medisin) for allmennleger i Bodø, snakket jeg om *reorientering av helsetjenestene* og fastlegenes rolle i dette. Det kom spennende innspill fra salen, blant annet fra en lege som hadde begynt å bruke gruppetakst når han tar pasientene med på treningsøkt hver fredag morgen. En annen kom bort til meg etter kurset og ga uttrykk for frustrasjon over at fellesmøtene på legesenteret for det meste handler om drift, drift, drift... Han savnet det å jobbe som «skikkelig» lege – å ha tid til å tenke helhetlig og se pasientens plager i en sammenheng med miljøet personen lever i. Er det ikke tid til det i dagens system?

For å ikke drukne sammen med pasientene nederst i helseelva, trenger vi å ha større fokus på hvordan helsesektoren i økende grad kan bevege seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester. Noen sykehus er allerede medlemmer i nettverket for helsefremmende sykehus. Kanskje noen starter et nettverk for helsefremmende fastleger?

DAG-HELGE RØNNEVIK



Kommunelegen

Kjell Nysveen ■ INTERVJUET AV ANJA BLAKAR

Det ble nå bare sånn, smiler Kjell Nysveen hvis du spør ham om hvordan det gikk til at en kar fra dalstrøka innafor har tilbrakt hele sin karriere på Nordkalotten. Takket være den jordnære valdri-sen, har utkantkommunen Kvæningen hatt lite gjennomtrekk i legebestanden.

Lengst nordøst i Troms, på fylkesgrensen mot Finnmark, ligger Kvæningen kommune. Skal du finne fram her, bør du alliere deg med lommekjente, for bare ei av gatene er utrusta med navn og husnummer – til stor frustrasjon for nyinnflytta turnusleger som skal på sykebesøk. Kommunen er stor i areal, så det er godt med tumleplass til de drøyt 1200 innbyggerne. En plass der

alle kjenner alle. Og alle kjenner Nysveen, kommuneoverlegen fra Valdres.

Skrivepulten hans er dekket av blyanter, papirbunker, en velbrukt felleskatalog, et ukjent antall briller i forskjellig styrke og ymse annet krimskrams. Inntil veggen står stabler med forhistoriske disketter som neppe vil havne på museum med det første.

Nysveen på legkontoret. ALLE FOTOGRAFIER PRIVAT



på 70° nord



«Kjell Duracell» er utpreget friluftsmann og kan gå milevis med bamsemums som drivstoff. Her avbildet på Finlands høyeste fjell, Halti.

Nysveen lener seg tilbake i stolen inne på kommunelegekontoret i Kvænangen, med hendene bak hodet og øynene lukket: – E representera stabilitet. Mykji rakna um e flytter på meg.

Dra på Lopphavet

Heldigvis har han ingen planer om å gjøre det. Det er her han hører til nå. Men han kan røpe at det var naturen og folket som gjorde at han ble værende i nord. Det begynte med distriktturnus på Skjervøy i 1982. Året etter fulgte et vikariat i Burfjord. Etter ni måneder som militærlege på Setermoen, var han to og et halvt år på øya Vega på Helgelandskysten. Deretter bar det til Gällivare i Sverige, hvor han tok sin spesialisering i allmennmedisin. Etter ett år i Lyngen flyttet han til Burfjord i 1991. Her har han altså vært kommunelege i et kvart hundreår.

Med til Kvænangen kommune hører også øya Spildra og bygda Reinfjord, sistnevnte ei lita vik på vei ut mot det store Lopphavet. Da Nysveen begynte i sitt virke

bodde det omkring 80 folk ute i havgapet. Dit kommer man bare med båt. Og det gjorde legene.

– Da e flytta hit hadde vi utekontorer en gang i måneden. Ofte fikk e styre båten sjøl, og livet som skjæregårdsdoktor var en av grunnene til at e slo meg ned i kommunen.

Han forteller at de cirka en gang i måneden tøffet utover mot Lopphavet i M/S Kvænanngstind, Nysveen ved roret og skipper'n ved kaffekoppen. På Spildra var legekontolet i båten, i Reinfjord i et klasserom på skolen. Det var trivelige tider og ofte vanket det både en kaffetår og tre retters middag hos de lokale heltene. De visste ikke hva godt de kunne gjøre for å vise sin takknemlighet for landsbylegene. Utekontordagene var utvilsomt noe man gledet seg til.

Med tida har det blitt mindre folk på øyene – og med nødvendige innsparingstiltak ble utekontortjenesten lagt ned rundt 2005, tross mange protester.

– Den tid er forbi. Det ble et for luksuriøst tilbud, bemerker 59-åringen med et snev av ironi.

I dag er det bare åtte fastboende igjen i

Reinfjord og 20 på Spildra. Hurtigbåten inn til Burfjord har tre ukentlige avganger. Når det på fredagene plutselig dukker opp en gjeng på venteværelset samtidig, veit man at båten er i havn. Etter endt legetime spiser hele hurven felles middag på Burfjords eneste kafé, E6'en, før kveldsbåten skysser dem tilbake til havgapet. Ambulansebåten har flyttet til Skjervøy og det er legene der som rykker ut om noe skulle skje.

Krumtapp

Kommunene i Nord-Troms er de eneste i Troms uten en interkommunal legevaksordning, i motsetning til de resterende delene av fylket. Avstandene er store og helsetjenesten er velfungerende slik de er organisert i dag. Dessuten er det visst ikke lett å bli enige om hvilken av kommunene som er den mest sentrale og det naturlige sted å huse legevakta, forklarer Nysveen.

– Sjøl om det bare er å ta en titt på kartet, sier han med et smil.

Han tror ikke det er nært forestående med legevaksamarbeid.

– Så får vi se hva kommunesammenslåinga de neste årene bringer, legger han til.

Kvæningen legevakt er utrusta med ei sykestue som Nysveen er svært fornøyd med. – Den har vært her i mange år og er sjølv krumtappen. Der har vi en såkalt KAD – kommunal akutt døgnplass, som kom lenge før det ble oppfunnet fra sentrale hold. Men sykestua i Burfjord er langt mer enn en akutt døgnplass. Der observeres og behandles en rekke somatiske og psykiske tilstander, som ellers har måttet bli sendt til sykehuset 320 km unna. Der diagnosen er avklart kan pasientene for eksempel få intravenøs antibiotikabehandling på sykestua. Den brukes også til cellegiftbehandling og omsorg ved livets slutt, for å nevne noe.

Legevakta i Kvæningen er den i Norge som er lengst unna nærmeste sykehus, så man må vurdere grundig hva man sender av gårde ut på en fem timers strabasøs ferd. Og dersom veien over det beryktede og forblåste Kvæangsfjellet skulle stenge, noe som hender med jevne mellomrom, er sykestua kjekk å ha. Her har de en labservice som siden nylig også inkluderer troponiner og D-dimer.

– Vi kunne ønske oss blodgass, men det er foreløpig for kostbart, kommenterer Kjell Nysveen.

På legesenteret er de sjølberga med eget analogt røntgen. Det er riktignok bare Nysveen som håndterer røntgenapparatet, men til gjengjeld er han en ivrig bruker av den. I mørkerommet fremkaller han filmene sjøl, før de inspiseres grundig på lyskassen. Den digitale verden har ikke tatt helt over i Burfjord ennå.

Før i tida var det sykepleierne som var opplært til å ta bildene, men etter at de fikk det for seg at røntgenapparatet betyr høye stråledoser og skader, la de ned 'veto' mot å bruke den.

– Det var en radiograf i nær slekt som hadde advart mot strålinga. Det blir jo en profesjonskamp. Det er jo arbeid som de er utdannet til, som vi gjør her. Og det lika de ikkje, veit du.

Etter at det kom røntgen i nabokommunen Nordreisa er terskelen lavere for å sende pasientene av gårde over Kvæangsfjellet til moderne apparater. Men Nysveen stråler opp når han får sjansen til å ta lokale, stuttreste røntgenbilder.

UTPOSTEN: Hvordan er vaktbelastninga på legevakta?

– I teorien er det en fire-delt turnus, men i praksis er den ofte tre-delt. Vi er ofte en lege i minus og da blir det ekstra mye å gjøre.

Altmuligmann

Han bor på toppen av ambulansestasjonen, et steinkast fra både legesenteret og sykehjemmet og er dermed lett å få tak i.

Dessuten er han et utprega jammenneske, og hjelper støtt med det han kan. Og det kan være så mangt, ofte langt utenfor det som er innenfor kommuneoverlegens rammeavtaler. Alt fra sviktende tekniske dupper til møbelmontering og rundvask av kommunens utleiehybel øremerka praksisstudentene, utfører Nysveen uten å blunke.

Han er en altmuligmann!

Det er ikke til å stikke under en stol at det ofte er lys i kontoret til Nysveen både tidlig og seint. Kommuneoverlegestillinga er ingen ni til fire-jobb. Men Nysveen har et hemmelig våpen mot overtid. Venstre skrivebordsskuff er nemlig utrusta med medisin mot lange dager: Bamsemums, Laban og smågodt i alle regnbuens farger.

– Må ha litt sukker, veit du.

Seigmennene & kompani har kort levetid i skuffen og trenger ikke frykte å bli utgått på dato. Du vet hvor det legger seg, sier folk. Men bamsemumsen har ikke en sjanse mot kommuneoverlegen! Glykogenlagrene til Nysveen har hyppig utskifting. Han er farlig sprek og er tatt på fersken i ivrig tjuvtrening i ambulansegarasjen før fuggel'n kvitrer i bjørka utenfor. Studenten gruer seg til Nysveens tradisjonelle praksiseksamen – i emnet kappspringing. Han luftet tidlig i forløpet at for å få bestått distriktspraksis, må man slå han i intervaller! Det krever nok sin kvinne.

Tøffere krav til legevakt

Den nye akuttforskriften som ble innført i mai i fjor stiller strengere krav til organisering av kommunal legevakt, og i henhold til denne, har han egentlig aldri fri. Nysveen er den eneste av legevaktslegene som oppfyller de nye kravene for å gå bakvakt. Etter forskriften må man enten være spesialist i allmennmedisin eller ha godkjenning som allmennlege med 40 legevakter og et års arbeid innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er han i dag alene om. Heldigvis er det en overgangsperiode på tre år. Og innen den tid oppfyller nok flere andre leger kravene for å kunne gå selvstendige bakvakter. Bare de ikke flytter på seg.

Et annet krav som byr på utfordringer er at alle ansatte på legevakta, inkludert sykepleierne, skal ha gjennomført kurs i vold- og overgrepshåndtering.

– Et slikt kurs finnes ikke pr. dags dato, så det må man få på beina faderlig fort, hvis alle skal gjennom det på tre år, påpeker Nysveen.

UTPOSTEN: Formålet med ny forskrift er å bidra til at befolkningen får forsvarlig akuttmedisinsk hjelp utenfor sykehus – også i griskrendte strøk. Hvordan tror du kvaliteten på helse-tjenestene er i distriktet?

– Stort sett bra, noe det svært lave antallet klagesaker i kommunen vitner om.



Røye på 2500 gram fisket på Storelvbu.



Scooterentusiast i solnedgang. Nysveen lar ikke en fridag gå til spille i vinterhalvåret.

Men å få tilstrekkelig legedekning i distriktene kan være en utfordring.

UTPOSTEN: Hvordan har rekrutteringa av nye leger til distriktet vært?

– Det er verre med det, ja. Det har skjedd en sentralisering i hele landet, inkludert for leger. Det er nok lite attraktivt å ha vakt så ofte. Dessuten er det lang avstand til sykehus og det kreves gode ferdigheter i akuttmedisin.

Distriktslege Nysveen tror det er jakt og fiske, fjell og fjord som kan lokke friluftslivsinteresserte leger til naturperla på 70 grader nord. I tillegg til at legestillinga her innebærer faglige utfordringer, mye ansvar og selvstendig arbeid. Det at man er fastlønnet og ikke selvstendig næringsdrivende er en gunstig start for nyutdannede som snuser på en framtid som allmennpraktiker. Legene har fast lønn pluss 25 prosent av inntektene de får inn på dagtid. Det er en vinn-vinn-situasjon, mener Nysveen. Pasientgrunnlaget er for lite til at det hadde vært lønnsomt for flere leger å drive selvstendig. Og med flere leger på dagtid, får man mindre å gjøre på legevakta, som allerede har høy vaktbelastning.

Mottak for flyktninger

I vinter kom det 45 asylsøkere og flyktninger til Burfjord. Det er første gang i historien for Kvæningen kommune.

UTPOSTEN: Hvilke utfordringer har det medført for deg som kommunelege, Kjell?

– E legger alt til studenten, sier han og humrer.

Dagen asylsøkerne ankom Kvæningen ble de tatt imot med varm mat, kaffe og vafler på samfunnshuset. Kommunelegen og studenten var på plass og fikk kartlagt behovene for akutt helsehjelp samt svangerskapskontroller og hvilke medikamenter enkelte trengte. Ettersom alle kom via Russland, var medisinene av russisk opphav. Nysveen knipset bilder av samtlige pillebrett og sendte det til apoteket på Skjervøy. En ansatt der oversatte fra russisk og fant fram til norske ekvivalenter.

Ingen vet hvor lenge flyktningene blir værende i kommunen, men det er sagt at de kan bli i det midlertidige akuttmottaket på Arctic fjordcamp, ti kilometer fra sentrum, i inntil seks måneder.

– I den tiden vil det dukke opp vanlige allmennmedisinske tilstander, som hos alle andre. I tillegg skal vi tilby tester for HIV og syfilis innen tre måneder, meddeler han.

Scooterlege

Nysveen trives godt i rollen som kommunelege i Kvæningen. Bakdelen er alt papirarbeidet. Fordelen er at arbeidet er variert og spennende. At man får hjelpe folk over tid og hjelpe til når det virkelig gjelder.

UTPOSTEN: Hvordan er det egentlig å være kommunelege i en liten kommune der alle kjenner alle?

– Man må skille tydelig mellom privatliv og det å være lege, slik at det ikke blir sammenblanding av roller. Men man må også delta i det sosiale livet i samfunnet man lever i. Det kan til tider være en balansekunst. Fordelen er at man kjenner pasientene og slekta deres godt. Da veit man hvorfor ting blir som det blir. En skjønner hvorfor barna har blitt sånn, når en veit kem som er foreldre, sier han ettertenksomt.

Etter noen uker i praksis i Kvæningen er det lett å forstå at Nysveen er en populær doktor blant innbyggerne. Lista hans er full av pasienter, og pasientene er fulle av gjetord om kommuneoverlegen. Til tross for at noen prøver å skjule det, er det ofte et skuffet drag i ansiktene på venterommet når medisinstudenten kommer for å lokke dem inn på kontoret – og ikke sjølveste Nysveen. «Ikke ta det personlig», trøster legesekretærene. «Mange av dem nekter å gå til andre enn Nysveen.»

Dersom du skulle befinne deg på 70 grader nord en gang etter første snøfall og ikke finner Nysveen på kontoret, er et hett tips å følge motordur og karakteristiske spor i snøen. I vintermånedene skifter han framkomstmiddel fra tresko til snøscooter og tilbakelegger et par tusen kilometer på scooterasetet i løpet av sesongen. Hvordan den travle kommuneoverlegen hamler opp med den berømte tidsklemma framstår for praksisstudenten som et mysterium.

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.

Forskrivning av B-preparater blant fastleger i Trondheim

■ TORGEIR FJERMESTAD

Ranheim legesenter, Trondheim

■ JAN KÅRE JØSOK

Enhet for service og internkontroll, Trondheim kommune

■ HELGE GARÅSEN

Kommunaldirektør Avd. helse og velferd, Trondheim kommune

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Fastlegene forskriver størstedelen av det totale volum B-preparater, og det er store forskjeller blant legene i forskrivningen. Eldre mennesker og kvinner bruker mer B-preparater, og man vet lite om hvordan alders- og kjønnsammensetning på fastlegens liste påvirker legens forskrivningspraksis.

Materiale og metode

Med skriftlig samtykke fra fastlegene ble det fra Reseptregisteret hentet ut all forskrivning av B-preparater i en tre måneders periode i 2008. Fra NAV fikk vi legenes listestørrelse med alders- og kjønnsammensetning. Ut fra dette beregnet vi en justert forskrivning, som gjenspeiler legenes forskrivning hvis listepopulasjonen er fordelt lik alders- og kjønnsfordelingen i den norske befolkningen. I tillegg ble det justert for listelengde.

Resultater

Det var store forskjeller i volumet på legenes forskrivninger, målt i DDD. Med vår justering ble spredningen klart redusert. For en del av legene ga justeringen et helt annet bilde av forskrivningen, idet noen med høy faktisk forskrivning ikke forskrev mer enn gjennomsnittet, mens noen med lav faktisk forskrivning var storforskrivere.

Fortolkning

Når kliniske data som forskrivning skal vurderes for hver enkelt lege, er det viktig å korrigere for legens listestørrelse samt alders- og kjønnsfordeling på listen.

Mesteparten av B-preparater i Norge forskrives av fastleger.

Et kvalitetsforbedringsprosjekt i Trondheim gav fastlegene mulighet til å sammenlikne egen forskrivningspraksis med andres. Prosjektet understreket også at når kliniske data skal vurderes for hver enkelt fastlege, er det viktig å korrigere for legens listestørrelse så vel som listens alders- og kjønnsfordeling.

Fastlegene forskriver den største andelen av vanedannende medikamenter i Norge. Kjosaviks studie (1) viste at fastlegene forskriver 70 prosent av all anxiolytika og 82 prosent av all hypnotika i Norge. Det er stor variasjon mellom fastlegene i omfanget av forskrivning av vanedannende medikamenter (2–4), samt i holdninger til forskrivning (5). Det er også store forskjeller på bruk av B-preparater i befolkningen ved at 65 prosent av brukerne er kvinner (6), og ca. 60 prosent av volumet brukes av personer over 60 år (TABELL 1).

Nasjonale helsemyndigheter har bl.a. gjennom publisering av veiledere lenge prioritert arbeidet for riktig bruk av vanedannende medikamenter, og siste reviderte versjon av veilederen kom i 2014 (8). Internasjonalt har det også vært fokus på riktig bruk av vanedannende medikamenter (9, 10).

Fastlegene har i dag små muligheter til å få kjennskap til om de forskriver mye eller lite B-preparater, fordi de ikke vet hvordan egen praksis er sammenlignet med andre. Når fastlegene får slik kjennskap, vil dette kunne gi bedre forutsetninger for kritisk refleksjon over egen praksis. Men for at en slik sammenligning skal være reell, er det nødvendig å justere for legens listelengde, samt alders- og kjønnsammensetning på listen.

Formålet med denne studien var å få informasjon om den enkelte fastleges forskrivning av B-preparater for å fremskaffe en reell mulighet for den enkelte lege å vurdere sin egen forskrivningspraksis sett i forhold til øvrige fastleger i kommunen. Studien er gjennomført av Trondheim kommune, som i mange år har arbeidet for riktig bruk av legemidler, gjennom bl.a. en egen legemiddelkomité fra 1990-tallet, innføring av multidoser fra 2006 (11) og ansettelse av egen kommunefarmasøyt fra 2009.

TABELL 1. Nasjonalt forbruk av B-preparater etter alder og kjønn i 2009 (7).

ALDERSGRUPPE	MENN. DDD/ÅR	KVINNER. DDD/ÅR
0–19 år	<1	<1
20–39 år	9	11
40–49 år	22	31
50–59 år	31	51
60–69 år	37	65
70–99 år	51	90
80–89 år	71	113
90–99 år	90	104

Parater neim

Innhenting av data

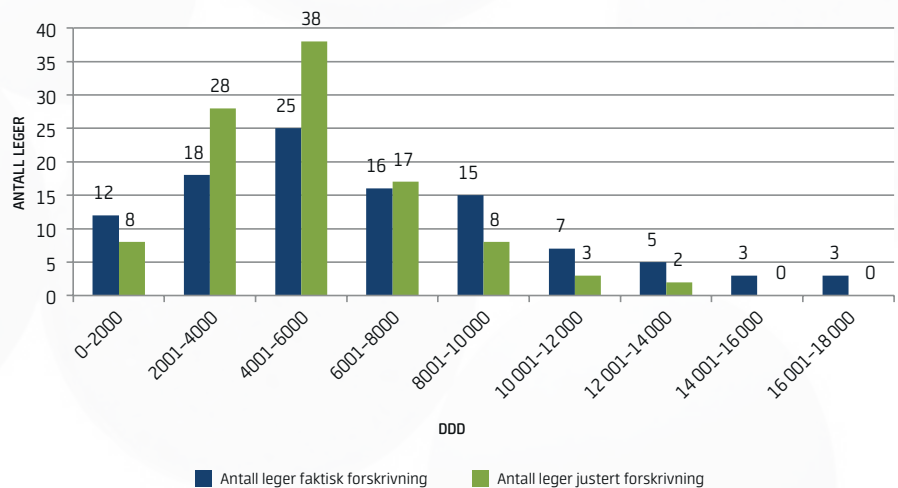
Studien ble påbegynt i 2008 som et ledd i kvalitetssikringen av fastlegevirksomheten i Trondheim, og alle kommunens 133 fastleger ble invitert. Vi fikk skriftlig samtykke fra 117 av fastlegene om å delta. Da noen sluttet i sin praksis og noen hadde vikar, ble det endelige utvalget 105. Fra Datatilsynet fikk vi bekreftet at denne type undersøkelse ikke trengte noen søknad om konsesjon. Det ble heller ikke vurdert som nødvendig å søke REK om godkjenning da dette var en kvalitetssikringsstudie basert på offentlige registre.

I forespørselen til fastlegene om deltagelse ble det presisert følgende:

- Resultatene skal brukes i kvalitetssikring og skal ikke kunne brukes av tilsynsmyndigheter i for eksempel kontrollmessig sammenheng.
- Hver lege får presentert sin egen forskrivningsprofil, alle andre legers data er anonymisert.
- Bare én navngitt forsker har tilgang til ikke-anonymisert datauttrekk.
- Hver enkelt lege har full kontroll over hvorvidt egen forskrivning gjøres kjent for andre.

Følgende data ble hentet via fil fra Reseptregisteret: Alle ordinasjoner (dvs. utleveringer fra apotek) av B-preparater i tiden 1.9. til 30.11. 2008. Uttrekket var basert på ATC-koder med antall ordinasjoner for hver ATC-gruppe og definerte døgndoser (DDD) for hver ordinasjon.

Pasientens fødselsår og kjønn var knyttet til hver ordinasjon. Da kan følgende beregnes pr. lege:



FIGUR 1. Fordeling av faktisk og justert forskrivning av B-preparater i DDD.

- 1 Totalt antall forskrevne DDD for alle B-preparater hver for seg og samlet.
- 2 Antall ordinasjoner av B-preparater.
- 3 Total forskrivning i DDD av B-preparater fordelt på pasientenes alder og kjønn.
- 4 Gjennomsnittlig antall DDD pr. forskrevet B-ordinasjon.

Fra NAV ble det innhentet opplysninger om fastlegenes listelengde, samt alders- og kjønnsfordeling på hver leges pasientliste. Videre registrerte vi legens alder, kjønn, antall år i allmennpraksis og hvorvidt legen var spesialist i allmennmedisin.

Et vesentlig element i analysen var en alders- og kjønnsjustering av forskrivningen, samt justering i forhold til listelengden (12). Personer 0–19 år ble utelatt pga. svært lavt forbruk (TABELL 1). I forhold til listelengden valgte vi å justere ved å bereg-

ne forskrivningen pr. tusen på listen. Dette gjør at legenes forskrivning blir lettere sammenlignbar enn om man kun ser på forskrivning målt i DDD. Beregningene ble utført med Excel og statistikkpakken SPSS.

Resultater og justerte resultater

Det var stor variasjon i forskrivning av B-preparater blant fastlegene. Justert for pasientenes alder og kjønn, samt legenes listelengde ble variasjonen betydelig redusert, men var fortsatt stor (FIGUR 1).

Justeringen viste videre at for noen leger utgjorde dette store forskjeller, ved at noen relativt sett forskrev et større volum mens andre forskrev mye lavere volum enn de ujusterte tallene viste. Tabell 2 viser et eksempel på hvor mye dette kan forandre seg: Lege A var blant de som forskrev størst

LEGE	FAKTIISK FORSKREVET DDD	RANG	JUSTERT DDD	RANG
A	13 748	7	5 043	53
B	4 048	74	7 836	14

TABELL 2. Eksempel på forskjell mellom faktisk og justert forskrivning i DDD.

RANG FAKTIISK FORSKRIVNING N= 104	ANTALL DDD	RANG JUSTERT FORSKRIVNING N= 104
1	16 343	3
2	16 221	1
3	16 178	21
4	15 254	25
5	14 209	24
6	14 178	27
7	13 748	53
8	12 732	4
9	12 272	18
10	12 029	13

TABELL 3. Rangering for de ti største forskrivne før og etter justering av forskrivning.

DDD. Men justert for lang liste og et svært stort antall eldre på listen har vedkommende en justert forskrivning lik gjennomsnittet for fastleger i Trondheim, rangert som nr. 53 av 105. Lege B har et stort antall unge pasienter på listen og har en ikke-justert (faktisk) forskrivning på under en tredjedel i forhold til lege A. Men etter justering kom lege B ut som en klart større forskriver, rangert som nr. 14 av 105.

Tabell 3 viser hvordan justeringen påvirker rangeringen for de ti legene som forskrev størst antall faktiske DDD. Særlig de fem legene med rang tre til syv får langt lavere rang etter justering, altså et betydelig lavere justert forskrivningsvolum.

Mannlige leger forskrev et større volum B-preparater enn kvinnelige leger, og dette endret seg ikke ved å regne ut justerte tall.

Eldre leger forskrev mer B-preparater enn yngre og heller ikke dette endret seg med justerte tall. De legene som forskrev størst antall DDD, hadde samtidig også større mengder DDD pr. forskrivning.

Det var ikke mulig å påvise noen samvariasjon angående forskrivningsvolum for leger som jobber i samme gruppepraksis.

Diskusjon

Vi fant at det er store forskjeller i gruppen av fastleger i Trondheim angående volum av forskrivning av B-preparater. På gruppenivå ble disse forskjellene betydelig redusert når vi korrigerte pasientlistene på alders- og kjønnsfordeling og på listelengde. For noen leger innebar denne korrigeringen en stor

forskjell. Som også Dybwad et al har påvist (4), bekrefter vår studie at det er betydelig forskjell i fastlegers praksis angående forskrivning av B-preparater. Videre viser vi at sammenligninger som baserer seg utelukkende på forskrevet volum, ikke gir et godt nok forskrivningsbilde fordi fastlegene har ulike listelengder samt ulike alders- og kjønns sammensetning på sine lister.

Under fastlegeforsøket i Trondheim i 1993–96 ble det gjort tre årlige registreringer over legenes forskrivning av B-preparater. Nesten alle legene deltok, og tilbakemelding ble gitt ved at hver lege fikk se egen forskrivning, rangert i forhold til hele legegruppen der alle andre var anonymisert. Denne tradisjonen, samt en veletablert samarbeidsrelasjon mellom kommunen og fastlegene i Trondheim tror vi er viktigste forklaring på at en så stor andel som 88 prosent av fastlegene sluttet opp om denne undersøkelsen. I Bergen ble tilsvarende studie gjennomført samtidig som hos oss, men der deltok mindre enn halvparten av legene.

Den justerte forskrivningen som vi beregnet, viste betydelig mindre spredning enn den reelle forskrivningen. Derfor antar vi at justert forskrivning er bedre egnet som tilbakemelding til hver enkelt lege. Justert forskrivning tar hensyn til legens listelengde så vel som til alders- og kjønns sammensetning på listen. Selv om justert forskrivning reduserer spredning, ser vi fortsatt ulike forskrivningsmønstre. Som også andre har påvist (3), fant vi at eldre leger forskriver mer enn yngre, og at mannlige leger forskriver mer enn kvinnelige (4).

Tilbakemelding til fastlegene

Som en viktig del av studien fikk hver fastlege tilsendt resultatene der egen forskrivning av B-preparater var separat fremstilt og en anonymisert sammenligning med alle de andre legene.

Vi har fått positive tilbakemeldinger fra deltakende fastleger om at informasjon om personlig forskrivning er nyttig. Ingen har meldt tilbake noe negativt. Vi har oppfordret legene til å drøfte resultatene i videre- og etterutdanningsgrupper, samt innad i kollegiet på hvert legesenter.

Pasienter med ønske om vedvarende bruk av B-preparater velger trolig leger med liberal forskrivningspraksis. Erfaringsvis vil den enkelte fastlege i Trondheim minst én gang i året ha åpen liste. Personer som har et sterkt ønske om å komme på legens liste, kan da melde overgang. Når det i årenes løp skjer forflytninger fra restriktive til liberale leger, kan

dette tenkes å forsterke forskjellen i forskrivningsvolumet blant legene.

Uthenting av data fra fastlegenes kliniske praksis er viktig for å kunne få bedre oversikt og viten innenfor en del områder. Vi har sammenholdt data fra Reseptregisteret med data fra NAV (om fastlegenes listesammensetning) for å gi en mer nyansert beskrivelse av forskrivningstrender. Dette er en type bruk av statistikk som er i begynnerfasen i vårt land. Et annet eksempel er NAVs tilbakemeldinger over fastlegenes sykmeldingspraksis. Fastlegeforskriften åpner også for at kommunen kan kreve uthenting av data fra fastlegenes EPJ til kvalitetsformål. Forutsatt at slike data justeres og standardiseres, vil de kunne gi nyttig og god informasjon tilbakemelding til den enkelte lege med henblikk på å vurdere egen praksis.

Takk til Legeforeningens kvalitetsfond og Fondet til fremme av allmennmedisin i Sør-Trøndelag som har bidratt til finansieringen av studien.

REFERANSER

- Kjosavik SR, Ruths S, Hunskaar S. Psychotropic drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; 18: 572–8.
- Drivenes K. Reduksjon i forbruket av vanedannende legemidler i Vest-Agder. *Tidsskr Nor Legeforen* 2001; 121: 2175–8.
- Dybwad TB, Kjølshrud L, Eskerud J, Lærum E. Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway. *Family Practice* 1997; 14: 361–8.
- Bjørner T, Lærum E. Factors associated with high prescribing of benzodiazepines and minor opiates. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 115–20.
- Kristensen P, Fjermestad T. Benzodiazepiner - holdninger og forskrivningspraksis hos allmennpraktikere og psykiatere. *Tidsskr Nor Legeforen*. 1991 Aug 10; 111(18): 2241–5.
- Bramness J, Sexton JA. The basic pharmacoepidemiology of benzodiazepine use in Norway 2004–9. *Norsk Epidemiologi* 2011; 21 (1): 35–41.
- www.reseptregisteret.no
- Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet. Helsedirektoratet 2014.
- Perceptions of GPs and community pharmacists on hypnotic prescribing on private prescriptions. *Dtsch Med Wochenschr*. 2014 May; 139 (22): 1153–8. doi: 10.1055/s-0034-1369995. Epub 2014 May 20 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24845524>).
- Did the new French pay-for-performance system modify benzodiazepine prescribing practices? *BMC Health Serv Res*. 2014 Jul 11; 14 (1): 301.
- Wekre LJ, Bakken K, Garåsen H, Grimsø A. GPs' prescription routines and cooperation with other healthcare personnel before and after implementation of multidose drug dispensing. *Scand J Public Health*. 2012 Aug 7.
- Rosner B. *Fundamentals of Biostatistics*. Harvard University. Fifth edition, 2000: 594–96.

■ TORGEIRF@ONLINE.NO

Skolegården som

■ DAG-HELGE RØNNEVIK • Utpostens redaksjon

Sammendrag

Denne lille uformelle undersøkelsen viser at barn ønsker uteområder som legger til rette for varierte aktiviteter. Ekspertpanelet er også tydelig på at de synes det skal være pent rundt dem, og at det bidrar til trivsel. De tre medlemmene i ekspertpanelet var svært ivrige da de fikk dette oppdraget, og de kom med mange gode argumenter og resonnementer som er verdt å lytte til. Barna bør tas med på råd når det skal bygges nye skoler og ved videreutvikling av eksisterende skoler. Kvalitet på uteområdene bør være aktuelt som fokus på temabaserte tilsyn på skoler, etter forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager m.v. Det er påfallende stor variasjon fra skole til skole når det gjelder uteområdene, både når det gjelder størrelse og kvalitet.

SKOLE	KOMMUNE	BYGGE-ÅR	ANTALL ELEVER	TERNING KAST
Brakahaug	Haugesund	1997	Ca. 160	■■■■
Rossabø	Haugesund	1917	Ca. 350	■■■■
Mykje	Karmøy	2009	Ca. 300	■■■■
Kolnes	Karmøy	1970	Ca. 180	■■■■

Bakgrunn

31. mars arrangerte Rogaland Fylkeskommune og Friluftsrådet Vest et folkehelseseminar med tema «Helsefremmende skoler og fysisk aktivitet». Denne uformelle feltundersøkelsen ble gjennomført som forarbeid til et innlegg på seminaret, og henger sammen med et leserinnlegg i *Haugesunds Avis* januar 2016, der tema var at gode uteområder kan bidra til å forebygge mobbing (1).

Det er vanskelig å finne noe negativt ved å legge til rette for fysisk aktivitet og bevegelsesglede i norske skoler. Undersøkelser viser at det kan gi mindre mobbing, mindre uro i klassene, økt konsentrasjon, bedre trivsel og bedre karakterer/resultater. Skolen er en viktig og god arena for å tenke helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, spesielt for å nå barn fra sosioøkonomisk svake grupper (2–4). Om alle elever hadde vært aktive i friminuttene, hadde nasjonale mål om 60 minutter bevegelse daglig vært innen rekkevidde (5).

Alle skoler skal være godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern i barneha-

ger og skoler m.v. (6). Skolene skal fremme helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold samt forebygger sykdom og skade (§ 1). Uteområdene skal være utformet slik at de bidrar til dette (§ 9), og skolen skal generelt dekke ulike behov for aktivitet og hvile (§ 10).

Metode og design

Det ble gjennomført en feltundersøkelse lørdag 5. mars 2016, kombinert med et fortløpende «fokusgruppeintervju» samme dag og dagen etter. Ekspertpanelet ble satt sammen av tre aktive gutter som til daglig går på tre ulike skoler. Guttene er med i idrettslag på fritiden, med fotball og innebandy som sine hovedaktiviteter. To av skolene ble valgt ut fordi to av guttene selv går der, mens de to andre ble valgt noe mer tilfeldig. Det var pent vær på undersøkelsesdagen, og ekspertpanelet brukte ca. en time på hver skole. De hadde med seg fotball og var kledd for fysisk aktivitet. Uteområdene ble vurdert ut fra aktivitetsmuligheter og hvor store og godt vedlikeholdte de var.

RESULTATER

BRAKAHAUG BARNESKOLE

Ekspertpanelet likte fotballbingen og gode sykkelstativ, og at det var et overbygg med tak der elevene kunne være på regntunge dager. Skolen ser ut til å være godt vedlikeholdt, og det er bra med kupert terreng med små bakker til aking. Basketstativene er alt for høye til barn i barneskolealder, og det er for få alternativer til fotballbingen for de største barna. Skolen ligger flott til ved skogen, og porten med «vimpler» gir en fin effekt. Trapper med store og små trinn innbyr til kappløp.



helsefremmende

ROSSABØ BARNESKOLE

Rossabø overrasker positivt med svært store uteområder som innbyr til variert aktivitet og ulike ballspill. Selve skolen er svært slitt, og skjemmes av flassende maling og dårlig vedlikeholdte flater. Ekspertpanelet synes absolutt at det betyr noe for trivselen at det ser pent ut rundt dem. «Her kunne de godt malt litt». Positivt er at det er egen bane for håndball og basketball, men også her er basketstativene for høye. Vannfontene som fungerer gjør det lett for ungene å drikke når de er tørste. Ballbingen har hullete nettinger, noe ekspertpanelet synes er unødvendig og dumt, for da må de bruke mye tid på å hente ballen som går over gjerdet. Trafikktett vei uten skjerming eller gjerde trekker ned. Støy og fare for trafikkuhell når barn skal hente ball etc. Flott «haug» midt i skolegården.



BRAKAHAUG

ROSSABØ



MYKJE BARNESKOLE

Ekspertpanelet insisterte på å besøke Mykje skole, for de hadde hørt at dette var en flott og ny skole. Uteområdene får terningkast 6, og er med det vinneren av denne undersøkelsen. Tarzanken trekker veldig opp og virker svært populær. Ulike tau og klatrestiger er morsomme å slenge seg i, og etterhvert gikk leken over til «tikken» på dekkene, med hopping og løping og mye latter. Et fantastisk klatretre lokket en av ekspertene raskt opp i høyden. Gode sykkelstativ, utendørs bordtennisbord, ballbinge, føyser, «karussell» m.m. legger til rette for varierte aktivitetsmuligheter. Det mangler egen bane for alternative ballidretter, selv om det på baksiden av skolen var en vegg med påmalt håndballmål. Utearealene ligger litt ubeskyttet til, eksponert for vær og vind, og virker ikke like lun som ved de andre skolene.





KOLNES BARNESKOLE

Uteområdene på Kolnes barneskole er dominert av en fotballbinge og en fotballbane i grus, og ligger rett ved et skogsområde. Målene på banen er litt merkelig plassert, og banen er delvis humpete og med hull i gjerdene. Terrenget er kupert med mye skog og muligheter for frilek. Kvaliteten på en del av lekeapparatene er god, med UFO-føyse og pyramideklatrestativ. Ekspertpanelet synes det er synd at trærne mangler greiner helt nederst, for da kan de ikke klatre der. Ved befaring er også pyramideklatrestativet merket med «sperreband», noe panelet tydelig har et litt negativt forhold til. De få sykkelstativene er løse og/eller rustet.



Ødelagte, rustne basketkurver bør fjernes. Det er et skur med tak der det kan være aktiviteter når det regner.

Diskusjon

Guttene i ekspertpanelet gjennomførte dette med høy motivasjon og stor iver. De hadde klare meninger om hva som var bra, og hva som ikke var bra. Det ble diskutert at det ofte er lite å gjøre for de som ikke spiller fotball. På spørsmål om hva de gjør de som ikke spiller fotball, var svaret: – De sitter ofte og bare snakker. Noen lekeapparater virker lite gjennomtenkt. Basketstativer i voksenhøyde er lite til nytte for barn på barneskoler. Guttene syntes at det var dumt at Rossabø så såpass slitt ut, de mener det betyr mye at det ser fint ut rundt dem. Hullede nettinger i fotballmål er ikke bra, da må de bruke mye tid på å hente ballen. Den ene gutten var veldig opptatt av dette. Håndballbanen på Rossabø var godt likt. Det lå tilfeldigvis en håndball der, og guttene ville ikke engang spille fotball i stedet. Hva er det med basketkurver? Enten henger de for høyt, eller så er de gamle, rustet og skjeve. Er det noen som spiller basket? Drikkefontener synes guttene i ekspertpanelet er veldig bra, at de kan drikke når de er tørste. Det var kun Rossabø som hadde dette, såvidt vi kunne se. «Tarzanparker» ser ut til å være veldig populære, og innbyr til mye variert lek. Skoler bør være skjermet mot trafikk, både med hensyn til støy og potensielle ulykker.

Sett fra en voksens ståsted, er det påfallende hvor stor variasjon det er fra skole til skole. En skulle tro at skoler i samme kommune skulle være noenlunde like. Det er grunn til å stille spørsmålet; Hva gjør de

som ikke spiller fotball? Ballbinge og fotballbaner har alle skoler, men det er få som har lagt til rette for andre ballspill. Håndball og innebandy er f.eks. populære idretter blant mange barn. Legges det til rette for gode alternativer til fotball? I samtale med guttene i ekspertpanelet kom det fram at de anslår at 50 prosent av elevene liker fotball, mens resten ikke gjør det. De som ikke spiller fotball sitter ofte og snakker sammen, blir det sagt. På regnværsdager skulle de ønske at de kunne bruke gymsalen istedenfor å bare sitte og snakke eller se på mobilene sine. Det er trolig en sterk sammenheng mellom hvilke elever som er aktive i friminuttene på skolen, og hvem som er aktive i idrett på fritiden. Det er typisk at det kanskje er de elevene som «trenger» det mest, som ikke er i aktivitet i friminuttene? Dette er mulige sammenhenger som det bør ses nærmere på.

Konklusjon

- ❶ Det ser ut til å være stor variasjon fra skole til skole når det gjelder uteområdene.
- ❷ Barna er opptatt av, og har meninger om, kvaliteten på uteområdene, både når det gjelder utforming, plassering og innhold.
- ❸ Barna ønsker å drive med ulike aktiviteter – noe som kom tydelig fram under feltundersøkelsen.
- ❹ De voksne gjør lurt i å ta barna med på råd

for å finne ut hva som skal til for at flere kan velge å være aktive i friminuttene.

- ❺ Alle skoler har opptil flere fotballbaner, men mange mangler gode alternativer for andre ballspill.
- ❻ Når været er dårlig har elevene få alternativer. De skulle ønske de kunne få bruke gymsalen.
- ❼ Ekspertpanelet mener at ca. 50 prosent av elevene ikke spiller fotball, og at det er en god del elever som er lite med på aktiviteter. De har også en teori om at disse elevene heller ikke er med i idrettslag på fritiden.
- ❽ Tilrettelegging for fysisk aktivitet anbefales som et fokusområde ved temabaserte tilsyn etter forskrift om miljørettet helsevern.
- ❾ Unger liker å klatre i trær – overdrevent risikofokus kan virke mot sin hensikt.

REFERANSER

1. Rønnevik DH, Ta mobbingen ved roten, Hauge-sunds Avis 13.1.2016. <http://www.h-avis.no/debatt/kronikk/meninger/ta-mobbingen-ved-roten/o/5-62-206394> (29.3.2016)
2. Elvsaa IK, Giske L, Fure B. Tiltak mot overvekt og fedme hos barn og unge. 2012, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
3. Nordahl T, Gravrok Ø, Knudsmoen H, et al. Forebyggende innsatser i skolen, IS-o193. Rapport til Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
4. Fysisk aktivitet i skolehverdagen, Sosial- og helsedirektoratet, 2003.
5. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Helsedirektoratet, 2014.
6. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. 1995.

Overdiagnostikk i hverdagen

■ MORTEN LAUDAL • Kommunelege i Vestby og leder i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) sin referansegruppe mot overdiagnostikk

Overdiagnostikk har de siste årene i økende grad blitt ansett som en potensiell trussel for pasienten det gjelder. NFA har tatt utfordringene forbundet med overdiagnostikk på alvor og bokstavelig talt satt det på dagsorden.

Her følger begrepsforklaringer og kliniske eksempler på hvordan overdiagnostikk har sneket seg inn i vår medisinske hverdag. Med økt bevisstgjøring håper vi at flere og flere leger er seg sitt ansvar bevisst.

Definisjon og begrepsforståelse

Internasjonalt arbeides det ganske bredt for å motvirke overdiagnostikk. I Norge har Norsk forening for allmennmedisin tatt rollen som ledende aktør og prioritert arbeidet mot overdiagnostikk høyt i de seneste arbeidsprogrammer. Metodene er kurs, artikler og utarbeidelse av et policydokument, samt opprettelse av egen referansegruppe.

I policydokumentet har vi forsøkt å klassifisere fenomenet på en måte vi tror kan være lett å forstå. Her følger et forsøk på å vise hvordan vi alle bedriver eller lar oss rive med av overdiagnostikk i hverdagen.

En snever definisjon av begrepet *overdiagnostikk* er at en person, gjerne uten symptomer, får en diagnose som ikke er uttrykk for en reell sykdom hos denne personen og som dermed ikke kan omsettes til behandling som forebygger helseproblemer eller død. Denne definisjonen av overdiagnostikk er i tråd med den internasjonale litteraturen om *overdiagnosis*, jfr. BMJ 2015; 350:h869.

Men begrepet overdiagnostikk brukes på norsk ofte i en videre betydning for å beskrive ulike former for *medisinsk overaktivitet* eller *for mye medisin*. I dette inngår overbehandling og overutredning, det vil si undersøkelser og tester som med rimelig sikkerhet kan antas å være unødvendige selv om pasienten har symptomer. Overutredning øker faren for unødvendige eller feilaktige diagnoser og dermed også for unødvendig eller skadelig behandling. NFA har valgt å bruke vår norske forståelse og bruker begrepet overdiagnostikk i videre forstand enn det brukes i internasjonale (akademiske) sammenhenger.

Unngåelig overdiagnostikk

Det viktigste for oss allmennleger er kanskje den unngåelige overdiagnostikken. Den oppstår i situasjoner der gjeldende kunnskap og retningslinjer er klare og greie og gjør det mulig å handle rasjonelt og unngå overdiagnostikk, men der vi av forskjellige grunner velger å ikke følge verken kunnskap eller retningslinjer. Dette omtales noen ganger som dårlig praksis, eller *bad medicine* i internasjonal litteratur. Årsakene til slik atferd kan være mange. Ofte krever pasienten unødvendige undersøkelser, og det kan være mer besværlig å forklare hvorfor dette ikke bør gjøres, enn å rekvirere undersøkelsen og bli kvitt problemstillingen. Tidligere var vel røntgenundersøkelse av LS-columna ved ukomplisert lumbago et svært typisk eksempel. Pr. i dag vet de fleste at dette gir oss informasjon om pasientens alder, og sjelden noe mer. Dette har heldigvis dødd ut. Men tilsvarende MR-undersøkelse uten at det foreligger plan eller ønske om kirurgisk intervensjon er kanskje enda verre. Jeg tror mange av oss vil kjenne seg igjen her. Et hvert funn på en slik MR-undersøkelse vil bidra til at pasienten får et patologisk funn hengende ved seg som ellers ikke ville vært der, og uten at dette som regel vil være til noen nytte. Tilsvarende MR-undersøkelse av hodet på tynt grunnlag er kanskje enda verre: Tenk om vi fant et cerebralt aneurysme! Da har vi påført pasienten en risikotilstand som det er enda mer risikabelt å operere. Det er neppe en forbedring av pasientens situasjon, og absolutt ikke noe vedkommende har nytte av. Den «uskyldige» rekvisisjonen har gitt overdiagnostikk og resultert i økt lidelsestrykk.

U-unngåelig overdiagnostikk

Dette er vanskelig å oppdage fordi det ikke bryter med gjeldende retningslinjer, men oppstår fordi retningslinjene er defensive eller fordi sykdomsdefinisjonene er så omfattende at de inkluderer tilstander som aldri vil føre til helseskade for pasientene om de forblir uoppdaget. «Villscreening» for kreft kan være et eksempel på slik overdiagnostikk, som noen ganger fører til at man oppdager og behandler «kreftsvulster» uten at dette har positiv helseeffekt fordi svulstene i virkeligheten ikke er farlige. For høy aktivitet innen PSA-måling med påfølgende økning i unormale funn

og økning i uhensiktsmessige kirurgiske behandlinger uten dokumentert helsegevinst i form av redusert dødelighet av kreftformen, er muligens et av vår tids tydeligste eksempler.

Fortjenestedrevet overdiagnostikk

Fortjenestedrevet overdiagnostikk bygger ofte på kommersielt påvirket forskning, men privat helseforsikring kan også drive fram krav om unødvendige undersøkelser. Også ved negative eller falskt positive funn kan pasienter og andre bli styrket i troen på at de aktuelle undersøkelsene er nyttige. Privat behandlingsgaranti som sikrer operativ behandling av f.eks skuldersmerter med 14 dg ventetid, ville jeg tro kunne rubiseres her. Tidvis er jeg forskrekket over folk som kommer og «bare skal henvises». Det ligger etter mitt syn et ansvar på oss her. Jeg har opplevd en frisk og kraftig fyr som altså fikk kniven i skulderen kort tid etter symptomdebut uten traume og uten å ha fått anledning til å finne noe ut om spontanhelbredelsen. Arbeidsgiver som hadde tegnet forsikring var fornøyd fordi pasienten kom raskt tilbake i arbeid. Pasienten var fornøyd fordi han slapp å vente. Kirurgen tjente penger på fritiden og ingen reflekterer over at det hele kanskje var unødvendig og gir pasienten potensial for komplikasjoner senere. Apotekenes screeningkampanjer for å finne «risikoutsatte» individer er et annet eksempel. Det er nesten merkelig at dette ikke slås ned på. Det virker mistenkelig at de som tjener penger på å selge statiner, kan falby kolesteroltesting over disk. Dersom vi som leger hadde gjort dette, ville det vært ulovlig.

Det mest kjente internasjonale eksemplet på overdiagnostikk synes å være i hvert fall delvis fortjenestedrevet. Det stammer fra Sør-Korea, der private tilbydere med statlig finansiering driver omfattende nasjonal screening av befolkningen, blant annet for tyroideakreft. Forekomsten av kreft som er operert har økt eksponentielt til voldsomme tall, men dødeligheten av tyroideakreft er den samme. Laboratorier og kirurger tjener penger. Pasientene opplever seg helbredet for kreft, vil ha mer av det samme for sikkerhets skyld, og sirkuset fortsetter uten at noen får bedre helse eller lavere dødelighet, tvert imot. Selv om situasjonen og realitetene er erkjent også i Korea, evner ingen å stoppe prosessen. Overdiagnostikk kan bli epidemisk.

Sykdomsmakeri (disease mongering)

Her har vi en variant av fortjenestedrevet overdiagnostikk som betegner helse- og legemiddelindustriens tendens til å overdri-ve alvoret eller utbredelsen av mindre plager og normale livsprosesser. Sykdomsmakeri kan innebære at vanlige og ufarlige tilstander som skallethet gjøres til medisinske problemer. Det ligger som regel i sakens natur at det angivelig skal finnes medikamentell behandling som avbøter plagen. I andre tilfeller gjøres milde symptomer på for eksempel irritabel tarm til medisinske problemer, eller det blir gitt ensidig biologiske forklaringer på fenomener som sosial fobi og depresjon. Alt kan lede til økt bruk av medikamenter, uten at det er lett å dokumentere særlig effekt. Men bivirkningene av medikamenter øker i takt med omsetningen.

Fryktdrevet overdiagnostikk

Angsten for sykdom er utbredt både blant leger, pasienter og helsemyndigheter. Vi er mer redd for unnlatelsesfeil enn for overdrivelsesfeil. Det er påfallende hvor ofte overskriften i avisen er: «Legen fant ikke kref-ten». Urimelig mye sjeldnere ser vi overskrifter som: «Lege gitt advarsel for unød-ig grundig undersøkelse». Overdreven bruk av blodprøver eller andre undersøkelser i situa-sjoner der de foreliggende opplysningene og legens kliniske skjønn burde være tilstrek-kelig til å håndtere helseproblemet, er et eksempel på fryktdrevet overdiagnostikk.

Et eksempel fra hverdagen: Ganske kjekt barn, fire år, med feber på 38,8 i noen dager kommer med engstelig mor. Undersøkelse viser ingen tegn til konkret sykdom. All-menntilstanden god og barnet spiser og drikker. Vi avtaler å vente og se, men tar «for sikkerhets skyld» CRP på veien ut. CRP er 70. Her vil helt sikkert noen av oss ikke tørre å la være å behandle med anti-biotika. Det er CRP og frykt vi da behand-ler, og dette kvalifiserer vel til overdiagnos-tikk av infeksjonssykdom. NFA har tatt til orde for at også overdiagnostikk bør være gjenstand for tilsyn.

Tilslørende overdiagnostikk

Tidvis blir sosiale problemer omskrevet til individuell sykdom. Slik overdiagnostikk ser vi blant annet når aktører i helse- og velferdstjenestene ber fastleger begrunne velferdsgoder med tilslørende sykdomsdi-agnoser. På den måten kan personer som har opplevd eksistensielle vansker og krenkelser bli avspist med diagnoser, vel-ferdsgoder og eventuelt tekniske tiltak. Typisk er det personer med dårlig eller vanskelig tilknytning til arbeidslivet som på denne måten blir marginalisert. Etter i noen tid å ha mislykkes i å få jobb, evt ved hjelp fra NAV, kan en diagnose som person-lighetsforstyrrelse eller annet innen psyki-atrispekteret, løse problemet og gi varig ytelse. Noen ganger kan dette være uheldig og forsterke pasientenes mestringssvikt. Andre ganger kan det selvsagt være riktig,

men feltet er diffust og det er rimelig grunn til å tro at dette er et reelt fenomen.

Noe lignende ser vi dersom empati over-drives til en form for sentimentalitet og ensidig anerkjennelse av pasienters mest-ringsproblemer. Råd om å unngå angst-fremkallende situasjoner kan øke angst-problemene og funksjonsudyktigheten selv om det er velment. Sykmelding og hvile som behandling for pasienter med uspesi-fikke smertetilstander eller energimangel kan representere «en skole» i hjelpeløshet og unngåelsesadferd som sjelden tjener pasienter på sikt. Igjen ser vi at det går en grense mellom fornuftig erkjennelse for avlastningsbehov og ufornuftig mangel på å stille krav til de samme pasientene.

Hvordan stoppe dette?

Vi håper at vi med vårt fokus på tema og med praksisnære eksempler, kan bidra til at interessen og forståelsen for temaet vil øke. Forventingene til oss som allmennle-ger er at vi tenker oss bedre om og gjør oss opp velbegrunnede meninger om indika-sjon for det vi gjør. Dersom utviklingen går denne veien, er det vår overbevisning at noen helsekøer vil minke, noen vil unngå å få helsetjenestepåførte uhensiktsmessige diagnoser og behandlinger, og vi alle vil nyte godt av å kunne bruke flere av helse-resursene til nyttige formål.

■ M-LAUD@ONLINE.NO

Salmer fra et afrikansk kjøkken*

■ KARI HILDE JUVKAM

Spesialist i allmennmedisin, godkjent veileder
i allmennmedisin, Grimstad Legesenter



TANZANIA

AREAL: 945 087 km² • BEFOLKNING: 51,820,000 (2014)

HOVEDSTAD: Dodoma • STØRSTE BY: Dar es Salaam

ETNISKE GRUPPER: Fastlandet: Afrikanske stammer (mer enn 130 forskjellige bantu-stammer) 99 %, andre 1 %. Zanzibar: Arabere, afrikanere.

SPRÅK Swahili (offisielt), kiunguja, engelsk (offisielt), arabisk, mange mindre språk.

RELIGION Fastlandet: Kristne 30 %, muslimer 35 %, tradisjonell religion 35 %. Zanzibar: 99 % muslimer.

* «Salmer fra kjøkkenet», norsk film fra 2003. Den omhandler temaet å observere hverandre med skepsis og etterhvert komme i kontakt.

Vi startet dagen med salmer i den lille kirken. Veien dit gikk gjennom frodig regnskog med fuglesang, bananpalmer og kaffeplanter.



Marangu Hospital



Salmesangen var sterk og trygg på swahili. Vaktrapporten var ikke fullt så sterk og trygg. Den ble mumlet frem på et haltende medisinsk engelsk og kommentert på swahili. Sykepleier rapporterte fra siste døgns hendelser på Marangu Hospital, om innkomne pasienter – menn, kvinner og barn, om de som hadde hatt feber og oppkast. Ikke mye å bli klok av. Vips så var alle borte fra kirkerommet, hvor var de? I mangel av legemøte var det vanskelig å få system på arbeidsfordelingen mellom legene. Noen forsvant til ærender utenfor sykehuset, noen startet poliklinikken, og etter hvert kom ansvarlig lege i gang med «ward round». Dette var starten på mine dager på Marangu Hospital i 2005. Mye var annerledes. Sykdomspanoramaet jeg møtte var som 70–80 år tilbake i tid og sykdommer jeg tidligere bare hadde lest om ble virkelighet; reumatisk feber, tetanus, eklampsi ... Brannskadde barn som brukte syntetisk tøy og ble antent av åpen ild i hjemmet. Og AIDS-syke, de med kjent diagnose og de som ikke visste om det. Disse kom ofte til sykehuset med opportunistiske infeksjoner som tuberkulose og Pneumocystis Carinii.

Stedet var Tanzania. Landsbyen Marangu, nord i landet, ikke langt fra Kenyas grense. 1600 m.o.h., i fjellsiden til det magiske fjellet Kilimanjaro. Her eier og driver den lutherske kirke i Tanzania flere mindre sykehus og sykestuer, «dispensaries». De administreres av kirkekontoret i Moshi, fire mil lengre sør.

Pregnancy at risk

Jeg gjorde en studie på Marangu Hospital januar–mars 2005. Med protokoll og tillatelse til forskning fra Regional etisk komite i Bergen fikk jeg til slutt også tillatelse fra de Tanzanianske helsemyndighetene. Jeg opplevde skepsis og utrygghet forbundet med «transparency». Noen nøkkelpersoner med visjoner og mere moderne syn på utvikling, støttet og hjalp frem mitt prosjekt: «Pregnancy at risk in a rural area in northern Tanzania. Does antenatal care (ANC) in this area function in order to preidentify risk pregnancies and to follow them up?»

Mødredødeligheten er høy i Tanzania. I 2005 døde 610 kvinner pr. 100 000 levendefødte barn, synkende til 410 i 2013. Spedbarnsdødeligheten, dødsfall i første leveår pr. 1000 levendefødte barn, var 57 i 2005, synkende til 36 i 2013. I 2005 ble ca. 40 prosent av fødslene tatt hånd om av utdannet personell, i 2010 49 prosent. Hver kvinne føder mange barn. Fruktbarhetsraten, d.v.s. antall barn pr. kvinne mellom 15 og 49 år, var 5,6 i 2005 og 4,9 i 2015. Hele 50 prosent av gravide kvinner hadde anemi i 2005. Årsaken var malaria, innvollsorm og jernmangel. HIV-positive kvinner og menn i aldersgruppen 15–49 år var 6,6 prosent i 2005 og i 2013 5,0 prosent.

Jeg observerte svangerskapskontroller på Mother Child Health Clinic (MCHC) for fire parametere; hemoglobin, urinstiks, blodtrykk og symfyse fundus mål (SF mål).

I tillegg besøkte jeg flere sykestuer og gjorde registreringer av helsekort og fødsler på Marangu Hospital. Av 56 fortløpende svangerskapskontroller fikk 1/3 målt hemoglobin og omtrent like mange undersøkt urinen. Blodtrykk og SF mål ble alltid utført. Ved registreringene på fødeavdelingen, der kvinner fra hele distriktet kom til fødsel, hadde 56 prosent fått målt minst en hemoglobin og 48 prosent fått tatt minst en urin stiks. Hva sviktet? Tanzanianske myndigheter er dyktige på å utarbeide retningslinjer for god helsekontroll. Ved å ta anamnese på tidligere graviditeter, måle hemoglobin to ganger i løpet av svangerskapet, ta urin stiks ved hver kontroll, måle blodtrykk og utføre SF mål, kan man plukke ut de fleste med risiko. Gravide med risiko anbefales å føde på sykehus. Tall fra mitt materiale viste at 14 prosent av kvinnene av ulike årsaker ble forløst med keisersnitt, nesten på skandinavisk nivå.

Etter å ha gått dypere inn i problematikken med observasjoner, registreringer og intervjuer, kom jeg til at årsaken var sammensatt. Delvis var det *holdningene* blant de gravide. De reflekterte i liten grad over risiko eller fremtid. Holdning til effekten av forebyggende arbeid og betydningen for enkeltpersoner og samfunn er viktig. Å være gravid og føde er den største risiko en kvinne utsetter seg for. I samfunn der kvinner føder opptil åtte barn, slik det har vært til alle tider, blir normalen å la naturen gå sin gang med de kostnader det har.

I et samfunn hvor dagene leves én etter én, er det ikke lett å huske hva som gikk galt sist, eller med nabokvinnen, og hente det inn som referanse. Å kommunisere med kvinnen og hennes ektemann er en viktig del av svangerskapsomsorgen. Måten budskapet om tiltak i svangerskapet ble presentert, var avgjørende for hva kvinnen kunne akseptere. *Ektemenn* som er økonomisk ansvarlig i familien setter også grenser for svangerskapskontrollenes innhold. Konsultasjonene er gratis, men laboratorieprøver og andre undersøkelser må det betales for. Utilstrekkelig antall personell med *relevant utdanning og klinisk sans* er en begrensende faktor i en god svangerskapsomsorg. Mangelfull kjennskap til retningslinjer, gode rutiner og adekvat oppfølging av patologiske prøvesvar likeså. Konsistent bruk av helsekortene er viktig. Jeg så ved registreringer på fødeavdelingen at de i nesten 100 prosent av tilfellene var brakt med av kvinnene, men ofte mangelfullt utfylte. På Marangu hospital hadde de en organisert svangerskapsomsorg med jordmor Mary som *ressurs*. Likevel var det vanskelig også der å gjennomføre en svangerskapskontroll med god nok kvalitet.

Gruppeundervisning for gravide ville vært et spennende redskap for forbedring. Skolene kan ha en sentral rolle i å øke kunnskap og å gjøre holdningsskapende arbeide. Min studie viste at helsevesenet i Tanzania, også på landsbygda, har mulighet til å gi gravide en god og relevant omsorg, men det må endringer til. Landet som helhet har hatt en stabil økonomisk vekst, men dette har til nå ikke kommet den fattige delen av befolkningen til gode.

Marangu Hospital

Jeg arbeidet frivillig på de ulike avdelingene. Legene i Tanzania er delvis Medical Doctors (MD), men i stor grad Medical Officer's (MO) med fire års utdanning. MD'er forsvinner ofte til sentrale strøk eller til utlandet, og de med enklere utdanning blir igjen. Sammen med en MO gikk jeg daglig sitt på «Womens Ward», «Male Ward» og «Postoperative». Jeg likte best å være på «Delivery Ward» med ventende gravide, fødler og barselkvinner med sine barn. Pasientene kunne være fra nærområdet, men mange hadde vandret i dagevis for å komme frem, og de heldige hadde fått skyss på et lasteplan. Tilstedeværelse av vestlige leger økte sykehusets popularitet. Spesielt på fødestuen og barsel fulgte jeg dem som skulle føde og de som hadde født. På visitten spøkte vi rundt at de nyfødte var like hvite i huden som jeg. Å gi de fødende omsorg var ikke tradisjon. Jeg møtte mange redde, unge førstegangsfødende uten følge. Å være nær de fødende var naturlig for meg, og jeg hørte at personalet snakket om dette og om endringer de kunne gjøre. Vi gledet oss over de vel-skapte små og sørget over de som døde før livet tok til. Det var hjerteskjærende å treffe unge gravide med HIV virus i kroppen og som fikk livstruende infeksjoner når de kom et stykke ut i graviditeten.

Jeg ble fast assistent på «Major Theater», operasjonsstuen. Det var hektisk aktivitet blant annet med keisersnitt og sterilisering. Selv uten spesiell kirurgisk erfaring kunne jeg bidra med to hjelpende hender. Det ble mange sterke opplevelser; «slitne uterus» etter mange graviditeter og fødler, store blødninger, og mangelfull eter-

anestesi. Operasjonspersonalet, to sykepleiere, var fantastiske. De sang for å berolige pasienter som av og til våknet opp av narkosen før alle suturer var satt. Det hendte vi måtte hysterektomere på vital indikasjon, til stor sorg for familien.

Da det av og til ble erkjent at det var nok barn i familien kunne ektefelle gi tillatelse og økonomisk mulighet til sterilisering. Kvinnen la seg på operasjonsbordet, og i lokalbedøvelse ble det gjort et snitt i buken, hvorpå eggledere ble fisket frem og ligert. Det er utrolig hva kvinner tåler. I beundring for deres mot og over helsepersonellens evne og vilje til å utnytte ressurser maksimalt, ble det også hverdag for meg å assistere.

En episode har brent seg inn i hukommelsen. Jeg fikk telefon fra den MO'en jeg jobbet mest sammen med en morgen: «Emergency, please come to hospital». Jeg brøt opp fra frokostbordet og travet raskt gjennom regnskogen til sykehuset, dro på meg frakken og løp til «The Major Theater». Der var det tomt. På «Delivery Ward» lå en gravid med skyhøyt blodtrykk, alvorlig proteinuri og redusert allmenntilstand. Hun trengte åpenbart hastesection. Men hvor var personalet? Jeg fikk samlet dem sammen. Idet hun ble lagt i narkose fikk hun et krampeanfall. Fullt utviklet eklampsi. Vi reddet et fullbåret frisk barn. Mor hadde høyt blodtrykk i dagene derpå, men kom seg raskt. Vi hadde ingen medikamenter å behandle henne med. Jeg forundret meg ofte over hvordan ting gikk bra. Pasientene var stort sett takknemlige over å bli hjulpet, og personalet var kreative og avbalanserte, av og til for rolige etter min oppfatning.

MY RECOMMENDATIONS TO ACHIEVE IMPROVEMENT OF THE ANC

1. Record all risk factors and write important information on the health card.
2. Teach the women to remember the date of their last menstrual period.
3. Earlier first control.
4. Measure haemoglobin at first and third visit.
5. Check urine sediment and albumin early in pregnancy especially if earlier history on urine tract infection. Urine albumin: At every visit and if blood pressure is elevated.
6. Measure symphysis-fundus with a measuring tape and note it in a diagram.
7. Height at first visit. Make a mark 150 cm on the wall to measure height > or < 150 cm.
8. Perform HIV and syphilis tests. Always give pre & post-test counselling.
9. Make focused controls: to do it, to do it the right way, to note it, to follow up pathological answers in an adequate way.

Ref. Pregnancy at risk in a rural area in Northern Tanzania



Mary på helsestasjonen



Visitten

Sponsorer fra Vesten, i 2005 Tyskland, Norge og Finland, forsynte sykehuset med utstyr. Alt fra kirurgisk utstyr, engangsmateriell – som ofte ble brukt flere ganger – kontormateriell og PC'er. Hygiene ble forsøkt fremhevet som noe nødvendig, som vask av hender mellom pasientsengene, i alle fall mellom stuene. Journalene var håndskrevne og de ulike legene hadde sine måter å notere på, slik at journalene ble temmelig kaotiske etter hvert. To norske helsearbeidere; Gunnar Hjorth og Tone Ellefsen, var i mange år iherdige bidragsyttere til Marangu Hospital. De var også døråpnere for meg. De hadde etablert blant annet renholdertjeneste, fattigkasse, bygget kantine med undervisningslokale og bibliotek og arrangerte faglige møter for kunnskapsoverføring. Men hvert tiltak var en utfordring. Ikke lett å samles når ingen hadde avtalebok, almanakk og heller ikke syntes at slike møteplasser var viktige. Det var utrygghet knyttet til økonomi. I hvor stor grad hersket korrupte krefter? En av de norske sponsorene betalte mer for byggematerialer til kantina enn forventet. Da det ble bedt om dokumentasjon viste det seg at halvparten av summen lå i lommen på bygningsarbeiderne. Den samme sponsoren påpekte en rekke uheldige økonomiske forhold og ble til slutt truet til å forlate sykehuset. Da jeg avsluttet mitt opphold ville økonomisjefen sitte på med meg de 120 km til Arusha. Det ble en lang omvei til en annen landsby der vi hentet

andre som ville ha skyss. På flyplassen insisterte økonomisjefen å følge oss til innsjekk. Gebyr for overvekt ble overraskende mye.

Selv om rammene rundt helsevesenet var veldig ulike de vante, opplevde jeg det trygt og meningsfylt å kommunisere med pasientene. Pasientene responderte med oppmerksomhet og interesse. Det var flott å bruke en interessert sykepleier som tolk, men man kommer også langt med noen få ord swahili, kroppsspråk og litt engelsk.

Mitt hjem

Jeg bodde i et enkelt murhus ti minutters gange fra sykehuset. Med lokalt produserte møbler og utstyr fra markedet ble det etter hvert ganske koselig. Etter solnedgang var det tryggest å oppholde seg innendørs. De mørke kreftene kom frem og landsbyen ble utrygg. Vi så voldsofrene på sykehuset dagen etter. Alkoholen fløt og våpen satt løst. I hagen hadde jeg egen vaktmann og naboens hunder. Ikke sjelden våknet jeg om natten av at de jaget bort folk ved det høye gjerdet. Det var ustabil strømtilførsel og mange mørke kvelder i huset. Godt senga var bra. Husdyrene mine, gekkoene, holdt det rent for småkryp. Mine norske naboer var viktige både faglig og sosialt. Når de ikke var i Norge eller på reise, kunne det også bli transport hjem fra sosiale sammenkomster på Marangu hotell, hos naboer, eller i Moshi.

Naturlig forhold til døden

Dødsfall også hos unge mennesker ble en naturlig del av hverdagen. Når familien hentet sine døde hadde de med hornorkester på lastepplanet, som satte i gang når gråtekonene var ferdige. Familiemedlemmer ble begravd i nærheten av huset de bodde i. Jeg var engang i begravelsen til en 14 åring. I hagen lå også hennes mor og søster begravd. Jenta døde etter tilbakevendende infeksjoner. Årsaken var åpenbar, men foretrengt: AIDS.

Helsestasjonen

MCHC, en del av Marangu Hospital, driver «family planning, pregnancy care and mother/child care». Mary som er jordmor og helsesøster styrer helsestasjonen med stø hånd. Kirken hadde bestemt at det ikke skulle deles ut kondomer, sex er jo synd og kondomer er skadelig. Likevel var det rikelig å ta av i skuffen på MCHC, p-piller ble forskrevet, spiraler lagt inn. Det ble også satt gestageninjeksjoner og lagt inn gestagenimplantater. Jeg oppholdt meg mye på MCHC for å observere svangerskapskontroller. Mary hadde kunnskap og trygghet til å gi kontrollene godt innhold. Hun hadde også mulighet til å ta kvinnene med til poliklinikken for videre undersøkelse dersom hun fant patologi.





Familien Urio

Hvorfor publiserte jeg aldri mine resultater her hjemme?

Jeg laget en omfattende rapport som ble sendt til de tanzanianske sykehus-myndigheter, til Regional Medical Officer i Kilimanjaro, og til eier av sykehuset. Hovedpunktene ble undervist for nøkkelpersoner på Marangu Hospital i eget undervisningsmøte. Den ble overlevert og gjennomgått med jordmor Mary. Kunnskapen er brukt i nøkkelstillinger hun senere har innehatt. Hjemme igjen etter oppholdet opplevdes det som en stor overgang å komme tilbake til Vesten. Legearbeidet her opptok det meste av min arbeidskapasitet. Min veileder på Universitetet i Oslo tok vel heller ikke nok tak i meg for å få laget en publisering utover rapporten som ble brukt lokalt.

Refleksjoner etter arbeidsperiode ved sykehuset i 2015

Jeg har vært i Marangu ved flere anledninger, sist i februar 2015. Jeg har venner på sykehuset og i landsbyen. Mange er bekymret for at sykehuset har mangelfull økonomisk styring og faglig nivå. Det er

manglende vilje til endring. Driften har i mange år i for stor grad vært basert på vestlige sponsorer, med liten evne til å utvikle gode faglige og administrative systemer. Dette er et problem generelt i Tanzania.

Jeg tenkte det kunne vært mulig å gjøre en sammenliknende studie mellom 2005 og 2015: Hva har skjedd på ti år? Oppholdet i 2015 startet med en samtale med nåværende sjefslege. Han var lite positiv til forskning og å sette fokus på kvalitet. Jeg ble møtt med: «Dere hvite er bare ute etter å lære og er i grunnen en belastning». Økonomisk sponsering er imidlertid ønsket. Det er ikke betydelige bedringer i utstyr. Jeg observerte at pasientbelegg og aktivitet på operasjonsstuene er redusert. Et påbegynt bygg på sykehusområdet står som et skall. Undervisningslokalet er blitt til lagerrom. Laboratoriet drives godt, men kun med det mest nødvendige utstyr. Røntgenutstyret er kun til toraks og skjelett. Det er opprettet et publikumsapotek. Det eneste nye utstyret er et ultralydapparat, godt innelåst.

Jordmor Mary Urio har i løpet av disse 10 årene jobbet på andre sykehus og har også tatt videreutdanning i administrasjon. Hun

leder nå både MCHC og fødeavdeling med stø hånd. Fødende som kommer til sykehuset når hun er på jobb, blir tatt godt vare på. Mary er en klok kvinne som har betydd mye for sine arbeidsplasser og sin familie. Hun er gift med Ronald som jobber på laboratoriet, og de har tre barn sammen. Disse barna har jeg fått lov å følge. Familien flyttet ut fra en spartansk leilighet på sykehuset for tre år siden. De fikk lån til å bygge eget fordi jeg regelmessig overførte små summer til dem siden 2005. Det var rørende å bli invitert på lunsj, med nyslaktet høne og steke bananer. Min kontakt med Marangu vil fortsette, mest på grunn av Mary og hennes familie. Det kjennes viktigere enn publisering av et forskningsarbeid.

Salmer fra et kjøkken

Når en reiser ut og søker kontakt med fremmede kulturer, opplever en å være annerledes og på besøk. Jeg dro ut for å observere, og ble observert. Jeg opplevde å bli betraktet med skepsis. Det ble imidlertid etterhvert kontakt. En relasjon til dette fremmede samfunnet ble etablert, og jeg ble inkludert i livet på sykehuset. Jeg fikk særlig nærkontakt med kvinner og fikk oppleve deres livsvilkår og begrensninger, men også muligheter. Jeg ble imponert over at de kunne klare seg med lite og likevel få til mye. Min tilknytning til menneskene i Kilimanjaro-området vil alltid være sterk.

Interessekonflikter: Ingen

REFERANSER

- www.globalis.no/Statistikk (06.03.16).
- Juvkam KH. Pregnancy at risk in a rural area in Northern Tanzania, University in Oslo, 2005 (Unpublished report).
- Department of Reproductive Health and Research. Global action for skilled attendants for pregnant women. whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_02.17.pdf. WHO 2000.
- Evjen-Olsen B. Motherhood-a hazardous endeavour, University of Bergen, 2002. www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMedCentral (PMC).
- Moland, K.M. 2002. «Giving Birth in Kilimanjaro: The Politics of Knowledge in Moral. Contexts», Doctoral Dissertation, University of Bergen. www.ajol.info/index.php/asr/article/.../19924.
- The United Republic of Tanzania. Ministry of Health. National Package of Essential Reproductive and Child Health Interventions in Tanzania. 2000. www.nacp.go.tz.

■ KHJUVKAM@ONLINE.NO

Eldre blir syke av dårlig tannhelse

■ KJERSTI ELISABETH CARLSEN • Informasjonsmedarbeider Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

I dag beholder mange eldre sine egne tenner, ofte med forskjellige typer restaureringer som fyllinger og kroner. Mange eldre har også tannerstatninger med implantater.

– Vi er nødt til å se på nye tiltak for å møte den aldrende befolkningen, slår Katrine Gahre Fjeld fast. Doktorgradsstipendiaten i odontologi ved Universitetet i Oslo har undersøkt effekten elektrisk tannbørste har på munnhygien hos eldre.

Gahre Fjeld og medforskere mener det er viktig å ha bedre metoder for munnstell av de eldre for å unngå at de blir syke.

For noen tiår siden brukte de aller fleste eldre kunstige tannproteser, men dette har endret seg kraftig.

God munnhelse viktig for øvrig helse

Det å holde tennene rene er viktig for å unngå soppinfeksjoner, betennelse i tann-

kjøttet, infeksjoner i munnhulen og hull i tennene. Men godt tannstell krever blant annet finmotorikk, godt syn og muskelstyrke nok til å rengjøre tennene selv. Dermed er det ikke alltid enkelt for den syke eller eldre å klare dette. Noen pasienter vegrer seg også for å få hjelp, for eksempel pasienter med demens og kognitiv svikt.

Disse kan ha ulik grad av nedsatt funksjonsnivå når det gjelder hukommelse, oppmerksomhet, konsentrasjon og evne til planlegging.

– Det er viktig å se en sammenheng mellom de sykdommer som man ser i munnen og sykdom som oppstår i resten av kroppen, sier stipendiaten. – Belegg av bakterier legger seg både på og mellom tennene og forårsaker for eksempel tannkjøttbetennelse. Men bakteriene spres også videre til resten av kroppen. Pasienter som har hatt hjerneslag, kan ofte få en redusert hosterefleks slik at bakteriebelegg kommer ned i luftveiene. Dermed kan det oppstå lungebetennelse, forklarer hun.

– En internasjonal systematisk oversiktsartikkel konkluderer med at omtrent ett av ti dødsfall som er forårsaket av lungebetennelse hos sykehjemspasienter, kunne vært unngått ved å ha forbedret tannhygien, forteller Gahre Fjeld.

Aktuelt for flere typer helsearbeidere

En viktig forutsetning for Gahre Fjelds prosjekt, har vært å forankre det i et tverrfaglig miljø gjennom et samarbeid mellom tannlege, tannpleier, sykepleier og en spesialist i geriatri. Siden ulike fagprofesjoner har bidratt, kan arbeidet få større gjennomslagskraft.

Avdelingssykepleiere skal ha ansvaret for tannstellet og munnhygien på sykehjem i det daglige, men det er som regel pleiepersonellet som sørger for at det blir utført i praksis. Tannpleiere fra den offentlige tannhelsetjenesten gjør oftest en undersøkelse av beboere én til to ganger i året. Dersom det er behov for mer tannbehandling, henvises beboerne til tannklinikken.

Det kan være en sammenheng mellom de sykdommer som man ser i munnen og sykdom som oppstår i resten av kroppen. Det viser ny forskning. Her sjekker Sara Bergstrand tennene på en eldre pasient.

FOTO: HÅKON STØRMER, UIO/ OD





Stipendiat Katrine Gahre Fjeld (i midten) har blitt veiledet av Tiril Willumsen (til venstre) og bi-veiledere har vært Morten Mowé (i midten) og Hilde Eide (til høyre). De er svært fornøyd med resultatet av at ulike fagprofesjoner har bidratt i doktorgradsprosjektet. FOTO: JAN UNNEBERG: UIO/OD

Kan elektrisk tannbørste bedre tannhelsen hos eldre?

Én av undersøkelsene Katrine Gahre Fjeld har gjort i sitt doktorgradsarbeid, er en studie nettopp hos sykehjemspasienter, der hun har sett på effekten av ulike hjelpemidler innen munn- og tannpleie hos eldre.

I sitt doktorgradsarbeide har hun utviklet en vurderingsskala for tannhygiene. Indeksen gjør pleiere uten tannhelsebakgrunn i stand til å sjekke kvaliteten på de eldres tannhygiene. Pleierne teller tenner med belegg, og dette resulterer i en poengsum. Sluttsummen viser om det er behov for å sette i gang tiltak.

Et annet hjelpemiddel som ble studert, var effekten av elektrisk tannbørste. Én gruppe eldre børstet tennene med elektrisk tannbørste og den andre med manuell tannbørste. Gruppene ble tilfeldig delt og var så like som mulig. Studien ble gjort over to måneder og rundt 200 sykehjemsbeboere fra ni sykehjem i Oslo deltok.

En og samme person gav en enkel instruks,

og samme tannpasta ble brukt. Deltagerne var både beboere som pusset tenner selv, og de som måtte ha assistanse med tannpussen. Resultatet etter to måneder viste svært stor nedgang i bakterier på tennene hos alle deltagerne. Det var nær sagt ingen forskjell om vanlig eller elektrisk tannbørste ble brukt.

Valg av tannbørste viste seg derimot å være mye viktigere når det gjaldt gruppen av eldre med større grad av kognitiv svikt. Når pleiere assisterte disse ved bruk av elektrisk tannbørste, og de ble vant til å bruke dette hjelpemiddelet, førte tiltaket til hele fem ganger så stor reduksjon i bakteriebelegget på tennene, sammenliknet med dem som ikke fikk hjelp, og som brukte vanlig tannbørste. Det viste seg at de som assisterte også trivdes med å bruke elektrisk tannbørste på pasientene.

Gahre Fjeld konkluderte i sine undersøkelser med at det er tannpussen og fokus på dette som er virksomt, inkludert selvvalgt tannbørste ut fra den eldres preferanser. Et slikt enkelt tiltak gir en positiv lang-

tidseffekt i forhold til tannhelse og det å kunne forebygge sykdom hos eldre med moderat til alvorlig kognitiv svikt.

- Tannhelse må prioriteres

– Det kan se ut som om det ikke er laget gode nok prosedyrer for å opprettholde god munnhygiene på eldre og tilfredsstillende kunnskap blant pleiepersonell. – Tannhelserelaterte spørsmål bør komme høyere opp på agendaen i utdanningsløpet for de som har daglig kontakt med eldre og syke, som for eksempel sykepleiere og helsefagarbeidere. Disse er ofte også usikre på grensene når det gjelder behovet for bruk av tvang, sier Gahre Fjeld. Hun legger til at pasienter med lammelser og svelgebesvær krever ekstra hensyn.

– De eldre trenger mer hjelp til tannpleie enn det man dessverre ofte ser at de får på et sykehjem eller fra hjemmehelsetjenesten, avslutter hun.

■ K.E.CARLSEN@ODONT.UIO.NO

Hva vet vi om innvandrere i primærhelsetjenesten for

■ MELANIE STRAITON • Forsker, Område for psykisk og fysisk helse, Folkehelseinstituttet

■ ESPERANZA DIAZ • Fastlege, førsteamanuensis ved UiB og forsker ved NAKMI

Innvandringen til Norge startet for 40 år siden og har vært spesielt høy de siste to tiårene. Forskning viser at noen innvandrergrupper har dårligere helse og flere psykiske plager enn den øvrige befolkningen, noe som skaper utfordringer for helsetjenesten. Det er en målsetning om likeverdige helsetjenester for alle i Norge, men hva vet vi om innvandreres bruk av helsetjenester i for psykiske plager?

Tidligere norske studier viser at innvandrere i større grad enn den øvrige befolkningen oppsøker fastlege og legevakt for generelle helseproblemer, mens de i mindre grad ser ut til å bruke spesialisthelsetjenesten (1). Videre ser innvandrere, særlig kvinner, ut til å være underrepresentert i psykiatriske akuttinntak (2). Bildet er også komplisert fordi innvandrere ikke er en homogen gruppe. De kommer fra over 200 ulike land med forskjellige kulturer, språk, levekår, helsevesener og erfaringer. For å få bedre kunnskap om innvandreres helsetjenestebruk er det derfor viktig å se på de ulike gruppene. Kartlegging av innvandreres bruk av helsetjenesten med bruk av reliable og representative data, er et første skritt for å sikre en likeverdig helsetjeneste.

Psykiske plager rammer inntil en tredel av befolkningen i Norge hvert år (3). Inntil 70 prosent av befolkningen oppsøker fastlegen hvert år. Fastlegen er derfor godt egnet til å identifisere og håndtere psykiske plager, men andelen av ubehandlede psykiske plager er trolig høyere blant innvandrere enn i den øvrige befolkningen. I tillegg til at innvandrere kan oppleve større barriere for å oppsøke helsetjenesten for psykiske plager, kan kommunikasjonsutfordringer og kulturelle forskjeller gjøre det vanskeligere å identifisere psykiske plager blant innvandrere. Behandlingstilbud er basert på diagnoser, men noen innvandrere kan slite med å legge frem problemene. Fastleger kan også slite med å sette riktig diagnose og gi riktig behandling. Det har vært lite fokus på hvordan psykiske plager håndteres blant innvandrere som oppsøker legen, både på nasjonalt og internasjonalt nivå.

Nyere norske studier, som benytter nasjonale registerdata, viser at bruk av primærhelsetjenesten blant innvandrerbefolkningen varierer med landbakgrunn, botid og innvandringsgrunn (4, 5). Vi har studert psykiske plager blant ulike innvandrergrupper i primærhelsetjenesten slik den er registrert i nasjonale helseregistre. Dette er en oppsummering av våre tre tidligere studier (6–8).

Materiale og metode

Vi har studert innvandreres bruk av fastlege og legevakt for psykiske plager og i tillegg ulike andre 'behandlingstilbud' ved å koble Folkeregisteret, Reseptregistre-

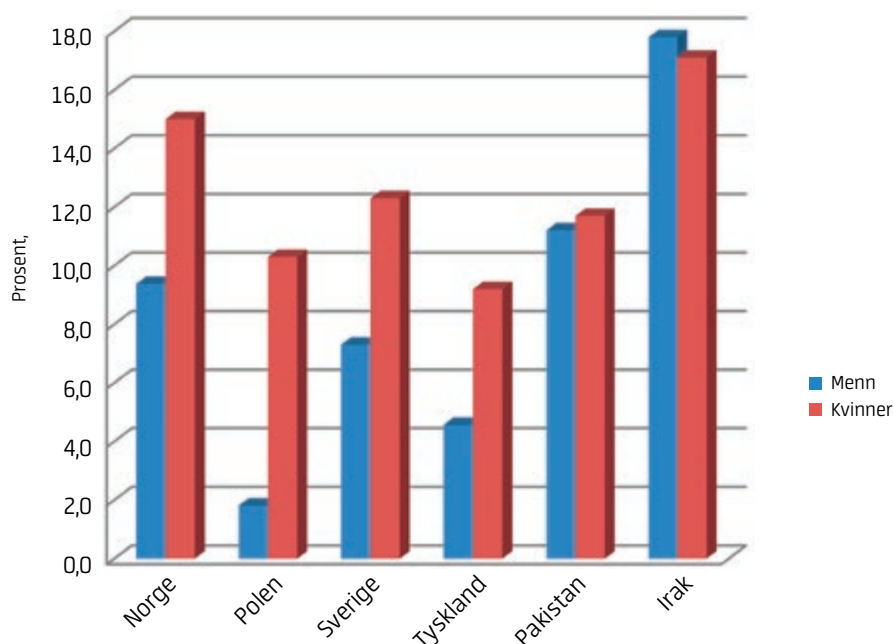
ret og data fra legerefusjonsordning (HELFO/KUHR) for 2008. I våre tre studier er innvandrere definerte som utenlandsfødte med to utenlandsfødte foreldre. Norske menn og kvinner er definerte som norskfødte med to norskfødte foreldre. Folkeregisteret inneholder opplysninger kun om innvandrere som har fødselsnummer (dvs. de som har vært bosatt i minst seks måneder i landet). Vi valgte å studere voksne i alderen 20–67 år. I analysene kunne vi bryte ned på kjønn, landbakgrunn, alder, sivilstatus, inntekt, botid og innflytningsgrunn. International Classification of Primary Care (ICPC-2) diagnosekoder i KUHR data (P1-P99) ble brukt for å identifisere dem som hadde hatt minst en psykologisk diagnose (P-konsultasjon) i løpet av 2008.

Resultater

Bruk av primærhelsetjenesten

Rundt 12 prosent av nordmenn hadde hatt minst en P-konsultasjon (psykologisk diagnose) hos fastlegen, mens for alle innvandrere var dette tallet rundt 10 prosent.

FIGUR 1: Alders-justerte andel menn og kvinner som har hatt P-konsultasjon hos fastlegen.



es bruk av psykiske plager?



Flere kvinner (15 prosent) enn menn (9 prosent) hadde hatt minst en P-konsultasjon. Videre så vi nærmere på de fem største innvandrergruppene i 2008: personer fra Polen, Sverige, Tyskland, Pakistan og Irak. Polske menn og tyske kvinner hadde de laveste ratene for henholdsvis menn og kvinner (se figur 1). Irakiske menn og kvinner hadde de høyeste. Etter å ha tatt hensyn til sosio-demografiske variable, hadde alle innvandrergruppene lavere odds for en P-konsultasjon enn nordmenn, med unntak av irakiske menn. Dette er ikke overraskende gitt at flyktninger i større grad er utsatt for psykiske plager. At vi ikke fant det samme for Irakiske kvinner tyder på at disse kvinnene opplever store barrierer for å søke om hjelp. Vi så også at P-konsultasjonsraten var lavere blant innvandrere med kortere botid. Mannlige arbeidsinnvandrere hadde lavere rater enn menn som flyttet på grunn av familien, mens det var ingen forskjeller blant tilsvarende kvinnelige grupper.

Denne studien viser at bruk av fastlegen for psykiatriske plager varierer stort med landbakgrunn og kjønn. Noen grupper har færre plager, mens andre kan oppleve bar-

rier for hjelpsøking. Når vi ser funnene i sammenheng med tidligere forskning, kan det være a) en 'frisk arbeidsmigrant' ('healthy migrant worker') effekt blant de europeiske gruppene og b) irakiske kvinner og pakistanske innvandrere kan oppleve barrierer for hjelpsøking.

Behandlingstilbud

Videre så vi på hva slags behandlingstilbud som blir benyttet hos fastlegen/på legevaktt av innvandrerkvinner i forhold til norske kvinner. Takstkoder for sykmelding, legeerklæring ved arbeidsuførhet, psykiatriske henvisninger og samtaleterapi ble studert. Vi hentet også ut opplysninger fra Reseptregisteret for å se om kvinnene hadde kjøpt psykotropiske medisiner (N05A, N05B, N05C og N06A). Kvinner fra Sverige, Polen, Filippinene, Thailand, Pakistan og Russland (de seks største kvinnelige innvandrergruppene i Norge i 2008) ble sammenlignet med norske kvinner for de ulike behandlingstilbudene. Vi så også på assosiasjoner med bruk av tolk blant kvinner utenfor Norden.

Det var ingen signifikante forskjeller i andel innvandrerkvinner og norske kvin-

ner som ble henvist videre av fastlegen. Tidligere forskning i Norge har vist at innvandrerkvinner var underrepresentert i den psykiatriske helsetjenesten. Dette var trolig fordi innvandrerkvinner også var underrepresentert i primærhelsetjenesten for psykiske plager og ikke at de blir mindre hyppig henvist til sekundærhelsetjenesten enn norske kvinner. Vi fant heller ingen forskjell i sykmeldinger blant kvinner som var i arbeid. Det som var bemerkelsesverdig var at kvinner fra Filippinene, Thailand, Pakistan og Russland hadde lavere odds for samtaleterapi med legen og for å kjøpe antidepressiva og angstdempende medisiner. Vi vet ikke hvorfor det er slik, men dette kan forklares med språkbarriere, forskjellige behov, behandlingspreferanser og forståelser av psykiske lidelser. Videre forskning trengs slik at kvinner kan få et tilbud som bedre passer deres behov. Studien viste også at bruk av tolk øker andelen som benytter seg av behandlingstilbud, særlig for thailandske kvinner. Ekstra oppmerksomhet bør gis til kvinner med begrensede språkferdigheter.

Innvandrere fra krigsområder

Innvandrere fra krigsområder har økt risiko for psykiske plager. Noen kommer til Norge som asylsøkere/flyktninger og andre kommer gjennom familiegjennforening. De fleste vil ha opplevd krig, traumer og vanskelige levekår. Asylsøkere/flyktninger har i tillegg høyere sannsynlighet for å ha opplevd en vanskelig og livstruende migrasjon, og en lang og usikker tid i et asylmottak. Dette sammen med bekymringer for familien i hjemlandet, kan bety at asylsøkere/flyktninger er mer utsatt for psykisk plager enn familiemedlemmer som kommer etter dem. Vi undersøkte forskjeller i bruk av helsetjeneste for psykiske plager blant disse to gruppene.

I den tredje studien valgt vi ut innvandrere fra Irak, Somalia, Bosnia og Herzegovina, Iran, Kosovo og Afghanistan. Rundt 16 prosent av mannlige flyktninger og 10 prosent av ikke-flyktningene hadde hatt en P-konsultasjon hos fastlegen. Tilsvarende tall var 19 prosent og 12 prosent for kvinner. Etter justering for sosio-demografiske faktorer, hadde flyktninger høyere odds for en P-konsultasjon enn ikke-flyktninger, både for menn og kvinner. Botid hadde en positiv assosiasjon med P-konsultasjoner. Det vil si at

de som hadde bodd lenge i Norge hadde høyere odds for en P-konsultasjon enn dem som hadde kortere botid. Dette kan tyde på at innvandrere sliter med å finne frem i helsetjenesten de første årene. En annen forklaring kan være at postmigrasjonsstress, slik som diskriminering, lav sosioøkonomisk status og språkvanskeligheter, bidrar til dårligere psykisk helse over tid. Det var også store variasjoner i landbakgrunn. Innvandrere fra Somalia hadde lavest, og innvandrere fra Iran høyest odds for en P-konsultasjon.

Vi sammenlignet kjøp av psykotropiske medisiner hos flyktninger og ikke-flyktninger for dem som hadde hatt en P-konsultasjon. På denne måten kunne vi unngå variasjon i hjelpsøking mellom gruppene, og vi kunne bruke psykotropiske medisiner som en substituttvariabel for alvorlighetsgrad av psykiske plager. Både mannlige og kvinnelige flyktninger hadde større sannsynlighet for å kjøpe antidepressiva enn ikke-flyktninger. Kvinnelige flyktninger hadde også større sannsynlighet for å kjøpe hypnotika og sedativer. Dette viser at flyktninger sannsynligvis har dårligere psykiske helse enn ikke-flyktninger fra de samme landene. Depresjon er særlig ut-

bredt. Dette kan være på grunn av en blanding av større og mer direkte traumer, en livstruende og vanskeligere reise til Norge, og større postmigrasjonsstress. Funnene tyder på at a) ikke-flyktninger bruker helsetjenesten for psykiske plager i en mindre grad enn flyktninger fra de samme landene; b) at flyktninger har flere og større psykiske plager enn ikke-flyktninger eller c) en kombinasjon. Mer forskning trenges for å forstå dette bedre. Vi bør sørge for at innvandrere får bedre informasjon om helsetjenesten slik at de enklere kan få hjelp av helsetjenesten. Et større fokus på tiltak som kan redusere stress forbundet med asylperioden vil også være nyttig.

Hovedkonklusjon

I Norge er det et mål å ha en likeverdig helsetjeneste for alle, uansett alder, kjønn, etniske bakgrunn og sosioøkonomiske status. Vår forskning og andre studier viser at det er mange utfordringer som gjenstår. Videre forskning bør fokusere på de barrierene som innvandrere opplever når det gjelder hjelpsøking hos fastlegen og strategier som kan redusere dette problemet.

REFERANSER

1. Blom S. Immigrants' Health 2005/2006 [Norwegian]. Oslo-Kongsvinger: Statistics Norway; 2008. Report No.: 2008/35.
2. Berg JE. The level of non-Western immigrants' use of acute psychiatric care compared with ethnic Norwegians over an 8-year period. *Nord J Psychiatry*. 2009; 63(3): 217–22.
3. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv [Internet]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009 [cited 2015 May 18]. Available from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Content_6503=6259:80180:25,5508:0:6250:92::0:0
4. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 308.
5. Diaz E, Calderón-Larrañaga A, Prado-Torres A, Poblador-Plou B, Gimeno-Feliu L-A. How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *Eur J Public Health*. 2015 Feb 1; 25(1): 72–8.
6. Straiton M, Reneflot A, Diaz E. Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14(1): 341.
7. Straiton ML, Powell K, Reneflot A, Diaz E. Managing Mental Health Problems Among Immigrant Women Attending Primary Health Care Services. *Health Care Women Int*. 2015; 0(0): 1–22.
8. Straiton M, Reneflot A, Diaz E. Mental health of refugees and non-refugees from war-conflict countries: Data from primary healthcare services and the Norwegian Prescription Database. Under review.

■ ESPERANZA.DIAZ@ISF.UIB.NO
■ MELANIE.STRAITON@FHI.NO

Elektromagnetiske felt – grunn til bekymring?

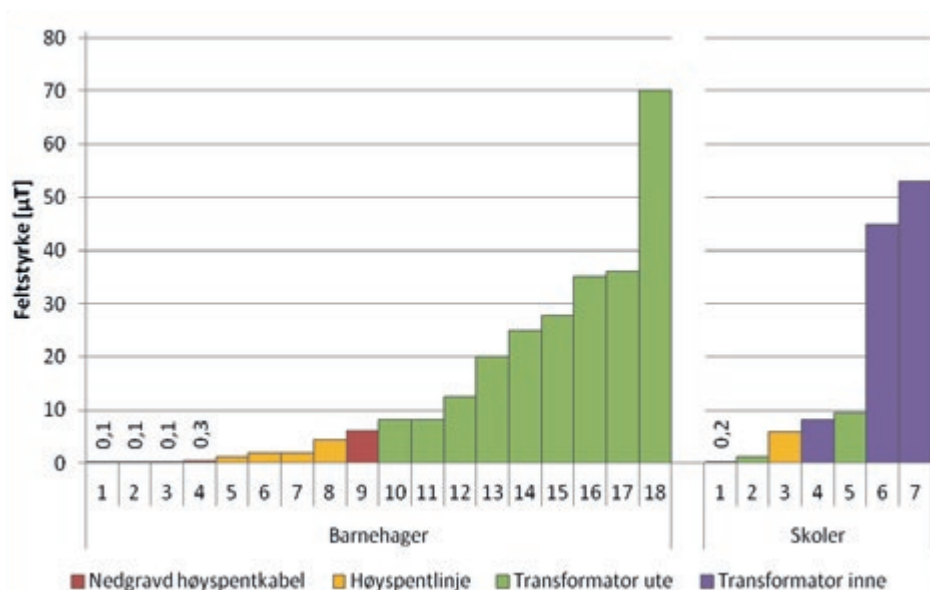
■ TORE NORDSTAD | GUNHILD HAGESKAL | BENTE LØVLIE HØIER | GUTTORM EILERTSEN • Miljøenheten i Trondheim kommune

En serie befolkningsstudier viser en statistisk sammenheng mellom det å bo nær elektromagnetiske felt sterkere enn $0,4 \mu\text{T}$ og utvikling av leukemi hos barn. Selv om ingen mekanisme er vist, er det imperativt å spørre om hvor sterke elektromagnetiske felt barn og unge kan utsettes for – på soveplassen eller i klasserommet. Er det grunn til å bekymre seg for barnas ve og vel?

Befolkningsstudier har vist en statistisk sammenheng mellom langvarig opphold ved elektromagnetiske felt (EMF) sterkere enn $0,4 \mu\text{T}$ (mikrotesla) og barneleukemi. Ingen mekanisme for sykdomsutvikling er foreslått, tross omfattende forskning. Barn har også relativt langvarig opphold i skoler og barnehager. Som ansvarlig myndighet har Trondheim kommune målt og vurdert EMF i/ved barnehager og skoler, i samarbeid med Trønderenergi Nett. Målingene viser at 20 av 374 skoler og barnehager i Trondheim har EMF sterkere enn $0,4 \mu\text{T}$ på mindre områder. De fleste tilfellene er knyttet til transformatorer ute (noen få inne), hvor langvarig opphold er lite sannsynlig og hvor feltstyrken faller under $0,4 \mu\text{T}$ allerede to til tre meter fra veggen. For å være svært forsiktige blir tommelfingerregelen: å unngå at barn får langvarig opphold (skrivepult, soveplass etc.) mindre enn to til tre meter fra transformatorer.

EMF, barneleukemi og regelverk

Verdens helseorganisasjons institutt for kreftforskning (IARC) karakteriserer EMF som mulig kreftfremkallende. Noen befolkningsstudier har funnet en korrelasjon mellom langvarig eksponering for EMF sterkere enn $0,4 \mu\text{T}$ (mikrotesla) og barneleukemi (1). Sammenhengen er ikke bekreftet i dyre- eller celleforsøk. Med denne



FIGUR 1. Årsmiddelverdiene i stigende rekkefølge, fordelt på ulike EMF-kilder i 25 barnehager og skoler. De laveste måleverdiene er angitt med tall: Alle er nedgravde høyspentkabler.

bakgrunnen har vi i Norge likevel en utredningsterskel på $0,4 \mu\text{T}$ for nybygg og høyspentanlegg, mens eksponeringen skal holdes så lav som mulig i eldre bygg. Grenseverdien for magnetfelt fra strømmettet er imidlertid $200 \mu\text{T}$ for befolkningen generelt. Grenseverdien for yrkeseksponering er $1000 \mu\text{T}$ (2).

Ifølge Statens Strålevern skal netteier ved etablering eller ombygging av elektriske anlegg alltid beskrive magnetfelt og helse som ett av utredningstemaene. Ved verdier over utredningsterskelen på $0,4 \mu\text{T}$ (årsmiddelverdi), skal netteier beskrive mulige tiltak, opplyse om kostnader, fordele og ulemper, samt begrunne hvilke tiltak som eventuelt anbefales gjennomført. Utredningen skal sitere gjeldende kunnskapsstatus og forvaltningsstrategi. For eksisterende bygninger er netteier kun forpliktet til å kunne gi info om feltstyrke (3). Krav om utredning av elektromagnetiske felt er nedfelt i bestemmelsene til Trondheim kommunes arealdel (4).

Statens strålevern opplyser at verdiene rett under de kraftigste høyspentlinjene kan komme opp mot $15\text{--}20 \mu\text{T}$ og i enkelte tilfeller noe høyere tett inntil store trans-

formatorer. De opplyser også som et generelt prinsipp at all unødig eksponering for EMF skal unngås. Man skal ha et bevisst forhold til langtidsopphold der verdiene er over $0,4 \mu\text{T}$. Dette gjelder særlig der barn har langvarig opphold – hovedsaklig nær sengen (2).

Målte verdier fra ulike EMF-kilder

Barn har også langvarig opphold i skoler og barnehager. Kommunen er tilsynsmyndighet for skoler og barnehager, og er etter folkehelseloven pålagt å ha oversikt over relevante miljøfaktorer. Vi ønsket derfor å undersøke om EMF er en miljøfaktor som

TABELL 1. Totalt antall barnehager og skoler; med EMF-kilder; med EMF-kilder som ble målt; med EMF svakere og sterkere enn utredningsterskelen; samt maksverdi.

	BARNEHAGE	SKOLE	TOTAL
Totalt antall	311	63	374
EMF-kilde til stede	52	50	102
EMF-kilde målt	18	7	25
Svakere enn $0,4 \mu\text{T}$	4	1	5
Sterkere enn $0,4 \mu\text{T}$	14	6	20

i barnehage og skoler

gir en helserisiko for kommunens barn og unge. Så vidt vi vet er ikke dette undersøkt i andre kommuner.

Trønder Energi Nett har i tråd med kravet om at netteier skal kunne gi informasjon om feltnivå ved eksisterende bygninger, bistått med kartlegging av hvilke skoler og barnehager som hadde høyspentlinjer eller -kabler, samt transformatorer på området. Av 374 skoler og barnehager i Trondheim har 102 en EMF-kilde i form av høyspentlinje, nedgravd kabel eller transformator inne i bygg eller på uteområdet. Etter vurdering av strømstyrke og plassering av disse EMF-kildene, anså vi det som sannsynlig at 25 av disse kunne ha en feltstyrke over 0,4 μT . Disse 25 EMF-kildene ble målt. Siden utredningsterskelen på 0,4 μT gjelder for årsmiddelverdi, ble våre øyeblikksmålinger omregnet til årsmiddelverdi. Utvalget er vist i tabell 1. Årsmiddelverdiene er vist i figur 1.

Figur 1 viser at en del barnehager og noen skoler har områder med EMF sterkere enn 0,4 μT . Figuren viser videre at transformatorer er tallrike og har langt sterkere EMF enn høyspentlinjer og nedgravde kabler. Merk imidlertid at transformatorer er punktkilder: Verdiene faller oftest under 0,4 μT allerede to til tre meter unna (SE FIGUR 2 OG 3). Høyspentlinjer gir derimot lave verdier, men over et litt større område under linjen. Nedgravde kabler gir vanligvis verdier under 0,4 μT i et svært begrenset område rett over kabelen. En nedgravd kabel ble målt til 8 μT (SE FIGUR 1), men igjen kun rett over kabelen.

Vi har anbefalt enkle grep

De målte verdiene ligger til dels over utredningsterskelen på 0,4 μT , men alle er godt innenfor grenseverdien på 200 μT . Vi kan derfor ikke si at de elektromagnetiske feltene utgjør en helsefare. I noen tilfeller har vi likevel valgt å informere om måleverdier og gi anbefalinger, men vi har ikke gitt pålegg om retting. Der vi har gitt anbefalinger, så har en kost-/nyttevurdering ført til at vi har valgt enkle grep i omgivelsene rundt EMF-kilden, fremfor mer omfattende tiltak rettet mot kilden.

Vårt mål har vært å gi korrekt informasjon til skole-/barnehageeier uten å skape unødvendig frykt.

Transformatorer innendørs

For EMF innendørs har vi anbefalt å tilpasse bruken av de aktuelle rommene i den grad det er mulig – for å unngå at det er et permanent klasserom for en gruppe eller klasse. Eventuelt har vi foreslått å rullere rommet mellom grupper og klasser. Vi har opplyst om at anbefalingen gis av forsiktighet, ikke nødvendighet. På en ungdomsskole anbefalte vi at avgangselevne kunne bruke et rom med felt over 0,4 μT uten restriksjoner, siden formålet er å forebygge barneleukemi (FIGUR 2).

Transformatorer utendørs

For transformatorer ute har vi anbefalt å plante busker eller lignende ved veggen, slik at små barn ikke får sin daglige sove-

plass under transformatorens takutstikk (FIGUR 3). Vi har opplyst om at anbefalingen gis av forsiktighet, ikke nødvendighet.

Høyspentlinjer og nedgravde kabler utendørs

For kabler og høyspentlinjer som overskrider 0,4 μT har vi valgt å gjøre barnehagen eller skolen oppmerksom på det konkrete elektromagnetiske feltet. Videre har vi anbefalt ikke å tilrettelegge for langvarig lek eller opphold, som oppstilling av barnevogner nær feltet.

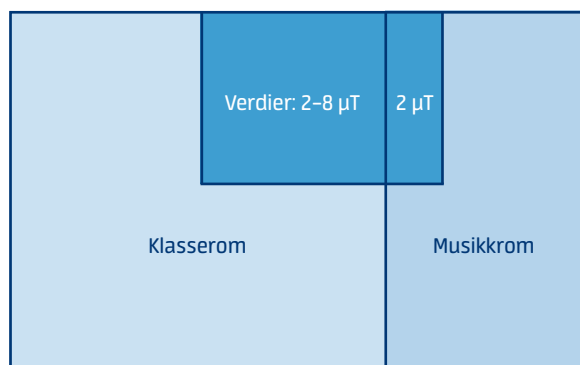
I marginale tilfeller, hvor feltet ikke er mye over 0,4 μT og det er usannsynlig at området blir brukt til langvarig opphold, har vi valgt å ikke informere skolen eller barnehagen, siden det kan skape ubegrunnet frykt og usikkerhet både for barn og ansatte.

Konklusjon og videre arbeid

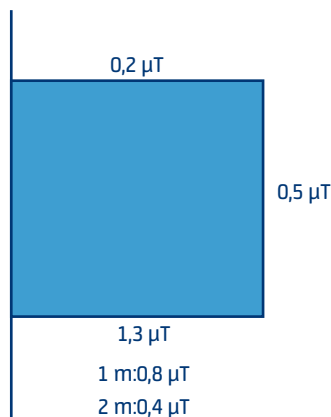
Våre målinger i kombinasjon med vurderinger av arealbruk viser at barn og unge i Trondheim ikke er utsatt for helsefarlige elektromagnetiske felt. For å holde feltnivåene så lave som mulig har vi likevel gitt noen enkle anbefalinger med basis i utredningsterskelen på 0,4 μT , med mål om å gi riktig info uten å skape unødig frykt.

Arbeidet har gitt oss god oversikt over EMF i skoler og barnehager i Trondheim. Kartleggingen kan brukes som erfaringsgrunnlag for fremtidige vurderinger.

FIGUR 2. Transformator inne under klasserom: Vår anbefaling var å forsøke å unngå å bruke rommet som permanent klasserom. Hvis rommet må benyttes som permanent klasserom, bør det enten rullere mellom klasser eller brukes av de eldste elevene på ungdomsskolen.



FIGUR 3. Transformator på uteareal: Vi anbefalte å plante busker ved veggen for å unngå lengre opphold.



Takk til Alf Karlsvik i Trønder Energi Nett for hjelp til kartlegging og måling av EMF-kilder og Lars Klæboe i Statens Strålevern for kvalitets-sikring av de faglige elementene.

REFERANSER

1. Ahlbom et al., 2000: A pooled analysis of magnetic fields and childhood leukaemia British journal of cancer, 83(5): 692–8.
2. Statens strålevern: Straum og helseeffektar. <http://www.nrpa.no/temaartikler/90595/straum-og-helseeffektar> [25.04.2016].
3. Statens strålevern: Veileder – netteiers oppgaver. <http://www.nrpa.no/dav/34bd4995a9.pdf> [25.04.2016].
4. Trondheim kommune: Kommuneplanens arealdel §20.1. <http://www.trondheim.kommune.no/content/1117731328/Kommuneplanens-arealdel-2012-2024>,

■ TORE.NORDSTAD@TRONDHEIM.KOMMUNE.NO

NAVmakt – avmakt | DEL II

■ MONA SØNDENÅ • Utpostens redaksjon

Først en takk til Harald Sundby som i Utposten nr. 2 i år skriver interessante og gjenkjennbare betraktninger rundt «NAV-makt» og ikke minst avmakt. Den siste månedens opplevelser med NAV gjør at også jeg har et behov for å dele min avmaktsfølelse overfor NAV.

Som Harald Sundby, har jeg i min 32-årige fastlegefunksjon vært opptatt av dialog og gode relasjoner med mine samarbeidspartnere. Jeg opplever også at vi fastleger i Sør-Varanger kommune har hatt et godt samarbeid med det lokale NAV-kontoret, men noe har endret seg den siste tiden, og det er ikke til det gode. I denne betraktningen har jeg lyst til å belyse min frustrasjon ved å stille noen sentrale spørsmål jeg har tenkt over den siste tiden. Jeg vil belyse dem med fire pasientkasuistikker.

De sentrale spørsmålene jeg har reflektert over er følgende:

- Fastlegens rolle – er vi blitt kontorister?
- Presses vi av NAV til å bedrive overdiagnostikk og overbehandling?
- Hva med taushetsplikten?
- Har NAV urealistiske forestillinger om spesialisthelsetjenestens fortreffelighet når det gjelder diagnosesetting?

KASUISTIKK 1

Kvinne i 50-årene med diabetes type 2, Morbus Crohn, fibromyalgi, KOLS, hypertensjon og et problematisk liv. Hun har fått innvilget arbeidsavklaringspenger (AAP) etter lang tids arbeidsuførhet til tross for et sterkt ønske om å være i arbeid. Hun er renholder og har stortrivdes i sitt arbeid, men en dag «gikk det bare ikke lenger». Hun har søkt om uføretrygd, men fått avslag.

NAVs begrunnelse er:

Det er ikke dokumentert godt nok at hun er arbeidsufør til ethvert arbeid. Det må innhentes epikrise fra diabetolog, gastroenterolog, fysikalsk medisiner og lungelege som kan dokumentere hennes funksjonsnedsettelse.

For det første befinner vi oss i en del av landet der overnevnte subspesialiteter ikke

fins, men jeg som erfaren allmennlege mener jeg har tilstrekkelig kunnskap til å behandle både hennes diabetes, fibromyalgi, hypertensjon og KOLS. Hun går til kontroll hos indremedisiner for sin tarmlidelse. Spørsmålet jeg stiller meg i denne sammenheng er om mer eller mindre vilkårlige assistentlegers vurdering av deler av min pasient er bedre enn mine – gjennom i alle fall 20 års bekjentskap? Jeg vil se *hele* pasienten, og ikke bare hennes diabetes eller en tarm, noen muskler og noen lunger. Dessuten har jeg mye taus kunnskap, men slik kunnskap verdsettes ikke i dag – i alle fall ikke av NAV-leger som befinner seg i Oslo-gryta, og som vurderer det jeg skriver.

Ved å bringe så mange spesialister inn i bildet kan man få assosiasjoner til både overdiagnostikk og overbehandling. Er det virkelig meningen at jeg som fastlege skal henvise til alle disse instansene når jeg håndterer dette selv? Hva med portvaktrollen? Hva med helheten? Kan NAV be om epikriser eller polikliniske notat i hytt og vær? Har de rett til fullstendig innsyn i en pasients liv og levnet? Hva med taushetsplikten?

KASUISTIKK 2

Kvinne i 50-årene som har opplevd betydelige traumer som barn og ungdom. Traumene har satt sine spor, men hun har vært aktiv i yrkeslivet en årrekke inntil hun for noen år siden ble helt utmattet. Hun følte seg «tom», ble sykmeldt, men klarte senere å komme tilbake til jobb takket være at hun fikk jobb i mannens bedrift. Hun var noe deprimeret i den tiden, men ble henvist til en psykolog som hun hadde god hjelp av. Gjennom kognitiv terapi kom hun seg på fote igjen, men har ikke klart å være i mer enn noen prosents arbeid. Hun har fått AAP lenge, men søker nå uføretrygd.

Etter at hun sluttet hos psykologen har hun gått mer eller mindre jevnlig hos meg og vi har hatt en kognitiv tilnærming, siden jeg er utdannet kognitiv terapeut. Dette har hun opplevd som konstruktivt. Hun syns hun har klart seg godt, men selv små mengder stress gjør henne fortsatt helt utmattet. Hun er ikke deprimeret, men er i stor grad preget av et liv som ikke har vært en dans på roser i tidlige år. Dette er selvfølgelig vanskelig å dokumentere, men etter å

ha kjent henne i snart 30 år er jeg sikker på at dette dreier seg om et «levd liv», og jeg tviler ikke på at hun er arbeidsufør, i alle fall i 80 prosent stilling. Jeg kan ikke dokumentere dette til fulle – selvfølgelig. Dette er en kvinne hvor det er vanskelig å finne en diagnose som «gir rettigheter». Hun har kanskje en depresjonsfølelse innimellom. Hun er utslitt, utbrent; om hun har ME vet jeg ikke sikkert, men i denne sammenheng er ikke det så interessant og hun takler livet bra når hun ikke har jobben å tenke på. Diagnosen er «levd liv», men den fins jo ikke, så hva gjør jeg da?

Vurderingen fra NAVs lege er følgende: Antidepressiva er ikke forsøkt, og hun kan derfor ikke regnes som ferdig behandlet. Annen arbeidsgiver er heller ikke prøvd den senere tid og bør prøves.

Er hun ikke syk, så blir hun det ihvertfall av en slik tilbakemelding. I *Tidsskriftet* stod det for kort tid siden en oppsummerende artikkel der man skiver at man ikke kan dokumentere bedre effekt av antidepressiva enn kognitiv terapi, og at pasienten selv må være med på å velge behandlingsform (1). Min pasient ønsker ikke å prøve antidepressiva. Det må respekteres. Ektemannen er sannsynligvis den beste arbeidsgiveren hun kan få. Han gir henne stor fleksibilitet og forutsigbarhet – det som er aller viktigst for henne. Trolig er en fleksibel arbeidsgiver grunnen til at hun har klart å være i jobb så lenge som hun har.

KASUISTIKK 3

Kvinne på 60 år som hadde en skulderskade for noen år siden, men den er blitt nok så bra. Hennes store problem er en cervikal kyfose som gjør henne mer og mer lut i ryggen og som har gjort henne arbeidsufør. Hun ser sprek ut og er en flott dame, men hun har mye smerter. «Å holde seg oppreist» er en stor jobb for henne. Hun har vært ute av arbeidslivet i flere år. Har hele tiden hatt et brennende ønske om å komme tilbake til jobb, men klarer ikke. Går hos en dyktig fysioterapeut hver annen uke og har gjort dette siden hun ble skadet. Hensikten med dette er å opprettholde den funksjonen hun har og prøve å motvirke at hun blir enda mer krokrygget.

NAVs lokale saksbehandler (ikke lege) stiller meg følgende spørsmål:

- Er det tatt røntgenbilder?
- Er hun utredet hos spesialist?
- Har hun vært på rygg-nakkepolikliniken?
- Er operasjon vurdert?

Kan en vilkårlig saksbehandler hos NAV virkelig stille slike medisinske spørsmål?

KASUISTIKK 4

Mann – også rundt 60 år. Alle der han kommer fra vet at han er litt «enkel», men ingen diagnose er stilt. Han er imidlertid tatt godt vare på lokalt og har vært i arbeid der han bor. Der har han fått enkle oppgaver han har klart å fungere greit med inntil han var utsatt for en ulykke hvor han skadet en hofte. Har etter dette slitt med rygg- og hofteproblemer. Han har liten eller ingen omstillingsevne og er prisgitt sitt lille

lokalsamfunn og den måten han er tatt vare på der. Søkt om uføretrygd, men fått avslag. Det gamle trygdekontoret hjalp ham etter beste evne, men nå vurderes saken av saksbehandlere i annen del av landet som ikke har den kunnskapen vi lokale har. Jeg har lett etter dokumentasjon på hans psykiske utviklingshemming, men kan intet finne i gamle journaler. Det var meget ubehagelig å skrive om dette i trygdesaken hans – det føltes uverdig.

Jeg har flere kasuistikker, men skal ikke trette leserne med disse. For å kommentere mine overnevnte påstander kort mener jeg at kasuistikkene underbygger min påstand om at jeg som fastlege nå er redusert til en henviser for NAV. Det kan jeg ikke gjøre, det strider mot min forpliktelse både overfor pasienten og samfunnet. Vi tangerer raskt temaer som overdiagnostikk og også over-

behandling, noe *Utposten* har tematisert godt i den senere tid. Jeg blir også svært forundret over saksbehandlere på NAV som stiller spørsmål av medisinsk karakter – for eksempel; Er operasjon vurdert? Hvilken kompetanse har vedkommende? Er epikriser eller notater fra «spesialister» – ofte assistentleger rett fra turnus – mer verdt enn mine betraktninger som er tuftet på et nok så langt legeliv? Er min tause kunnskap intet verdt? Er det deler av folk og diagnoser vi behandler eller hele pasienten? Og hva med taushetsplikten? Kan vi virkelig sende alle mulige dokumenter til NAV?

«Jeg spørger kun – mitt kall er ei at svare», skrev Ibsen. Jeg trodde mitt kall var å svare NAV, men skjønner at den tid er forbi.

REFERANSE

1. Slagstad K. Piller eller psykoterapi ved depresjon. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 411.

Digitaliserte dødsmeldinger skal gi bedre informasjonsflyt

■ FHI.NO | TOM SUNDAR | DAG-HELGE RØNNEVIK • Utpostens redaksjon

Dagens informasjonsflyt om dødsfall er i stor grad papirbasert og arbeidskrevende. Nå lanserer Folkehelseinstituttet et nytt prosjekt, eDÅR, som skal effektivisere og kvalitetssikre informasjonsflyten.

– Digitalisering av informasjonsflyten etter dødsfall vil gi en mer fullstendig og raske registrering av dødsfall, bedre oppdatering av Folkeregisteret og forhåpentligvis økt kvalitet på Dødsårsaksregisteret, sier overlege Christian Lycke Ellingsen i Folkehelseinstituttets avdeling for helseregisterforskning og utvikling. Han har en sentral rolle i arbeidet med å utvikle det elektroniske meldingssystemet for innrapportering til Dødsårsaksregisteret (eDÅR).

Folkehelseinstituttet får 15 millioner kroner over tre år via Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) – og skal stille med samme beløp selv – for å utvikle det nye systemet. Instansene som vil høste gevinstene av eDÅR er blant andre domstolene, kirkegårdsmyndighetene, legene, NAV, politiet, Skatteetaten (Folkeregisteret) og Dødsårsaksregisteret.

Papirløsning begrenser mulighetene

Dødsårsaksregisteret ble overført fra Statistisk sentralbyrå til Folkehelseinstituttet i 2014. Da fikk man et nytt datasystem for å håndtere opplysninger i registeret, men det er ennå ikke gjort noe med meldingsgangen inn til registeret.

– Meldingsflyten er fortsatt helt papirbasert, med post og skanning, og med alle muligheter for forsinkelse, feilsending og feilskrivning. Etter at registeret ble modernisert, kan vi nå starte arbeidet med å modernisere også den eksterne meldingsflyten, sier Christian Lycke Ellingsen.

Han understreker at elektronisk registrering av dødsfall og innmelding av dødsfall og dødsårsaker er en forutsetning for raskt

å få oppdatert Folkeregisteret og Dødsårsaksregisteret (DÅR): – Dagens papirbaserte innmelding legger begrensninger på hvor raskt og godt data kan oppdateres i registrene. Den planlagte løsningen vil gi et mer oppdatert og dagsaktuelt dødsårsaksregister som kan brukes i løpende helseovervåking og beredskap. Den vil også sikre kvaliteten på data i registeret.

Gode grunner til å digitalisere

Regjeringens digitaliseringsrundskriv understreker at alle offentlige skjemaer og meldinger med et volum på mer enn 3000 i året i utgangspunktet skal være elektroniske (1). I Norge er det rundt 40 000 dødsfall årlig, men det er også andre gode grunner til å digitalisere dette meldingssystemet.

– Det tar ofte flere uker fra en person dør til Folkeregisteret er oppdatert, og det kan ha betydning for etater som bruker Folkeregisteret. Døde personer kan dessuten bli innkalt til operasjon eller få utbetalt pensjon. Det kan også komme belastende brev til pårørende, sier Lycke Ellingsen.

Han forteller at det årlig forsvinner flere hundre dødsmeldinger på veien fra tingrett eller lensmann til Dødsårsaksregisteret, som ikke er så komplett som ønskelig. Det tar også for lang tid fra en person dør til dødsfallet er ferdig kodet i Dødsårsaksregisteret. Dette betyr at registeret ikke er egnet for helseovervåking, for eksempel under en pandemi, påpeker han.

I dag er lensmannen og tingretten de sentrale informasjonsformidlere i arbeidet med dødsmeldinger. Meldinger fra den enkelte lege blir sendt til lensmann og tingrett og registrert der. Tingretten setter i gang arveoppgjør og sender sivile opplysninger videre til andre etater som Folkeregisteret og Skatteetaten. Den medisinske meldingen går til kommunelegen for kvalitetssikring og derfra videre til FHI/Dødsårsaksregisteret.

– Mange kommuneleger nedlegger mye arbeid i kontroll og tilbakemelding til de

utstedende legene. Men vi ser også at rundt én prosent av dødsmeldingene forsvinner i meldingsgangen mellom tingrett, kommunelege og Dødsårsaksregisteret – dette til tross for purring og etterlysing. Ettersom meldingssystemet ikke fungerer optimalt, må vi tenke nytt, sier Lycke Ellingsen.

Konsekvenser for legene

En direkte meldingsgang, slik eDÅR legger opp til, vil gjøre dekningsgraden mer komplett fordi meldinger ikke lenger kan forsvinne i forbindelse med alle manuelle prosesser under innsendingen. Når den utstedende legen er identifisert med HPR-nummer vil det være enklere for FHI å sende forespørsler direkte til legen det gjelder. Lycke Ellingsen ønsker å få plass et system som er så smart at en del av kvalitetskontrollene kan gjøres mens legen fyller ut dødsmeldingen, slik at legen får tilbake melding der og da – og kan rette opp åpenbare feil og mangler. I så fall kan kommunelegens oppgaver med kontroll av alle dødsmeldinger falle bort.

– Noen kommuneleger bruker gjennomgangen av dødsmeldingene som et nyttig, men dog usystematisk verktøy for epidemiologisk overvåking. Dersom kommunelegens oppgaver med kvalitetskontroll faller bort, men mange likevel fremmer et ønske om denne typen oversikt over helsestanden i kommunen, må vi se på alternative måter å formidle slik informasjon på, sier Lycke Ellingsen.

Arbeidet med eDÅR involverer ulike interessenter, herunder Legeforeningen. Prosjektet har intervjuet leger i ulike funksjoner og etablert et fagråd for Dødsårsaksregisteret som skal kunne gi innspill om veivalgene. Noen av forslagene vil kreve endringer i lov og forskrift for å kunne gjennomføres.

REFERANSE

1. www.regjeringen.no/no/dokumenter/digitaliseringsrundskriv/id2462793/ (5.5.2016)

MÅL FOR DIGITALISERINGSPROSJEKTET

Det nye meldingssystemet skal etter planen være klart innen 2019. Målene for arbeidet i det tverretatlige prosjektet er:

- å utvikle løsning for elektronisk registrering og melding av dødsfall, både via internett og elektronisk pasientjournal
- å endre praksis fra papirskjema til elektronisk melding og øke andelen elektronisk innmeldte dødsfall fra alle instanser
- å sikre at berørte virksomheter forstår og gjør endringer i sine prosesser for å sikre at elektronisk innmelding av død lykkes
- å integrere meldingssystemet med Folkeregisteret og utvikle en løsning for hvordan dødsmeldingene blir registrert i Folkeregisteret gjennom et tett samarbeid med Norsk helsenett.

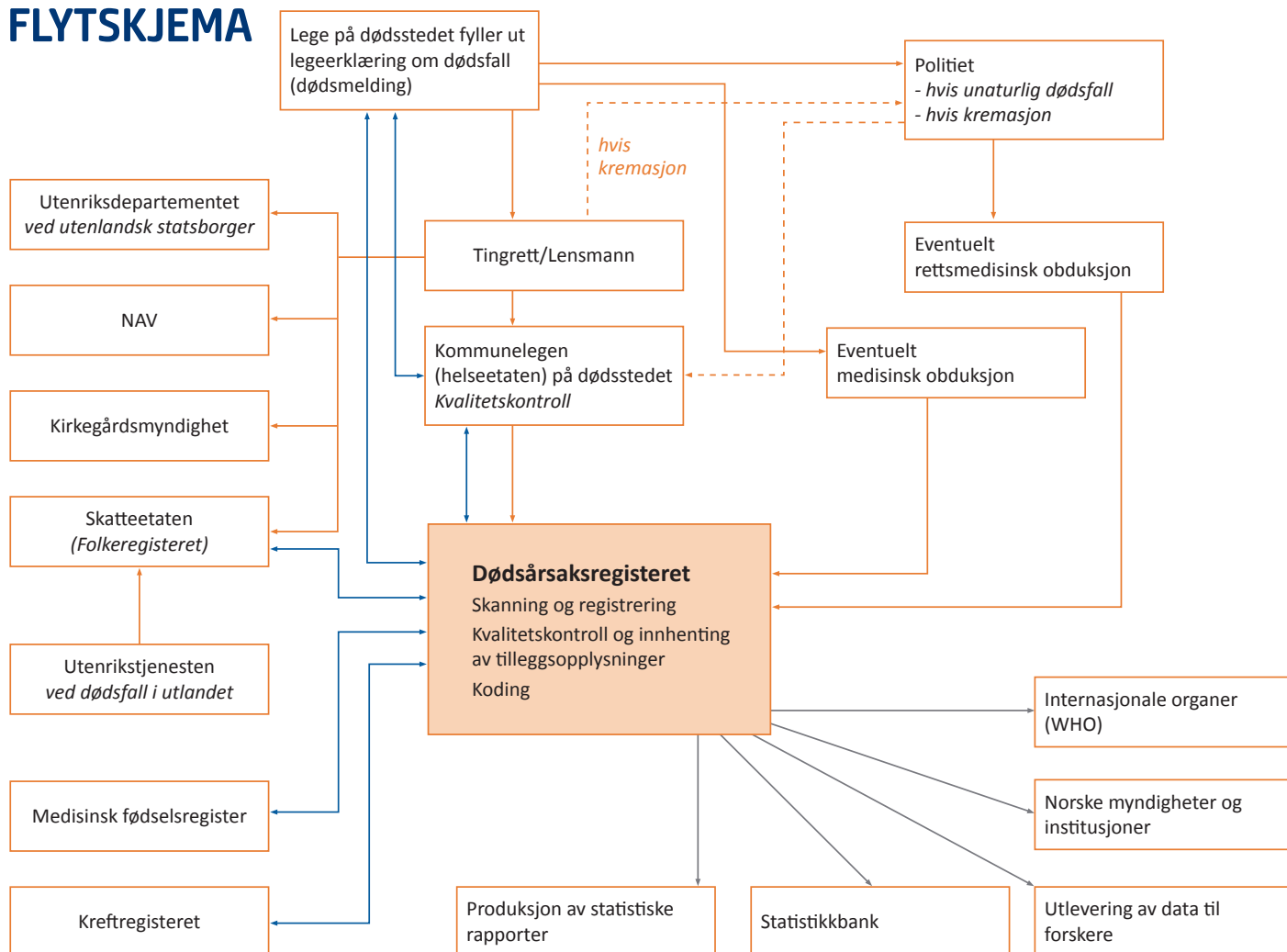
Dagens meldingsflyt etter dødsfall

Slik foregår dagens meldingsflyt (SE FLYTSKJEMA NEDERST PÅ SIDEN) etter et dødsfall:

- Legen skriver en erklæring om dødsfall (dødsmelding/«dødsattest») som sendes til tingretten eller lensmannen.
- Ved unaturlig dødsfall eller ønske om kremasjon sendes dødsmeldingen også til politiet.
- Tingretten sender melding til Skatteetaten, NAV, kirkegårdsmyndighetene og kommunelegen.
- Kommunelegen sender meldingen til Dødsårsaksregisteret.
- Dødsårsaksregisteret kan be henholdsvis kommunelege/lege, Kreftregisteret og Medisinsk fødselsregister om ytterligere informasjonen.

Dødsårsaksregisteret skanner, registrerer, kvalitetssikrer, innhenter tilleggsopplysninger og koder dødsmeldingene. Anonymiserte data kan utleveres til statistikkarbeid og forskning, blant annet til produksjon av statistiske rapporter, statistikkbanker, forskning, norske myndigheter og institusjoner og internasjonale organisasjoner, slik som Verdens helseorganisasjon (WHO).

FLYTSKJEMA



Tilfeldig møte – klare erindringer

ALLE HAR VEL OPPLEVD et tilfeldig møte som setter varige spor. Jeg har flere slike opplevelser. En av disse var da jeg etter petanque-spill en onsdag i Valbonne i Syd-Frankrike satte meg ved siden av en flott dame ved lunsjbordet. Den norske klubben i området Côte d'Azur har ukentlig møter hvor man spiller det ur-franske kulespillet petanque eller boule. Som boccia, men med stålculer.

MEN HVEM VAR SÅ DENNE KVINNEN?

Hun heter Johanne Hauge og under samtalsens løp kom det frem at hun hadde vært gift med en kollega og kullkamerat av meg. Det var Tore Birger (Biggen) Rud (1942–95), en av de tre som grunnla Utposten for over 40 år siden. Tore og Johanne møttes den dagen hun feiret sin 38-årsdag. Bryllupet sto i Stockholm, på Skansen, ti år senere – i 1993. Og det var storslagent. Med hest og kjerre som brudeskyss og mange gjester.

TORE RUD HUSKER JEG GODT fra studietiden. Spesielt husker jeg at han var svært opptatt av naturen. Da vi var på rekruttskolen på Lahaugmoen sommeren 1963, kunne han etter vakt fortelle hvilke fugler han hadde hørt den natten, og også hvilke blomster han hadde observert. Og jeg husker han fortalte at hans store drøm var å gå på fottur i Kaukasus – for å oppleve flora og fauna der.

ETTER STUDIET BLE HAN DISTRIKTS-LEGE på Harøy i Sandøy kommune på Nord-Vestlandet. I nærliggende distrikter bodde og virket Harald Siem og Per Wium. Disse tre kom sammen i 1972 og mente allmennmedisinen trengte et forum for kontakt, og slik så Utposten dagens lys. Bladet ble satt sammen på kjøkkenbenken hjemme hos Harald på Aukra etter klipp og lim-metoden. Og gode støtter og hjelpere var kvinnene de var gift med. I et jubileumsintervju i Utposten nr. 5, 2012 omtales Tore som 'usedvanlig kreativ og kunnskapsrik, og en stor inspirasjonskilde'; mens Harald var 'strategen' og Per var «distriktsnisse» og en 'spissformuleringens mester'. Jeg vil tro at Tore også bidro med sin kokkekunst slik at redaktørmøtene ble kulinariske høydepunkter. Utposten lever fortsatt i beste velgående og er, sammen med EYR,



et forum og treffpunkt for allmennpraktikere over hele landet.

Tore Rud ble ikke lenge i distriktslegestillingen. Som mange allmennpraktikere ble han opptatt av psykiatrien. Ikke så rart, da det psykiatriske sykdomspanorama utgjør en stor del av den allmennmedisinske hverdag. Han ble etterhvert spesialist og overlege. Han arbeidet også mye i Sverige. Etter at kullet vårt tok eksamen våren 1968, var det flere som utsatte turnustjenesten og arbeidet der. Jeg var en av dem. Sverige var også populært som arbeidsplass både før eksamen og etter at vi var ferdige leger. Den trenden har snudd nå.

VED SIDEN AV LEGEGJERNINGEN, var Tore svært glad i (og også svært flink til) å lage mat. Sammen med Johanne laget han «Det syngende kjøkken» hjemme i leiligheten på Frogner. Her tok de imot selskaper og gjester til kulinariske nytelser. De kunne også leie lokaler hvis det var flere gjester enn de hadde plass til i egen spise-stue. Det var mye musikalitet i familien, og det ene barnet til Johanne er den kjente artist Rein Alexander. Så i tillegg til god mat, var det musikk og opptil firstemt sang ved måltidene. Og reklame var ikke nødvendig. Her spredte nyheten seg om det syngende kjøkken seg etter munn til munn-metoden.

TORE DØDE SÅ ALT FOR TIDLIG i 1995, bare 52 år gammel. Han hadde akkurat av-



Legen, livskunstneren og Utposten-gründeren Tore Rud gikk så altfor tidlig bort i 1995.

sluttet en jobb som overlege på Säter psykiatriske sykehus i Sverige. Han skulle reise til Russland (kanskje oppleve den ønskede fotturen i Kaukasus?), men var på Sälen og hadde akkurat gått en runde golf, da en hjerneblødning gjorde slutt på livet hans.

Da jeg, etter mitt første møte med Johanne, skrev til andre kullkamerater om min opplevelse, kunne min venn Finn Nilsson fortelle at han også hadde hatt kontakt med Johanne Hauge, eller Janne, som hun da kalte seg. Janne og mannen, Svein Kors-havn, var bosatt på Klokkekarvik på Sotra i begynnelsen av 70-årene, hvor Finn i noen år var distriktslege. Og de hadde hatt en god del kontakt. Også en pussig tilfeldighet.

KJELD MALDE

UKAS PASIENT

Hodepine



Notat fra konsultasjon:

«Har vært plaget med hodepine (bånd rundt hodet), vondt i nakken, svimmelhet, kvalme, vondt i kjeven og tretthet/energiløshet i tre uker. Har blitt verre og verre, har hatt enkelte episoder med frysninger, men ingen målt feber. Hoste og snørrete, men ikke veldig plagsomt. Ikke tungpustet, men blir sliten av aktivitet. Tar paracet og ibux hver dag, med effekt. Ikke hatt noe lignende før.

US: palpasjonsøm over trapezius, rhomboideus og oppover nakken. Auskultasjon av lunger uten anmerkning, otoskopi og munn/svelg også uten anmerkning. Normal bevegelighet i nakken. Normalt visus og synsfelt.

Jeg tror nakkeproblemene kan være årsaken til både hodepine og svimmelheten.

Henviser til fysioterapeut for nakken, tar noen blodprøver, og skriver 50 prosent sykmelding i to uker.»

Blodprøvene viste jernmangel, men ingen anemi, det hadde hun hatt tidligere, og dette mente hun var helt normalt for henne. Stoffskifte var fint, glukose fin, og ingen CRP-stigning.

Refleksjoner

Pasienten var en dame i 30-årene, med flere barn og full jobb i helsevesenet. Jeg fikk tidlig en god kommunikasjon med henne, og følte meg komfortabel selv om jeg var veldig usikker og brukte mye tid på tenking, både inni meg i form av stillhet, og høyttenkning der jeg tok henne med i mine resonnementer. I denne konsultasjonen følte jeg intet ubehag med å vise at jeg var usikker og ikke kunne gi henne noen

klare svar, verken på hva som feilte henne eller hva vi kunne gjøre for å hjelpe henne. Jeg tror denne åpenheten om min usikkerhet ovenfor henne gjorde at vi sammen kom nærmere en plan for hvordan vi skulle ta dette videre.

I første del av konsultasjonen tenkte jeg infeksjon i øvre luftveier, først og fremst fordi det var det som stod i kommentaren når hun bestilte time. Jeg gikk nok flere ganger i bekreftelsesfellen, og så på influensa som en mulig forklaring på alle symptomene, noe det for så vidt også kan være i og med at jeg ikke sitter med noen fasit. Men etter hvert som vi satt og pratet, og jeg undersøkte henne, fikk jeg mer og mer inntrykk av at hodepine, nakkesmerter og svimmelhet var de virkelige problemene, ikke luftveisproblematikken. Hun var veldig øm i nakkemusklene, nedover ryggen, og opp mot bakhodet, hun skvatt til bare jeg klemte så vidt inn, og jeg kjente at muskulaturen var stram. Hun fortalte også at plagene bare ble gradvis verre og verre, og det hadde vært slik i tre uker, dette gjorde også at jeg begynte å tenke i andre baner enn en viral øvre luftveisinfeksjon.

Jeg kom med forslaget om at nakken kunne være kilden til både hodepinen, svimmelheten og energiløsheten, og hun syntes for så vidt at dette kunne høres fornuftig ut. Vi brukte deretter litt tid på å snakke om hvordan alt dette hang sammen, og hvordan vi skulle gå videre med dette. Jeg hadde lyst til å henvise henne til fysioterapeut, og dette var hun både enig i, og motivert for. Vi bestemte oss også for å ta noen

enkle blodprøver, i tilfelle andre årsaker; TSH, T4, HbA1c, glukose, ferritin og Hb. Vi ble også enige om at en 50 prosent sykmelding i to uker kunne være hensiktsmessig, slik at hun kunne få mer tid til å hente seg inn, og at dette kombinert med fysioterapi forhåpentligvis kunne starte en positiv utvikling.

Vi snakket også om hennes livssituasjon, familie og jobb. Hun trivdes veldig godt i jobben, og den var en positiv faktor i livet hennes. Familiesituasjonen kunne være krevende til tider med mange barn, men jeg fikk ikke helt «napp» når jeg forsøkte å nærme meg dette området som et mulig problemområde. Det å se på hennes sykdom som 100 prosent psykisk eller 100 prosent fysisk er nok lite hensiktsmessig, men tanken min var at i denne omgangen starter vi med å behandle det fysiske, så får vi tenke mer helhetlig dersom dette ikke viser seg å fungere. Jeg tror at ved å behandle den fysiske plagen kan de psykososiale forhold også få seg en positiv påvirkning.

Jeg var fornøyd med hvordan denne konsultasjonen gikk, og jeg har troen på at fysioterapien kan gi god effekt for henne. Men en ting jeg begynner å forstå er at man ikke alltid får vite «fasiten» i dette yrket. For min del skulle jeg gjerne ha fått «svaret» på om behandlingen fungerte idet hun gikk ut av kontoret mitt, men jeg innser at dette kan ta tid, og kanskje får jeg aldri svaret på hva årsaken til plagene var, og hva som skulle til for å bedre dem.

SIMON KILDAL

Refleksjonsnotat fra femteårs medisinerstudent utplassert på legekantore.

PMU 2016 er i rute



Når Primærmedisinsk uke arrangeres i Oslo i slutten av oktober, skjer det under de maritime metaforers fane. Hva er vel da mer naturlig enn å si: Vel møtt til seilas!

Mottoet for den tradisjonsrike kongressen er denne gangen inspirert av den svenske forfatteren og trubaduren Evert Taubes livsbejende vise *Så länge skutan kan gå* og dens norske versjon som er skrevet av Erik Bye.

«Så lenge skuta kan gå» – finn riktig kurs

PMU-mottoet er et ordspill med faglige implikasjoner. Fremfor alt henspiller det på nødvendigheten av å sikre en bærekraftig primærhelsetjeneste – en tematikk som også vil prege plenumsforelesningene. Måten vi innretter helsetjenesten på og måten vi anvender medisinsk kunnskap og teknologi på, må dimensjoneres fornuftig i forhold til pasienters og brukeres behov, samfunnets ressurser og helseetiske normer.

For å dvele ved de maritime metaforene: Om vi befinner oss i kjente eller ukjente farvann, kreves det stødig navigasjon for å seile trygt med den «primærmedisinske skuta». Enten man er fastlege, medarbeider ved et legekontor eller kommunelege, utgjør man en del av skutas besetning – og man må være i stand til å navigere under alle slags forhold. Det handler om å ta medansvar for å bestemme retning og posisjon; det handler om lederskap og evner til å ta kloke valg og prioritere fornuftig, og bidra til trygghet, trivsel og verdighet – kjerneverdi i helse.

PMU arrangeres annethvert år av en hovedkomité oppnevnt av Allmennlegeforeningen (AF), Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam). Helt siden starten i 1989 har kongressen vært en sentral møte- og myldreplass for leger og medarbeidere som har sin arbeidsplass i primærhelsetjenesten. Kjernen i kongressen er et bredt kursrepertoar sammenvevd med et variert kultur- og konsertprogram samt aktuelle plenumsforelesninger. Også denne

gangen skal Radisson Blu Scandinavia Hotel ved Holbergs plass i Oslo være sentrum for begivenhetene 24.–28. oktober.

Bli med på seilas

PMU-seilasen går over fem dager med til sammen 40 innholdsrike 'kursetapper'. Blant årets nyheter er emnekursene i onkologi, migrasjonshelse, rasjonell klinikk, kunnskapsbasert praksis, helsestasjonsarbeid og praktiske allmennmedisinske ferdigheter. Dagskursene inkluderer ulike temaer som ledelse, statistikk, m-helse, samlivsproblematikk og småkirurgi. Det blir også populære gjengangere som laboratoriemedisin, hjerte-kar-sykdommer, kognitiv terapi og akuttmedisin – det siste vil finne sted ved Akershus universitetssykehus. På programmet står dessuten grunnkurs A i allmennmedisin og en egen forskningsdag med presentasjon av allmennmedisinske prosjekter. PMU 2016 skal også markere 10-årsjubileet for etableringen av de allmennmedisinske forskningsnettene – med et eget kurs- og jubileumsseminar.

I løpet av uken blir det tre plenumsforelesninger. President Marit Hermansen i Legeforeningen innleder kongressen med innlegget *Stø kurs for primærhelsetjenesten?* mandag 24. oktober. To dager senere skal generalsekretær Jan Egeland i Flyktninghjelpen snakke om migrasjonsutfordringer i Europa. Torsdag 27. oktober er det duket for professor Simon Griffin fra Universitetet i Cambridge, som vil holde PMUs hovedforelesning «*Navigating on a sea of expectations*». Griffin vil belyse allmennlegenes utfordringer knyttet til å manøvrere mellom pasientønsker, samfunnsforventninger og myndighetskrav – samtidig som legene skal forholde seg til oppdatert kunnskap og nye medisinske muligheter.

Vel møtt til PMU! Informasjon om program og påmelding finner du på www.pmu2016.no.

TOM SUNDAR
leder for hovedkomiteen PMU 2016

Brev til legen min Å ha en spise- forstyrrelse

VENTEROMMET. Ikke første gang. Har mistet tellinga. Kjenner deg egentlig godt. Stoler vel på deg. Likevel, hjernten min er full av motstridende tanker, mange følelser raser rundt i kroppen. Jeg tror det kalles ambivalens. Med stor A. Det er en stor del av spiseforstyrrelsens natur. Den frustrerer meg og sliter meg ut fortsatt. Tenker på hva jeg skal si og ikke. Burde si og ikke. Hva du vil tenke? Hva vil bli konsekvensene? Hva vil skje? Burde jeg bare holde kjeft om alt? Denne gangen også? Vil ha hjelp. Vil ikke. Og jeg tør ikke. Jeg er redd. Du står der. Roper meg inn.

SITTER PÅ KONTORET DITT. Mye går gjennom hodet mitt. Mye. For min del kommer det an på om det er anoreksien eller bulimien som herjer verst og skremmer meg mest. Du tenker sikkert ditt der du sitter og ser på meg. Tenker ditt. Som leger er vi opplært til å observere. Anoreksi synes. Det gjør ofte ikke bulimi. Anoreksien tar liv. Det vet du. Hva bulimien kan gjøre vet du kanskje ikke? Utenom akkurat faren for elektrolyttforstyrrelser og sår i spiserøret. Så kanskje er det anoreksien du fokuserer på. Det er den som truer kroppen mest. Bulimien faller fort mellom to stoler. Er ikke åpenlyst påtrengende livstruende. For meg er begge deler farlig, bare på ulik måte.

ANOREKSIE TRUER LIVET MITT fysisk. Gir meg angst og tankekjør. Alvorlig osteoporose. Fratar meg muligheten til å få barn. Gjør meg svak og nedkjørt. Gjør andre rundt meg bekymret. Men ofte bryr jeg meg ikke. Den gjør meg også sterk. Jeg har kontroll. Gir meg rus. Gjør livet mitt bedre. Men samtidig verre. Fordi jeg skammer meg over meg selv. Kroppen min. Hver gang jeg spiser. Og ikke kaster opp etterpå. I klare øyeblikk også over det å ikke klare å bli frisk. Være en belastning, skuffe alt og alle. Jeg trenger å høre alvoret. Jeg forstår det og forstår

det ikke selv. Trenger ikke formanig. Men opplysende påminning. Når jeg har sagt ja til mat, vektoppgang, innleggelse og er normalvektig, da er jeg ikke frisk. Tankene og kaoset er der. Mange ganger verre. Jeg har jo fått angst for kroppen min i femdobbel grad igjen. For alle andre ser jeg bra ut. De puster letta ut. Det gjør ikke jeg. Jeg er fortsatt livredd. Og veldig syk. Veien er ennå lang.

BULIMIEN ER MIN VERSTE FIENDE.

Samtidig beste venn. Som jeg uansett hater. Men er avhengig av. I praksis prøver jeg hver dag å kaste ham ut av livet mitt. Men den har stålkontroll på meg. Nekter å forsvinne. Jeg setter datoer. For å avslutte. Jeg er bestemt. Vil ikke mer. Vil ha mitt eget liv. Uten ham. Datoer kommer og går. Gjennom år. Livet er kaos. Jeg skammer meg sånn. Så mye at jeg tror ikke det er mulig for noen å fatte. De frastøtende handlingene mine. Hvis noen får vite, også legen, da vil de aldri klare å se på meg igjen. Matmengdene jeg handler på butikken. Alt jeg gjør nærmest i full offentlighet. Angsten eller suget er så sterkt. Alle pengene som raser ut som vann gjennom sluser som åpnes. Bekymringene øker eksponensielt. Hvordan skal jeg klare regningene mine? Jeg, som er sterk og sta og fornuftig, jeg klarer ikke å skjerpe meg, ta meg sammen, slutte, være mer fornuftig, ha kontroll på økonomien min. Sier jeg noe om dette så kommer du til å hate meg. Kaste meg ut av lista di. Møte meg med blick og kroppsspråk som viser meg hvor ekkel jeg er. Så jeg holder kjeft. Kroppen slites ned, kreftene ebber ut, jeg besvimer på badet eller rister av skjelvinger pga blodsukkerfall på sofaen, og bankkontoen nærmer seg null. Jeg tenker at jeg fortsatt ikke har rett på hjelp. Jeg har skylda sjøl. Og er for feit. Selv om jeg er normalvektig. Selv når jeg er undervektig pga anoreksien. Jeg må fikse selv. Så slukes Paracet og Ibux mot tannverken. Jeg tør ikke å ringe tannlegen. Før jeg sovner tenker jeg at jeg ikke vet hvor mye mer jeg klarer. Klarer å leve dette livet.

Å HA EN SPISEFORSTYRRELSE er som å kjøre berg og dalbane døgnet rundt. I ekspresstempo. Også når jeg har bestemt meg for at nå, nå vil jeg bli frisk. Endre livet mitt. Gjøre alt jeg kan. Og jeg mener det. Men å tro at veien da er strak uten omveier og veisperringer og svære hull og kræsje og rygging, det er naivt. Ambivalensen er der fortsatt. Raser i kroppen og hodet. Har bestemt meg innerst inne. Har et klart mål. Har en drøm. Hater intenst å være syk. Misunner alle friske som lever et normalt liv. Ønsker meg det så det gjør vondt i hele kroppen. Er lei og sliten av symptomer og tankekjør og frykt for å dø. Likevel er det

ikke straka vegen. Ikke gi meg formanig når jeg kræsjer i autovernet. Eller setter girkassa i revers og trækker på gassen i full panikk. Jeg trenger forståelse og at noen spør. Finne ut hvorfor det skjer. Sammen med meg. I stedet for å ha følelsen av total mislykkethet nok en gang, og aldri gjøre noe bra nok. Jeg trenger at du spør. Tåler tankene og følelsene mine. For jeg vil noe annet. Men det er fem skritt fram, to tilbake. Det er jeg som må bli frisk. Må bestemme meg. Men å komme meg over mållinja alene, det tror jeg er nesten umulig. Vet jo ikke hvor mållinja er. I juni? I desember? I 2017? Eller i 2020? Hvordan klare å kjempe og kjempe når alt gjør vondt, og man lengter etter å gi blaffen og gå tilbake. Vil ikke gi opp. Men vet at da gjør alt så veldig mye mindre vondt igjen.

JEG LYVER IKKE. Er en ærlig person. Kun enkelte hvite løgner for å beskytte noen. Hos deg når maten er tema... skammer meg over å si det... men ofte lyver jeg så det renner av meg. Jeg vil ikke lyve. Ikke innerst inne. Men er redd du skal få vite og stoppe mitt prosjekt. Et prosjekt jeg trenger for å overleve. Redd du skal legge meg inn og la andre stoppe prosjektet. Sette inn tiltak jeg ikke ønsker. Få kjeft og å bli avvist. Jeg er redd for at du skal hate meg. Fordi det jeg forteller er så motbydelig. Redd for å virke krevende når jeg føler jeg ikke har rett på noe, eller verker etter å be om hjelp fordi jeg er sliten. Redd du skal forstå hvor syk jeg er. Samtidig som jeg tenker at «det er sikkert ikke så viktig å si det, for jeg er jo ikke egentlig så veldig syk. Hvis jeg er syk i det hele tatt». Når jeg drikker før veiing. Sier jeg at jeg har fulgt spiselista. Sier jeg ikke har kasta opp. Sier jeg har overspist og kasta opp mindre. Jeg vil så gjerne vise at jeg jobber. At du skal være fornøyd. Og ikke kjeft på meg. Sånn går no dagan. Jeg vil ikke være uærlig med deg. Du kan stole på meg for øvrig. Men denne maten, den gjør meg til en person jeg ikke vet hvem er.

JEG BLIR GLAD for at du setter opp ny time til meg. Vet hva jeg har å forholde meg til. Da vil du kanskje hjelpe meg likevel? Kanskje tror du jeg er litt syk? Om skjønner at dette er alvor. Jeg vet ikke. Om jeg merker noe på kroppen, eller psyken går nedover, da har jeg den timen. Muligheten til å tørre å si noe til deg. Så du kan vurdere om jeg trenger hjelp. Selv om jeg besvimer eller har kramper i beina eller hjertebank, så ringer jeg ofte ikke legevakta eller deg på dagtid. Det er jo ikke så farlig, er det? Det går sikker bra? Jeg er jo ikke egentlig veldig sjuk? Det har jo alltid gått bra. Og når kaoset raser i hodet og mørke tanker stadig tar større plass, vil jeg jo ikke

bli tatt på alvor. Så hvorfor ringe da? Dette er min skyld. Det tenker de også. Jeg må klare meg selv.

JEG BLIR VELDIG GLAD når du tør å stille spørsmål. Både åpne spørsmål og konkrete spørsmål. Når du gir meg tid til å tenke meg om. Mange ganger aner jeg ikke svaret selv. Når du møter svarene mine med forståelse eller undring, og alltid respekt. Med det motsatte holder jeg nemlig kjeft igjen. Får bevis på det jeg var redd for; «Du tåler det ikke, vil ikke hjelpe meg, hater meg kanskje». Jeg burde ikke kommet i det hele tatt. Og når jeg går tenker jeg at jeg skal aldri tilbake. Aldri.

DU SIER DU SYNES jeg ser godt ut, da tenker jeg: «Nå er jeg blitt feit. Nå har jeg lagt på meg. Jeg må ned i vekt! Jeg kan ikke spise mer». Du sier at du tror jeg har gått litt ned i vekt, da tenker jeg: «Bare litt?! Fader, jeg er fortsatt feit!». Du sier at du ikke kan legge meg inn fordi jeg ikke er tynn nok, da tenker jeg: «Jeg visste det. Jeg er ikke syk nok. Jeg må gå ned enda mer». Du sier jeg har stagnert eller ikke kommer videre i en rimelig streng tone, da tenker jeg: «Jeg er ikke god nok. Jeg skuffer alle. Jeg blir aldri frisk. Jeg kan like godt gi opp igjen». Du sier jeg må ta jern eller kalium eller kosttilskudd og vitaminer fordi kroppen min ikke har det bra, da tenker jeg automatisk: «Legger jeg på meg av dette?! Og hva skjer hvis jeg tar det? Hva hvis blodprøvene blir bra? Hvordan vet jeg da om jeg er syk eller ikke? Hvordan kan du da vite at jeg fortsatt er syk?».

NÅR JEG KOMMER TIL DEG med symptomer som du tenker er helt ufarlige. Noe annet er jo lite sannsynlig i min alder. Da kan du ha et problem. Risikoen er absolutt der for å få somatiske komplikasjoner og sykdommer som ikke er vanlig når man er 20 eller 30 eller kanskje også 40 år. I tillegg sier jeg ofte ikke fra. Tør ikke. Kommer jeg først med et symptom som kan forklares somatisk, vær så snill; sjekk meg! Det kan være alvor på ferde...

DET Å BEHANDLE spiseforstyrrelser er en ekstremt komplisert sak. Frustrerende for helsevesenet. Frustrerende for pasienten. Det er i stor grad en andrelinjeoppgave i mange tilfeller. Men fastlegen kan være en viktig og stabil støttespiller som hjelper til med å gjøre hverdagen lettere. Dette er alvor. Både fysisk og psykisk. Og selv om man inderlig ønsker å bli frisk, så er det for mange en lang vei å gå. Fram og tilbake. Fram og tilbake. Fram og tilbake. Men kanskje ikke like langt likevel? Kanskje fem museskritt framover? Se de museskrittene. Anerkjenn dem. Og vit at for meg er hvert museskritt et kjempesteg.

HILSEN NINA KNAGENHJELM



Nord-Norge Sør-Øst
Tlf. 77 64 58 90 Tlf. 23 07 55 00

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

www.relis.no

Irritabel tarm-syndrom (IBS)

med særlig fokus på prukaloprid (Resolor) og eventuelle psykiske bivirkninger

- En pasient kontaktet RELIS og beskrev reaktivering av depressiv lidelse etter bruk av prukaloprid. Legemiddelet hadde god effekt på IBS-plagene til pasienten.
- Sentralnervesystemet og psykiske tilstander kan virke inn på tarmfunksjonen og gi gastrointestinale symptomer.
- Hvorvidt legemidler til og behandling av tarmfunksjonen kan gi sentralnervøse effekter er mindre belyst.

Ti prosent av befolkningen har symptomer som kvalifiserer til diagnosen irritabel tarm-syndrom (IBS) med forstyrrelser i tykktarmens funksjon.

Regulering av tarmens funksjoner inngår i flere systemer bl.a sentralnervesystemet, det enteriske nervesystem, tarmens hormonsystem og tarmfloraen. Det er påvist et avvik i tarmfloraen ved IBS men det er usikkert hva dette betyr (1).

En del av pasientene får symptomer på IBS etter virale, bakterielle eller parasittære gastroenteritter. Etter at det er utelukket annen organisk sykdom eller annen differensialdiagnostisk årsak til pasientens plager, vurderes pasienten i forhold til konsensuskriteriene Roma III.

Årsaken til tilstanden er ukjent og behandlingen er rettet mot symptomlindring. Regelmessighet i forhold til avføringsvaner, ernæring, mosjon og søvn regnes som vesentlig i forhold til behandlingen.

Medikamentell behandling er ikke førstevalg (2). FODMAP-dietten er brukt som

symptomlindrende behandling ved at man forsøker å redusere inntaket av kortkjedete karbohydrater som fermenteres av mikrober i tykktarmen. Tanken er å manipulere tarmfloraen for å lindre symptomer.

Linaklotid (Constella) er det eneste godkjente legemidlet i Norge med indikasjon irritabel tarm-syndrom med forstoppelse. Legemiddelet er et syntetisk peptid og bindes til GC-C-reseptoren på tarmepiteloverflaten. Aktivert GC-C-reseptoren gir økt konsentrasjon av syklisk guanosinmonofosfat (cGMP). Økt ekstracellulær cGMP-konsentrasjon reduserer smertefiberaktivitet og gir redusert visceral smerte. Økt intracellulær cGMP fører til utskillelse av klorid og bikarbonat til tarmsystemet som dermed øker væskemengden i tarmen og gir raskere transport. Legemidlet absorberes minimalt til plasma og metaboliseres lokalt i mage-tarmkanalen til den aktive hovedmetabolitten des-tyrosin. Det vil si at preparatet har en lokal virkning på tarmen. Linaklotid har flere forskjellige bivirkninger som kan gi plagsomme symptomer for pasientene. Cirka 20 prosent av pasienten får diare (2, 3).

Et annet legemiddel som i noen tilfeller brukes ved behandling av irritabel tarm-syndrom er prukaloprid (Resolor). Dette legemidlet har ikke indikasjon for IBS men er godkjent for behandling av kronisk forstoppelse hos kvinner der laksativer ikke gir tilstrekkelig lindring. Legemidlet er ikke anbefalt til menn da det foreligger få kontrollerte kliniske studier hvor menn er inkludert for å undersøke sikkerhet og effekt.

Prukaloprid er en selektiv serotoninreseptoragonist med høy affinitet til 5-HT₄ som også finnes i tarm. Dette kan forklare

preparatets prokinetiske effekter. In vitro ble affinitet til øvrige serotoninreseptorer bare påvist ved konsentrasjoner minst 150 ganger høyere enn dets 5-HT₄-reseptoraffinitet. Oral biotilgjengelighet er over 90 prosent, levermetabolismen hos mennesker er svært langsom og en stor del av virkestoffet utskilles uendret (60 prosent av dosen utskilles i urinen og seks prosent i feces). Vanligste rapporterte bivirkninger er hodepine og gastrointestinale symptomer, mer sjeldne er tremor og f.eks palpitasjoner (4).

Det finnes ikke kliniske studier av prukaloprid til personer med psykiatriske lidelser. Selv om prukaloprid er en selektiv serotoninagonist er det ikke anført i preparatomtalen detaljer vedrørende legemidlets virkninger i sentralnervesystemet (3, 4).

Databasen Clinical Evidence omtaler effekten av prukaloprid med utgangspunkt i to systematiske oversiktsartikler (5). Den første, fra 2010, tar utgangspunkt i syv randomiserte studier. Den andre, fra 2013, tar utgangspunkt i 11 randomiserte studier.

Den første oversiktsartikkelen konkluderer med at prukaloprid har motilitetsfremmende virkning og øker spontan tarmbevegelse sammenlignet med placebo.

Den andre oversiktsartikkelen viser at prukaloprid kan være mer effektiv enn placebo ved at omfanget av tarmbevegelsene hos pasienter med normal konsistens på avføringen øker.

Oversikt over de ulike 5-HT-reseptorenes plassering og effekter

5-HT_{1A}-reseptorer finnes flere steder i CNS. Reseptorene medvirker til nevromodulasjon, og senker blant annet blodtrykk

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 påvirker hjerterytme via sentralnervøse mekanismer ved stimulering av vagusnerven. Reseptoraktivering øker også dopaminfrigjøring (6).

- 5-HT_{2A}-reseptor finnes i CNS, blodplater og celler i det kardiovaskulære systemet, fibroblaster, nevroner i det perifere nervesystemet og humane monocytter.
- 5-HT₃-reseptoren finnes både i CNS og PNS.
- 5-HT₄-reseptoren finnes i *gastrointestinaltraktus, urinblære, hjerte, binyrer og CNS* (7).
- 5-HT_{5A} er koblet opp til en del psykiatriske tilstander og har dessuten vasokonstriktive og vasodilatoriske effekter (8).
- 5-HT₆-reseptor finnes utelukkende i hjernen. Blokade av reseptoren øker glutaminerg og kolinerg nevrotransmisjon, mens aktivering av reseptoren øker GABA signaler. Antagonister av 5-HT₆-reseptoren fasiliterer dopamin og NA-frigjøring (8) i frontal cortex. Antagonister bedrer kognisjon og hukommelse (9).
- 5-HT₇-reseptorens aktivering av serotonin er koblet opp til relaxering av glatt muskulatur vaskulært og i gastrointestinaltraktus. Reseptoren foreligger i thalamus og hypothalamus og er involvert i termoregulering, døgnrytme, læring, hukommelse og søvn og man har også mistenkt at den er involvert i stemningeleie (10, 11).

Tidligere utfordringer ved bruk av serotoninagonister

Manglende selektivitet hos flere av 5-HT-agonistene har begrenset den kliniske suksessen for bruken av disse (12).

- Cisaprid (prepulsid) er en 5-HT₄-agonist og en 5-HT₃/5-HT_{2a} reseptorantagonist. Legemidlet ble trukket fra markedet i 2004 grunnet risiko for alvorlig hjerterebivirkninger som lang QT-tid.
- En annen serotoninreseptoragonist, tegaserod (Zelnorm/Zelmac) ble også brukt for irritable tarm-syndrom men ble trukket fra markedet i 2007 grunnet bekymring i forhold til kardiovaskulære effekter (13).

I en oversiktsartikkel i *Neurogastroenterology & Motility* i 2008 ble det hevdet at prukaloprid ville gi bedre trygghet enn tidligere brukte 5-HT-reseptoragonister, grunnet legemiddelets høye 5-HT₄ affinitet (14). I en

farmakologisk profilstudie fra 2001 av prukaloprid konkluderte forfatterne med at medikamentet har svært høy affinitet til 5-HT₄ reseptorene (15).

I en vurderingsrapport fra EMA fremgår det også at 9,2 prosent av pasientene opplevde hodepine mot 3,8 i placebogruppen, dette er en bivirkning som vil kunne ha særskilt betydning for allerede belastede pasientgrupper f.eks pasienter med depressive lidelser. Prukaloprid binder seg til 5-HT₄-reseptorer som foreligger i CNS i tillegg til tarm. 5-HT₄ reseptorene finnes flere steder i hjernen og også i basalgangliene. Dette vil åpenbart ha betydning for medikamentets virkningsprofil og kunne gi sentralnervøse virkninger.

I en artikkel fra 2004 i *Neuroscience* rapporteres det at både fulle og partielle agonister av 5-HT₄ reseptorer, deriblant prukaloprid, er i stand til å øke eksitabiliteten til nevroner i hippocampus (16). 5-HT-antagonistene stimulerer også eksitatoriske og inhibitoriske reseptorer i GABA-internevroner som modulerer GABA til pyramidale nevroner som igjen er involvert i stemningsforstyrrelser og kognitive lidelser (17).

Det bør stilles spørsmål om prukaloprid kan ha flere psykiske effekter enn det som fremkommer i beskrivelsen av preparatet. Man bør derfor vurdere mulige psykiske symptomer hos pasienten ved oppstart av behandlingen, slik man gjør for SSRIene.

Konklusjon

Den aktuelle pasientens beskrivelse av legemidlets gode effekt på hennes irritable tarm-syndrom og hennes opplevelse av negativ effekt på hennes psykiske tilstand er effekter som begge er beskrevet i den litteratur vi har funnet gjennom våre undersøkelser av de studier som foreligger. Det er imidlertid lite data, så risiko for CNS-bivirkninger er ikke utfyllende undersøkt.

REFERANSER

1. Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarmsykdommer. <http://www.helse-bergen.no/OmOss/Avdelinger/mage-tarmsykdommer/Documents/brosjyren.pdf>. Søkt 27.04.2016.
2. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Irritable tarmsyndrom. Linaklotid (constella). <http://www.legemiddelhandboka.no/>. Søkt 27.04.2016.

3. Statens legemiddelverk. Preparatomtale. Linaklotid(constella). Prukaloprid (resolor). <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok>. Søkt 27.04.2016.
4. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Prukaloprid (resolor). <http://www.legemiddelhandboka.no/>. Søkt 27.04.2016.
5. British Medical Journal.Clinical evidence. Effects of medications; prucalopride. <http://clinical.evidence.bmj.com/x/systematic-review/0413/intervention/sr-0413-il272284036240.html>. Søkt 24.02.2016.
6. H Dabiree. Central 5-HT₄-receptors in blood pressure regulation. *Therapie* 46 (6): 421–9. PMID.1819150.
7. S Hegde, R Eglan et al. Peripheral 5-HT₄ receptors. *FASEB journal* 10 (12): 1398–407. PMID 8903510.
8. N Schanen, S Scherer et al. (1996). Assignment of the 5-hydroxytryptamine (serotonin) receptor 5A gene (HTR5A) to human chromosome band 7q36. 1. Cytogenetic and Genome Research, 72 (2 3), 187–188.
9. M King, C Marsden et al. A role for the 5-HT_{1A}, 5-HT₄ and 5-HT₆ receptors in learning and memory. *Trends in Pharmacological Sciences*. 29 (9): 482–92. PMID19086256.
10. P Hedlund, J Sutcliffe. Functional molecular and pharmacological advances in 5-HT₇ receptor research. *Trends Pharmacol. Sci.* 25 (9): 481–6. PMID 15559250.
11. V Naumenko, N Popova et al. Interplay between serotonin 5-HT_{1A} and 5-HT₇ Receptors in Depressive Disorders. *CNS Neurosci Ther.* 20 (7): 582–90. PMID 24935787.
12. J Tack, M Camilleri et al. Systematic review: cardiovascular safety profile of 5-HT₄ agonists developed for gastrointestinal disorders. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 35 (7), 745–767.
13. Statens legemiddelverk. Cisaprid og domperidon-risiko for alvorlige hjerterebivirkninger. <http://www.legemiddelverket.no/Nyheter/Bivirkninger/Sider/Cisaprid-og-domperidon-risiko-for-alvorlige-hjerterebivirkninger.aspx>. Søkt 24.02.2016.
14. J H De Maeyer, R A Lefebvre, et al. (2008). 5-HT₄ receptor agonists: similar but not the same. *Neurogastroenterology & Motility*, 20 (2) 99–112.
15. M R Briejer, J P Bosmans et al. (2001). The in vitro pharmacological profile of prucalopride, a novel enterokinetic compound. *European journal of pharmacology*, 423 (1), 71–83.
16. J Spencer, J Brown et al. (2004). Modulation of hippocampal excitability by 5-HT₄ receptor agonists persists in a transgenic model of Alzheimer's disease. *Neuroscience*, 129 (1), 49–54.
17. C Carnovale, P Pellegrino et al. (2013). Neurological and psychiatric adverse events with prucalopride: case report and possible mechanisms. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 38 (6), 524–525.

HENNING ØKLAND
spesialist i indremedisin og geriatri,
spesialrådgiver, RELIS Sør-Øst

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 til!  Tove Rutle – lagleder

Åpent sind og undren...

Tak til Elise som sendte stafetten til mig. Jeg er ikke god til at begrænse mig – eller fortælle kun én historie. Så her er to.

Jeg var heldig at blive sat i en skole med lærere som holdt af at fortælle. De ville lære os om den levende tanke og det frie ord. I grunden et fint pensum. Et af de pædagogiske greb var træne i at fortælle sagn og eventyr. Så bliver man sulten på selv at læse, få inspiration til at fortælle, og da jeg opdagede den nordiske mytologi, slugte jeg alt. Som dette vers fra Snorre Sturlasons «Vølvens Spådom»:

*I tidens morgen var intet til
Ej sand eller sø eller svaie bølger
Der fandtes ej jord eller himmel foroven
Der var Ginnungagap, af græs var der intet.*

Vi lærte at det var sådan det var da de første mennesker kom til Norden på jagt efter rensdyr. Det lave lys over det gølge landskab som isen havde efterladt. Ginnungagap – den skabende tavse urtid da historierne begyndte.

Det næste jeg kommer i tanke om er min barndoms praktiserende læge, som også var mine forældres kollega i lægehuset i Asnæs. Hver morgen sad de tre på række med hver deres telefon og tog imod opringer fra patienter, mens de sendte den store bog med timelister rundt imellem sig. For barnet som nogen gange så på, så det spændende ud.

På bordet, hvor telefonerne glødede lå et lille digt under et stykke klar plastic. Det var klippet ud af en avis og efterhånden helt gult. Det var et grik af Piet Hein (som tidligere har været i Lyrikkstafetten). Det lød:

*Min tillid til
hvad lægen ved
Er der kun ét
der kan slå ned:
Hans mine
afalvidenhed*

Hvorfor tænker jeg på de to digte sammen? Er der en sammenhæng mellem den rå tomhed som kalder på skabelse, og nødvendigheden af at vi læger holder sindet åbent og lader os opfylde af undren og forundring? Jeg tror det.

TORSTEIN RISØR