

Utposten

1 2017
ÅRGANG 46

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Kjernejournal

– belyst fra ulike perspektiver

Fibromyalgi – en forsømt pasientgruppe?

Legemidler ved røykeavvenning

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** AGaupfaret 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

Postboks 1046, Jeløy

1510 Moss

MOBIL: 990 09 090

E-POST: badboni@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

Dag-Helge Rønnevik

Århaugbakken 9

5541 Kolnes

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com

FORSIDEFOTO: Siv M. Wollmann

2. OMSLAG/LEDER: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

**1 LEDER: Verdens dårligste kosthold**

Anne Grethe Olsen

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Foretaksom fastlege

Anne Kvalheim intervjuet av Dag-Helge Rønnevik og Tom Sundar

7 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:**Fibromyalgi – en forsømt pasientgruppe?**

Heide A. Zangi, Sella Aarrestad Provan og Tove Borgen

12 Legemidler ved røykeavvenning

Jonas Åserud Skylstad og Serena Tonstad

15 Kjernejournal – et nasjonalt varslingssystem for viktig informasjon

Bent Asgeir Larsen og Lene Ekern Kvavik

22 En innbygger – en journal

Roar Olsen

24 Kjernejournal sett fra brukernes ståsted

Cathrin Carlyle

26 25 års EQUIP-service – kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten

Nicolas Øyane, Tor Carlsen, Karianne Gether og Ulrik Bak Kirk

28 Ny nasjonal faglig retningslinje for diabetes

Tor Claudi

32 Mat som medisin. Ingefær, gurkemeie og chili

Arild Aambø

38 Distriktsmedisin i paradisi

Karsten Kehlet og Andy O'Grady

40 Utfloed hos kvinner

Trine Kjus Brumoen

42 BOKANMELDelse: Kroppen i psykoterapi

Anmeldt av Eli Berg

43 BOKANMELDelse: En nødvendig fortelling om kvinnehjarter

«Kvinnehjarter» anmeldt av Dag Thelle

44 ALLMENNMEDISINSK DOKTORAVHANDLING:**Dårlig henvisning? Kanskje det, men er epikrisen din noe bedre?**

Miriam Hartveit

46 FASTE SPALTER

RELIS 46

LYRIKKSTAFETTEN 48

Verdens dårligste kosthold

Jeg ser ikke mye på TV, bortsett fra nyheter og spesielt værmeldingen. Værmeldingen er viktig for oss som bor i værharde strøk, og om jeg ikke har tid til å se hele Dagsrevyen, så skal jeg i alle fall ha med meg den. I starten av januar dukket det rett etter værmeldingen opp et TV-program som fanget min interesse, «World's best diet» var tittelen. En britisk dokumentar hvor man ved hjelp av kostholdseksperter og leger hadde rangert kostholdet i femti land. Kanskje ikke forskningsbaserte resultater, men likevel spennende nok til at jeg ble sittende.

Programmet startet med det landet som kom dårligst ut av de femti: Marshalløyene. Årsaken til det dårlige kostholdet skal være amerikanernes opphold der under andre verdenskrig, med okkuperte områder og atomprøvespredninger. Dette ødela næringsgrunnlaget for lokalbefolkningen og mulighetene for jordbruk og fiske. Det medførte en overgang til hermetikk og langreist usunn mat fra USA. Befolkningen har fortsatt med det samme kostholdet, da et sunnere kosthold med frukt og grønnsaker er mye dyrere. Dette har resultert i overvekt, diabetes og andre livsstilssykdommer. Marshalløyene har nå den høyeste dødeligheten av diabetes i verden.

Russland kom på 49. plass, med høyt inntak av vodka som en av hovedårsakene. Dette fører til høy dødelighet, spesielt blant menn. På 44. plass finner man Mexico, med et stort forbruk av mettet fett og sukker. Det gjorde inntrykk å se vognene med brus og søtsaker som sto på rekke og rad utenfor skolegårdene. Resultatet er overvekt og elendig tannstatus i ung alder. USA er ikke stort bedre enn Mexico, på 43. plass, og president

Nixon får skylda for dette med sin oppfordring til masseproduksjon av billig mat og raffinerte karbohydrater.

Det som fascinerte meg mest med dette TV-programmet var årsaksforklaringene på hvorfor kostholdet er så dårlig i de landene som kom verst ut. Det finnes stort sett alltid forklaringer på hvorfor enkeltmennesket eller en hel befolkning endrer adferd som påvirker helsen i positiv eller negativ retning. Det er lenge siden andre verdenskrig, siden Nixon regjerte og siden vodkaen gjorde sitt inntog i Russland, likevel er det ingen som har klart å snu den negative utviklingen i helsetilstanden hos befolkningen på Marshalløyene, hos unge menn i Russland og hos deler av befolkningen i USA. Det gir noe å tenke på. At jeg rett etter jordskjelvet i Nepal våren 2015 kunne kjøpe både Coca Cola og øl, men ikke vann og mat, i avsidesliggende strøk i fjellene var også en tankevekker. Hvem er det egentlig som bestemmer hva verdens befolkning skal spise og drikke? Hvor råder tilfeldighetene og hvor er det en plan? Og hvorfor er det så vanskelig å rette opp det som går galt og fører til sykdom?

Del to av dette TV-programmet, hvor Norge kom på sjette og Italia på andre plass, og hvor fersk fisk og dagligvarer av høy kvalitet sendte Island til topps med verdens beste kosthold, fikk jeg ikke sett. Men det er ikke overraskende at alle de skandinaviske landene kom høyt opp i rangeringen. Vi skårer høyt på økonomi og utdanning. Sosioøkonomisk status og helse henger sammen, med utdanning som den faktoren som har sterkest sammenheng med helseadferd. Når utdanningsnivået øker, blir helsetilstanden bedre. Vi har likevel problemer

med livsstilssykdommer, vi også. Velstandssamfunnet vårt gir både helse og sykdom, men muligheten for bedre helse med enkle grep – både i stor og liten målestokk – er en reell mulighet i vår del av verden.

Ny nasjonal retningslinje for diabetesbehandlingen er nettopp vedtatt, og i dette nummeret av *Utposten* har vi publisert de nye flytskjemaene i diabetesbehandlingen. Viktigheten ikke bare av å forebygge, men også behandle diabetes type II på best mulig måte, kan ikke påpekes for ofte. Der har allmennleger og samfunnsmedisinere en viktig rolle. Det gjelder en stor pasientgruppe, og systematikken i behandling og oppfølging av pasientene er ikke så komplisert, spesielt ikke når det finnes gode retningslinjer og flytskjemaer. I denne utgaven har vi også en artikkel om legemidler ved røykeavvenning. Antall dagligrøykere går stadig nedover, men det er fortsatt for høyt, og fastlegen har en unik mulighet til å oppmuntre til røykeslutt. Med disse artiklene i årets første *Utposten* vil vi prøve å bidra til å påvirke helsetilstanden i befolkningen i positiv retning. Vi sender dere også med Karsten Kehlet på en reise til Kokosøyene, ikke bare på grunn av spennende distriktsmedisinske forhold og vakre strender, men fordi livsstilssykdommene også der gjør sitt inntog. Overgangen til et nytt år bør alltid gi tid til ettertanke og nye muligheter for handling.

Ta vare på
helsen i 2017!

ANNE GRETHE
OLSEN

Foretaksom fast

Anne Kvalheim ■ INTERVJUET AV DAG-HELGE RØNNEVIK OG TOM SUNDAR

Hvis du sysler med dristige tanker om å etablere et helsehus med tverrfaglig profil, er Anne Kvalheim rett person å snakke med. Hennes pågangsmot og entreprenørånd har bidratt til synlige resultater i sentrum av Haugesund.

Da Helsehuset sist i høst kunne feire sitt første år i drift, vanket det hedersord fra både nær og fjern. En av dem som har best grunn til å være stolt er fastlege Anne Kvalheim ved Haugesund Medisinske Senter.

– Tenk, her var det ikke annet enn en parkeringsplass for et par år siden! sier hun med begeistring når *Utposten* kommer på besøk til vestlandsbyen en lørdag formiddag før jul. Kvalheim byr på en omvisning i Helsehusets luftige etasjer – i det som ennå kan kalles et nytt signalbygg, og som langt flere enn bare haugesunderne har lagt merke til. Da dørene åpnet høsten 2015, kom selveste helseministeren for å klippe snorer og kaste glans over begivenheten.

Plass til flere

Konstruksjonen består av en stor parkeringskjeller pluss syv etasjer og bygget rommer en rekke ulike virksomheter. På gateplan er det matvarebutikk, optiker og kafé. Andre etasje leies ut til en øyeklinikk, og i april kommer her også en stor tannlegeklinikk. I tredje finner vi Haugesund Medisinske Senter, hvor det er allmennleger, fysioterapeuter, ernæringsrådgiver, psykolog og kiropraktor. Snart kommer det også hudlege, kan Anne Kvalheim røpe mens vi går videre til treningssenteret lenge bort i samme etasje. En trapp opp i fjerde holder Privatsykehuset til – med operasjonssaler og sengepost – og i femte og sjette er det 22 omsorgsboliger som driftes av



I legekorrideren er det plass til flere framtidige fastleger!

Haugesund kommune. På toppen av bygget er det kantine, konferanserom og takterrasse med flott utsikt over byens sentrale strøk.

– Flere av pasientene våre bor jo i omsorgsleilighetene her. Vi ser dem trene med

fysioterapeutene, spise suppe i kafeen eller handle på butikken. Så det er et funksjonelt hus, spesielt for de som bor her. Det fungerer også som en møteplass – og det var jo hensikten, sier Kvalheim. Hun viser

lege

vei ned igjen til tredje etasje, hvor vi tar legesenterets innbydende lokaler i nærmere øyesyn. Resepsjon, ventrom, lab og romslige legekontorer inspiseres før vi setter oss til rette inne på møterommet. Legesenteret har fem fastleger og like mange medarbeidere – men ennå er det plass til flere: – Ja, vi kan tenke oss å utvide senteret med en til to nye fastleger etter hvert, og det har kommunen fått signaler om, opplyser hun med et entusiastisk smil.

Å realisere Helsehuset har vært en lang ferd, medgir hun, samtidig som det har gitt verdifull erfaring og innsikt: – Det er egentlig først nå som vi har kommet i normalt gjengete, at jeg har tid til å stoppe opp og se tilbake på alt jeg har vært med på og lært av dette – alt fra møtene med arkitekter og IKT-planleggere til arbeidet med å ferdigstille, utforme og innrede vår del av bygget.



Anne Kvalheim er stolt av faget sitt, og opptatt av å få fram at det ikke er noe «dille-fag». Relasjonene til pasientene er det aller viktigste for henne.

Det er nesten så jeg blir litt sliten av å tenke på det – men jeg må si at det var verdt strevet!

Best som fastlege

10 år er gått siden hun og hennes arbeidskolleger satt på Victoria-hjørnet noen kvartaler bortenfor og tenkte at de var i

ferd med å vokse ut av sine lokaler. Da Anne først kom inn i praksisen i 1997, var hun fersk lege – og kom rett fra turnus i Kjøllefjord i Finnmark. Opprinnelig var planen å jobbe en stund i Finnmark, men det hører med til historien at kjærligheten ville det annerledes: Hun møtte sin ektemann Klaus, som den gang var turnuslege i Mehamn, bare noen mil unna Kjølle-

Helsehuset – et nytt signalbygg i Haugesund.



fjord. Etter turnus fikk de begge jobbtilbud i hans hjemby Haugesund; han på sykehuset og hun i en helprivat allmennpraksis – og da valgte de å sette kursen mot sør-vest.

Overgangen fra turnustjeneste til å jobbe som allmennlege uten offentlig avtale ble en bratt læringskurve. Ettersom Anne stort sett var den eneste legen på kontoret, hadde hun sjelden noen allmennlegekollega å rådføre seg med. Men på senteret jobbet hun tett sammen med fysioterapeuter og avtalespesialister – og disse ble viktige støttespillere for den ferske legen. Det var aldri et nei når hun banket på nabadørene for å drøfte ulike problemstillinger, ofte sammen med pasientene i felles konsultasjon. Hun lærte mye av denne måten å arbeide på: – Ja, sånn sett kan man si at jeg er flasket opp med samhandling! Det lokale, tverrfaglige fagmiljøet som jeg ble en del av den gangen, var unikt. Det har jeg satt stor pris på nå i ettertid.

UTPOSTEN: Hva fikk deg til å velge allmennpraksis som yrkesvei?

– I starten ville jeg bli enten øyelege eller allmennlege, men da jeg begynte i allmennpraksis ble valget klart. Jeg stortrivedes – og jeg har da heller ikke sett meg tilbake. Jeg har kun hatt ett år borte fra allmennpraksis, det var sykehusåret på BUP. Veldig nyttig, men jeg skulle jo ikke bli psykiater – så veien tilbake til allmennpraksis var udiskutabel. Jeg liker friheten og variasjonen i tematikken pasientene kommer med, men aller mest den unike muligheten som ligger i den langvarige relasjonen mellom pasient og lege.

UTPOSTEN: Du begynte som helt fersk allmennlege. Hvilken rolle fikk du i den videre utviklingen av praksisen?

– Jeg jobbet mye alene de første to årene, men så fikk jeg en god kollega i Tom Strømsnes. Vi to drev legesenteret i årevis; jeg som den ferske, og han den erfarne. Da fastlegeordningen kom, kjøpte vi praksisen og inngikk avtale med kommunen. Fastlegeordningen utgjorde en kjempeforskjell – ikke bare på grunn av en ny driftsform med nye takster og priser, men rett og slett fordi jeg ble mye bedre kjent med pasientene. Da jeg var helprivat lege, var det mange som kom og gikk – og som bare ville ha en kjapp time. Å bli fastlege var kjempebra. Listesystemet gav forutsigbarhet både for meg og pasientene. Det ble også lettere å kunne avgrense og si nei til pasienter som ikke var på lista. Som fastlege kunne jeg planlegge og styre min praksis på en ny og bedre måte.

Samhandling fra dag 1

Anne Kvalheim legger ikke skjul på at hun er stolt over å være fastlege – og stolt over sitt fag, allmennmedisin: – Jeg er opptatt av å formidle at allmennmedisin ikke er noen «dille-medisin» der vi sender alt videre til spesialist, slik enkelte sykehuskolleger synes å tro. Allmennmedisin er et omfattende fag som setter lege-pasient-forholdet i sentrum. Når jeg har andre fastleger på praksis-besøk er jeg stolt over å få vise fram de flotte pasientene mine! Poenget mitt er at jobbstoltheten jeg snakker om, i stor grad handler om de gode relasjonene jeg har til mine pasienter, understreker hun, og legger til med et smil: – Så mener jeg da også at jeg har den beste arbeidsplassen i landet!

Trivselen i faget og blant kolleger og medarbeidere er det ikke noe å si på: – Jeg har en fantastisk jobb og lærer utrolig mye av å jobbe sammen med fysioterapeuter, kiropraktorer og avtalespesialister. For meg har det vært samhandling fra dag en i allmennpraksis!

UTPOSTEN: Så når du leser om teamarbeid i primærhelsemeldingen, lurer du på «hva er nytt her egentlig»?

– La meg si det slik: Vi har holdt på med samhandling lenge før ordet ble tatt i bruk, og erfart at det fungerer. God samhandling avhenger av gode relasjoner, av faglighet og samarbeid. Sammen må vi strekke oss for pasientene. Et lite eksempel fra min arbeidshverdag er når jeg følger en pasient bort til fysioterapeutene i nabogangen eller jeg tar noen med til øyelegen i etasjen under for å få en rask vurdering, uten at det nødvendigvis skal koste pasienten noe ekstra. Vi bare gjør det – vi samhandler, og det er jeg stolt av!

Etterspør utdanningspakke

Fastlegene ved senteret har omtrent like mange listepasienter hver, med et individuelt maks-tak på ca. 1200. Den ferskeste fastlegen startet med nullhjemmel i september og har allerede 600 på listen. Kvalheim forteller at tre av kollegene har det til felles at de alle begynte som vikarer og stedfortredere for andre, for så å få tildelt en nullhjemmel og etablere egen liste. Hun anbefaler unge leger å prøve seg en tid som vikar før de inngår fastlegeavtale og kjøper seg inn i en praksis: – Man må finne ut om man er fornøyd og fungerer sammen med andre i et fastlegefelleskap, påpeker hun.

UTPOSTEN: Hva skal til for å få flere til å velge fastlegepraksis?

– Noe av det vi fastleger liker best med jobben vår, er selvstendigheten: at vi kan

styre arbeidshverdagen, organisere og påvirke. Jeg liker det i alle fall! Men samtidig er det utrolig mye ansvar, og det tror jeg skremmer de ferskeste legene. Det kan virke så mye enklere å begynne i en LIS-stilling på sykehus, der tingene er 'linet opp' og man har fri før og etter vakt, får betalt når man deltar på kurs, kan være hjemme med sykt barn eller ikke trenger å tenke på vikar. Så jeg mener at man må vurdere ALIS-stillinger for å få flere unge inn i yrket. Og unge kolleger må inkluderes i større fastlegefelleskap. Felleskapet gir rom for læring og forebygger utbrenthet.

UTPOSTEN: Når du sier mye ansvar, mener du faglig eller administrativt?

– Egentlig mer det administrative. Lege-ene i min veiledningsgruppe sier at det er alt det administrative, for eksempel arbeidsgiveransvaret, som er skummelt, ikke det faglige. Jeg tror noen vegrer seg for at kappa skal bli for stor. Kanskje vi erfarne allmennleger framstiller driftsoppgavene litt for ofte som et ork? Hvis vi kunne lage bedre «pakker» hadde nok flere ville valgt allmennmedisin.

UTPOSTEN: Har du forslag til innhold i slike «pakker»?

– Det bør etableres en ordning med utdanningsstillinger som gjør det mulig å prøve seg i faget under oppfølging og komme i gang med veiledningsgruppe og grunnkursene, uten å måtte binde seg og ta opp store lån. En ordning med for eksempel to års ALIS-stilling kunne vært noe. Når en ny fastlege begynner, tenker jeg at kommunen må sørge for en grundig innføring i hvordan og med hvem man samarbeider. En digital oppstartsbok med nyttige tips og kontaklinformasjon burde være en selvfølge.

UTPOSTEN: Tror du fastlønnsstillinger er en del av løsningen?

– Jeg har tro på faste stillinger for å komme i gang, i trygge rammer og med kolleger som kan gi tips og gode råd når man møter nye pasienter med nye problemstillinger. En slags videreføring av turnuslege-stillingene i samarbeid med kommunene hadde vært lurt. Det er viktig at fastlegepraksis blir kjerneinnholdet i denne typen stilling og at ikke arbeidsdagene fylles opp med andre allmennmedisinske oppgaver som sykehjem og legevakt.

UTPOSTEN: Dere har tatt et ansvar med å bygge stort nok til å ta inn flere leger, og dere har utgifter med det så lenge det ikke er full drift. Men det har jo ikke kommunen



Et tverrfaglig senter krever likeverdige parter og gjensidig respekt – dette har vært sentralt i etableringen av Helsehuset.

bedt dere om, og man kan kanskje ikke forvente at fastleger skal gjøre dette av seg selv?

– Kanskje er vi idealister, men igjen handler dette litt om den stoltheten jeg er opptatt av. Vi synes det vi har fått til er så bra at flere bør få oppleve det, for da tror vi flere yngre kolleger blir værende i allmennpraksis. Kommunene må forstå at for å få allmennleger så må man få på plass trygge og forutsigbare rammer ved gode legesentre.

Dialog og samarbeid

Kvalheim forteller at legesenteret har invitert kommunen til å drøfte strategier for å rekruttere nye fastleger, både underveis i planleggingen av Helsehuset og etter at de åpnet dørene. Det har også vært mye diskusjon i ALU-møtene om hva kommunen gjør eller ikke gjør i forhold til rekruttering.

UTPOSTEN: Har Haugesund en plan for legetjenesten, slik avtaleverket anbefaler kommunene å ha?

– Så vidt jeg vet er det ingen overordnet plan eller oversikt i kommunen om utviklingen av fastlegeordningen. Nylig ble en hjemmel utlyst flere ganger uten at man fikk relevante søkere. Kommunen tar for lite grep for at det skal bli attraktivt å søke på fastlegehemler, men det må skje i samarbeid med fastlegene og her har ALU, LSU og tillitsvalgte et ansvar.

UTPOSTEN: Nå kommer det 'fullt trykk' på at legetjenestene skal utvikles og integreres med øvrige kommunale helsetjenester. Har du noen tanker om hva kommunen kan gjøre for å få en konstruktiv dialog med fastlegene?

– Det handler blant annet om å bygge gode relasjoner. Jeg opplever at vi har en god helsesjef som er opptatt av å finne gode løsninger. Vi fastleger oppfattes iblant som konger og dronninger, vi har våre sterke meninger om hva som må til og hva som er smart – og forslagene kan variere fra lege til lege. Derfor kan det kanskje være forvirrende for en kommune å forholde seg til oss. Det er viktig at vi leger bruker våre ka-

naler og tillitsvalgte på en konstruktiv og korrekt måte. Kommunen har både en plikt og et ansvar for å sørge for gode premisser for fastlegedrift. Da må man også bry seg om hvordan vi har det og hvordan vi jobber. Samtidig mener jeg at det ligger et ansvar på oss fastleger for å gjøre en skikkelig jobb og prøve å forbedre det som ikke er bra nok.

UTPOSTEN: Kan man snakke om en allmennmedisinsk fellesskapsfølelse i en kommune – en gruppeidentitet?

– Det kan man nok si, men det tar tid å utvikle dette. Selv brukte jeg mange år på å komme inn i fellesskapet her i området, og på at folk skulle vite hvem jeg var – både innad blant fastlegene og vis-à-vis sykehuset.

UTPOSTEN: Er kommunen for lite synlig og involvert, savner du mer kontakt med din kommune?

– Ja, vi fastleger trenger feedback på jobben vi gjør og iblant en klapp på skulderen! Og når ting ikke går så bra, mener jeg

at kommuneoverlegen – som er mellomleddet mellom kommuneadministrasjon og fastlegene – bør ha samtaler med dem det gjelder. Det kan være en ubehagelig rolle å ta, men det mener jeg en kommuneoverlege må gjøre, understreker Anne Kvalheim.

Samtalen penser over på behovet for bedre samarbeid og ledelse i fastlegeordningen. På dette punktet er intervjuobjektet klinkende klar på at fastleger ikke er villig til å la seg lede av hvem som helst.

– Vi fastleger vil ikke la oss styre, men vi kan være med på å la oss lede – men ikke av noen som ikke har peiling på hva vi driver med. Jeg vil ledes av noen som vet hva jeg står for og som respekterer mitt fag.

UTPOSTEN: Noen hevder at fastleger er selvcentrerte og vanskelige å samarbeide med?

– Vi er ikke selvcentrerte, vi er pasientcentrerte! Og det er vi fordi vi er fastleger for pasientene våre. De er vår høyeste prioritet.

UTPOSTEN: Samtidig er det økende behov for at fastleger som har kapasitet og lyst til det, kan engasjere seg innen utviklingsarbeid, forebygging og helsefremming. Er rammene gode nok for at man kan engasjere seg utenfor egen praksis i dag?

– Dersom vi skal engasjere oss utover det kurative arbeidet, må det frigjøres kapasitet, tid og krefter for å få til det. Og det vil bety færre listepasienter eller et system med delelister. Dette kan være et alternativ, men samtidig må vi ta vare på kontinuiteten. Det er de langvarige lege-pasientrelasjonene som er viktig i fastlegeordningen.

Stiller krav

Igen poengterer Kvalheim sitt mantra om at man ikke skal dille med faget, og hun peker på diskusjonen rundt henvisningskvalitet for å illustrere hva hun mener: – Det holder ikke at en fastlege skriver en linjehenvisninger. Det er dårlig håndverk som ikke bare medfører risiko for feil prioritering av pasientene, men det går også ut over hele fastlegegruppas faglige renommé.

UTPOSTEN: Stiller du høye krav til kolleger og medarbeidere?

– Ja, det gjør jeg. Og til meg selv. Jeg ønsker at pasientene skal oppleve kvalitet i alle ledd i møtet med oss. For å ta ett eksempel: Jeg mener at vi fastleger skal holde tiden. Å vise respekt for pasientens tid er kjempeviktig. Dette kan vi organisere, det handler mye om hvordan vi legger opp ti-



Et godt kollegialt fellesskap og kontroll over egen arbeidsdag er viktig for Annes trivsel som fastlege.

meboka og oppdrar både pasienter og ansatte! Vi vet omtrent hvor mange som ringer hver dag for å få øyeblikkelig hjelp-time. Vi ønsker at pasientene skal oppleve at vi driver faglig oppdatert praksis. Dette betyr ikke at vi skal late som om vi kan alt, snarere tvert om. Det å vise at vi søker råd hos kolleger når vi er usikre er mye viktigere, sier 47-åringen.

På spørsmålet om hvordan hun selv holder seg faglig oppdatert, svarer hun at hun foretrekker å dra på kurs, fordi kurs gir en sosial dimensjon i tillegg til det faglige. Hun er fast deltaker på det årlige Geilo-kurset; da har hun også mulighet å få med seg noen fine skiturer.

– Slike kurs er en viktig 'time-out' fra fastlegejobben. Det er både faglig nyttig og gøy sosialt å møte andre kolleger på kurs som går over flere dager. Et nettkurs eller kveldsmøte kan aldri erstatte dette – og det tror jeg ikke alltid våre unge kolleger har forstått. Vi trenger slike pauser for å holde ut i jobben og fortsette å gjøre en god faglig jobb, sier hun.

For øvrig deltar hun i smågruppe og hun har også tatt Legeforeningens veilederutdanning. Det fremhever hun som en spesielt givende erfaring, fordi hun ble utfordret både personlig og faglig. På spørsmålet om hvorfor hun ville bli veileder i allmennmedisin, svarer hun enkelt: – Det handler også mye om den faglige stoltheten. Jeg vil så gjerne at nye kolleger skal oppleve hvor givende det er å jobbe som allmennlege!

UTPOSTEN: Hadde du selv våget å starte i allmennpraksis i dag – nå som det ofte snakkes om at den 'allmennmedisinske bøtta' er full?

– Det tror jeg, ja. Det er gøy å jobbe og jeg får så mye igjen fra pasientene... Vi fastleger blir jo 'junkier' på feedback! Minst 20 ganger om dagen får du umiddelbare tilbakemeldinger som bekrefter deg og den jobben du gjør. Men skal du overleve som fastlege, må du sørge for å ha et godt kollegialt fellesskap og legge premissene for egen arbeidshverdag og organisere tiden og timeplanen. Men altså: Det krever organisering og at legen ikke påtar seg for store pasientlister. Og så synes jeg leger i en oppstartsfase kanskje bør få lettelse i kommunale oppgaver. Kanskje skal ikke alle fastleger ha kommunal bistilling, og kanskje flere av oss skulle vært med i styringsgrupper eller utvalg istedenfor å sitte noen timer på helsestasjon eller sykehjem.

UTPOSTEN: Er Helsehuset i Haugesund en god modell for andre som har lyst å utvikle et godt tverrfaglig arbeidsmiljø?

– Ja, her er vi på likefot, både faglig og i eierstruktur. Det er ikke slik at legene eier lokalene og at fysioterapeutene får lov å leie seg inn. Her er vi likeverdige – og det er viktig for at et tverrfaglig senter skal fungere. Vi må ha respekt for hverandre, både faglig og personlig, og det synes jeg vi har fått til her!

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.

Fibromyalgi

– en forsømt pasientgruppe?

■ HEIDI A. ZANGI

Phd/Sykepleier, Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, Diakonhjemmet Sykehus

■ SELLA AARRESTAD PROVAN

Phd/revmatolog, revmatologisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus

■ TOVE BORGEN

Fastlege, bydel Nordre Aker, Oslo og praksiskonsulent, Diakonhjemmet Sykehus



Fibromyalgi er en av de vanligste årsakene til utbredte og langvarige muskelskjelettsmerter og den revmatiske sykdommen som forekommer nest hyppigst, etter artrose.

Norske studier viser en forekomst i befolkningen på mellom 3 og 6 prosent (1). Det er ingen sikker forskjell i utbredelsen av fibromyalgi mellom ulike land, kulturer eller etniske grupper. Fibromyalgi oppstår hyppigst i aldersgruppen 20 til 55 år, men kan opptre i alle aldre, også hos barn og unge.

De første kriteriene for diagnostisering av fibromyalgi ble publisert av American College of Rheumatology (ACR) i 1990 (2). Kriteriene krevde smerter i det aksiale skjelettet, over og under midjen og på begge sider av kroppen, samt minst 11 av 18 trykkømme punkter. Omtrent 90 prosent av dem som fikk diagnosen ut fra disse kriteriene var kvinner. I 2010 kom ACR med nye diagnosekriterier basert på et bredere symptom-bilde (3). Med disse kriteriene er forholdet mellom kvinner og menn endret til 2:1 (4). I klinisk praksis bør fibromyalgi mistenkes dersom en pasient har utbredte smerter som har vart i mer enn tre måneder og ikke kan forklares av skade eller inflammasjon.



Kvalitative studier har vist at utviklingen og opplevelsen av smertene ved fibromyalgi kan påvirkes av livserfaringer.

Nye diagnosekriterier

Susanne er 42 år og i full jobb som lærer i barneskolen. Hun oppsøker fastlegen fordi hun over en lengre periode har hatt vedvarende smerter i rygg, lår, skuldre og underarmer. Hun har tidligere, i to perioder, hatt ryggsmarter med isjialgi. Hver gang har smertene vart i flere måneder. Nå synes hun at smertene har endret karakter. Susanne våkner med smerter og føler seg aldri utkvilt lenger. Det er sjelden hun sover en hel natt. Hun føler seg utmattet og merker at hun har problemer med å konsentrere seg. I perioder er hun også plaget med hodepine. Susanne er blitt mer følsom for støy i klasserommet, og hun synes det blir mer og mer krevende å være til stede på jobben.

Susanne har tidligere trent styrke for å holde ryggsmertene i sjakk, men den siste tiden har hennes faste treningsprogram bare økt smertene. Hun har aldri hatt leddhevelser, men føler at fingrene ofte er hovne. Det er ingen tilfeller av inflammatorisk revmatisk sykdom i familien, men en søster har fibromyalgi.

I diagnosekriteriene fra 2010 er smerter fortsatt et hovedsymptom, men antall smertepunkter er ikke alene avgjørende for å stille diagnosen. I tillegg spørres det om grad av tretthet/utmattelse, søvnforstyrrelser og hukommelsesproblemer, samt

forekomst av hodepine, magesmerter og depresjon de siste seks månedene. Det har vist seg at disse kriteriene i stor grad fanger opp de samme pasientene, men i tillegg flere menn. Fra 2011 har det vært mulig for pasientene selv å fylle ut et skjema som kartlegger tilstedeværelse og grad av symptomer (5). For å stille diagnosen anbefales det imidlertid at det pasientrapporterte spørreskjemaet sammenholdes med en klinisk undersøkelse der det kartlegges om det kan være andre årsaker til de utbredte smertene. Dersom pasientens smerter og trykkmohet hovedsakelig er lokalisert til leddene, for eksempel i hendene, bør pasienten undersøkes videre med tanke på en inflammatorisk revmatisk leddsykdom. Er smertene mer diffust utbredt, lett trykk på muskulaturen er smertefullt, og blodprøvene ikke viser inflammasjon, er dette en indikasjon på fibromyalgi.

Sykdomsmekanismer – et sammensatt symptombilde

Personer med fibromyalgi kan ha en lang historie med ulike lokaliserte smertetilstander som for eksempel hodepine/migræne, gastrointestinale plager, rygg- og nakkesmerter. Disse smertene kan over tid

føre til modulering av smerteimpulsene gjennom perifer og sentral sensitisering, som gir allodyni (økt smertefølsomhet) og hyperalgesi (forsterket smerteopplevelse). Ved fibromyalgi er det påvist endringer i både oppadgående og nedadgående smertebaner som tyder på en økt smertesignaler samtidig som man ser en reduksjon i den dempende inhibitoriske aktiviteten (6). Denne sentrale sensitiseringen kan også medvirke til andre symptomer som utmattelse, hukommelsesproblemer, søvnforstyrrelser og nedstemthet.

Dårlig søvnkvalitet og fysisk inaktivitet er kjente problemer ved fibromyalgi. Over 90 prosent av pasientene rapporterer om dårlig søvn. Både søvnproblemer og inaktivitet har samtidig vist seg å være betydelige risikofaktorer for å utvikle muskelsmerter (7).

Endringene i smertemoduleringen i sentralnervesystemet påvirkes blant annet av genetiske faktorer, noe som tyder på en viss genetisk disposisjon ved fibromyalgi. Dette støttes av at personer som har nære familiemedlemmer med fibromyalgi, har en økt risiko for å utvikle denne sykdommen og andre smertetilstander (4).

Årsakene til fibromyalgi er uoversiktlige og sammensatte. Kvalitative studier har vist at utviklingen og opplevelsen av smer-

tene kan påvirkes av livserfaringer som vedvarende negativ stressbelastning, konflikter i nære relasjoner eller på jobb, mobbeerfaringer, langvarig sykdom i nær familie, og krenkende livshendelser som fysiske og psykiske overgrep. Livserfaringene setter seg bokstavelig talt i kroppen og kan omformes til smerter (8, 9). Det kan se ut til at flere barn og unge utvikler muskel- og skjelettplager i dag enn tidligere. Stressaktiverende faktorer, som urealistiske høye krav til seg selv, perfektionisme og følelsen av ikke å strekke til i forhold til egne og andres forventninger, kan disponere for utvikling av muskelsmerter.

Fibromyalgi opptrer ikke sjelden sammen med andre revmatiske sykdommer som artrose, revmatoid artritt og lupus – mellom 10 og 30 prosent av disse pasientene fyller kriteriene for fibromyalgi. Tidligere ble dette kalt for sekundær fibromyalgi. Nå ser man heller på dette som en sentralisert smertetilstand.

Fibromyalgi medfører i seg selv ikke økt mortalitet, men kan være en risiko ved at diagnostisering av kreft og hjerte-kar-sykdommer forsinkes fordi både pasient og lege har problemer med å identifisere eller vurdere nye symptomer (10).

Behandling av fibromyalgi

Fibromyalgi har altså et svært sammensatt symptom-bilde og må behandles som den komplekse tilstanden det er. European League Against Rheumatism (EULAR) publiserte nye behandlingsanbefalinger i 2016 (11). Disse anbefalingene er basert på systematiske oversikter og meta-analyser av studier publisert fram til mai 2015. Gruppen som har utarbeidet anbefalingene konkluderer med at optimal behandling krever rask diagnostisering og en helhetlig vurdering av smerter, funksjon og pasientens psykososiale situasjon. Alle pasienter bør få informasjon om sykdommen og hva de selv kan gjøre for å lindre symptomene og leve best mulig med sykdommen. Slik informasjon finnes bl.a. på Norsk Revmatikerforbunds nettside: www.revmatiker.no/diagnose/fibromyalgi.

Ikke-medikamentell behandling bør være førstevalg. Sterkest evidens finnes for fysisk trening, både kondisjons- og styrketrening. Dersom pasienten har vært fysisk inaktiv, anbefales en gradvis opptrening med vekt på kondisjon før man begynner å trene styrke. For mange kan det være nok å øke den daglige fysiske aktiviteten før de begynner med trening. Det er også vist at bevegelsesterapier som qigong, yoga og tai chi har en moderat positiv effekt på søvn og utmattelse, og at effekten kan opprettholdes over tid. Videre kan mindfulness-basert stressmestring dempe både stress og smerter. Mange pasienter forteller at de har god nytte av trening i varmtvannsbasseng. Dette støttes av tilgjengelig forskning (11).

For personer som strever med å mestre sykdommen anbefales multimodal rehabilitering som omfatter undervisning og tilpasset fysisk aktivitet/trening kombinert med en kognitiv intervensjon. Ulike kognitive atferdsterapier kan både redusere smerter og bedre daglig funksjon og mental helse. Disse intervensjonene gjennomføres ofte som gruppebaserte kurs. Eksempler er kurs i belastnings- eller depresjonsmestring (KIB- og KID-kurs) som nå tilbys ved flere frisklivssentraler. Kvalitative studier har vist at personer med langvarige helseutfordringer har stor nytte av å møte andre som er i lignende situasjon som dem selv og dele erfaringer om hvordan de mestrer livet med sykdommen (12).

For personer med fibromyalgi som har opplevd å bli mistrodd og strevd med å forklare symptomene sine, kan det å få aksept for sykdommen sin, bli trodd og tatt på alvor bidra til å frigjøre mestringsressurser.

Det er moderat evidens for effekt av medikamentell behandling. Medikamenter kan være indisert der annen behandling ikke har ført frem. Behandlingen bør være individuelt tilpasset. Ved sykdom som er dominert av søvnforstyrrelser kan det være indikasjon for lavdose amitriptylin. Ved spesielt sterke smerter kan tramadol, gjerne i kombinasjon med paracetamol, eller pregabalin forsøkes. Hvis angst og depressive symptomer dominerer kan

en serotonin- og noradrenalinreopptakshemmer i noen tilfeller gi reduksjon av smerter og være et nyttig tillegg til ikke-medikamentell behandling. Det er ingen evidens for effekt av NSAIDs, kortison eller opioider og bruk av disse frarådes (11).

Samhandling, Livsstyrketrening® og fysisk aktivitet for bedre behandling av fibromyalgi – en pågående studie

I Helsedirektoratets nasjonale prioriteringsveileder for revmatologi anses fibromyalgi/langvarige muskelsmerter som «et allmennmedisinsk ansvarsområde uten behov for spesialisthelsetjenester». Disse pasientene skal derfor hovedsakelig ivaretas i kommunehelsetjenesten (13). Erfaring viser imidlertid at mange pasienter vil ha behov for en 'second opinion' av spesialist for å avklare diagnosen og utelukke andre revmatiske sykdommer. Spesielt viktig er det at pasienter med anamnese på psoriasis, uveitt, inflammatorisk tarmsykdom eller arvelig på inflammatorisk revmatisk sykdom vurderes for henvisning til spesialist.

Helse Sør-Øst finansierer nå et nytt forskningsprosjekt som er et samarbeid mellom seks kommuner på Øvre Romerike, to bydeler i Oslo og revmatologisk avdeling på Diakonhjemmet Sykehus, Oslo. Prosjektet ledes av Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering. Pasienter, som er bosatt i nevnte kommuner/bydeler, med utbredte muskelsmerter og mistanke om fibromyalgi kan henvises fra fastlege til undersøkelse hos revmatolog. De som henvises må være mellom 20 og 50 år og ikke ha vært helt ute av arbeidslivet på grunn av sykdom i mer enn to år. Alle henviste pasienter får tilbud om et tre timers kurs om fibromyalgi og smertemekanismer. Personer med fibromyalgi blir så forespurt om å delta i en randomisert kontrollert studie i sin hjemkommune/bydel. De som blir randomisert til tiltaksgruppen, deltar i et multimodalt rehabiliteringsprogram. De gjennomfører først Livsstyrketrening®, et kurs som går over 10 uker og inneholder en kombinasjon av oppmerksomhetstrening, kognitive og affektive elementer. Deretter deltar de på 12-ukers veiledet fysisk aktivitet/treningsprogram ved en kommunal frisklivssentral. Treningen samsvarer med frisklivssentralenes eksisterende tilbud. Kontrollgruppen følger det behandlingsopplegget de ellers ville ha fulgt. Gruppe følger i 12 måneder, og kontrollgruppen får deretter tilbud om det samme rehabiliteringsprogrammet. Hensikten med

«Det er som en byrde er tatt av. En stor sekk, når du sier det sånn. Jeg er ikke lat, jeg er syk og det kan jeg gjøre noe med, for nå vet jeg hva det er, og da har du helt andre ressurser, du frigjør jo masse energi.»

Kvinne, 45 år, fibromyalgi

TEMAER I LIVSSTYRKETRENING®

- Hvis kroppen kunne snakke...
- Hvem er jeg? Om selvoppfatning og selvilde
- Verdier – hva er viktig for meg?
- Hva jeg? Om å sette egne grenser
- Sterke og svake sider
- Dårlig samvittighet
- Sorg
- Sinne
- Glede
- Ressurser, muligheter, valg



ILLUSTRASJONSFOTO: COLUMBIOX

studien er å teste ut om et slikt multimodalt rehabiliteringsprogram kan bedre pasientenes generelle helsetilstand, redusere symptombelastningen og forebygge eller redusere frafall i arbeidslivet.

Livsstyrketrening®

Livsstyrketrening gjennomføres i grupper på 8 til 12 personer og har fokus på å styrke deltakernes helsefremmende ressurser og tro på at de selv kan finne fram til gode problemløsninger. Gjennom trening i oppmerksomt nærvær, ulike kreative metoder og refleksjonsøvelser, får deltakerne økt bevissthet om egne handlings- og tanke-mønstre og mulighet til å ta nye og mer hensiktsmessige valg. Det oppmerksomme nærværet kan redusere stress ved at man gir slipp på grubletanker om hvordan man burde være, tanker om feil, mangler og det som ikke ble slik man ønsket, og bekymringer for det som ligger foran. Man lærer å møte seg selv og sine egne reaksjoner med større vennlighet og nysgjerrighet fremfor å være kritisk bedømmende. Kurset er bygget opp rundt «livstemaer» som kan berøres av det å leve med ulike helseplager (SE TEKSTBOKS).

Hvert kurs har to ledere som er sertifisert gjennom en egen videreutdanning (<http://www.vid.no/studier/livsstyrketrening>). Kurset er evaluert i to randomiserte kontrollerte studier, en som inkluderte personer med langvarige muskelskjelettsmerter, og en som inkluderte personer med inflammatorisk artritt. Begge studiene viste at tiltaksgruppen fikk redusert stress, bedre smertemestring og økt mentalt velvære sammenlignet med kontrollgruppen (14, 15). Gruppen med inflammatorisk artritt fikk også redusert utmattelse og økt mestringstro. Effektene var vedvarende eller økt ett år etter kurset.

Oppsummering

‘Susanne’ i eksempelet over ble svært lettet da hun fikk diagnosen fibromyalgi og fikk vite at dette var noe hun hadde muligheter til å bli bedre av. Da hun kom til legen var hun engstelig for hva smertene kunne skyldes og om hun måtte leve med disse smertene resten av livet. Hun fikk bekrefte at hun ikke hadde noen underliggende alvorlig sykdom, og at det ikke var farlig for henne å være i aktivitet. Tvert imot fikk hun vite at noe av det som kunne gjøre henne bedre var å holde seg fysisk aktiv og gradvis øke mengden av trening. For å klare jobben som lærer, trengte hun noe hjelp til å sove bedre. I en periode måtte hun derfor bruke en lavdose (ikke vanedannende) sovemedisin. Hun fikk informasjon om ulike kurs og mestringstilbud.

Å bli tatt på alvor og slippe å kjempe for å få en diagnose vil for de fleste frigjøre ressurser som kan brukes til å mestre plagene. Ved langvarige helseutfordringer, som ved fibromyalgi, er det viktig å etablere en felles forståelse og god dialog om hva som kan bidra til mestring og bedre helse fremfor å fokusere på problemer og dysfunksjon (9). Å få styrket sin tro på at det er mulig å bli bedre ved en aktiv egeninnsats og veiledning fra helsepersonell, vil for mange kunne reversere sykdomsutviklingen og motvirke forverring.

REFERANSER

1. Kinge JM, Knudsen AK, Skirbekk V, Vollset SE. Musculoskeletal disorders in Norway: prevalence of chronicity and use of primary and specialist health care services. BMC musculoskeletal disorders. 2015; 16: 75.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis and rheumatism 1990; 33: 160–172.
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College

of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis care & research 2010; 62: 600–610.

4. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. JAMA 2014; 311: 1547–1555.
5. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Hauser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. The Journal of rheumatology 2011; 38: 1113–1122.
6. Choy EH. The role of sleep in pain and fibromyalgia. Nature reviews Rheumatology 2015; 11: 513–520.
7. Mork PJ, Vik KL, Moe B, Lier R, Bardal EM, Nilsen TI. Sleep problems, exercise and obesity and risk of chronic musculoskeletal pain: the Norwegian HUNT study. European journal of public health 2014; 24: 924–929.
8. Steen E, Haugli L. Generalised chronic musculoskeletal pain as a rational reaction to a life situation? Theoretical medicine and bioethics 2000; 21: 581–599.
9. Malterud K. Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 2356–2359.
10. Smith D, Wilkie R, Uthman O, Jordan JL, McBeth J. Chronic pain and mortality: a systematic review. PLoS one. 2014; 9(6): e99048.
11. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis 2016; 0: 1–11. doi:10.1136/annrheumdis-2016-2.
12. Zangi HA, Hauge MI, Steen E, Finset A, Hagen KB. «I am not only a disease, I am so much more». Patients with rheumatic diseases' experiences of an emotion-focused group intervention. Patient education and counseling 2011; 85: 419–424.
13. Prioriteringsveileder i revmatologi. Oslo: Helse- direktoratet, 2015.
14. Haugli L, Steen E, Laerum E, Nygard R, Finset A. Learning to have less pain – is it possible? A one-year follow-up study of the effects of a personal construct group learning programme on patients with chronic musculoskeletal pain. Patient education and counseling 2001; 45: 111–118.
15. Zangi HA, Mowinckel P, Finset A, Eriksson LR, Hoystad TO, Lunde AK, et al. A mindfulness-based group intervention to reduce psychological distress and fatigue in patients with inflammatory rheumatic joint diseases: a randomised controlled trial. Annals of the rheumatic diseases 2012; 71: 911–917.

HEIDI.ZANGI@DIAKONSYK.NO

Legemidler ved røykeavvenning

■ JONAS ÅSERUD SKYLSTAD • Turnuslege, Ullevål sykehus/OUS

■ SERENA TONSTAD • Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin, OUS

Røykeavvenning er en utfordrende oppgave, både for helsepersonell og pasient. Motivasjonsstøtte kombinert med legemidler øker andelen som slutter fra 3–6 prosent til over en fjerdedel. Den første randomiserte placebokontrollerte studie som sammenliknet tre legemiddelklasser hos røykere med eller uten psykiatrisk sykdom bekreftet at vareniklin er det mest effektive legemiddel.

Andelen nordmenn som røyker daglig er halvert de siste 10 år. Likevel viser tall fra Statistisk sentralbyrå at 13 prosent av den norske befolkning røykte daglig i 2015. I tillegg røyker 9 prosent av og til. Denne andelen har ikke gått ned i løpet av disse 10 år. Også av-og-til-røyking øker risiko, spesielt for hjerte- og karsykdommer der relasjonen mellom røyking og sykdom ikke er lineær (1).

Om lag 70 prosent av røykere har lyst til å slutte å røyke, mens over 50 prosent har prøvd å slutte i det siste året (2). Kun 32 prosent av røykerne som har forsøkt å slutte søker hjelp, og enda færre bruker de mest effektive behandlingene. Kun 3–6 prosent av røykere som slutter uten hjelpemidler er fortsatt røykfrie etter ett år. Med optimal behandling øker andelen til over en fjerdedel (2). Dette understreker behovet for legemidler som assisterer røykeslutt, noe som kan forstås i lys av nikotins virkning på sentralnervesystemet. Nikotin fra røyk øker impulsoverføring i dopaminerge synapser i det mesolimbiske systemet i hjernen. Nikotin oppregulerer sin egen reseptor, noe som forsterker symptomer på abstinens.

Hvordan komme i posisjon?

Helsemyndighetene anbefaler at man benytter minimal intervensjon. Dette er en kort motiverende samtale som bør gjennomføres ved alle egnede konsultasjoner for å starte prosessen med røykeavvenning. Et eksempel er:

- ❶ Røyker du?
- ❷ Hva tenker du om det?
- ❸ Jeg vil anbefale deg å slutte, og jeg kan hjelpe deg.

Av-og-til-røykere definerer ofte seg selv som ikke-røykere og bør anbefales å slutte totalt. Hos daglige røykere har endringsmodellen vært mye brukt i arbeidet med røykeavvenning. Den beskriver ulike endringsfaser fra likegyldighet til aktiv endring og vedlikehold av nye vaner. Denne modellen er ikke validert, og en alternativ framgangsmåte er foreslått der behandlingen (som ved andre sykdommer) tilbyr behandling proaktivt. Punkt 3 ovenfor kan omformuleres til

«Vi har behandling som hjelper deg å slutte og jeg kan hjelpe deg med medisin og oppfølging. Har du lyst til å prøve?»

Den mest effektive hjelpen som kan tilbys er legemidler i kombinasjon med motiverende støtte i form av korte samtaler, røyketelefonen, nettbaserte programmer eller egnede app'er. Blant legemidlene brukes nikotinerstatningsprodukter oftest av pasienter på egenhånd, mens bupropion og vareniklin er reseptbelagte og brukes optimalt med støtte av helsepersonell.

Nikotinerstatningsprodukter

Alle former for nikotinerstatning avgir nikotin saktere enn sigaretter. Derfor har nikotinerstatningsprodukter et betydelig lavere potensial for å skape avhengighet enn sigaretter og har primært bivirkninger relatert til administrasjonsformen (TABELL).

HOVEDBUDSKAP:

- Nikotinerstatningsprodukter, bupropion og vareniklin er effektive midler til hjelp ved røykeslutt, hvorav vareniklin er mest effektivt
- Nikotinerstatningsprodukter bør kombineres for best resultat
- Vareniklin og bupropion øker ikke risikoen for nevropsykiatriske eller kardiovaskulære hendelser, men pasienter med ustabile psykiatriske lidelser er ikke undersøkt (og vil ikke egne seg til behandling)
- E-sigaretter kan være et supplement til legemidler

Selv hos pasienter med akutt hjertesykdom er nikotinerstatningsprodukter regnet som trygge (3), men effekten i denne gruppen er kun i liten grad undersøkt.

Ved riktig bruk vil preparatene øke sjansene for røykeslutt (oddsratio 1,84; 95 prosent konfidensintervall (KI) 1,71–1,99 mot placebo) (4). Det anbefales å kombinere et langtidsvirkende med et (eller flere) korttidsvirkende preparat (plaster med tygggummi, munnspray, sugetablett eller inhalator), da dette er vist å være mer effektivt enn et hvert nikotinerstatningsprodukt brukt alene (4). Noen studier viser bedre effekt ved å starte behandlingen før røykesluttdag og større effekt ved utvidet behandling fra åtte til 24 uker.

Bupropion

Bupropion (Zyban, Wellbutrin) hemmer reopptak av noradrenalin og dopamin i hjernen. I metaanalyse økte bupropion sannsynligheten for vellykket røykeslutt sammenliknet med placebo (relativ risiko (RR) 1,62; 95 prosent KI 1,49–1,76) (4) og i direkte sammenliknende studier fører behandling med bupropion til de samme sluttresultatene som nikotinerstatning (4, 5). Forlengt behandling utover 12 uker kan øke sluttresultatet etter ett år. Preparatet er effektivt hos pasienter med kronisk hjerte- og karsykdom men ikke hos innlagte pasienter med akutt hjertesykdom (6). Bupropion er ikke vist å øke risiko for kardiovaskulære eller nevropsykiatriske hendelser (4, 5). Hos pasienter med depresjon kan behandling med bupropion være aktuelt både for å fremme røykeslutt og behandle depresjonen hvis bupropion er brukt som ledd i ett strukturert opplegg.

Vareniklin

Vareniklin (Champix) er en selektiv partiell agonist for den nikotinerge acetylkolin-



reseptoren. Preparatet motvirker abstinenssymptomer og blokkerer de stimulerende effektene av nikotin. For pasienter som har sluttet i løpet av den første behandlingstiden på 12 uker, kan behandlingen forlenges i ytterligere 12 uker for å forebygge tilbakefall. Vareniklin er i metaanalyse vist å være mer effektiv enn placebo (RR 2,24; 95 prosent KI 2,06–2,43) (7) og mer effektiv enn bupropion og nikotinerstatning (4, 5, 7). Metaanalysen fant økning i alvorlige uønskede hendelser ved behandling med vareniklin, men hendelsene var stort sett ikke bedømt som behandlingsrelaterte og flere deltakere som fikk placebo enn vareniklin sluttet i studiene og ikke kunne evalueres (7). Vareniklin er vist å være et effektivt og trygt hjelpemiddel ved røykeslutt hos pasienter med kronisk hjertesykdom, akutt koronarsykdom (8), kols eller psykiatrisk lidelse.

Nevropsykiatriske bivirkninger

Nevropsykiatriske symptomer som endringer i adferd, aggresjon, depressive tanker og selvmordstanker har vært rapportert ved behandling med vareniklin i postmarketing-studier og har vært omtalt nokså ukritisk i media. En utfordring med slike rapporter er at vareniklin øker sjansene for vellykket røykeslutt og kan dermed avdekke nikotinabstinens som innebefatter de samme symptomene.

I 2009 krevde den amerikanske Food and Drug Administration (FDA) en svart boksadvarsel om potensielle nevropsykiatriske

bivirkninger. Europeiske myndigheter fulgte opp med en liknende advarsel (svart trekant). En systematisk oversikt og metaanalyse, analysert uavhengig av produsenten, viste at vareniklin ikke økte risiko for selvmord, selvmordsforsøk, depresjon, aggresjon eller død, sammenliknet med placebo (9). En retrospektiv kohortstudie konkluderte med at det var lavere forekomst av depresjon (hasard ratio (HR) 0,66; 95 prosent KI 0,63–0,69) og selvskading (HR 0,56; 95 prosent KI 0,46–0,68) hos røykere som fikk vareniklin mot dem som fikk nikotinerstatningsprodukter (10), men slike undersøkelser vil være beheftet med skjevhet tross statistiske justeringer. Dermed krevde FDA at produsenten av vareniklin undersøker den nevropsykiatriske sikkerheten av preparatet sammenliknet med to andre legemidler i en randomisert studie med trippel placebo. Studien rekrutterte 4116 deltakere med stabil psykiatrisk sykdom (stemningslidelser, angstlidelser, psykotisk sykdom og personlighetsforstyrrelse) og 4028 røykere uten slik sykdom (5). Resultatene viste ingen økning i moderate eller alvorlige nevropsykiatriske hendelser hos røykere behandlet med vareniklin eller bupropion mot nikotinplaster eller placebo. Ikke uventet, var slike hendelser hyppigere hos røykere med psykiatrisk sykdom men studien fant at det var usannsynlig at vareniklin økte hendelser mer enn 1,5 prosentpoeng hos røykere uten sykdom, eller mer enn 4 prosentpoeng hos røykere med sykdom. Europeiske myndigheter har nylig fjernet advarselen.

Kardiovaskulære hendelser

En metaanalyse reiste spørsmålet om vareniklin økte risiko for hjerte- og karsykdom mens andre metaanalyser har ikke funnet økning i hjerte- og karsykdom ved bruk av vareniklin (11). I den ovennevnte retrospektive kohort-studien, var vareniklin assosiert med reduksjon i risiko for hjertesykdom (HR 0,80 (95 prosent CI 0,72–0,87)), cerebralt infarkt (0,62 (0,52–0,73)), hjertesvikt (0,61 (0,45–0,83)) og arytmier (0,73 (0,60–0,88)) sammenliknet med nikotinerstatningsprodukter (8).

Kombinasjonsbehandling

En metaanalyse konkluderte med at vareniklin i kombinasjon med nikotinplaster er mer effektivt enn bruk av vareniklin alene (OR 1,62; 95 prosent KI 1,18–2,23) (12).

Røykere som ikke er villig til å slutte, men er villig til å kutte

Hos røykere som ikke er villig eller i stand til å slutte å røyke innen tre måneder, men er villig til å redusere med tanke på senere røykeslutt, ser man at behandling med vareniklin har nytte. I en studie der røykere halverte antall sigaretter i løpet av de fire første ukene, halverte på nytt etter åtte uker, for deretter å slutte ved 12 uker, viste vareniklin god effekt med slutttrater på 27,0 prosent versus 9,9 prosent med placebo etter ett år (RR 2,7; 95 prosent KI 2,1–3,5) (13).

BEHANDLING	KOMBINERT NR	BUPROPION	VARENIKLIN	VARENIKLIN PLUSS NRT
Behandlingslengde	8–12 uker	12 uker	12 uker	14 uker (plaster) 13 uker (vareniklin)
Dosering	Uke 1–8: 1 plaster 25 mg/ 16 timer + tyggegummi 2 mg etter behov/inhalator 10 mg Uke 8–10: 1 plaster 15 mg/ 16 timer + tyggegummi/ inhalator ved behov Uke 10–12: 1 plaster 10 mg/16 timer + tyggegummi/ inhalator	Dag 1–3: 150 mg x 1 Deretter: 150 mg x 2	Dag 1–3: 0,5 mg x 1 Dag 4–7: 0,5 mg x 2 Deretter: 1 mg x 2	Vareniklin: Dag 1–3: 0,5 mg x 1 Dag 4–7: 0,5 mg x 2 Deretter: 1 mg x 2 Plaster: 15 mg/16 timer
Bivirkninger	Lokal irritasjon, hodepine, svimmelhet, kvalme, søvnløshet	Søvnløshet, munntørhet, kvalme, hodepine	Kvalme, hodepine, nasofaryngitt, unormale drømmer, søvnløshet	Kvalme, hodepine, nasofaryngitt, unormale drømmer, søvnløshet
Kontra-indikasjoner	Ingen oppgitt	Overfølsomhet for noen av innholdsstof- fene, krampetendens, bulimi eller anoreksi, alvorlig leverkirrose, bipolar depresjon, kjent svulst i CNS, graviditet, amming	Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene, graviditet	Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene, graviditet
Pris*	Varierer	1582,-	2244,-	2244,- + Variabel kostnad for NRT

TABELL. Legemidler ved røykeavvenning.

* Prisene på nikotinerstatningsprodukter er i størrelsesorden lik de andre behandlingene, men varierer fra apotek og produsent

Røykere som tidligere har brukt vareniklin

Vareniklin er også effektivt hos røykere som tidligere har brukt preparatet uten å bli røykfrie. Slike røykere ble randomisert til ny behandling med vareniklin eller placebo. Resultatene viste betydelig effekt av vareniklin (OR 7,08 (95 prosent KI 4,34–11,55)) (14).

Fleksibel sluttdato

Hos røykere som fikk velge sluttdag mellom 8 og 35 dager etter start av vareniklin ble 34,7 prosent som fikk vareniklin røykfrie mot 12,7 prosent i placebogruppen (oddsratio 4,4; 95 prosent KI 2,6–7,5) (15).

Cytisin

Cytisin (Tabex) er som vareniklin en partiell nikotinreseptoragonist som utvinnes fra planten *Cytisus laburnum* (gullregn). Preparatet har vært i bruk i Øst-Europa siden 1964 som hjelpemiddel for røykeslutt. Cytisin er sannsynligvis effektivt og langt billigere enn andre produkter, men markedsføres i dag ikke i Norge.

E-sigarett

Det anslås at 28 prosent av norske daglig røykere kan tenke seg å begynne å bruke e-sigaretter. Kun sparsomme studier har undersøkt effekten av e-sigarett for røykeslutt, og studiene som er gjort antyder en effekt lik nikotinerstatning. Allikevel er temaet svært kontroversielt. I rapporten *Helserisiko ved bruk av e-sigaretter* konklude-

rer Folkehelseinstituttet at konsentrasjoner av kreftfremkallende stoffer i e-sigaretter er svært lave og kreftfremkallende anses som neglisjerbar. E-sigaretter antas å være tryggeste i bruk enn fortsatt røyking. I klinisk praksis bruker vi godkjente legemidler som grunnlaget i behandlingen. Hos røykere som ikke ønsker å bruke legemidler, sliter med 'sug' eller savner hånd-/munn-/røyk-stimuli til tross for legemiddelbehandling og støtte, kan e-sigaretter på toppen av legemidlene bidra til vellykket røykeslutt.

REFERANSER

- Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health effects of light and intermittent smoking: a review. *Circulation* 2010; 121: 1518–22.
- Rigotti N. Overview of smoking cessation management in adults. UpToDate 16 april 2016. <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-smoking-cessation-management-in-adults>
- Woolf KJ, Zabad MN, Post JM et al. Effect of nicotine replacement therapy on cardiovascular outcomes after acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2012; 110: 968–70.
- Cahill K, Stevens S, Perera R et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 5: CD009329.
- Anthenelli RM, Benowitz NL, West R et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016; 387: 2507–20.
- Grandi SM, Shimony A, Eisenberg MJ. Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Cardiol* 2013; 29: 1704–11.
- Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas K, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 5: CD006103.
- Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N et al. Varenicline for smoking cessation in hospitalized patients with acute coronary syndrome. *Circulation* 2016; 133: 21–30.
- Thomas K, Martin R, Knipe D et al. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015; 350: h1109.
- Kotz D, Viechtbauer W, Simpson C et al. Cardiovascular and neuropsychiatric risks of varenicline: a retrospective cohort study. *Lancet Respir Med* 2015; 3: 761–8.
- Sterling LH, Windle SB, Filion KB et al. Varenicline and adverse cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Heart Assoc* 2016; 5: e002849.
- Chang PH, Chiang CH, Ho WC et al. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*, 2015; 15: 689.
- Ebbert JO, Hughes JR, West RJ et al. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. *JAMA* 2015; 313: 687–94.
- Gonzales D, Hajek P, Pliamm L et al. Retreatment with varenicline for smoking cessation in smokers who have previously taken varenicline: a randomized, placebo-controlled trial. *Clin Pharm Ther* 2014; 96: 390–6.
- Rennard S, Hughes J, Cinciripini PM et al. A randomized placebo-controlled trial of varenicline for smoking cessation allowing flexible quit dates. *Nic Tob Res* 2011; 14: 343–50.



■ J.A.SKYLSTAD@MEDISIN.UIO.NO

Kjernejournal – et nasjonalt varslingsystem for viktig informasjon

■ BENT ASGEIR LARSEN • Fastlege, Karrestad Legekontor, Halden • Rådgiver i Direktoratet for eHelse

■ LENE EKERN KVAVIK • Lege, seniorrådgiver Direktoratet for eHelse

Du vikarierer for en kollega som driver enlegepraksis da en av hans pasienter kommer til deg med en pneumoni. Du vurderer antibiotika når pasienten opplyser at han for ett år siden fikk en antibiotikakur og ble så dårlig, med utbredt utslett, at han ble lagt inn på sykehus. Han har dessverre mistet lappen med navnet på 'det han ikke tålte'. Du tenker: «Det skulle vært en knapp i journalsystemet mitt hvor jeg kunne sjekket hva han ikke tålte». Den gode nyheten er: Den knappen har du allerede, den heter «kjernejournal».

Helse- og omsorgsdepartementet ga Helse-direktoratet i 2010 oppdraget med å utrede en nasjonal kjernejournal. Arbeidet ble oppfattet å være så viktig at det medførte en lovendring hvor Helseregisterloven i 2012 ble utvidet med § 6d om Nasjonal kjernejournal (1). Året etter trådte kjernejournalforskriften i kraft (2). Dette gav hjemmel for opprettelse av kjernejournal.

Kjernejournal er den første digitale løsningen for deling av pasientinformasjon på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. Uten kjernejournal er viktig informasjon kun lagret lokalt i journalen på det enkelte fastlegekontor eller sykehus. Det er ikke et system for automatisk overføring av viktig informasjon. Informasjon overføres i dag kun ved henvisninger og epikriser og det pasienten selv måtte kunne fortelle. Ved ikke-planlagte hendelser fører dette til at viktig informasjon om pasienten ofte ikke er tilgjengelig for helsepersonell når det er behov for det.

Dersom en fastlege opplever at en pasient får en anafylaktisk reaksjon på et legemiddel, vil ikke kollegaen som vikarierer ved et annet kontor vite dette hvis ikke pasienten selv kan gi konkrete opplysninger

Du kan redde liv med 7 klikk

Så enkelt er det å registrere kritisk informasjon i kjernejournal. Du kan velge mellom fem kategorier for kritisk informasjon. Her viser vi hvordan du kan legge inn informasjon om at pasienten har et abdominalt aortaaneurisme.

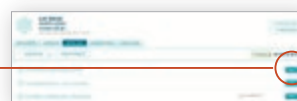
1. Klikk på kjernejournal-ikonet i journalsystemet ditt



2. Klikk på fanen «Kritisk info»

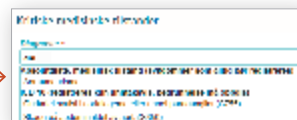


3. Velg type kritisk informasjon du skal registrere. Klikk «Legg til»

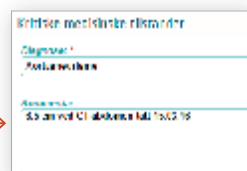


4. Registrer diagnose

Skriv inn de tre første bokstavene av diagnosen. Du får treff i absoluttlisten og i ICD-10



Om du ønsker kan du legge inn en kort kommentar



5. Registrer når kritisk info ble oppdaget første gang



6. Registrer kilde for opplysningene



7. Klikk «Lagre» og kjernejournalssymbolet blir rødt. Dermed kan andre leger se at det er registrert kritisk info om pasienten.



 Direktoratet for e-helse

KJERNEJOURNALENS INNHOLD

Kjernejournal er organisert i seks deler, vist som seks klikkbare faner øverst. Nedenfor følger kort om hva du kan finne i de ulike fanene. Mer informasjon finner du i dokumentet «Kjernejournal – introduksjon for helsepersonell» som finnes på e-helse.no.

Oversikt

En oppsummeringside med oversikt over den viktigste informasjonen i kjernejournalen

Om pasienten

Adresse, sivilstatus og familie. Alder og telefonnummer til familiemedlemmer. Aktuell fastlege med kontaktinformasjon samt evt. tidligere fastleger. Pasientens tre felter hvor de selv kan registrere kontaktpersoner, kommunikasjonsutfordringer som nedsatt hørsel eller tolkebehov samt sykdomsinformasjon.

Legemidler

Legemiddelsiden viser alt som er hentet på apotek på resept etter at pasienten fikk kjernejournal samt uavhengende gyldige e-resepter. Hentede legemidler vises uavhengig av om resepten er skrevet ut som e-resept, er ringt inn til apotek, sendt pr. fax eller levert som papirresept. Opplysningene lagres i inntil tre år etter siste utlevering på resepten.

Kritisk info

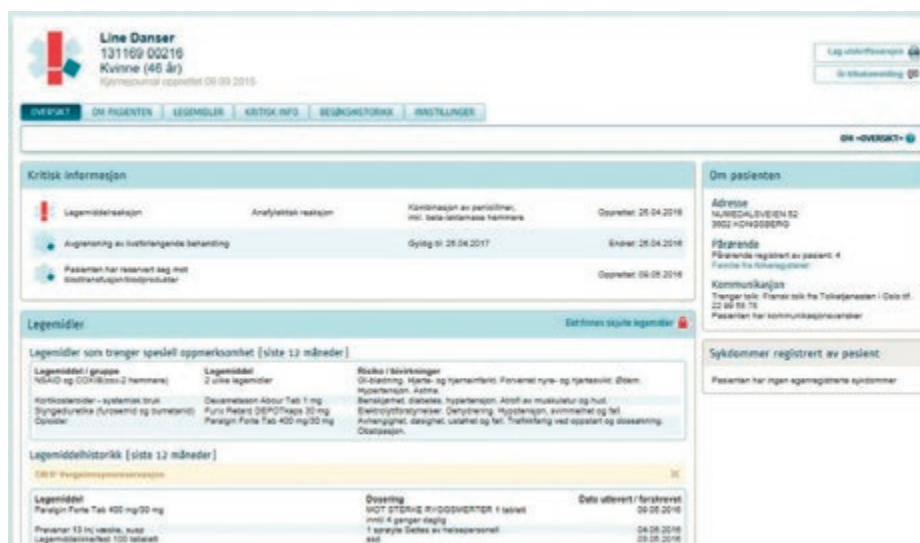
Informasjon som i en gitt situasjon vil kunne ha avgjørende betydning for valg av helsehjelp, men som er lett å overse med mindre du blir tipset om den. Eksempler er legemiddelallergier, spesielle lidelser som hemofili, angio-ødem, implantater som pacemaker, tidligere komplikasjoner ved anestesi, pågående behandling som strålebehandling eller cytostatika.

Besøkshistorikk

Besøksregister
Oversikt over pasientens kontakt med sykehus, avtalespesialister og andre enheter innen spesialisthelsetjenesten fra 2008. Omfatter både poliklinisk kontakt, dagbehandling og innleggelser. Grunnlaget er rapporter fra Norsk pasientregister (NPR).

Innstillinger

Pasientene administrerer her selv sperring, blokkering og varslinger i sin kjernejournal og kan på den måten øke graden av personvern for sin kjernejournal. Pasienten kan f.eks. velge at kritisk informasjon eller besøkshistorikk til vanlig er blokkert men at det kan låses opp av legen i en akutsituasjon. Pasientene har tilgang til sin kjernejournal via helsenorge.no/Minside.



og også husker på å gjøre det. Om pasienten reiser på ferie og kontakter legevakst et annet sted i Norge, vil heller ikke opplysningen om anafylaktisk reaksjon være tilgjengelig for legevaktslegen.

Rask tilgang til kritisk pasientinformasjon

Mangel på livsviktig og kritisk informasjon om pasienten kan føre til utilsiktede hendelser i diagnostikk og behandling, i verste fall pasientskade eller dødsfall. Formålet med kjernejournal er økt pasientsikkerhet ved at helsepersonell får tilgang til livsviktig informasjon som legemidler, alvorlige allergier, kritiske sykdommer og annen viktig helseinformasjon. I tillegg finner man personalia som pårørende med tilhørende telefonnummer samt kontaktinformasjon til pasientens fastlege. Med kjernejournal får fastleger, sykehus og legevakt rask tilgang til de samme opplysningene om pasienten.

Kritisk informasjon er det som i dag omfattes av «cave»-begrepet samt andre viktige opplysninger om diagnoser, behandlingsløp, implantater m.m. Når du står overfor en ukjent pasient kan det være avgjørende å vite at pasienten har hemofili, pacemaker eller får polikliniske cytostatika-kurer. Du vil sannsynligvis ikke ha noen opplysninger om dette i journalen i det hele tatt hvis pasienten ikke har vært hos deg før, i beste fall er disse opplysningene ført i et notat som du aktivt må lete opp i løpende historisk journaltekst. Fram til nå har egne felter for slik informasjon begrenset seg til «cave» i pasientjournalen samt noen «obs»-felter med fritekst. Man har ikke hatt en standard for hvordan kritisk informasjon skal dokumenteres.

Nasjonalt varslingssystem

Med innføring av kjernejournal kan du nå med et blikk i pasientens journal se om andre leger har registrert kritisk informasjon på pasienten. I så fall vil kjernejournalssymbolet være rødt. I tillegg vil informasjonen man finner der være strukturert etter et etablert kodeverk. Dette øker presisjonen av opplysningene og gir mindre risiko for tolkningsfeil og uklårheter. Hovedprinsippet er at kun lege kan registrere kritisk informasjon i kjernejournal. Mange leger forteller at de også har god bruk for opplysninger som ligger på legemiddelsiden, samt oppdaterte opplysninger om pasientens pårørende og fastlege.

Plan for implementing

Nå har snart 80 prosent av innbyggerne i Norge fått sin kjernejournal. Helsepersonell bruker kjernejournal i Midt-Norge og Vest-Norge samt i områdene rundt Akershus Universitetssykehus, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Sørlandet sykehus. Sykehuset Innlandet fikk tilgang til kjernejournal i mai 2016 og Oslo Universitetssykehus samt innbyggerne i Oslo fikk kjernejournal i september. Kjernejournal vil være fullt utbredt i Helse Nord-Norge i løpet av 2016, og i 2017 kommer turen for resten av HSØ.

Reett etter at en pasient har fått kjernejournal, vil det ikke ligge opplysninger på legemiddelsiden eller under kritisk informasjon. Det tar ca. tre måneder fra kjernejournal er opprettet for pasienten, til informasjonen om hentede legemidler på apotek er noenlunde fullstendig. Det kan ta lengre tid før behandlende lege har registrert kritisk informasjon. Det gjøres nå ca. 3000 oppslag av helsepersonell i kjerne-

journal hver uke og leger har gjort i overkant av 8000 registreringer om kritisk informasjon. I tillegg har innbyggerne selv registrert over 165 000 egne helseopplysninger.

Integrert i EPI

Kjernejournal er nå integrert i alle elektroniske pasientjournalssystemer som brukes i allmennpraksis, på sykehus og AMK. Det betyr at man enkelt åpner kjernejournal via et symbol i egen pasientjournal. Hos de aller fleste pasienter vil symbolet være lyseblått, mens hos de få pasientene hvor det er registrert kritisk informasjon vil symbolet være rødt.

Kilder for data i kjernejournal

Kjernejournal henter inn data automatisk fra offentlige registre som Folkeregisteret, DiFi (Direktoratet for forvaltning og IKT), Fastlegeregisteret, Reseptformidleren og NPR (Norsk pasient register). Man får dermed hele tiden oppdaterte opplysninger om pasienten og er ikke avhengig av manuell registrering av data med mulighet for feilregistrering. Det eneste unntaket fra dette er opplysninger om kritisk informasjon, som skal legges inn av lege.

Personvern i kjernejournal

Kjernejournal er en reservasjonsløsning. Det vil si at alle får opprettet kjernejournal med mindre de reserverer seg. I dag er det ca. 2500 innbyggere i hele Norge som har reservert seg fra løsningen. Som pasientens fastlege er det ikke krav om samtykke for oppslag, men pasienten kan sette sperrer dersom han ønsker det. Pasienten har tilgang til å lese alle opplysningene i kjernejournal via pålogging på Helsenorge.no, her kan han også sette sperrer. Pasientene kan ikke endre noe i sin kjernejournal (med unntak av pasientens egne registreringer), men han kan begrense innsynet til enkelte opplysninger. Dersom pasienten har satt sperre på en side i kjernejournal vil du som bruker få beskjed om at du må ha

pasientens samtykke for åpne opplysningene eller det må være en nødsituasjon. Alle slike åpninger loggføres og pasienten kan følge med på hvem som har åpnet informasjonen.

Hvilken nytte har fastlegen av kjernejournal?

Som fastlege har du som regel god kunnskap om egne pasienter og kjernejournal er heller ikke primært beregnet på de pasientene som du kjenner godt og har omfattende egen journal på. Du vil ha størst nytte av kjernejournal de gangene du får inn ukjente og nye pasienter. Det kan være når du vikarierer for kollegaer ved andre kontorer, har beredskap eller legevakt, får henvendelser fra studenter eller turister eller får en ny pasient på listen din uten medfølgende journal fra forrige fastlege.

Men også i ditt daglige arbeid med dine faste pasienter vil du kunne ha nytte av kjernejournal, det er bare et spørsmål om å venne seg til å benytte de mulighetene som kjernejournal tilbyr deg. Vi vil gi noen eksempler på mulig nytte:

• Legemiddeloversikt

Kjernejournal har en komplett oversikt over alt reseptpliktig som pasienten har fått utlevert på norske apotek etter at han fikk kjernejournal. Som fastlege får du oftest utleveringsmeldinger hvis du har registrert pasientens samtykke, men opplysningene kan være vanskelig å gjenfinne i journalsystemet. Kjernejournal grupperer like legemidler og gir grafisk fremstilling av gjenværende mengde på aktive e-resepter. Mange fastleger har gitt tilbakemelding om at de finner oversikten i kjernejournal bedre når de leter etter utlevering på resepter fra andre leger.

• Hjelp ved legemiddelgjennomgang

Ifølge fastlegeforskriften skal man gjøre legemiddelgjennomgang for alle pasienter med mer enn fire faste legemidler. Statens legemiddelverk (SLV) har utarbeidet en liste over legemidler du bør vurdere spesielt ved slike legemiddelgjennomgang. På

oversiktssiden i kjernejournal blir det fremhevet dersom pasienten i løpet av de siste 12 måneder har fått utlevert legemidler på SLVs liste sammen med de råd som SLV gir. Et oppslag i kjernejournal vil derfor kunne forenkle arbeidet med legemiddelgjennomgang.

• Familie og mobiltelefonnummer

Kjernejournal gir oversikt over alle familiedlemmer i live (foreldre, barn og ektefelle/partner) samt disses mobiltelefon når dette er registrert i DiFi-kontaktregister (det offentlige kontaktregisteret som benyttes av alle enheter i staten). Mobilnummer oppdateres minimum hver 18. måned.

• Tidligere fastlege

Når du får nye pasienter som har byttet til deg vil du finne tidligere fastleger i kjernejournal (tre år tilbake) samt disses adresse og telefonnummer.

• Kritisk informasjon

Det er den lege som pasienten har kontakt med når det oppstår en ny situasjon med kritisk informasjon som skal registrere dette i kjernejournal. Dersom pasienten din oppsøker legevakt eller blir innlagt i forbindelse med anafylaktisk reaksjon eller annen kritisk hendelse vil du kunne finne opplysninger om dette via kjernejournal. På samme måte vil du som fastlege nå ha mulighet for å varsle andre kollegaer om kritiske tilstander hos dine pasienter.

• Oversikt over kontakt med spesialisthelsetjenesten

Du vil kunne få hjelp til pasientens tidligere sykehistorie ved å slå opp i kjernejournal. Du finner der alle innleggelser, dagopphold og poliklinikk-konsultasjoner etter 2008.

REFERANSER

1. Prop. 89 L (2011–2012): Endringer i helseregisterloven mv. (opprettelse av nasjonal kjernejournal m.m.).
2. Kjernejournalforskriften: FOR-2013-05-31-563 Helse- og omsorgsdepartementet.

■ BENT.ASGEIR.LARSEN@EHELSE.NO

Operert inn
shunt i hjernen

«Kjernejournal er den gule post-it lappen jeg vil at noen av mine pasienter har i pannen når de blir innlagt akutt.»

Sagt av lege ved St. Olavs hospital

Ny nasjonal standard for registrering av kritisk informasjon

Det du i tidligere tider ville ha skrevet med tykk rød tusj utenpå papirjournalen skal nå registreres i kjernejournal.

Hva er kritisk informasjon?

Det er informasjon som det er viktig at du som lege varsles om: Informasjon som kan være vanskelig å erkjenne i en akuttsituasjon og som kan medføre alvorlige komplikasjoner, død eller feilbehandling dersom den oversees. La meg ta et eksempel for å belyse: En bevisstløs pasient er på vei inn til sykehus. Allerede i ambulansen inn har man målt glukose, så diabetes er en diagnose man sjelden oversees. Men svært få av oss vil tenke på Addison-krise som årsak til at pasienten er bevisstløs. Disse pasientene trenger store doser kortison i akuttsituasjoner. Dette er det viktig at legen varsles spesielt om, hvis ikke kan han overse det. Det er også viktig å vite om en pasient har avstivet nakke slik at legen ikke misoppfatter dette som nakkestivhet i en akuttsituasjon. Men samtidig er det også viktig at det ikke registreres for mye under kritisk informasjon, for da mister varslingen sin verdi.

Hvorfor heter det 'kritisk informasjon' i stedet for 'cave', som leger er vant til å forholde seg til?

«Cave» er imperativsformen av det latinske verbet «Caveo» og betyr «vakt deg for» eller «pass deg for». I praksis tolkes dette

som et påbud om at behandlingen er kontraindisert. I kjernejournal har vi valgt ikke å benytte begrepet «Cave». Kjernejournal skal beskrive hva som faktisk har skjedd, for eksempel angi mistenkt agens ved en overfølsomhetsreaksjon og vise hvilken reaksjon pasienten fikk samt alvorlighetsgraden av reaksjonen. Hvorvidt dette vil medføre at legemiddelet ikke brukes i neste behandlingssituasjon, vil variere utfra den aktuelle situasjon og indikasjon. Det vil måtte avgjøres av ansvarlig behandler i hver enkelt situasjon.

Hva er hovedtrekkene i kritisk informasjon?

For at det skal bli oversiktlig, har vi delt informasjonen inn i fem hovedkategorier (SE TEKSTBOKS S. 15, RED. ANM.). Hovedtrekkene i den nye standarden er at vi går bort fra fritekstregistreringer som «cave penicillin», til strukturert registrering. Kjernejournal angir forhåndsdefinerte valg når man registrerer, noe som øker presisjonen i informasjonen. Registrering i fritekst gir økt fleksibilitet for klinikerne, men gir også økt risiko for tolkningsfeil og uklarheter. Vi åpner likevel opp for fritekst-kommentarer hvis det er behov for det. Altså det beste av to verdener!



Bent A. Larsen

Hvorfor startet dere et arbeid med ny standard for kritisk informasjon?

Det oppdraget kom fra Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med lovarbeidet til kjernejournal. Da ble det klart at vi i Norge ikke har noen klare definisjoner for kritisk informasjon. Det finnes nesten ingen definisjoner i verden på dette. Vi så på internasjonale løsninger og fant en løsning i Sverige som vi har videreutviklet.



GRAF: Kategorier for kritisk informasjon



Hvordan var prosessen for å lage nasjonal standard for kritisk informasjon?

Det ble satt ned et prosjekt i regi av Helsedirektoratet og senere Direktoratet for e-helse. Vi samlet en ekspertgruppe med leger fra mange spesialiteter og laget et førsteutkast til strukturering av kritisk informasjon tilpasset norske forhold og norsk praksis. Dette ble testet ut i en pilot i Trondheim i 2013. Ut fra disse erfaringene ble det gjort noen tilpasninger og høsten 2015 kunne vi publisere en endelig norsk standard for registrering av kritisk informasjon (1).

Hvordan vil systemet kunne hjelpe klinikerne i framtiden?

Fordi registreringen av kritisk informasjon nå er strukturerte data, kan registreringene brukes til beslutningsstøtte. Det innebærer at journalsystemet kan gi deg varsler dersom du prøver å gjøre noe som du ikke burde gjøre ut fra de opplysningene som allerede er registrert i journalen. For eksempel: Dersom du prøver å skrive ut et legemiddel hvor det er registrert at pasienten tidligere har fått en reaksjon på, vil du kunne få et varsel. Eller dersom du prøver å skrive en MR rekvisisjon på en pasient som har pacemaker vil du kunne bli varslet om dette.

Hvorfor synes du det er spennende å arbeide i Direktoratet for E-helse?

Jeg har alltid interessert meg for ny teknologi. Da jeg studerte medisin i Trondheim, tok jeg datafag ved siden. Her i Direktoratet for e-helse får jeg kombinere kunnskapen min innen medisin med teknologiske nyvinninger. I tillegg synes jeg det er viktig at klinikere er med å utforme framtidens dataverktøy i helsesektoren og at dette ikke overlates til teknisk personell uten kjennskap til pasienthverdagen.

REFERANSE

1. Kritisk og viktig informasjon i kjernejournal. Helsedirektoratet: Rapport IS-2405, 2015.

Én innbygger – én journal

■ ROAR OLSEN • Divisjonsdirektør i direktoratet for e-helse

«Én innbygger – én journal» er navnet på arbeidet som skal lede frem til en nasjonal løsning for pasientjournal og pasientadministrasjon. Løsningen skal gi innbyggere og helsepersonell en samlet og sikker tilgang til oppdaterte og nødvendige helseopplysninger, og legge til rette for effektiv samhandling på tvers av ulike aktører slik at pasienter og pårørende kan oppleve en mer koordinert helse- og omsorgstjeneste.

Innbyggere og helsepersonell skal få hjelp til å gjøre gode valg gjennom relevant kunnskaps-, beslutnings- og prosessstøtte. I tillegg skal data gjøres tilgjengelig for kvalitetsforbedring, styring og ledelse, helseanalyse, forskning og beredskap. Mens Kjernejournal, ved å samle noen av pasienters viktigste helseopplysninger, er et viktig supplement til dagens mange pasientjournalløsninger, skal løsningen fra arbeidet med «Én innbygger – én journal» bli helsepersonells primære arbeidsverktøy for pasientjournal og pasientadministrasjon og erstatte mange av dagens løsninger.

Personvern og informasjonssikkerhet er grunnleggende hensyn som må ivaretas. Helsepersonell skal kun ha tilgang til helseopplysninger ved tjenstlig behov, og det blir viktig å finne en god løsning for tilgangsstyring og kontroll som beskytter helseopplysningene på en tilfredsstillende måte med hensyn til konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Dette vil være et prioritert tema i det videre planleggingsarbeidet.

Med utgangspunkt i Stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal*

Utgangspunktet for arbeidet er Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal* som kom høsten 2012. Helsedirektoratet fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede hvordan disse målene kan realiseres. Arbeidet ble utført i perioden mars 2014 til desember 2015, i tett samarbeid med sektoren og med stort bidrag fra spesialisthelsetjenesten, kommunesektoren, utøvende helsepersonell, nasjonale helsemyndigheter og pasient- og brukerforeninger. I forbindelse med opprettelsen av Direktoratet for e-helse i januar 2016, ble de to direktoratenes innstilling levert til Helse- og omsorgsdepartementet. Utredningens dokumenter er tilgjengelig på ehelse.no.

Det helsepolitiske ambisjonsnivået for pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten som er kommunisert i stortingsmeldinger de siste årene (Meld. St. 10 og 29 (2012–

2013), Meld. St. 19, 26 og 28 (2014–2015) og Meld. St. 11 (2015–2016)) forutsetter høy grad av realisering av målene i Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*.

Regjeringen har i Meld. St. 27 (2015–2016) (*Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*) satt som mål å bruke digitalisering for å oppnå en mer brukerrettet og effektiv offentlig forvaltning. Regjeringen vil øke bruken av felles IKT-løsninger på tvers av aktørene og nivåene i helse- og omsorgssektoren. Styrings- og finansieringsmodeller som kan understøtte utviklingen skal prøves ut. Det er viktig at både kommunene og helseforetakene bygger opp kompetanse og får erfaring med statlig-kommunalt samarbeid og styringsmodeller. Regjeringen vil ha sterkere styring og samordning der oppgaveutførelsen involverer flere virksomheter eller går på tvers av forvaltningsnivåer eller sektorer. For oppgaver som løses på tvers av statlig og kommunal sektor, skal de statlige virksomhetene ta et større ansvar for at det utvikles helhetlige digitale løsninger som også kommunesektoren kan benytte.

Utviklingsretning med start i kommunene

Realiseringen av «Én innbygger – én journal» er omfattende og vil gå over mange år. Første løsninger kan være tilgjengelig 2021/2022, men må ha et perspektiv for varighet frem til om lag 2040. I denne perioden vil helse- og omsorgssektoren gjennomgå mange endringer innen helsefaglig utvikling, mål, styring, organisering og aktørbilde. Teknologien vil tilsvarende gjennomgå store endringer og gi nye muligheter. Denne utviklingen, sammenholdt med pågående og planlagte investeringer, gjorde at utredningen ikke innstilte på valg av ett konseptalternativ i tradisjonell forstand, men en utviklingsretning.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse sin innstilling til Helse- og omsorgsdepartementet var at en felles, nasjonal løs-

ning for helse- og omsorgstjenesten bør være målbidde og utviklingsretning for realisering av målene i «Én innbygger – én journal», og at en felles, nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester bør være startpunktet for utviklingsretningen. Mange av de kommunale løsningene for pasientjournal og pasientadministrasjon er over ti år gamle og har vesentlige funksjonelle mangler. Mangelfull kapasitet og kompetanse samt dagens leverandørmarked, gjør det utfordrende for kommunene enkeltvis å foreta relativt store investeringer for å dekke behovene. I sammenheng med store, pågående digitaliseringsprosjekter i alle de fire regionale helseforetakene, ble anbefalingen derfor å sette startpunktet i kommunesektoren. Pågående oppgraderinger av EPJ-løsninger i spesialisthelsetjenesten vil gjøre det mulig å etablere tettere samhandling med en ny nasjonal løsning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i dag.

Allmennlegenenes EPJ-systemer har i dag jevnt over høyere brukertilfredshet enn EPJ-systemer i andre deler av helse- og omsorgstjenesten, men støtter ikke samhandling med resten av tjenesten og helhetlige pasientforløp på en tilfredsstillende måte. I april i år offentliggjorde WONCA *Policy Statement on eHealth 2016*. De mål som her beskrives for allmennlegers IT-verktøy er langt på vei sammenfallende med målene i utredningen *Én innbygger – én journal*. Ingen av de eksisterende EPJ-systemene i Norge møter de krav og forventninger som stilles her, blant annet når det gjelder støtte til helhetlige pasientforløp og økt samhandling, samt å være verktøy for kunnskapsstøtte og avansert beslutningsstøtte og å bidra til økt pasientsikkerhet, pasientmedvirkning, autonomi og pasientinformasjon. I dokumentet fra WONCA legges det vekt på at utvikling av ny og bedre EPJ-funksjonalitet må skje i nært samarbeid med klinikere.

Fastlegene er organisatorisk en del av kommunehelsetjenesten, men samhandler mer med spesialisthelsetjenesten enn med

Meld. St. 9

(2012–2013)

Melding til Stortinget

Én innbygger – én journal Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren



kommunehelsetjenesten forøvrig. I det videre arbeidet med «Én innbygger – én journal» må det ses nærmere på hvordan fastlegenes behov for en god IT-løsning best kan ivaretas.

Regjeringen ga i juni 2016 sin tilslutning til det anbefalte målbildet og ga samtidig Direktoratet for e-helse i oppdrag å utarbeide et beslutningsunderlag for innføring av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette arbeidet gjennomføres nå under ledelse av Direktoratet for e-helse og med aktiv deltakelse fra nasjonale fagmyndigheter, kommuner, spesialisthelsetjenesten og pasient-/brukerorganisasjoner. Med forutsetning om finansiering er foreløpig plan å starte en anskaffelse for felles kommunal løsning andre halvår 2018. RHF-ene skal delta i dette arbeidet for å sikre en god samhandling mellom tjenestenivåene i den nye løsningen.

Samarbeid med Helseplattformen i Midt-Norge

Det nasjonale arbeidet med «Én innbygger – én journal» samarbeider nå tett med det pågående programmet Helseplattformen i Midt-Norge. Gjennom Helseplattformen har kommunene og helseforetakene i regionen ambisjon om å realisere en fellesløsning for pasientjournal og pasientadministrasjon. Behovene, kravene og effektene som Midt-Norge ønsker å oppnå gjennom Helseplattformen er i tråd med det anbefalte langsiktige nasjonale målbildet foreslått i utredningen av «Én innbygger – én journal». Tiltaket i Midt-Norge representerer derfor en mulighet for en begrenset geografisk utprøving av det langsiktige nasjonale målbildet og et mulig startpunkt for en nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester. Helseplattformen kan eventuelt også skape et nytt mulighetsrom for de andre regionale helseforetakene.



Regjeringen har besluttet at Helseplattformen skal gjennomføres som et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet i «Én innbygger – én journal» og et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse er bedt om å bistå og samarbeide med Helseplattformen, og den nasjonale planleggingen av realisering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste skal basere seg på erfaringer fra Helseplattformen.

Helse Midt-Norge RHF kunngjorde 29. august i år en konkurranse om ny regional løsning for elektronisk pasientjournal i Midt-Norge i samarbeid med kommunene i regionen. Anskaffelsen skal gjennomføres ved bruk av konkurransepreget dialog med mål om å signere kontrakt i februar 2019 og realisere første trinn av innføringen i 2021. Helse Midt-Norge RHF har fått i oppdrag å sikre nasjonal representasjon i Helseplattformens programorganisasjon.

Behov for nasjonale avklaringer og beslutninger

Enkelte tema har spesielt stor betydning for den nasjonale utviklingsretningen og vil kunne kreve særskilt behandling og eventuelle avklaringer eller beslutninger på nasjonalt nivå. Eksempel på tema kan være helsefaglig standardisering, vurdering av nasjonal leverandørfunksjon, krav til samhandling/interoperabilitet mellom ulike systemer, samt hvordan den felles kommunale løsningen skal avgrenses og integreres mot øvrige kommunale tjenester og saksbehandling. Direktoratet for e-helse og Helseplattformen skal i fellesskap lage en plan for håndtering av slike tema.

■ ROAR.OLSEN@EHELSE.NO

Kjernejournal sett fra brukernes ståsted

■ CATHRIN CARLYLE • Leder brukerutvalget ved UNN

Endelig begynner vi å få på plass en elektronisk journal som opphever grensene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og som gjør viktig helseinformasjon tilgjengelig for pasient og behandler uavhengig av helseregion og behandlingssted.

Kjernejournal er en ny elektronisk tjeneste som inneholder viktige opplysninger om helsen til pasienten, og som både pasient og lege kan registrere opplysninger i. Om man blir akutt syk, har helsepersonell rask og sikker tilgang til opplysningene i kjernejournalen uavhengig av hvor pasienten får behandling.

I dagens kommunikasjonssamfunn er pasientrollen i endring. Mange pasienter har mye kunnskap om sykdom og behandling. For de pasientene som har lest og er

godt informert om sin egen sykdom, kan digital tilgang til journalen bety at det blir en bedre dialog mellom lege og pasient.

Problemet med datasystemer som ikke snakker sammen er over

Mange pasienter tror at man bare har en journal, og at legen på sykehuset kan lese hva legen på legevakta og fastlegen har skrevet inn, resultater fra prøver og lignende. Slik er det ikke, men ved innføringen av

kjernejournal er man i alle fall et stykke på vei til å gjøre kritisk og viktig informasjon tilgjengelig.

Noen av fordelene ved kjernejournal er at:

- ❶ Helsepersonell raskt får informasjon som er viktig om man blir akutt syk
- ❷ Legen kan registrere alvorlige allergier eller annen kritisk informasjon
- ❸ Pasienten kan legge inn egne opplysninger i sin kjernejournal
- ❹ Pasienten og helsepersonell ser de samme opplysningene
- ❺ Pasienten og legen får god oversikt over legemidlene til pasienten

Pasientene registrerer opplysninger i sin kjernejournal ved å logge seg inn på nettsidene til helsenorge.no. Innloggingen skjer





ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

på samme måte som når man logger seg inn i nettbanken, man bruker enten en kodebrikke eller får innloggingsinformasjon på mobiltelefonen. Jeg tror at alle som i dag bruker nettbank, også vil gå innom sin kjernejournal, bare de blir klar over at den finnes!

I en akuttsituasjon

Når pasienten ankommer akuttmottaket, og helsepersonellet der slår opp i pasientens kjernejournal, vil det lyse opp en rød eller blå «knapp» om det er registrert spesielle opplysninger om pasienten. En rød knapp indikerer at fastlegen har registrert kritisk informasjon, en blå knapp at pasienten selv har registrert viktig informasjon.

Som fastlege er det også viktig å kunne vise pasienten hva du har registrert av kritisk informasjon. Jeg tror pasientene vil føle seg trygge og bedre ivaretatt dersom de vet at informasjon om alvorlig allergi eller pågående behandling er registrert i kjernejournalen og vil vises dersom man blir akutt innlagt på sykehus. Dette er kritisk informasjon som kan føre til at sykehuset vil endre undersøkelsesmetode, behandling og oppfølging av pasienten.

Pasienten kan også registrere viktig helseinformasjon om seg selv, det vil variere fra pasient til pasient hva den enkelte synes er viktig – egen opplevelse av sykdomshistorikk, eller hvem pasienten ønsker man skal kontakte i en akuttsituasjon. Kjernejournalen har allerede registrert de opplysningene som står i folkeregisteret om hvem man bor sammen med, navn på barn og foreldre, men i en akuttsituasjon er det kanskje noen andre som pasienten ønsker man skal kontakte. Dersom man hører dårlig, eller har andre spesielle kommunikasjonsbehov, kan det også registreres. Særlig i akutte situasjoner, når man er utrygg og engstelig for hva som skjer med en, er det viktig at man slipper å gjenta sin egen sykehistorie samt holde oversikt over alle medikamenter man bruker.

Reservasjon mot kjernejournal

De pasienter som ønsker det kan reservere seg mot at opplysninger blir lagret i kjernejournalen. Den enkelte pasient må selvfølgelig selv vurdere hva som føles riktig, men jeg og de aller fleste pasient- og brukerorganisasjonene mener at en digital journal er med på å bedre pasientsikkerheten.

Informasjon om kjernejournal

Fastlegene spiller en viktig rolle for å gjøre pasientene kjent med hva kjernejournalen inneholder og hvordan den kan brukes. Jeg håper at flest mulig fastleger logger seg inn sammen med pasienten, og viser hvilken informasjon som ligger i kjernejournalen. Man kan for eksempel gå gjennom oversikten over aktive resepter for å se om den stemmer?

Årlig avdekkes det mange alvorlige feil og pasienter blir påført skade fordi man ikke har gjennomført en samstemming av legemidlene pasientene bruker. Med aktiv bruk av kjernejournalen vet pasienten hvor man til enhver tid har en oppdatert legemiddelliste. Man slipper også å huske hvilke medisiner man bruker og hvilken styrke disse har.

Enda en vei å gå

Helt fornøyd er vi som pasienter enda ikke, det blir vi først når hele journalen, alle polikliniske notater og epikriser er tilgjengelig elektronisk, i ett felles system for hele Helse-Norge. Det er et problem for helsevesenet at pasientene opplever at dialogen mellom primær og spesialisthelsetjenesten er for dårlig, og at viktig informasjon ikke når frem. Mens vi venter på en enhetlig elektronisk pasientjournal, som kan leses på tvers av behandlingssteder og regioner, så har vi fått kjernejournal. Jeg håper at vi ser en økt og aktiv bruk av dette viktige verktøyet i året som kommer. I dag har ca halvparten av befolkningen i Norge fått sin kjernejournal, og i løpet av 2017 skal alle ha fått tilgang.

Gå inn på helsenorge.no, logg deg inn som du gjør i nettbanken og sjekk om du har fått din egen kjernejournal!

25 år med EQuIP

– kvalitetsforbedring og pasient

■ NICOLAS ØYANE • Spes. i allmennmedisin, PhD, leder for Senter for Kvalitet i Legekontor (SKIL) ■ TOR CARLSEN • Spes. i samfunnsmedisin, spesialrådgiver ved SKIL
■ KARIANNE GETHER • Administrasjonskonsulent ved SKIL ■ ULRİK BAK KIRK • Manager, European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQuIP)

I 2016 feiret European Society for Quality and Safety in Family Practice sitt 25-års jubileum. Da er det på sin plass å vurdere og kommentere dagens kvalitets- og pasientsikkerhetsutvikling i primærhelsetjenesten – sett med norske øyne.

Den organisatoriske historien til European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQuIP) kan deles inn i tre hovedfaser:

- Produksjonsfasen (1991–2006)
- Refleksjonsfasen (2006–2011)
- Nettverksfasen (2011 til i dag).

Produksjonsfasen (1991–2006)

I denne første fasen var hovedinteressen å utvikle «one size fits all»-verktøy for å evaluere og forbedre kvaliteten i primærhelsetjenesten.

EUROPEP

Foregangsmodellen til EQuIP var *EUROPEP* (*European Patients Evaluates Patient care*), et internasjonalt anerkjent og standardisert instrument for å måle pasienters vurderinger av allmennpraksis, utviklet i årene 1995–99. En så at et slikt instrument først og fremst bør gjengi pasientenes oppfatning av kvaliteten på tjenestene. På bakgrunn av dette ble en studie (1) utført i åtte europeiske land: Norge, Sverige, Danmark, Storbritannia, Nederland, Tyskland, Portugal og Israel – for å identifisere pasientens prioriteringer og systematisk gjennomgå litteraturen på området (2).

MATURITY MATRIX

Etter årtusenskiftet er *The International Family Practice Maturity Matrix* (IFPM) blitt bygget opp med bidrag fra EQuIP. Dette er et organisatorisk vurderingsverktøy som tar sikte på å stimulere praksisledet kvalitetsforbedring i primærhelsetjenesten. Det var basert på den britiske Maturity Matrix, utviklet mellom 1996 og 2003 av Glyn Elwyn med kolleger. Verktøyet setter fokus på en rekke organisatoriske dimensjoner, hver satt ut langs en trinnvis skala som måler

organisasjonens utvikling. For å teste verktøyet, ble det benyttet testbrukere som anga individuelt hvor organiseringen var på hver skala. Deretter ble resultatene diskutert i hele teamet for å bygge en felles poengsum for praksisen (3).

EPA

European Practice Assessment (EPA), utviklet i 2002–05, var et verktøy for praksisledelse i primærhelsetjenesten. Verktøyet tilbød et system for akkreditering, ved å bruke kvalitetsindikatorer for å fremheve god praksis. EPA-verktøyet er utviklet for å lukke gapet mellom ekspertkunnskap og daglige rutiner og praksis, herunder identifisere områder der forbedring var mulig (4).

Refleksjonsfasen (2006–11)

I denne perioden skiftet man fokus fra verktøy med individuell tilnærming og beslutningstaking til helsevesenets metoder for planlegging og gjennomføring av endringer. Kunnskap om kvalitetsforbedring dukket opp med målinger og tilbakemelding for småskallatester av endringer ved hjelp av Plan-Do-Study-Act-sykluser (5).

Da Tina Eriksson fra Danmark ble den femte presidenten for EQuIP i 2007, markerte det begynnelsen på en ny æra. Undervisningskvalitet kom for fullt på agendaen. Fra desember 2010 til november 2012, inngikk EQuIP et samarbeid med det EU-finansierte inGPInQI-prosjektet (6). Prosjektet produserte et moderne teoretisk rammeverk, eGuidebook, for implementering av nye retningslinjer for behandling av hypertensjon og diabetes mellitus (7), e-læring etc.

I samme periode ble EQuIPs sommerskoler et formalisert konsept og en etablert læringsplattform for undervisning av kvali-

tetsforskning. Det begynte i 2009 i Tuusula, Finland og fortsatte frem til 2011 i Gent, Belgia, mens to forskerkurs (et på engelsk og det andre på fransk) ble gjennomført i 2013. I 2014 ble den engelske sommerskolen holdt i Danmark, samtidig som en fransk sommerskole ble holdt i nærheten av Paris.

Nettverksfasen (2011–)

Den siste fasen startet april 2011 og pågår fortsatt. I løpet av denne perioden har man rettet oppmerksomhet mot samarbeid og involvering av interessenter og nettverk i stedet for produkter. Et eksempel er *Wonca Europe's Anniversary Research Fund Project*, hvor EQuIP vant anbudet på et prosjekt som ble utviklet i 2012–15. Prosjektet ble offisielt lansert i løpet av Wonca-kongressen i Istanbul i 2015 som *Patient Empowerment in Chronic Conditions – Wonca Europe* (PECC-WE). Et felles elektronisk register ble også produsert.

Selv om pasientsikkerhet kun er ett aspekt av kvalitetsutvikling i allmennpraksis, har det vært fremhevet som en kjernekompetanse for allmennleger (8). Dette forskningsfeltet, utviklet av mange tidligere EQuIP-delegater, har ikke lenger am-

Hva er EQuIP?

- European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQuIP) er WONCA Europas nettverk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. WONCA er forkortelsen for World Organization of Family Doctors. WONCA Europe er et nettverk for europeiske fagmedisinske foreninger i allmennmedisin og representerer mer enn 75 000 allmennleger i Europa.
- EQuIP har vært aktivt siden 1991, da nettverket ble grunnlagt av forsker Richard Grol fra Nederland. EQuIP tar sikte på å utvikle verktøy og metoder for kvalitetsforbedring i allmennpraksis i samarbeid med allmennlegenes forskningsinstitusjoner.

sikkerhet i primærhelsetjenesten

bisjoner om å identifisere et enkelt mål rundt sikkerhet, men å tilpasse beregningene til lokale rammer og omstendigheter, også for å la klinikere selv utvikle slike sikkerhetsberegninger (9).

EQUIPs mål innenfor pasientsikkerhet er å se på legenes og de ansattes tretthet og utbrenthet – «second victim syndrome», et konsept introdusert av Albert Wu ved Johns Hopkins University i 2000 – som risikomomenter for pasientsikkerheten (10):

«Patients, their families and friends are those who suffer most from adverse events (first victims). However, they are not the only ones affected. Second victims are health care providers who are involved in an unanticipated adverse patient event, in a medical error and/or a patient related injury and become victimized in the sense that the provider is traumatized by the event. Frequently, these individuals feel personally responsible for the patient outcome. Many feel as though they have failed the patient, second guessing their clinical skills and knowledge base.» (10).

Det mangler tilstrekkelig anerkjennelse og passende mestingsstrategier for å redusere pasientsikkerhetsrisikoen som følge av overbelastede og slitne allmennleger (11).

I 2015 etablerte EQUIP en ny arbeidsgruppe, *Quality Circles*, ledet av legen Adrian Rohrbasser. Dr. Rohrbasser prøver å identifisere hvilke kontekstuelle faktorer som fremmer og hindrer et kvalitetsforbedringsnettverk i å bli oppfattet som givende og nyttig. Det er ikke nødvendigvis et behov for å utvikle nye verktøy, men behov for en helhetlig forståelse av hvordan vi utnytter de tilgjengelige verktøyene, avhengig av lokale forhold, historie og tradisjon.

Det stadig voksende EQUIP-nettverket vil mest sannsynligvis spille en viktig rolle i verdibasert kvalitet i fremtiden. Per mai 2016 har EQUIP 89 aktive og engasjerte medlemmer fra 25 europeiske land. Vi oppfordrer deg som leser dette til å utforske vår nye nettside (equip.woncaeurope.org), og bli en del av vår 'familie' med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet.

SKIL – Hva skjer i Norge?

Den norske legeforening har organisert og finansiert kvalitetsutviklingsprosjekter for allmennpraksis siden begynnelsen av

1990 tallet. Helsemyndighetene er blitt invitert til å delta i utvikling av en organisasjon som støtter lokalt kvalitetsarbeid. Så langt har dette ikke lyktes.

Senter for Kvalitet i Legekantor (SKIL) ble etablert i 2015 av Legeforeningen for å fremme kvalitetsutvikling i norske legekantor. Hovedforskjellen mellom SKIL og andre initiativ er at SKIL legger vekt på å gi helsepersonell kvalitetskunnskap fremfor å innføre kvalitetsmålinger. Målinger er selvsagt en nødvendig del av kvalitetsarbeid, men det må anses som sekundært til å spre kompetanse om kvalitetsarbeid. SKIL samler imidlertid data om kvalitet i legekantor. Disse blir brukt både for å etablere referanseverdier og for å evaluere effekten av SKILs initiativer overfor kontorene. SKILs første satsing er et kurs i legemiddelgjennomgang – som består av følgende:

- Et elektronisk program (Medrave 4) koblet til pasientjournalen gir legene bedre oversikt over pasienter med polyfarmasi (i.e. data om hyppighet av legemiddelgjennomgang og antall eldre pasienter som får høyrisiko-medikamenter).
- Tre gruppemøter med veileder hvor legene diskuterer data fra egen praksis og arbeider med planer for å forbedre kvaliteten. Møtene er adskilt i tid med ca. fire måneder slik at hver enkelt lege kan følge endringer i data som følge av forandringer i praksis.
- E-læringskurs med oppdatert medisinsk kunnskap gjennomgås før hvert møte. Gode rutiner for medikamentbehandling er en viktig del av allmennpraksis, og sentralt for å ivareta pasientsikkerheten i primærhelsetjenesten. Dette kurset er blitt populært blant legene. Omkring 135 leger har startet allerede og 63 har gjennomført minst to møter. Foreløpige data viser at de fleste opplever positive endringer i sin praksis, og evaluering så langt indikerer at dette er en god måte å lære kvalitetsarbeid på. Kurset i legemiddelgjennomgang er nå tilgjengelig for alle allmennleger i Norge. 10 nye grupper er etablert høsten 2016. I tillegg arbeider SKIL med to nye initiativ:
 - Forbedring av antibiotikaforskrivning, som ledd i en nasjonal plan for å redusere antibiotikaresistens.
 - Forbedring av koordinerte tjenester og oppfølging til pasienter med alvorlig

kronisk sykdom. Dette planlegges i samarbeid med KS, kommunenes interesseorganisasjon. SKIL er i dialog med kommuner om å avgi rapporter vedrørende kvaliteten i allmennpraksis. Rapportene vil være aggregerte på kommune- eller bydelsnivå. Målet er å gi bedre innsikt i kvaliteten på den samlede tjenesten for politikere og administrasjon. Data om enkeltleger og enkeltpraksiser vil ikke bli utlevert fra SKIL.

SKIL samarbeider for øvrig med allmennmedisinske forskningsmiljøer for å fremme forskning om kvalitetsarbeid i Norge.

REFERANSER

1. Grol R et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Family Practice* 1999; 16: 4–11.
2. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1573–88.
3. Edwards A et al. Assessing organisational development in European primary care using a group based method: A feasibility study of the Maturity Matrix. *Int J Health Care Qual Assur* 2010; 23: 8–21.
4. Szecsenyi J et al. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ* 2011.
5. de Koning H, Verver JP, van den Heuvel J, Bisgaard S, Does RJ. Lean six sigma in healthcare. *J Health Qua* 2006; 28: 4–11.
6. InGPInQL: Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology 2012. Available at: <http://ingpinql.eu/> (accessed 18 August 2016).
7. Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J. Treatment targets in patients with Type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. *Eur J Gen Pract*. 2014; 20: 253–59.
8. *Eur J Gen Pract*. Patient safety in primary care (supplement issue). 2015; 21: 1–77.
9. Vincent C, Esmail A. Researching patient safety in primary care: Now and in the future. *Eur J Gen Pract* 2015; 21: 1–2.
10. Second and Third Victim Research Group. Recommendations for providing an appropriate response when patients experience an adverse event with support for healthcare's second and third victims 2015. Available at: http://www.segundasvictimas.es/data/documentos/segundas_victimas_maquetacion_ingles_impresion_vo6.pdf (accessed 18 August 2016).
11. Royal College of General Practitioners. Patient safety implications of general practice overload 2015. Available at: <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2015/RCGP-Patient-safety-implications-of-general-practice-workload-july-2015.ashx> (accessed 20 August 2016).

■ NICOLAS.OYANE@SKILNET.NO

Ny nasjonal faglig retning

■ TOR CLAUDI • Spesialist i gen. indremedisin og i allmennmedisin, Endokrinologisk poliklinikk NLSH HF

Helsedirektoratet ga i september 2016 ut ny nasjonal faglig retningslinje for diabetes. Den erstatter den gamle fra 2009. Ret-

ningslinjen omfatter stort sett hele diabetesfeltet. Anbefalinger knyttet til svangerskapsdiabetes er samlet i en egen nasjonal

faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes. Den er ikke helt fullført, men forventes publisert vinteren 2017.

RISIKOVURDERING OG DIAGNOSTIKK AV DIABETES

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

For personer med etnisk europeisk bakgrunn:

- Bruk en validert risikokalkulator som diabetesrisiko.no (FINDRISK)
 - Ved høy risiko; risikoscore ≥ 15 ved FINDRISK (tilsvarer ≥ 1 av 3 får diabetes i løpet av 10 år) eller
- personer som har klinisk høy risiko ²⁾ (risikokalkulator ikke nødvendig):
Gå videre til neste trinn

For personer med etnisk afrikansk eller asiatisk bakgrunn

Gå rett videre til neste trinn - med mindre klinisk risiko fremstår som lav.

Tilby:

- Blodprøve for diagnostikk av diabetes (HbA1c, FPG eller OGTT; HbA1c er foretrukket analyse) ³⁾
- Strukturert livsstilsintervensjon hos fastlege
- Henvvisning til aktuelle kommunale/lokale gruppebaserte tilbud som frisklivssentraler og lignende tilbud

Diabetes diagnostiseres ved analyse av HbA1c. Det er nødvendig med to verdier $> 6,5\%$ (48 mmol/mol) for å stille diagnosen. Ved undersøkelse for svangerskapsdiabetes må man fortsatt benytte peroral glukosetoleransetest.

HbA1c $< 6,0\%$
(42 mmol/mol)
FPG $< 6,1 \text{ mmol/L}$
OGTT $< 7,8 \text{ mmol/L}$

HbA1c $6,0-6,4\%$
($42-47 \text{ mmol/mol}$)
FPG $6,1-6,9 \text{ mmol/L}$
OGTT $7,8-11,0 \text{ mmol/L}$

HbA1c $\geq 6,5\%$
(48 mmol/mol)
FPG $\geq 7,0 \text{ mmol/L}$
OGTT $\geq 11,1 \text{ mmol/L}$

Tilfeldig målt glukose $\geq 11,1 \text{ mmol/L}$ og symptomer på diabetes

Moderat risiko for diabetes

Årlig vurdering av risiko for diabetes med risikokalkulator, f.eks diabetesrisiko.no (FINDRISK), eller vurdering av klinisk høy risiko (gjøres årlig inntil FINDRISK < 15 eller klinisk høy risiko vurderes å være redusert)

Høy risiko for diabetes

Årlig måling av HbA1c hos fastlege og ny vurdering av risiko for diabetes

Mulig diabetes

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

Diabetes

Se: Kontrollrutiner, utredning og organisering av diabetesomsorgen

¹⁾ Fastlegen bør aktivt vurdere diabetesrisikoen hos alle personer med overvekt, ved diabetes hos førstegradsslektninger, en inaktiv livsstil og daglig røyking. (Det anbefales ikke generell testing av hele befolkningen for å diagnostisere diabetes eller påvise forstyrrelser i glukosestoffskiftet). For mer informasjon se selve teksten i anbefalingen «Risikovurdering og påvisning av diabetes»

²⁾ Klinisk høy risiko for å få diabetes: ved PCOS, tidligere svangerskapsdiabetes, hypertensjon, hjerte- karsykdom, bruk av kortikosteroider og enkelte psykofarmaka

³⁾ HbA1c kan ikke brukes til all diabetesdiagnostikk (for eksempel ved mistanke om diabetes type 1, diabetes av kortere varighet enn 2 mnd, barn og ungdom, gravide og ved endret omsetning av de røde blodlegemene).

Forkortelser

FPG Fastende plasmaglukose

OGTT 2-timers oral glukosetoleransetest

Retningslinje for diabetes

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

Den nye retningslinjen blir bare publisert i elektronisk format og er ikke egnet for utskrift. Det planlegges derfor en

kortversjon på papir, ca. 16 sider i A5 format. Helsedirektoratet regner med at den vil bli sendt ut i løpet av vinteren 2017.

Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) vil også publisere retningslinjen tilpasset sitt format.

BLODSUKKERSENKENDE BEHANDLING VED DIABETES TYPE 2

Retningslinjen vektlegger viktigheten av individuelle behandlingsmål. Ved valg av blodsukker-senkende middel etter metformin sidestilles fem ulike medikamentgrupper.

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

Monoterapi	Metformin				
Erfaring	Lang				
Bivirkninger	Gastrointestinale/Laktacidose				
Risiko for hypoglykemi	Lav				
Vektpåvirkning	Nøytral/liten reduksjon				
Kombinasjonsbehandling (andrealgs-legemiddel)	Metformin +				
Legemiddelklasse*	Sulfonylurea	DPP-4-hemmer	SGLT2-hemmer	GLP-1-analog	Basalinsulin
Erfaring	Lang	Middels	Kort	Kort	Lang
Bivirkninger	Få	Få	Genital infeksjon, UVI, dehydrering, ketoacidose?	Kvalme, gastrointestinale	Hypoglykemi, vektøkning
Risiko for hypoglykemi	Moderat	Lav	Lav	Lav	Høy
Vektpåvirkning	Liten økning	Ingen	Moderat reduksjon	Moderat reduksjon	Moderat økning
Kommentar	Fortrinnsvis glimepirid. Fortrinnsvis til pasienter <65 år uten hjerte- og karsykdom	Fortrinnsvis sitagliptin	Fortrinnsvis empagliflozin	Fortrinnsvis liraglutid eller lixisenatid. Særlig egnet ved overvekt/fedme	Ved behov for betydelig reduksjon i blodsukker

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

Forkortelser

UVI Urinveisinfeksjon

DPP Dipeptidylpeptidase

SGLT Sodium glucose transporter

GLP Glukagonlignende peptid

*Se preparatomtale som gjelder for de enkelte medikamenter. Det vises til Statens Legemiddelverks gjeldende refusjonsvilkår.

Den nye retningslinjen inneholder fire flytskjema/algoritmer som omhandler henholdsvis diagnostikk, medikamentell blod-sukkersenkende behandling, fotundersøkelse og anbefaling om når pasienter med

nedsatt nyrefunksjon bør henvises videre til nefrolog. Disse fire flytskjemaene er gjengitt på side 28–31.

Helsedirektoratet vil også sende ut fotskjemaet til alle fastleger i desember i år.

Dette er del av en kampanje for å øke oppmerksomheten om fotundersøkelser og bruk av monofilamenttest.

■ TCLAUDI@ONLINE.NO

MONOFILAMENTUNDERSØKELSE FOR NEVROPATI OG RISIKO FOR DIABETISKE FOTSÅR

Bakgrunn

Undersøkelsen påviser nedsatt følelse for trykk under føttene. En monofilamenttest er et plasthåndtak der det er festet en 4 cm lang monofilamenttråd som ligner på et tykt fiskesnøre. Tykkelsen angis som 5,07/10 g., og det betyr at den bøyer seg ved et trykk mot huden på mer enn 10 g.

Det er en sammenheng mellom nedsatt følsomhet målt med monofilamenttest og nevropati, diabetiske fotsår og risiko for diabetiske fotsår.

Regelmessig fotundersøkelse og forebyggende tiltak hos personer med høy risiko, er viktig for å forebygge diabetiske fotsår. Ifølge undersøkelse fra allmennpraksis i 2014 blir fotundersøkelse kun utført hos ca. 25 prosent av pasientene med diabetes type 2.

Framgangsmåte

- **Vis monofilamentet** til pasienten, prøv det ut på hånden og be vedkommende si «ja» når filamentet kjennes på huden
- **Punkter som skal testes** er 4 steder på undersiden av hver fot; over 1., 3. og 5. metatarsalhode og på stortåballen (se illustrasjon); unngå steder med hard hud (hyperkeratose)
- **Be pasienten** om å lukke øynene. Sett tuppen av filamentet på huden under foten og press til filamentet bøyer seg lett. Spør om pasienten kjenner noe. Spør også en gang du ikke presser tuppen mot huden som blindtest.
- **Hvis pasienten** ikke sier «ja» på ett sted, gå videre og kom tilbake til dette stedet senere

Resultatet kan angis som en brøk. 7-8/8: Normal test. 0-6/8: Nedsatt følsomhet.



Resultat

Diagnostikk av nevropati	Vurdering av risiko for fotsår
Pasienten kjenner 0–3 av 8 punkter: Tyder sterkt på nevropati. • Spør om symptomer. Utelukk andre årsaker.	Høy risiko for fotsår ➤ nedsatt monofilament mindre eller lik 6/8 og manglende puls på en fot, eller: ➤ tidligere sår eller amputasjon, eller: ➤ manglende fotpulser Det bør være en lav terskel for å konferere med spesialisthelsetjenesten ved fotproblemer hos pasienter med høy risiko for fotsår. De fleste av disse vil ha behov for trykkavlastende fottøy og en tilpasset behandlingsplan. Pasienter med høy risiko for fotsår bør få kontrollert føttene ved hver diabeteskontroll. De bør selv sjekke føttene sine daglig, og anbefales å gå regelmessig til fotterapeut. Pasienten bør få utdelt Helsedirektoratets brosjyre «Høy risiko for diabetisk fotsår».*
Pasienten kjenner 4–6 av 8 punkter: Mulig nevropati. • Pasienten bør utredes videre med vibrasjonsfølsomhet og for symptomer.	Moderat risiko for fotsår ➤ nedsatt monofilament mindre eller lik 6/8, eller: ➤ ikke målbar puls på én fot, eller: ➤ fotdeformitet, eller: ➤ manglende evne til å se eller undersøke egen fot Pasienter med moderat risiko for fotsår bør få kontrollert føttene minst årlig. Det anbefales at de selv sjekker føttene sine regelmessig og går regelmessig til fotterapeut. Pasienten bør få utdelt Helsedirektoratets brosjyre «Moderat risiko for diabetisk fotsår».*
Pasienten kjenner 7–8 av 8 punkter: Nevropati usannsynlig.	Lav risiko for fotsår ➤ normal monofilamentundersøkelse, og: ➤ minst én målbar fotpuls, og: ➤ ingen fotdeformitet Pasienter med lav risiko for fotsår bør få kontrollert føttene årlig og få utdelt Helsedirektoratets brosjyre «Lav risiko for diabetisk fotsår».*

* Alle brosjyrene finnes elektronisk som pdf-filer på Helsedirektoratet.no: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/informasjon-og-rad-om-diabetes-fotpleie-og-sarbehandling>

Diabetes

ALGORITME FOR VURDERING AV eGFR OG u-AKR VED DIABETES

Retningslinjene påpeker viktigheten av regelmessig kontroll av u-AKR. Metformin kan nå benyttes ved lavere eGFR enn tidligere, se egen tabell, men obs ved samtidig bruk av ACE-hemmere/A-II-blokkere og dehydrering. Det er en egen «vær varsom-plakat» som omhandler medikament-bruk og komorbiditet ved nedsatt nyrefunksjon.



Nyrefunksjon stadium	eGFR ml/min/1.73 m ²	u-AKR mg/mmol		
		< 3	3-29	≥30
1	> 90	kontroll 1x/år	kontroll 1x/år	henvis
2	60-89	kontroll 1x/år	kontroll 1x/år	henvis
3a	45-59	kontroll 1x/år	kontroll 2x/år	henvis
3b ²⁾	30-44	kontroll 2x/år	kontroll 3x/år	henvis
4	15-29	henvis	henvis	henvis
5	< 15	henvis	henvis	henvis

¹⁾ Anbefalt minimumsstandard for kontroll og oppfølging. Hyppigere kontroller kan være nødvendig ut fra individuell vurdering.

²⁾ Kontroller Hb, PTH, s-Ca og s-fosfat årlig, og vurder henvisning til nefrolog.

Mat som medisin

Ingefær, gurkemeie og chili

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver, NAKMI

Ingefær, gurkemeie og chili har i uminnelige tider blitt skattet like mye for sine medisinske egenskaper som for smakens skyld. I denne artikkelen, som bl.a. er inspirert av erfaringer fra Bali i Indonesia, skal vi stifte nærmere bekjentskap med virkningene av disse plantene på noen aktuelle sykdommer som diabetes og aterosklerose. Slik kunnskap vil kunne være et godt grunnlag for videre kostveiledning. Dette er den andre av en serie på fire artikler om urter og krydder brukt i helsefremmende øyemed.

Bali er en liten øy rett øst for Java, med høye vulkanske fjell, en strandlinje som i det vesentlige består av sort lava og en befolkning på ca. fem millioner. Øya er særlig kjent for sin høyt utviklede malerkunst, sin dans og musikk, men har også mye å by på når det gjelder matkultur. De siste årene har jeg avlagt gjentatte besøk, og har da ikke bare ved ulike anledninger blitt servert lokale retter i balinesiske hjem, men også flere ganger deltatt på kurs i tradisjonell matlagning. Den utstrakte bruken av chili samt ulike planter fra ingefærfamilien er slående. I tillegg til vanlig ingefær inngår gurkemeie, galangal, aromatisk ingefær og dessuten en type «vill ingefær»¹ regelmessig i ulike typer sauser og karri. Dels for å gi smak, dels for næringsinnholdets skyld, men ikke minst fordi balinesere flest har klare oppfatninger om at visse deler av disse plantene har en gunstig virkning på kroppen. Ifølge ayurvedisk tradisjon, som står sterkt i hele regionen, er de medisin mot en rekke sykdommer og plager som utslett, kvalme, fordøyelsesbesvær og sår hals, for å nevne noen. I den senere tid har det dessuten vært økende oppmerksomhet rundt disse plantenes virkning på diabetes og hjerte- og kar-sykdom. Videre har forskningen på disse vekstene, som i det vesentlige er utført i Sørøst-Asia, bekreftet deres virkning på ulike former for kreft. Det synes derfor på sin plass at allmennleger blir kjent med hvilke effekter en kan forvente av de viktigste virkestoffene i disse plantene, ettersom innvandrere fra denne regionen i langt større grad enn vi her er vant til bruker ulike deler av plan-

tene både i mat og som medisinsk behandling. I denne artikkelen skal vi konsentrere oss om hvordan rhizomene gurkemeie (*Curcuma longa*) og vanlig ingefær (*Zingiber officinale*) sammen med chili påvirker blodsukker, lipidnivå og antikoagulasjon.

Bakgrunn

De ulike artene i ingefærfamilien (*Zingiberaceae*) har sitt opphav i Sørøst-Asia og dyrkes i dag i store mengder i land som India, Kina og Indonesia – hvor de også inngår

som en essensiell del av det regionale «kjøkkenet». Vanligvis er det rotstokken, rhizomet, som brukes, ferskt eller i tørket form. Mens gurkemeie kanskje er best kjent som et gult tørket pulver som kan gi farge til ulike karriretter, brukes ingefærroten i mange former. Bl.a. er syltet ingefær fast tilbehør til sushi, tørket ingefær brukes i tilberedning av ulike drikker, eller den kan stekes. Chilepepper ble opprinnelig dyrket i Mellom-Amerika og ble først innført til Europa og Østen gjennom europeiske handelsforbindelser, den tilhører en

Tradisjonelle balinesiske retter.



¹ Indonesisk: bongkot, engelsk: torch ginger



helt annen familie (*Solanaceae*), og det mest aktive stoffet, capsaicin, finnes her ikke i rotstokker, men i frukten. Grunnen til at chilipepper likevel tas med i denne sammenhengen er at capsaicin ser ut til å virke på samme reseptorer som gingerol, som er det aktive stoffet i ingefær. Dette skal vi komme tilbake til.

Gurkemeie (*Curcuma longa*)

Gurkemeie (urdu, punjabi og hindi: *haldi*, engelsk: *turmeric*) er en plante i ingefærfamilien, og rhizomer av denne planten er blitt brukt som medisin i over 5000 år. Mens den i oldtiden kanskje først og fremst ble brukt for å fremme sårtilheling (1), er gurkemeie en av de medisinplantene som det i nyere tid har vært forsket mest på. Rhizomet inneholder en rekke stoff med biologisk virkning (bl.a. alkaloider, flavonoider, glykosider og saponiner), men det er kurkumin som har tiltrukket seg mest oppmerksomhet. Kurkumin er et non-flavonoid polyfenol, og som andre polyfenoler har kurkumin både anti-inflammatorisk og anti-oksiderende virkning. Det hemmer plateaggregasjon, reduserer oksidering av LDL-kolesterol, og kan spille inn i reguleringen av diabetes II ved å hemme NF-KB og derved redusere insulinresistensen (1, 2). Kurkumin ser dessuten ut til å ha gunstig effekt på mikrovaskulære komplikasjoner ved diabetes (3, 11). Prekliniske studier (in vitro, dyreforsøk) viser at stoffet kan inngå forbindelser med en rekke ulike stoff og således påvirke både ulike transkripsjonsfaktorer, cytokiner, vekstfaktorer og enzymer (som for eksempel kinaser), samt at det har en regulerende effekt på

visse reseptorer.

Studier på mennesker er enda forholdsvis få, men det finnes enkelte gode studier, og i det følgende gjengis noen resultater fra disse.

En randomisert, dobbel-blindet, placebo-kontrollert studie av personer med pre-diabetes ($n=240$) viste at mens 16,4 prosent i placebogruppen etter hvert fikk diabetes II, var det ingen blant de som hadde fått kurkumin i ni måneder som utviklet sykdommen. De som hadde fått kurkumin hadde dessuten bedre β -cellefunksjon, lavere insulinresistens og høyere konsentrasjon av adiponektin enn de i placebogruppen (4). De samme forskerne viste at intervensjon med kurkumin hos diabetikere også førte til lavere pulsølgehastighet og således redusert risiko for aterosklerose. Også her fant man at adiponektin-nivået økte etter inntak av kurkumin, mens konsentrasjonen av leptin sank (5).

En annen, randomisert, placebokontrollert studie, denne av diabetikere som var overvektige ($n=100$) viste at 300mg kurkumin pr. dag i tre måneder førte til signifikant lavere blodsukknivå, lavere HbA_{1c} og redusert insulinresistens sammenlignet med placebogruppen. De som fikk kurkumin fikk også betydelig reduksjon i frie fettsyrer og triglyserider (6).

Effekten på så vel blodsukker som insulinsensitivitet er bekreftet av andre undersøkelser (7). Derimot viste en metaanalyse av fem studier stor spredning i resultatene når det gjaldt kurkumins effekt på kolesterol og triglyserider (8), hvilket her ble forklart med betydelig variasjon i de ulike populasjonene som ble undersøkt. Dessu-

HOVEDBUDSKAP:

- Ingefær, gurkemeie og chili er viktige ingredienser både i kostholdet og som medisin i store deler av verden, men kanskje først og fremst i Sør- og Sørøst-Asia, men også i Japan og China hvor allmenn kunnskap om deres fysiologiske virkninger er betydelig.
- Nyere forskning har vist at de alle har både glukosesenkende og lipidregulerende effekt, og deres effekt på diabetes og kardiovaskulære lidelser er dokumentert i pre-kliniske så vel som i kliniske studier.
- Kunnskap om deres medisinske virkninger vil kunne bidra til felles forståelse og gi et godt grunnlag for videre samtaler om kost og kostholdsendringer.

ten var ingen av studiene utført på pasienter med påvist dyslipidemi. Det kan ha stor betydning dersom kurkumin ikke har direkte lipidsenkende effekt, men virker regulerende inn på lipidprofilen. Det er likevel verdt å merke seg at i den ene studien som viste signifikant effekt på triglyserider, ble kurkumin gitt sammen med piperin, som bl.a. finnes i sort pepper. Piperin fremmer absorpsjonen av kurkumin, som vanligvis absorberes dårlig fra tarmen og derfor gir svært usikre plasmakonsentrasjoner² (8, 10). Den lave absorpsjonen av kurkumin fra tarmen er således kanskje den viktigste forklaringen på de sprikende resultatene. Forfatterne konkluderte da med at den kardiovaskulære beskyttelsen av kurkumin trolig skyldes andre mekanismer enn den lipidsenkende, for eksempel at kurkumin regulerer oksideringen av

² Andre gunstige kombinasjoner er kurkumin, C-vitamin og yoghurt (10) eller kurkumin og hvitløk (12). Slike kombinasjoner, som er vanlige i asiatisk mat, synes å være særlig virksomme i reguleringen av blodsukkeret.

LDL-kolesterol, at det virker blodfortynnende (9), eller at det har regulerende virkning på det vaskulære endotelet (5). I dag forskes det mye på syntetiske kurkumin-analoger som lettere kan absorberes og således blir mer forutsigelige. Foreløpig dreier dette seg i hovedsak om pre-kliniske studier (2).

Ingefær (*Zingiber officinale*)

Ingefær kommer fra rotstokken til *Zingiber officinale*. Dens skarpe smak kommer i det vesentlige fra 6-gingerol, men også fra 6-shogaol, en dehydrert form av gingerol (14). Men rhizomet inneholder også en rekke andre bio-aktive substanser som for eksempel zingerone og paradol. Her er ingefær kanskje best kjent for sin kvalmestillende og tarmregulerende effekt. Noen bruker ingefær mot forkjølelse. I kinesisk, ayurvedisk og unani-medisin har den derimot i flere hundrede år også vært benyttet for tilstander som leddbesvær, muskelsmerter, sår hals, og demenslignende tilstander, i den senere tid også for hypertensjon³, for å nevne noen bruksområder (14). Fra iranske kilder ser det ut til at ingefær fra gammel tid er blitt brukt mot leddsmerter, som slimløsende, for å stimulere hulkommelsen, og dessuten som afrodisiak (15). I dag er oppmerksomheten først og fremst rettet mot ingefærs mulige rolle i behandlingen av diabetes og kardiovaskulær sykdom, da det i en rekke prekliniske studier er påvist betydelig anti-inflammatorisk, platehemmende, blodtrykk- og lipidregulerende effekt (14). I dyreforsøk er det vist at ingefær har like kraftig antioksidereffekt som askorbinsyre (16).

En metaanalyse av fem randomiserte, dobbelt-blindete, kontrollerte studier av til sammen mer enn 300 pasienter med påvist diabetes II (13)⁴, viste at inntak av 1,6–3 gram av ingefærpulver daglig i 8–12 uker medførte signifikant reduksjon i både fastende blodsukker og HbA_{1c}. Forfatterne antyder at virkningen kan skyldes reduksjon av insulinresistensen, men det er ikke usannsynlig at ingefær også stimulerer glukoseopptaket uavhengig av insulinets virkning. Mekanismene er fortsatt noe uklare. Det antas likevel at ingefærs blodsukkerregulerende effekt er knyttet til gingerol. Gingerol aktiverer vanillin-reseptoren (TRPV1) (17) som blant annet finnes på smertefibre følsomme for kjemisk påvirkning og varme, i hjernen, i blære og

tarm samt i blodkar. Aktivering av TRPV1 medfører økt intracellulært Ca²⁺, stimulerer til dannelsen av NO som blant annet gir vasodilatasjon (21). Det har lenge vært kjent at TRPV1-reseptoren spiller en fremtredende rolle når det gjelder betennelse, oksidativt stress og smerte. I det siste har det vist seg at den også er viktig for metabolisme og hjerte- og karfunksjon. Dyreforsøk har vist at aktivering av TRPV1 kan ha gunstig effekt på blant annet fedme, diabetes, aterosklerose og hypertensjon (21, 23). Virkningen på TRPV1-reseptorene forklarer ikke bare ingefærs gunstige virkning på metabolisme, hjerte og kar, men også ingefærs kvalmestillende virkning, da disse reseptorene er utbredt i hjernestammen hvor kvalmesenteret ligger. Med andre ord: Ingefær virker der smerte oppstår som følge av inflammasjon og andre ubehagelige stimuli. De samme reseptorene aktiveres av capsaicin fra chilipepper (21). Mange forhold kan imidlertid påvirke ingefærs kjemiske sammensetning og egenskaper, slik som for eksempel jordsmonn, klima, tidspunkt for innhøsting og, ikke minst, lagring og tilberedning.

Dette har konsekvenser for hvilken nytte en måtte ha av ingefær i maten. En undersøkelse, hvor en sammenlignet de antioksidierende egenskapene til ferske rhizomer, tørkede rhizomer og ingefærpulver, viste at tørkede rhizomer både hadde høyest innhold av polyfenoler, og størst antioksidierende kapasitet. Ingefærpulver hadde minst (18). At det er de tørkede rhizomene som har størst antioksidierende kapasitet, bekreftes i en annen undersøkelse hvor en sammenlignet virkningen av fersk ingefær, tørket ingefær, ingefær stekt ved 220°C i syv minutter slik at den ble brun, og forkullet ingefær (stekt til den ble sort). Den antioksidierende kapasiteten, som sannsynligvis avhenger av det totale fenolinnholdet, var lavest i fersk ingefær – sannsynligvis på grunn av at ferske rhizomer inneholder mye væske – og høyest i hele, tørkede rhizomer. Stekt ingefær og forkullet ingefær kom i en mellomstilling (19). Det er verdt å merke seg at til forskjell fra kurkumin i gurkemeie, absorberes gingerol godt fra tarmen (13).

Chilipepper (*Capsicum annum*)

Chilipepper har som nevnt sitt opphav i Mellom-Amerika, og skal ha inngått i indianernes diett flere tusen år før vår tidsregning (20). I dag brukes chilipepper i ulike varianter i økende grad over hele verden, både som krydder og for sine medisinske egenskaper. Det som gjør chilipepper så in-

tenst «hot» er stoffet capsaicin, og dette forekommer i ulike konsentrasjon i ulike slag chili. Styrken måles i SHU, (Scoville heat units), som angir antall ganger et chiliekstrakt må fortynnes for at effekten skal bli umerkelig (20).

Capsaicin binder seg som nevnt til vanillinreseptoren (TRPV1) og fremkaller da en brennende følelse. Blant naturlig forekommende irriterende stoff står capsaicin imidlertid i en særstilling, da den første irriterende virkningen på smertefibrene etterfølges av en langvarig refraktærperiode hvor de irriterte nevronene blir ufølsomme for en lang rekke stimuli. Etter gjentatt eksponering synes sågar denne de-sensitiviseringen å bli permanent. Dette har vært utnyttet klinisk. Capsaicin-holdige kremer har lenge vært brukt for å lindre smertefulle tilstander, for eksempel diabetisk nevropati. Lokal applikasjon av capsaicin er videre foreslått som behandling for både andre smertefulle eller kløende hudlidelser og for leddsmerter på grunn av artrose eller leddgikt (20). Effekten er imidlertid noe usikker med mindre dosen er svært høy (8 prosent capsaicin i krem), og bruk av capsaicin i slike konsentrasjoner kan gi bivirkninger som krever spesielle forholdsregler (25). Capsaicin har også platehemmende og antikoagulerende virkning. Denne er trolig uavhengig av TRPV1-reseptorene (20).

Mens en rekke prekliniske studier viser gunstig effekt på reguleringen av metabolisme og kardiovaskulær funksjon, er undersøkelser på chilipeppers effekt på diabetes og kardiovaskulær sykdom hos mennesker forholdsvis få. En stor, prospektiv kohortstudie viser (etter korleksjon for kjente og potensielle risikofaktorer) at så vel total-dødelighet som årsakspesifikk dødelighet var redusert blant personer med et regelmessig høyt inntak av chilipepper. Det gjaldt både menn og kvinner (21). Epidemiologiske data viser videre at et høyt forbruk av capsaicin-holdig mat er assosiert med lavere forekomst av fedme, diabetes II og hjerte- og karsykdom.

Når det gjelder kliniske studier, er det bl.a. utført en randomisert, dobbelt-blindet, placebokontrollert studie blant kvinner med svangerskapsdiabetes (n=44). Studien, som fant sted i Chongqing – et område hvor chili-inntaket vanligvis er høyt, men hvor gravide kvinner av ukjente grunner avstår fra bruk av chili – viste at en forholdsvis liten dose chilipulver to ganger daglig (totalt tilsvarende 5 mg capsaicin) i fire uker ikke bare ble godt tolerert, men førte til både signifikant reduksjon av postprandial hyperglykemi og hyperinsuline-

³ Nyere forskning viser at ingefær trolig gir en blodtrykk-senkende effekt gjennom samme mekanismer som verapamil (14).

⁴ Fire av de vurderte studiene var utført i Iran.

mi og bedret lipidprofil hos mødrene. Dessuten hadde betydelig færre av de chilispisende kvinnes babyer unormalt høy fødselsvekt (22). Men ikke alle studier bekrefter den metabolske effekten av chiliinntak, og spriket tilskrives igjen forhold som variasjoner i etnisitet og matvaner, samt problemer med å standardisere inntaket av capsaicin (21).

Capsaicin absorberes lett fra tarmen. Stoffet trenger også gjennom huden, men utskilles raskt. En studie viste således at plasmakonsentrasjonen hos forsøkspersonene var maksimal 45 minutter etter inntak av et chiliekstrakt. Etter 105 minutter kunne capsaicin ikke lenger påvises i blodet. Den korte halveringstiden har ført til mye forskning på både avanserte distribusjonssystemer og på aktive analoger med lenger halveringstid og som ikke er så irriterende (24). Noen vegrer seg for bruk av chili på grunn av den brennende smaken og dens irriterende effekt på hud og slimhinner, men det er usikkert hvorvidt bivirkninger av betydning kan tilskrives inntak av chilipepper. Enkelte epidemiologiske studier har riktignok vist en viss sammenheng mellom inntak av chilipepper og magekreft. Andre motsier dette. Noen har sågar vist at moderate mengder chilipepper/capsaicin beskytter mot visse typer kreft (20, 24). Dessuten kan det se ut til at inntak av chilipepper fremmer tilheling av magesår (23). Når chilipepper appliseres lokalt mot f.eks. diabetisk nevropati, kan det likevel forekomme bivirkninger selv ved lavere konsentrasjoner. Noen får faktisk mer smerte, og hoste, rødhet og brennende følelse i huden forekommer ikke så sjelden. Videre spekuleres det på om ikke en kronisk blokkade av TRPV1 vil øke risikoen for hudkreft, spesielt om huden samtidig utsettes for sollys (20).

Hva kan vi som allmennpraktikere lære av dette?

Litteraturgjennomgangen om gurkemeie, ingefær og chili viser at disse vekstene har både betydelig påvirkning på metabolismen, i form av bedre glukosekontroll og gunstigere lipidprofil, og beskyttende effekt på hjerte og blodkar. Dels ved at de virker platehemmende og antikoagulerende, dels ved sin gunstige effekt på endotel-funksjonen. Det arbeides i dag iherdig for å fremstille analoger av kurkumin og capsaicin som er mer anvendelige og forutsigbare i klinisk praksis. Vårt anliggende er imidlertid ikke medikamentell behandling. Heller ikke synes det særlig hensiktsmessig å anbefale økt bruk av disse ingredi-

ensene for personer som allerede er familiære med slik mat. Vårt anliggende er først og fremst å bringe fram et relevant kunnskapsgrunnlag for gode kostsamtaler. Innvandrere fra regioner hvor kinesisk, ayurvedisk eller unani-medisin står sterkt, vil ofte ha oppfatninger om disse veksternes virkning på kroppen. Dette er også min erfaring – både fra reiser i Sør- og Sørøst-Asia, og da kanskje særlig Bali, og fra mitt arbeid med ulike innvandergrupper her i Oslo. At innvandrerpasienten får anerkjennelse for sin kunnskap og hva han eller hun allerede gjør for å ta vare på sin helse, vil lette et videre samarbeid. Videre vil en felles forståelse av det innvandreren selv er kjent med og opptatt av, underbygd med data fra preklinisk og klinisk forskning, kunne være et godt utgangspunkt om det skulle bli aktuelt å foreslå kostendringer, slik som for eksempel å spise mindre rødt kjøtt og ris og mer fisk og belgfrukter i form av linser og bønner. Dessuten vil jeg tro at bevisstheten om at den medisinske vitenskapen også har frembrakt slik kunnskap vil kunne bidra til større tro på og tilitt til vår vestlige skolemedisin hos de av innvandrere som i utgangspunktet er mest skeptiske.

Til slutt må det også nevnes at når det er snakk om å ta i bruk blodfortynnende medikamenter, må legen være oppmerksom på at alle de vekstene vi så langt har omtalt, kan ha en blodfortynnende virkning som det kan være nødvendig å ta hensyn til både ved valg av preparat og dosering.

Takk til Harald Siem som har bidratt med nyttige kommentarer og konstruktiv kritikk til tidligere utkast til denne artikkelen.

REFERANSER

1. Aggrawal, B.B. et al (2006) Curcumin: The Indian Solid Gold P1: OTE/SPH P2: OTE SVNY332-Aggrawal.
2. Prasad, S. et al (2014) Review: Curcumin, a component of golden spice: From bedside to bench and back Biotechnology Advances Vol. 32, s. 1053–1064. Doi:10.1016/j.biotechadv.2014.04.004.
3. Jeenger, M.K. et al (2015) Review: Curcumin: A pleiotropic phytonutrient in diabetic complications Nutrition Vol.31, s.276–282 Doi:10.1016/j.nut.2014.06.01510.1016/j.biotechadv.2014.04.004.
4. Chuengsamarn, S. et al (2012) Curcumin Extract for Prevention of Type 2 Diabetes Diabetes Care. Doi:10.2337/dc12-0116.
5. Chuengsamarn, S. et al (2014) Reduction of atherogenic risk in patients with type 2 diabetes by curcuminoid extract: a randomized controlled trial Journal of Nutritional Biochemistry Vol.25, s. 144–150. Doi:10.1016/j.jnutbio.2013.09.013.
6. Na, L-X. et al (2013) Curcuminoids exert glucose-lowering effect in type 2 diabetes by decreasing serum free fatty acids: a double-blind, placebo-controlled trial Mol.Nutr. Food Res. Vol. 57, s. 1569–1577. Doi:10.1002/mnfr.201200131.

FAKTABOKS

- Wilbur Scoville var en amerikansk farmasøyt som i 1912 utviklet en metode for å karakterisere styrken i chilipepper, den såkalte Scoville organoleptiske test.
- En nøyaktig mengde tørket chilipepper løses først i alkohol for å trekke ut capsaiciner, denne løsningen fortynnes deretter i sukkervann inntil de fleste av et panel på fem «smaksekspert» ikke lenger kan kjenne skarphet i drikken.
- Styrken angis i SHU (Scoville heat units), og varierer fra 0 (paprika) til 16 000 000 (rent capsaicin). Cayennepepper ligger på 30 000–50 000, birds eye fra 100 000 til 225 000.

7. Ghorbani, Z. et al (2014) anti-Hyperglycemic and Insulin Sensitizer Effects of Turmeric and Its Principle Constituent Curcumin Int J Endocrinol Metab Vol. 12, No. 4. Doi:10.5812/ijem.18081.
8. Sahebkar, A. (2014) A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials investigating the effects of curcumin on blood lipid levels Clinical Nutrition Vol. 33, s. 406–414. Doi:10.1016/j.clnu.2013.09.012.
9. Sirisidithi, K. et al (2016) antithrombotic activity of turmeric (Curcuma longa): A Review 10.1038/sj.bjpp.0704925 J. Agric. Res. Vol. 50 No. 2 s. 101–106. Doi: 10.18805/ijare.v50i2.9586.
10. Ghosh, S. (2015) Review: The beneficial role of curcumin on inflammation, diabetes and neurodegenerative disease: A recent update Food and Chemical Toxicology Vol. 83, s. 111–124 . Doi: 10.1016/j.fct.2015.05.022.
11. Khajehdehi, P. et al (2011) Oral supplementation of turmeric attenuates proteinuria, transforming growth factor-β and interleukin-8 levels in patients with overt type 2 diabetic nephropathy: A randomized, double-blind and placebo-controlled study Scandinavian Journal of Urology and Nephrology Vol. 45, No. 5 s. 365–370. Doi: 10.3109/00365599.211.585622.
12. Sukandar, E.Y. et al (2014) Recent Study of Turmeric in Combination with Garlic as Antidiabetic Agent Procedia Chemistry Vol. 13 s. 44–56. Doi:10.1016/j.proche.2014.12.005.
13. Daily, J.W. et al (2015) Efficacy of ginger for treating Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials Journal of Ethnic Foods Vol.2, s. 36–43. Doi:10.1016/j.jef.2015.02.007.
14. Badreldin, H.A. et al (2008) Some phytochemical, pharmacological and toxicological properties of ginger (Zingiber officinale Roecoe): A review of recent research Food and Chemical Toxicology Vol.46, s. 409–420. Doi: 10.1016/j.fct.2007.09.085.
15. Khodaie, L. & Sadeghpour, O. (2015) Ginger From ancient Times to the New Outlook Jundishapur J Nat Pharm Prod Vol. 10, No.1, e18402.
16. Ahmed, R.S. et al (2000) Influence of dietary ginger on antioxidant defense system in rat: Comparison with ascorbic acid. Indian J Exp Biol Vol. 38, No. 6, s. 604–6.
17. Dedov, V.N. et al (2002) Gingerols: a novel class of vanilloid receptor (VR1) agonists British Journal of Pharmacology Vol. 137, s. 793–798. Doi: 10.1038/sj.bjpp.0704925

18. Jelled, A. et al (2015) Chemical and antioxidant parameters of dried forms of ginger rhizomes *Industrial Crops and Products* Vol. 77, s.30–35. Doi:10.1016/j.indcrop.2015.08.052
19. Li, Y. et al (2016) Chemical characterization and antioxidant activities comparison in fresh, dried, stir-frying and carbonized ginger *Journal of Chromatography B* 1011, s.223–232. Doi: 10.1016/j.jcromb.2016.01.009
20. Bode, A.M. & Dong, Z. (2011) Review: The Two Faces of Capsaicin *Cancer Res.* Vol.71, No.8, s.2809–14. Doi:10.1158/0008.5472.CAN-10-3756.
21. Sun, F. et al (2016) Dietary Capsaicin Protects Cardiometabolic Organs from Dysfunction *Nutrients* Vol. 8, s.174. Doi:10.3390/nu8050174
22. Yuan, L. et al (2016) Capsaicin-containing chili improved postprandial hyperglycemia, hyperinsulinemia, and fasting lipid disorders in women with gestational diabetes mellitus and lowered the incidence of large-for-gestational-age newborns. *Clinical nutrition* Vol.35, s.388–393. Doi:10.1016/j.clnu.2015.02.011.
23. McCarty, M.F. et al (2015) Capsaicin may have important potential for promoting vascular and metabolic health *Open Heart* 2:e000262 Doi: 10.1136/openhrt-2015-000262.
24. Rollyson, W.D. et al (2014) Bioavailability of capsaicin and its implications for drug delivery *Journal of Controlled Release* Vol.196, s. 96–105. Doi:10.1016/j.jcomrel.2014.09.027.
25. Derry, S. et al (2013) Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults (Review). *Cochrane Database of systematic Reviews* No.2 No.:CD007393 Doi:10.1002/14651858.CD007393.pub3.

■ A.AA@NAKMI.NO

Distriktsmedisin i paradis...

■ KARSTEN KEHLET • Spesialist i allmennmedisin, Senjalegen

■ ANDY O'GRADY • Specialist in general practice, Wellington, New Zealand



Kokosøyene er to små atoller lokalisert 2750 km fra Perth i det indiske osean. På sin egen hjemmeside beskrives øyene slik:

«Australia's last unspoilt paradise lies in the azure waters of the Indian Ocean, kissed by the sun and caressed by fragrant trade winds.»¹

Det er en beskrivelse som mange besøkende antakelig vil være enige i. Kokosøyene er mest kjent for vakre korallrev, fascinerende dykking og snorkling, en av verdens beste plasser for kiting, kokospalmer i titusenvís og en golfbane som går tvers over den internasjonale flyplass. Imidlertid har øyene også en fascinerende historie, og lokalisasjonen, samt den beskjedne befolkning medfører betydelige distriktsmedisinske utfordringer.

Historie

Kokosøyene var ubebodd frem til begynnelsen av 1800-tallet, da engelskmannen Alexander Hare bosatte seg med et harem av malaysiske kvinner. Han ble imidlertid fordrevet av shetlenderen John Clunies-Ross et par år senere, og Clunies-Ross-familien har i fem generasjoner og nesten 150 år satt sitt betydelige preg på Kokosøyene.

John Clunies-Ross plantet kokospalmer på store deler av Kokosøyene og hentet malaysiske arbeidere. Fem generasjoner Clunies-Ross levde og regjerte på føydalt vis frem til etter 2. verdenskrig hvor kritikken mot styresettet ble sterkere, og i 1978 kjøpte den australske stat familien Clunies-Ross ut etter økende press og trusler om ekspropriering. 6. april 1984 ble det avholdt folkeavstemning hvor det var et betydelig flertall for at Kokosøyene skulle bli en del av Australia².

I 1836 besøkte HMS Beagle med Charles Darwin om bord Kokosøyene. Dette besøk var vesentlig for at Darwin utviklet sin teori om hvordan korallrev og koralløyer er oppstått³.



Flyplassen på Kokosøyene er en av de få internasjonale flyplasser i verden som har en golfbane som krysser flystripen.

Andy O'Grady i samtale med Alanna Watson på helsesentret, West Island.



¹ <http://www.cocoskeelingislands.com.au/>

² [https://en.wikipedia.org/wiki/Cocos_\(Keeling\)_Islands](https://en.wikipedia.org/wiki/Cocos_(Keeling)_Islands)

³ Charles Darwin: The Structure and Distribution of Coral Reefs.

Befolkning

Kun to av Kokosøyenes 25 øyer er befolket. På Home Island bor ca 600 overveiende etterkommere etter de malayer som ankom opp til 150 år tidligere. På West Island bor 100–150 overveiende offentlig tilsatte, som ofte arbeider på øyene en tidsbegrenset periode.

Helsetilbudet på Kokosøyene

Det er helsesenter på både Home Island og West Island som betjenes av en lege som veksler mellom de to kontorene. Når han/hun er borte på ferie, kurs eller annet, erstattes han av en av de tre legene som jobber på Christmas Island som ligger ca 1000 km unna. Dessuten er det ansatt sykepleiere og en clinical nurse manager i tillegg til to helsearbeidere (søsken), som i sin tid ble utpekt av en Clunies-Ross til å være helsearbeidere (de hadde en onkel som hadde vært helsearbeider, så da mente Clunies-Ross at da måtte de være skikket til slikt arbeid).

Helsesentrene er velutstyrt med røntgen, ultralyd, skadestue med relevant akuttmedisinsk utstyr. Det finnes ingen sykehjem eller sykestue, og det er ikke mulighet for større kirurgiske inngrep. Ved behov for sykehusinnleggelse må pasienten transporteres til Perth, 4,5 timers flytid unna. Det tar minimum 12 timer før et ambulansefly er til stede etter rekvirering og i praksis ofte mer enn 24 timer. Det er ikke mulighet for videokonferanse da dette er for kapasitetskrevenende for internettet på øyene.

Clinical nurse manager Alanna Watson beskriver betydelige utfordringer med akutte situasjoner hvor det skal overføres pasienter til sykehus på grunn av lang ventetid på fly og deretter lang

Nek Qus viser rundt på helsesentret på Home Island.



Andy O'Grady og Karsten Kehlet sammen med Andys kone Clemencia Oriba før avreise fra Kokosøyene. Alle seilbåter legger igjen et brett, en bøye eller i vårt tilfelle 1/2 åre hvor navn, besetningsmedlemmer og årstall skrives inn. Andy O'Grady var kaptein på Colin Archeren Balaena.

Når høyeste punkt er fem meter over havets overflate må man ha robuste tilfluktsrom.





flytid. Manglende videokonferansemuligheter begrenser også muligheten for veiledning i både elektive og akutte situasjoner.

Såfremt en person får en sykdom som krever tett oppfølging av spesialisthelsetjenesten er det komplisert å bo på Kokosøyene, men det er ofte umulig av økonomiske grunner å flytte til Perth. Mange har naturlig nok også et nært forhold til øyene og ønsker ikke å flytte uansett helsetilstand.

Valerie Capstan (kalles Nek Adillah, hvilket betyr at hun har et barnebarn ved navn Adillah) og hennes bror Yakin Capstan (Nek Qus) ble i 1977 utnevnt av en av de siste «fyrster» i Clunies-Ross-familien til å fungere som helsearbeidere. I dag jobber de som mange medarbeidere på et legekontor med blodprøvetaking, tar telefoner, tar røntgen i tillegg til at de ofte må fungere som tolker ettersom ikke alle snakker engelsk.

De har liten formalisert utdanning, men en imponerende oversikt over helsesituasjonen blant befolkningen spesielt på Home Island. De beskriver en betydelig utvikling i sykdomspanoramaet blant de malaysiske etterkommere. Mindre fysisk krevende arbeid og ikke minst en betydelig endring i kostholdet antas å være de vesentligste årsaker til at det i dag er 50 innbyggere på Home Island med diabetes, mens det på 1970-tallet var fem. Det er også en betydelig økning i forekomsten av hypertensjon og nyresvikt, hvilket er et betydelig problem, da det ikke er tilbud om dialyse på Kokosøyene. Tidligere var kostholdet stort sett fisk og grønnsaker, mens det meste av maten i dag innføres fra fastlandet. Derfor er det også erfaringen at det spesielt er de yngre hvis helsesituasjon er forverret, mens de eldre i mindre grad er preget av livsstilssykdommer.

Det er ikke noe institusjonstilbud, og pleietrengende pasienter må ivaretas i hjemmet eller flytte til fastlandet.

Kokosøyene er som en liten oase i det enorme indiske ocean, men også i dette frodige øysamfunn, hvor «alt» kan gro, og hvor man overalt møtes med vennlighet og imøtekommenhet, står man overfor nye og betydelige utfordringer.

Ikke bare er avstanden til spesialisthelsetjenesten krevende, men mye er også fremkomsten av livsstilssykdommer som tidligere var nesten helt fraværende. Det er en problemstilling som helsepersonellet må møte.

■ KAKEHLET@GMAIL.COM
■ ANDYGRADY1@GMAIL.COM

Utflod hos kvinner

■ TRINE KJUS BRUMOE • Overlege Olafiklinikken. OUS

Vaginal utflod er en vanlig problemstilling hos kvinner som oppsøker lege. Denne artikkelen drøfter årsaker til, diagnostikk og behandling av tilstanden.

Det er viktig å utelukke årsaker som seksuelt overførbart infeksjon (soi) samt å undersøke vanlige årsaker som bakteriell vaginose (BV) og vulvovaginal candidainfeksjon (VVC). I tillegg kan det være greit å kjenne til noen andre, mer uvanlige årsaker til utflod, som *Trichomonas vaginalis* (TV), aerob vaginitt, cytolytisk vaginose og atrofisk vaginitt. Mengden utflod varierer fra kvinne til kvinne, og den endrer seg med hormonell status (fertil alder/overgangsalder/graviditet). Den normale utfloden består av slim fra kjertler og livmorhals, celler fra skjedeveggen som hele tiden avstøtes, samt melkesyrebakterier. Melkesyrebakteriene trives i surt miljø og den normale utfloden er ofte tyktflytende, litt grynete og lukter syrlig.

Normalfloraen i skjeden endrer seg i løpet av livet. Før puberteten og etter menopause består den av bakterier vi finner på huden og i tarmen, som stafylokokker, streptokokker, difterioide bakterier og *E. Coli*. pH-verdien ligger på 6–7. I fertil alder endres normalfloraen til hovedsakelig å bestå av melkesyrebakterier og pH-verdien synker til 3,8–4,2. Tarmbakterier finnes fortsatt i lavt antall, men trives ikke ved den lave pH-verdien. Grunnen til endringen i normalfloraen, er at eggstokkene ved puberteten begynner å produsere østrogen. Østrogenet fører til at det lagres glykogen i epitelcellene i skjeden, og når melkesyrebakteriene bryter ned glykogenet, dannes melkesyre. Melkesyre fører til et surt miljø, som gjør det vanskelig for andre bakterier å overleve. Det finnes forskjellige stammer av melkesyrebakterier og noen er ekstra effektive når det gjelder beskyttelse mot uønskede bakterier, for eksempel gjennom å produsere hydrogenperoksid, som er en antimikrobiell substans. En frisk kvinne i fertil alder har vanligvis 30 forskjellige bakteriestammer eller mer i vagina, og gode melkesyrebakterier er forutsetningen for en sunn og motstandsdyktig normalflora.

Dersom mengden utflod er det eneste symptomet og det ikke foreligger seksuelt overførbart infeksjon (soi), eller er mistanke om annen sykdom, er utflod i seg selv noe som verken kan eller skal behandles. De fleste slår seg til ro med en forklaring av hva utfloden består i, at melkesyrebakteriene beskytter mot andre infeksjoner, og at det er bedre med litt for mye utflod enn at det er tørt og sårt.

Bakteriell vaginose (BV)

BV er den vanligste årsaken til unormal utflod hos kvinner med en prevalens på 10 prosent blant seksuelt aktive kvinner og på 20–35 prosent av kvinner som søker lege på grunn av utflod.

BV kjennetegnes av en økologisk ubalanse i skjedens normalflora. Melkesyrebakteriene, som normalt dominerer, forsvinner og erstattes av forskjellige anaerobe og fakultativt anaerobe bakterier, blant annet *Gardnerella vaginalis* (GV). I tillegg er den totale mengden bakterier økt mellom 100 til 1000 ganger. Det er ikke en enkelt bakterie som forårsaker BV, men trolig er GV viktig for at mikrofloraen i skjeden skal utvikle seg i BV-retning. Påvisning av GV egner seg ikke til BV-diagnostikk for selv om man finner bakterien hos 100 % av kvinner med BV, så finner man den også hos 50 % av kvinner uten BV.

Candida sees sjelden sammen med BV, trolig fordi aminene som de anaerobe bakteriene produserer, hemmer soppvekst.

Symptomer:

Først og fremst ubehagelig lukt fra underlivet (råtten fisk). Lukten er ofte tydeligere etter samleie og ved menstruasjon. Dette skyldes at sæd og blod er basisk og at syrelåsen som melkesyrebakteriene danner, forsvinner.

Enkelte kvinner merker ikke lukten, muligens fordi de har hatt BV over tid og vennet

seg til den. Mengden utflod trenger ikke være økt, men konsistensen kan ha endret seg. I tillegg opplever noen svie/kløe/ubehag ved samleie, symptomer som kan forveksles med både klamydia og soppinfeksjon.

BV er assosiert med ny seksualpartner, høy seksuell aktivitet og multiple partnere.

Tiltagende kolonisering av ulike bakterier overført ved samleie kan være en bidragende faktor.

Diagnostikk

For å stille BV-diagnosen må tre av fire kriterier være oppfylt (Amsel-kriteriene). Disse er

- karakteristisk BV-utflod (grålig, homogen, litt klebrig).
- pH > 4,5
- fiskelukt ved tilsetning av en dråpe kalilut (KOH) 10–20 prosent til en dråpe skjedesekret på et objektglass. Skjedesekret hentes lett med en 5 mikrogram plastøse, distalt i skjeden for å unngå falsk forhøyet pH-verdi pga sammenblanding med basisk cervixsekret.
- Clueceller. Dette er epitelceller dekket av kokkoide bakterier (det vi ser er biofilmen som har erstattet de normale melkesyrebakteriene), og det er så mange av dem at kanten på epitelcellen nærmest viskes ut og blir utydelig.

pH-måling har høy sensitivitet og lav spesifisitet for BV. Positiv snifftest har høy spesifisitet. Ved pH > 4,5 og positiv snifftest er den positive prediktive verdien for BV høy.

Behandling

Klindamycin (Dalacin) krem intravaginalt hver kveld i en uke eller klindamycin (Dalacin) vagitorier hver kveld i tre dager eller Metronidazol tabl 500 mg x 2 i en uke.

Behandling av fast mannlig partner er ikke vist å ha betydning i forhold til eventuelt residiv. Ved kvinnelig partner, må begge behandles for å unngå residiv.

BV bør behandles fordi det øker mottakeligheten av soi. Det er funnet nedgang i klamydia når BV behandles. To tredjedeler av kvinner med residiverende BV opplyser at tilstanden påvirker livet deres fordi de har mindre sex. BV øker risiko for abort, preterm fødsel og postpartum infeksjon. Behandling ved graviditet bør gis mellom uke 13 og 16 for å redusere risiko for preterm fødsel. Behandles med klindamycin (Dalacin) krem intravaginalt hver kveld i en uke. Bør kontrolleres etter to til fire uker og et eventuelt residiv må behandles.

BV residiverer hos 30–40 prosent etter en til tre måneder. Gjentatt behandling vil da være indisert.

Surgjøring av skjeden med melkesyreprodukter (Lactal gel) noen dager etter hver menstruasjon, eller tilføring av humane melkesyrebakterier (Ecovag), kan

ha forebyggende effekt ved residiverende BV. Dersom BV først er etablert, vil surgjøring eller tilføring av melkesyrebakterier kun redusere lukt.

Dekvalinumklorid (Danoxyl/Fluomizin) er en antimikrobiell, antiseptisk substans, som administreres som 10 mg vaginaltablett, seks påfølgende kvelder. Vi har foreløpig lite erfaring med denne behandlingen ved Olafiaklinikken, men den framstår som et godt alternativ til antibiotika ved residiverende BV. Dekvalinumklorid gir ikke andre bivirkninger enn eventuelt litt kløe/irritasjon i skjeden.

Probiotika diskuteres, men det finnes foreløpig for få studier til at man kan trekke konklusjoner om effekt. En randomisert studie med 42 kvinner hvor 17 fikk lactal gel (melkesyre) i tre dager umiddelbart etter menstruasjon i seks måneder, og resten fikk placebo, konkluderte med at 88 prosent av de på aktiv behandling var symptomfrie under behandlingen sammenliknet med 10 prosent av de på placebo.

Trichomonas vaginalis (TV)

Trichomonas vaginalis er en encellet flagellat som forårsaker den vanligste seksuelt overførbare infeksjon i verden med 180 millioner tilfeller årlig. Inkubasjonstid er en til fire uker.

Symptomer

Symptomene likner BV, men symptomene er mer uttalte. Til forskjell fra BV, gir TV en inflammasjon i skjeden, med røde, irriterte slimhinner, eventuelt med petecier. Ved akutt sykdom er utfloden ofte gulgrønn, rikelig og skummende. Menn har vanligvis ikke symptomer. Kolonisering med TV uten symptomer forekommer både hos kvinner og menn.

Diagnostikk

pH er alltid over 4,5. Snifftest er ofte positiv. Melkesyrebakterier er fraværende. Ved mikroskopi av skjedesekret blandet med en dråpe romtemperert saltvann finner man bevegelige flagellater hos 50 prosent. Ved innsending av pinneprøve fra vagina (samme som til klamydia), fanger man ved NAT (nukleinsyreamplifiseringstest) opp 98 prosent.

Behandling

Metronidazol 2 g som engangsdose. Resistens forekommer og man må da øke dose og behandlingstid. Til forskjell fra ved BV, er partnerbehandling nødvendig selv om partneren ikke har symptomer.

Vulvovaginal candidiasis (VVC)

Gjærsopper, oftest candida albicans, tilhører normalfloraen og koloniserer vagina

hos ca 20 prosent symptomfrie kvinner. Mer enn halvparten av alle kvinner får VVC i løpet av livet. En liten andel får hyppig residiverende infeksjoner. Soppinfeksjoner i vulva og vagina skyldes hovedsakelig Candida albicans, sjelden Candida glabrata.

Årsak

Diabetes mellitus, antibiotikabruk, immunsuppresjon og graviditet gir økt risiko for VVC, men som regel finner man ingen utløsende årsak. P-piller med høyt østrogeninnhold ser ut til å kunne gi økt forekomst. Det samme gjelder pessar.

Symptomer

Ved en akutt VVC er kløe det dominerende symptomet. Rundt halvparten har typisk hvit, klumpete utflod («cottage cheese»). Ved kronisk/residiverende VVC kan de typiske symptomene som kløe og utflod mangle. Hovedsymptomet er da svie i skjeden og samleiesmerter.

Diagnostikk

Ved undersøkelse finner man at slimhinnen i skjeden er erytematøs.

Selvdiagnostikk har en sensitivitet på kun 34 prosent. Det er derfor nødvendig med anamnese og undersøkelse for å kunne stille en rimelig sikker diagnose. Dyrkning vil fange opp alle tilfeller av VVC, men gjøres kun ved residiverende/kronisk VVC.

Behandling

Imidazolpreparat lokalt eller peroralt fluconazol. Ingen av soppbehandlingene er fungicide, dvs de dreper ikke soppen, som derfor kan komme igjen. Ved ukomplisert VVC er behandlingen effektiv i 80 % av tilfellene. Ingen preparater er bedre enn de andre. Varighet av behandlingen har lite å si. Man kan for eksempel kjøpe 3 vagitorier à 150 mg og bruke en eller to og så spare den (de) siste til senere.

Dersom man velger peroral behandling er det tilstrekkelig med en kapsel fluconazol da terapeutiske konsentrasjoner finnes i vaginalsekret i minst 72 timer. Mannlig partner behandles kun dersom han har symptomer (utslett og kløe på glans og forhuden). Behandles med Daktacort krem x 2, trenger som regel kun en til to dagers behandling. Dersom mannlig partner får symptomer, kommer disse kort tid etter samleie og de vil forsvinne spontant uten behandling. Dersom han vasker penis umiddelbart etter samleie, vil han trolig ikke få symptomer.

Kronisk VVC

Dette defineres som > fire tilfeller pr. år. Symptomer er svie og samleiesmerter. Ofte finner man erytematøs genitalslimhinne med sparsom utflod. Ofte fissurer. Mikroskopi er ofte negativ. Man må ha sikker

diagnose før behandling og ved mistanke om kronisk VVC bør man ta dyrkningsprøve til laboratoriet, som må gjentas dersom første prøve er negativ.

Behandles med fluconazol 150 mg, 1 kapsel hver 14. dag i tre til seks måneder (evt. hver uke/hver fjerde uke avhengig av symptomer). Kontroll etter to til tre måneder.

Andre, mindre vanlige årsaker til unormal utfloed

Aerob vaginitt

- Vedvarende utfloed, svie, dyspareuni. Økt pH, negativ snifftest.
- Skifte fra laktobasiller til aerob flora (E. Coli, gr. B-streptokokker, Staph. aureus)
- Assosiert med abort/for tidlig fødsel

Behandling

Klindamycin vaginalkrem syv dager/klindamycin vagitorier tre dager.

Cytolytisk vaginose: Skyldes overproduksjon av laktobasiller ved høyt østrogennivå (unge og gravide). Plager med økt utfloed og litt svie. Lav pH < 3,8 og negativ snifftest. Kan klinisk forveksles med sopp (hvit, grynet utfloed) og mikroskopisk med BV («falske» Clueceller – epitelceller dekket av laktobasiller).

Behandling

Sjelden nødvendig. Evt. vaginalskylning med natriumbikarbonat 40 g pr. liter vann to til tre ganger pr. uke) hvis plagsomme symptomer.

Atrofisk vaginitt

Etter menopausen avtar elastisiteten i vagina og vestibulum og plateepitelet minsker i tykkelse. Dette kan gi sårhet i skjeden, tyntflytende utfloed, dyspareuni og svie ved vannlatning. Behandling er bruk av glidemiddel, eller østrogensubstitusjon lokalt eller systemisk. Ved blodig utfloed må cervix- og corpuscancer utelukkes.

Kløe i underlivet eller perianalt, eventuelt med utslett, kan hos både kvinner og menn skyldes overdreven vask. Generelt bør man unngå bruk av såpe i disse områdene. Olje (babyolje/jordnøttolje) kan erstatte såpe og vil i tillegg hindre uttørring.

NØKKELPOENGER

- Normal utfloed verken kan eller skal behandles, selv om pasienten opplever mengden som unormal.
- Husk å sjekke for soi. Klamydia gir ofte asymptomatisk infeksjon, og også gonore forløper uten symptomer hos opp mot 50 pst av kvinner og 10–15 pst av menn.
- Det er viktig å skille mellom BV og VVC for å kunne gi god behandling. Overbehandling (behandling med lokalpreparater for sopp eller BV) kan muligens utløse plager som vulvodyn (smertetilstander i vulva) senere.
- Med pH-papir og kalilut kan man stille riktig diagnose mens man har pasienten på kontoret.
- Påvisning av Gardnerella vaginalis (GV) er uegnet som diagnostikk ved BV
- Soppdyrkning bør kun gjøres ved kronisk, residiverende candidainfeksjon, ikke ved akutt soppinfeksjon.
- Mange tilfeller av kløe i underliv/perianalt skyldes overdreven vask.

■ TRINE.KJUS.BRUMØEN@GMAIL.COM



Anne Kristine Bergem (red.)

Kroppen i psykoterapi

Gyldendal Akademisk

Bokmål

1. utgave 2016

204 sider

ISBN 978-82-05-49734-4

Bare for å ha sagt det først som sist: Dette er en bok jeg tror kan være av interesse for *Utpostens* lesere, uansett fagområde. Bakside-teksten antyder utgivers ambisjoner:

«For å gi god behandling til et menneske med psykiske helseplager må man se hele mennesket. Innen psykoterapi har det i liten grad vært tradisjon for å inkludere pasientens kropp i vurdering og behandling. Denne dualismen mellom kropp og sinn er kunstig. Mennesket består ikke av to systemer, men er en helhet.»

Forfatterne av denne boka tilnærmer seg kroppens plass i psykoterapi fra ulike vinkler og stiller spørsmål om:

- Hvordan kommer vonde følelser til uttrykk gjennom kroppen?
- Hva skjer med kroppen i terapi?
- Hvordan kan man invitere pasientene inn i dialog om egen kropp?

Boken tar først for seg den nære historikken bak utviklingen av faget psykiatri. Et par pasientfortellinger belyser dilemmaene i feltet, og noen av forfatterne går i dybden på leting etter hvordan vi rent faktisk kan møte medmennesker som de unike individene de er. Men det er et «men» her: Det holder kanskje ikke å hevde at vi når målet om helhetlig tilnærming kun ved å innføre et par bindestreker i fagforståelsen: bio-psyko-sosial. Vi mangler rett og slett en vitenskapsteoretisk forståelse av helse og sykdom hos mennesket – individet som et hele, ikke delt i psyke og soma, sinn og kropp. Men heldigvis er det – som kjent – «von i hangende snøre», noe denne boken kan antyde.

I denne bokenmeldelsen er det kun plass til et lite overblikk over forfattere og foci i tekstene. – Anne

Kristine Bergem har en interessant innledning. Per Vaglum følger opp med et overblikk over grunnlagstenkningen i psykiatrifeltet gjennom historien. Han tar spesielt for seg den kunstige to-delingen i kropp og sinn. Jon Sletvold går mer direkte på hva som skjer med kroppen under psykoterapi, mens Line Indrevoll Stånicke omtaler selvskading, om fysisk og psykisk smerte. Svein Øverlands tema i boken er ansiktet. Han omtaler bl.a. elementer fra ansiktets evolusjonspsykologi og fra kognitiv nevrovitenskap.

Torkil Berge og Elin Fjerstad har arbeidet spesielt med helsepsykologi ved kroppslig preget sykdom, mens Anne Gretland utvider perspektivet gjennom psykomotorisk fysioterapi. Tannhelsen har også fått en god plass i denne boken, beskrevet av Tiril Willumsen.

Hva mer? Jo, svært vesentlige pasienterfaringer, presentert av hhv. Rig-mor Galtung som bl.a. omtaler bivirkninger ved medisiner, og Juni Raak Høiseth som bidrar med omfattende innsikt i feltet spiseforstyrrelser. Og ikke minst vesentlig i denne boken: Finn Skårderuds refleksjoner over både kroppens idé-historie, erfaringenes embodiment og bevissthet om at det er to personer med hver sine «besjelede kropp» som møtes i psykoterapi-rommet.

Det er ikke uten grunn at Finn Skårderud framheves spesielt i denne summariske oversikten over bokens tematikk. Etter min egen lange erfaring i allmennpraksis er det nok han som kanskje ligger lengst framme i denne boken i å peke på mulige veier videre for faget medisin – og ikke bare for psykiatrifeltet.

En bekymring til slutt – og som ikke tematiseres i denne boken: Stimulerer rammene for psykiatrifeltet i Norge i dag til denne nysgjerrigheten på en mer grunnleggende forståelse av hva helse og sykdom kan handle om? «Effektivitet» og fokus på «bunnlinje», stykkpris-finansiering, samt mål- og resultatstyring er kanskje ikke fasiliterende for utviklingen av helsefremmende møter i helsetjenesten?

Uansett rammebetingelser: Denne boken kan være en kjærkommen kilde til refleksjon over helse og sykdom, over egen praksis og fagfeltet medisin. – God lesning!

ELI BERG

1. amanuensis UiO, tidligere allmennpraktiker

En nødvendig fortelling om kvinnehjarter



Maja-Lisa Løchen / Eva Gerdt
Kvinnehjarter
 En medisinsk fagbok om
 vanlige hjertesykdommer
 Gyldendal Akademisk
 Bokmål
 1. utgave 2015
 208 sider
 ISBN 978-82-05-46397-4

To kardiologer har skrevet en fagbok om vanlige hjertesykdommer – hos kvinner.

Målgruppen for boka er helsepersonell og studenter som arbeider med hjertesykdom, men forfatterne henvender seg også til pasientene, deres pårørende og venner. Boka er ikke ment å være en fullstendig lærebok i hjertesykdommer, men kalles fagbok, uten at denne anmelderen er helt klar over distinksjonen.

Boka er på vel 200 sider, med tre hoveddeler: Generelle forhold, Hjertesykdommene og Hjertesykdom hos eldre og yngre kvinner. Under generelle forhold i del 1 omtales hjertets anatomi og funksjon, forebygging av hjertesykdom og risikofaktorer, undersøkelsesmetoder, medikamentell behandling, klinisk og epidemiologisk forskning.

I del 2 følger en beskrivelse av de viktigste hjertesykdommene mens del 3 er en mer kjønns spesifikk omtale av hjertesykdom hos kvinner. Her behandles temaer som pre-eklampsi, p-piller, tobakk, rusmidler, hjerteskadet etter kreftbehandling, takybradysyndrom og ikke minst, hjertesykdom hos eldre kvinner.

Forfatterne begynner første kapittel (Hjertets struktur og funksjon) med å fortelle at kvinner har forskjellig sykdomsforløp for mange hjertesykdommer sammenliknet med menn. Dette er riktig og en viktig innfallsvinkel, men for at leseren skal henge med fra starten av må man kjen-

ne en del begreper og sykdomstilstander som verken pårørende eller pasienter kan forutsette å ha kunnskap om, slike som hypertrofisk kardiomyopati og idiopatisk dilatert kardiomyopati. Noen linjer senere kommer epigenetikk og metylering av DNA molekylet og acetylering av histonet. Sammen med disse kliniske og basalmedisinske bemerkningene legger man inn noe av forskningshistorien, at funn gjort på undersøkelser av menn ble overført til kvinner, og at man lenge har undervurdert forskjeller i fysiologi og patofysiologi.

Forfatterne har mye på hjertet og vil for eksempel forklare forskjellen i hjertestørrelse (som åpenbart er av betydning) hos de to kjønn, både hvordan den fremkommer og hva den kan bety. Alt de sier er korrekt. Her hadde det imidlertid vært lettere å følge tankegangen om forfatterne hadde lagt opp en mykere start ved at man listet hvilke hovedtemaer avsnittet tar opp og hvor man ville. Dette kunne være fulgt av avsnitt med underoverskrifter, for eksempel ytre forhold, genetikk og epigenetikk, hjertestørrelse, anatomi og fysiologi.

I de følgende kapitlene i del 1 tar man opp forebygging og risikofaktorer for hjertesykdom. Her behandles røyking, kosthold, fysisk aktivitet, høyt blodtrykk og hyperkolesterolemi. Forfatterne har lagt seg på de gjeldende nasjonale og europeiske retningslinjene. Kapitlene er letteste, tydelige og ukontroversielle.

De neste 25 sidene omfatter ulike undersøkelsesmetoder innen kardiologi. Dette er et kapittel som kanskje særlig er rettet mot studenter og allmennpraktikere med begrenset eller rusten kunnskap om prosedyrer. Dette er relativt detaljert, og for en begrenset målgruppe sikkert av interesse. Forfatterne peker blant annet på særlige hensyn som må tas når kvinner undersøkes, samt at normalmaterialer for kvinner ikke er tilstrekkelig kartlagt.

Et kort kapittel om medikamentell behandling presiserer forskjellene mellom menn og kvinner når det gjelder kontrollerte forsøk. De peker på det faktum at kvinner i gjennomsnitt blir hjertesyke ti år senere enn menn, og at medikamentstudier ofte har en øvre aldersgrense på 75 år, dermed ble kvinner utelukket. I tillegg nevner forfatterne kjønnsforskjeller hva

gjelder primærforebyggende effekt av salicylsyre og statiner. Om statiner sier de at denne medikamentgruppen ikke er vist å gi lavere dødelighet hos kvinner. Dette er fortsatt et omstritt tema, og her kunne man ønsket en mer nyansert diskusjon.

Et lite kapittel om epidemiologisk og klinisk forskning avslutter del 1.

Del 2 består av kapitler om spesifikke sykdommer med sykehistorier, og denne delen er meget lesverdig. Forfatterne har tatt for seg iskemisk hjertesykdom, hypertensiv hjertesykdom, atrieflimmer, aostastenose, mitralinsuffisiens, og hjertesvikt. Hver sykdomsgruppe innledes med en sykehistorie, realistisk og til dels dramatisk. Dette er historier som mange av oss kjenner igjen, men som nå er satt inn i en patofysiologisk og epidemiologisk sammenheng. Alle kapitlene i del 2 er bygget over samme lest; patofysiologi, epidemiologi og forebygging, symptomer, diagnostikk og behandling. Forfatterne kommer tilbake til noe av det som er sagt tidligere om risikofaktorer og forebygging, men her får leseren en historie å henge kunnskapen på. Det er et godt didaktisk grep. Under iskemisk hjertesykdom møter vi for øvrig Takotsubokardiomyopati (knust hjerte) som absolutt fortjener en særskilt omtale. Det er kanskje spesielt i kapittelet om hjertesvikt at man forstår at det mangler forskning om behandling av kvinner. De fleste studier om slik behandling har en for lav andel kvinner, og dermed ikke muligheter til å si noe tydelig om behandlingseffekter. Behandlingsforslagene er derfor basert på resultatene fra studier om menn.

Del 3 tar for seg mer kjønns spesifikke risikofaktorer som p-piller og pre-eklampsi. Her sier man igjen noe om røyking, selv om dette er grundigere behandlet tidligere. Et kort avsnitt om at også kvinner under 50 år kan få hjerteinfarkt minner oss om at sjeldne tilstander forekommer. To kapitler i del 3 appellerte spesielt til undertegnede; Hjerteskadet etter kreftbehandling, og Hvordan rammes eldre kvinner? Begge kapitlene har sammenheng med at moderne medisin forlenger våre voksne liv og hvilke konsekvenser det får for hvordan sykdommer presenterer seg, deres symptomer og prognose.

DAG THELLE

God allmennmedisinsk forskning produserer verdifull kunnskap for allmennlegene. I denne spalten presenterer vi ferske allmennmedisinske doktoravhandlinger. Vi har bedt allmennleger som nettopp har disputert for graden PhD om å svare på følgende spørsmål: Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt? • Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet? • Hva fant du ut? • Hva betyr resultatene for norske allmennleger? • Hvordan kombinerte du forskning med praksis? • Hvilke råd vil du gi til andre allmennleger som vil forske? • Hvor går veien videre?

«Dårlig henvisning?

Kanskje det, men er epikrisen din noe bedre?»

Norske leger skriver nærmere 2 millioner henvisninger i året. Både henvisninger og epikriser kritiseres for å være mangelfulle av mottaker. Men hva er egentlig en god henvisning og en god epikrise? Og hvem er gitt retten til å si hvilken informasjon som må overføres mellom tjenestene – avsender eller mottaker? Eller den som trenger helsetjenesten (pasienten)? Ikke minst; gjør det egentlig noe om henvisnings- og epikrisekvaliteten ikke er så god? Kanskje er andre forhold som felles forståelse og gjensidig respekt og tillit vel så viktig for god samhandling?

I mitt doktorgradsarbeid har jeg fokusert på kvaliteten på henvisninger og dens betydning for kvaliteten på helsetjenesten (1). Basert på dette arbeidet ønsker vi å gjennomføre en intervensjonsstudie rettet mot både henvisnings- og utskrivelsesprosessen. Målet med intervensjonen er å bedre samhandling mellom fastleger og sykehusspesialister i disse kritiske overgangene, og dermed også kvaliteten av tjenesten. Dette er et likeverdig samarbeid mellom fastleger, sykehusspesialister, pasientrepresentanter og forskere.

Det er ikke uten grunn at fastleger og sykehusspesialister opplever henvisningsprosessen som utfordrende (2, 3). I situasjoner der ansvaret for pasienten overføres mellom helsepersonell eller -tjenester er pasienten særlig utsatt for feil, misforståelser og utelatelse av nødvendige tiltak. Det viktigste, og til tider eneste, kommunikasjonsmiddelet i overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste er henvisningen og epikrisen. Studier innen både

psykisk helsevern og somatikk avdekker at disse dokumentene er mangelfulle. Som eksempel kan nevnes henvisninger til psykisk helsevern. En internasjonal litteraturgjennomgang viste at under halvparten inneholdt en adekvat beskrivelse av pasientens psykiske tilstand, psykiatrisk sykdomshistorie og tidligere behandling/tiltak. Kun hver femte ga opplysning om hvilke tjenester og tiltak pasienten mottar. Enn verre; informasjon om risikovurdering, slik som fare for selvmord, fremgikk kun i hver tiende henvisning gjennomsnittlig sett (4). Vi finner de samme begrensningene i Norge. Riksrevisjonen mener at kvaliteten på henvisningene utgjør en trussel mot riktig prioritering av pasienter (5). Det er iverksatt ulike tiltak, men disse har hatt begrenset effekt. Nasjonale anbefalinger for hvilken informasjon henvisninger bør inneholde og standarder som «Den gode henvisning» er kritisert for å være for generelle. Lokale, diagnosespesifikke retningslinjer utviklet ved enkelte sykehusenheter har gitt fastleger en u håndterlig mengde ulike standarder. Dessuten mangler disse ofte det allmennmedisinske perspektivet. Det vi trenger er gjennomførbare og samtidig tilstrekkelig spesifikke standarder for store pasientgrupper gyldig på tvers av ulike sykehus. Disse bør gjenspeile de tre sentrale partene i dette samspillet; primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og pasientene.

I tråd med kunnskap om effektiv kommunikasjon har vi studert hvilken informasjon henvisning til spesialisert psykisk helsevern for voksne bør inneholde for å være tilstrekkelig, forutsigbar og begrenset (6): Gjennom fokusgruppeintervju med fastleger, sykehusspesialister, pasientrepresentanter og ledere avdekket vi mange viktige informasjonslementer. De viktigste ble selektert gjennom individuell skåring som bl.a. involverte 42 prioriteringsansvarlige (psykiatere og psykologspesialister som har ansvar for å vurdere henvisninger) i Helse Vest. Nitten punkter ble

skåret til å være signifikant viktigere enn de andre. Flere av disse gjelder standardinformasjon som pasientidentifikasjon, medikasjonsliste og situasjonsbeskrivelse. Men vi fant også at henvisninger bør fokusere mer på eksisterende behandlingsnettverk og planlagte tiltak i kommunen enn tidligere standarder har vektlagt. Dette for at spesialisthelsetjenesten skal forstå sin rolle i den helhetlige ivaretagelsen av pasienten. I tillegg anbefales et større fokus på pasientens målsetting og ønsker. Studien viser at en henvisning ikke behøver være særlig lang (1/2–1 side) for å inneholde nødvendig informasjon (1).

Troverdigheten til kvalitetsmålinger av henvisninger er ofte ukjent. De fleste eksisterende studier er basert på ikke-validerte instrumenter. Vi undersøkte derfor validitet og reliabilitet av et måleinstrument bestående av de 19 informasjonslementene. Instrumentet ga vi navnet Quality of Referral information – Mental Health (QRef-MH). Vi sammenlignet skåre på QRef-MH og sykehusspesialisters vurdering av kvaliteten på de samme henvisningene og fant at mønsteret var likt. Likeså var det god samstemthet mellom skåring første og andre gang for samme skårere (intra-rater reliabilitet). Likhet mellom de ulike skårere som skåret samme henvisning var akseptabel, men varierende. Det er altså en viss risiko for at kvaliteten kan vurderes noe ulikt selv om en vurderer ut i fra samme kriterier.

Kvaliteten på henvisninger kan påvirke store deler av helsetjenesten. Vi gjennomførte en systematisk litteraturgjennomgang og fokusgruppeintervjuer med fastleger, sykehusspesialister, pasientrepresentanter og ledere for å avdekke hvilke områder som sannsynligvis blir påvirket. Vi fant mange og viktige områder som forventes å bli påvirket, men det var utfordrende å utvikle valide indikatorer. Kompleksitet i årsakssammenhenger var den vanligste grunnen til at vi ikke klarte å definere gode indikatorer for alle områdene. Korrekt pri-

oritering av pasienter, forsinkelse i vurderingsprosessen og opplevd hensiktsmessighet av henvisning ble anbefalt som indikatorer.

Veien videre

God informasjonsoverføring er helt nødvendig begge veier. Så langt har vi fokusert på henvisningene. Men epikrisene er funnet å ha like store mangler. Videre er god informasjonsoverføring trolig ikke hele løsningen for å sikre at pasientene får et koordinert og samstemt behandlingstilbud. Også en felles forståelse for arbeidsprosessen og gjensidig tillit og respekt mellom de involverte partene er funnet å predikere kvaliteten på slike pasientoverganger (7). I et samarbeid mellom fastleger, sykehus, pasientrepresentanter og forskere ønsker vi å gjennomføre en intervensjonsstudie for å bedre samhandlingen i henvisnings- og utskrivningsprosessen. Målsettingen er å studere om og i hvilken grad en systematisk forbedringsinnsats for sykehusspesialister og fastleger gir en opplevelse av

- a) økt felles forståelse for arbeidsprosessen når pasienter overføres,
 - b) bedre informasjonsutveksling og
 - c) økt gjensidig tillit og respekt
- Med bakgrunn i bl.a. de positive resultatene fra teamtrening i BEST-prosjektet (8) vil vi gjennomføre en samling der fastleger og sykehusspesialister i et geografisk område trener sammen ved bruk av case og dialog. I tillegg vil både fastleger og sykehusspesialister få fortløpende kollegial tilbakemelding på hvor god henvisningen eller epikrisen oppfattes å være. Studien vil gjennomføres som en randomisert kontrollert studie.

Implikasjoner for norske allmennleger og helsetjenesten for øvrig

Vi har gjort en systematisk jobb for å definere den mest essensielle informasjonen som bør inngå i henvisninger til spesialisert psykisk helsevern. Denne standarden ivaretar alle relevante perspektiv, inklusive det allmennmedisinske. Den er gyldig på tvers av helseforetak og gjelder for en stor pasientgruppe. Det er klare indikasjoner på at dersom fastlegen følger denne retningslinjen, vil sannsynligheten øke for at prioriteringsansvarlig i spesialisthelsetjenesten prioriterer pasientene riktig. Studier har også vist at det er en sammenheng mellom kvaliteten på henvisning og påfølgende epikrise. Det er imidlertid helt nødvendig å forske videre på epikrisers kvalitet, faktisk betydning av kvaliteten på både henvisninger og epikriser, og hvordan vi kan bedre samhandlingen mellom nøkkelrollene fastleger og sykehusspesialister innehar.



Involvering av allmennmedisin i forskning

Det er et klart behov for mer kunnskap om hva som reelt gir bedre samhandling og dermed tryggere helsetjeneste. Dette forutsetter systematisk utvikling og testing av intervensjoner. I Norge er det iverksatt mange statlig initierte tiltak. Mange av disse er kjennetegnet ved å være politisk styrte, og de har ofte en mer administrativ utforming. Som eksempel kan nevnes avtalene inngått mellom sykehus og kommuner som en del av Samhandlingsreformen. Fastlegers minimale deltakelse i denne avtaleutformingen (9) kan tyde på at tiltaket ikke oppfattes som en viktig løsning av de som yter helsetjenesten. Uansett blir det vanskelig å studere effekten av et slikt tiltak når en så sentral part uteblir. Det er helt nødvendig at utøvende helsepersonell tar aktiv del i helsetjenesteforskning for å finne effektive løsninger og studere effekten av disse. Mange fastleger gir imidlertid uttrykk for at det kan være vanskelig å ta «forskningsfri». En løsning kan være å inngå et forskningssamarbeid med helseforetak. Gjennom å sette sammen forskningsgrupper med fastleger, sykehusspesialister, pasientrepresentanter og forskere vil den allmennmedisinske kompetansen og praktisk erfaring fra fastlegepraksis utnyttes og påvirke forskningsprosessen positivt. Et slikt samarbeid er viktig og nyttig i seg selv, men kan også fungere som et springbrett for fastleger som ønsker å forske videre.

AVHANDLINGENS TITTEL: Bridging the gap between Primary Care and Specialized Mental Health Care – a mixed method study of the quality of referral information and the referral letters' potential impact on quality of care. (<http://bora.uib.no/handle/1956/12208>)

DISPUTASDATO: 22. juni 2016

VEILEDERE:

HOVEDVEILEDER: Aslak Aslaksen (avdelingsdirektør), Radiologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus

MEDVEILEDER: Kjell Haug (professor), Institutt for Global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

MEDVEILEDER: Kris Vanhaecht (professor), Institute of Healthcare Policy, Katolske universitetet i Leuven, Belgia

TILKNYTNING: Institutt for Global helse og samfunnsmedisin, Medisinsk Odontologisk fakultet, Universitetet i Bergen.

REFERANSER:

1. Hartveit, M., Bridging the gap between Primary Care and Specialised Mental Health Care, in Faculty of Medicine and Dentistry. 2016, University of Bergen.
2. Thorsen O, H.M., Baerheim A, The consultants' role in the referring process with general practitioners: partners or adjudicators? A qualitative study. BMC family practice, 2013.
3. Thorsen O, H.M., Bærheim A, General practitioners' reflections on referring – an asymmetric or non-dialogical process? (Submitted). Scandinavian Journal of Primary Care, 2012. xx(yy).
4. Durbin, J., et al., Quality of Communication Between Primary Health Care and Mental Health Care: An Examination of Referral and Discharge Letters. The Journal of Behavioral Health Services & Research, 2012. 39(4): p. 445–461.
5. Riksrevisjonen, Riksrevisjonens undersøkelse av spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer, Riksrevisjonen, Editor. 2008.
6. Wallin, C. and J. Thor, SBAR-model for better communication between health personnel. Inefficient communication contributes to the majority of injuries in health care. Läkartidningen, 2008. 105(26–27): p. 1922.
7. Manser, T., et al., Assessing the quality of patient handoffs at care transitions. Quality and Safety in Health Care, 2010. 19(6): p. e44–e44.
8. Westli, H.K., et al., Teamwork skills, shared mental models, and performance in simulated trauma teams: an independent group design. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine, 2010. 18(1): p. 1.

MIRIAM HARTVEIT

Forsker, sykepleier, Seksjon for forskning og innovasjon, Helse Fonna HF/Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

LEGEMIDLER OG ALKOHOL

RELIS mottar jevnlig spørsmål om kombinasjoner av ulike legemidler og alkohol. Henvendelsene gjenspeiler at dette er en sentral problemstilling for mange pasienter.

Spørsmålene er særlig aktuelle i behandlingen av kroniske lidelser. Skal virkelig ingen som behandles for epilepsi kunne drikke alkohol på grunn av farmakodynamiske interaksjoner? Hva vil det si «å vise forsiktighet» i forbindelse med inntak av alkohol?

RELIS har tidligere publisert en oversikt over de viktigste aspektene ved aktuelle interaksjoner mellom alkohol og legemidler (1). Vi vil her trykke to saker fra de siste månedene, som inneholder praktiske råd som kan benyttes i møte med pasienter.

REFERANSE:

1. Raknes G. Interaksjoner: Alkohol og legemidler. www.relis.no (Publisert: 12. november 2012).

Karbamazepin og alkohol

SPØRSMÅL

Fastlege har henvendelse vedrørende en mannlig pasient som står på karbamazepin (Tegretol) 800 mg daglig. Pasienten lurer på om medikamentet lar seg kombinere med å drikke alkohol i festlige anledninger.

SVAR

I følge preparatomtalen kan karbamazepin, som andre psykoaktive legemidler, påvirke pasientens toleranse for alkohol, og avholdenhet anbefales (1). Vi har søkt i nasjonale og internasjonale interaksjons-

databaser og finner ingen spesifikke interaksjoner mellom karbamazepin og alkohol (etanol), men det oppgis at alle antiepileptiske medikamenter i kombinasjon med alkohol kan gi en økt risiko

Disulfiram, paracetamol og

SPØRSMÅL

Henvendelse fra farmasøyt vedrørende en kvinne i midten av 30-årene som står på disulfiram (Antabus). Pasienten har flere ganger opplevd å få hodepine når hun bruker paracetamol, og lurer på om en interaksjon med disulfiram kan forklare dette. Bruk av acetylsalisylsyre (Aspirin) gir ikke hodepine. Pasienten lurer også på hvor mye alkohol en matvare må inneholde for at det skal utløse en disulfiram/alkohol-reaksjon, og nevner spesifikt: rødvinssaus (godt kokt), eddik i matlaging, cultura og kaffe.

SVAR

Vi har ved søk i nasjonale og internasjonale interaksjonsdatabaser ikke funnet noen kjente negative konsekvenser som følge av interaksjon mellom disulfiram og paracetamol. I en av databasene refereres det til en studie som fant at disulfiram reduserte paracetamols levertoksisitet (1). Hodepine er en kjent bivirkning av behandling med disulfiram, samt ved langtidsbruk av paracetamol (2–3). Inntak av alkohol ved bruk av disulfiram vil også kunne gi hodepine som følge av opphopning av acetaldehyd.

Visse matvarer og legemidler kan inneholde så mye alkohol at det er nok til å utløse en disulfiram/alkohol-reaksjon (1, 4). Pasienter som står på medikamentet blir derfor rådet til å unngå enkelte sauser, dressinger, hostemiksturer, etterbarberingsvann og massasjeoljer. Det varierer hvor

Regionale legemiddelinformasjonsentre (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.

for sedasjon/CNS-depresjon (farmakodynamisk interaksjon). I en oversiktsartikkel fra 2014 konkluderes det med at det lille som finnes av data så langt ikke tyder på noen farmakokinetiske interaksjoner mellom karbamazepin og alkohol (2).

En praktisk tilnærming til alkoholinntak ved legemiddelbruk er skissert i en artikkel fra *Tidsskriftet* i 2002. Inntak av én standardenhet alkohol (en liten flaske øl, et glass vin eller en drink brennevin) gir sjelden alkoholkonsentrasjoner i blod høyere enn 0,3 promille, og alkoholkonsentrasjonen vil ikke stige over dette dersom det går to timer mellom hver gang man starter

inntak av en standardenhet alkohol. Det er rapportert svært få vesentlige interaksjoner mellom medikamenter og alkohol ved så lave alkoholnivåer (3).

Konklusjon

En pasient som står på antiepileptika må alltid være oppmerksom på økt risiko for sedasjon/CNS-depresjon ved inntak av alkohol. Vi har ikke funnet grunn til helt å fraråde inntak av alkohol ved bruk av karbamazepin. Det er vanskelig å angi noen eksakte grenser, men det er i overstående svar skissert en praktisk tilnærming.

REFERANSER

1. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Tegretol. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 09. januar 2015).
2. Chan LN, Anderson GD. Pharmacokinetic and pharmacodynamic drug interactions with ethanol (alcohol). *Clin Pharmacokinet* 2014; 53 (12): 1115–36.
3. Mørland J. Interaksjoner mellom legemidler og alkohol. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 5 (122): 511–3.

matvarer

følsom en person er for reaksjonene, noen vil kunne få milde reaksjoner allerede ved alkoholkonsentrasjoner på 5 mg/100 ml (tilsvarer anslagsvis en promille på 0,05).

RELIS har tidligere behandlet flere saker relatert til den aktuelle problemstillingen, og konkludert med at både eksponering for alkoholdamp og inntak av øl merket «alkoholfritt» kan utløse milde reaksjoner (5, 6). Øl markedsført som alkoholfritt kan inneholde opp til 1,2 prosent alkohol. Vi kan ikke finne spesifikk informasjon for cultura, men mengden alkohol i dette produktet er ifølge produsenten maksimalt 0,1 prosent (7). Ved så lave konsentrasjoner må man innta store mengder for å utløse en alkohol/disulfiram-reaksjon.

I matretter som er tilberedt med alkohol vil alkoholinholdet i den ferdige maten variere med hvor mye som er tilsatt og med tilberedningsteknikk (8). Dersom man f.eks. tilsetter 100 ml 12 prosent vin til 900 ml saus og koker denne i 1 time vil sausen inneholde om lag 0,3 prosent alkohol. Tilsetter man 500 ml 12 prosent vin til 500 ml saus og koker denne i 1 time vil den ferdige sausen inneholde om lag 1,5 prosent alkohol.

Når det gjelder kaffe er det funnet at disulfiram kan redusere eliminasjonen av koffein (1, 4), noe som kan føre til økte effekter av dette stoffet. Konsentrasjonen av disulfiram er ikke funnet å bli påvirket av inntak av kaffe.

Konklusjon

Interaksjon med disulfiram og paracetamol er ikke kjent å kunne utløse hodepine. Visse matvarer og legemidler kan inneholde så mye alkohol at det er nok til å utløse en disulfiram/alkohol-reaksjon. Det varierer hvor følsom en person er for reaksjonene.

REFERANSER:

1. Brayfield A, editor. Martindale: The complete drug reference (online). In: Micromedex® 2.0. Disulfiram. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 22. november 2011).
2. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Disulfiram. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 07. mars 2016).
3. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Paracetamol. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 19. juni 2015).
4. Clinical Pharmacology 2015 database. Disulfiram. Gold Standard, Inc. <http://www.clinical-pharmacology.com/> (29. november 2016).
5. RELIS database 2016; spm.nr. 10332, RELIS Vest. (www.relis.no)
6. RELIS database 2016; spm.nr. 7188, RELIS Sør-Øst. (www.relis.no)
7. Tine Meierier. Religion og matregler. http://www.tine.no/_attachment/150893. Lest: 30. november 2016.
8. USDA Table of Nutrient Retention Factors, Release 6 (PDF) (Report). U.S. Department of Agriculture. 2007. s. 12.

TROND TRÆTTEBERG SERKLAND
Lege i spesialisering i klinisk farmakologi, RELIS Vest

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

Velkommen og lykke till! — Tove Rutle – lagleder

Takk til kollega Frøydis Gullbrå som utfordret meg til å bidra i lyrikkstafetten i *Utposten*. Lite ante vel hun om hvilken kunnskap jeg har om dikt. Men å finne en tekst som har gjort inntrykk på meg, er ikke vanskelig.

Jeg har funn et en sangtekst – et dikt med melodi til.

Jeg var på «Primærmedisinsk uke» i Oslo i høst. Et av de kulturelle innslagene var en konsert med Pål Moddi Knutsen, kjent som Moddi. Han ga ut et album i høst, «Unsongs», der han har samlet 12 sanger som er eller har vært forbudt, sensurert eller fortiet i sitt hjemland. Sangene er bl.a. fra Russland, USA, Mexico, Palestina, Israel, Algerie, Vietnam og Norge. Tekstene er sterke nok i seg selv, men med melodiene og sangen til Moddi blir opplevelsene enda større.

Fra denne samlingen har jeg valgt «The Shaman and the Thief».

I første halvdel av 1800-tallet reiste den finske presten Jacob Fellman omkring i nordområdene, bl.a. i Finnmark. Han var en allsidig prest. Hans store interesse var botanikk, men på sine reiser ble han også kjent med den samiske kulturen. På en av sine reiser kom han over en samisk sang, «Suola ja noaidi» – «The Shaman and the Thief». Teksten beskriver møtet mellom to kulturer, representert ved en samisk sjaman og en kristen prest.

Sjamanen klager over mangelen på mat etter den norske koloniseringen. Presten svarer at ingen eier landet. Sangen utvikler seg til en verbal kamp. Sjamanen uttrykker sin forakt for inntrengeren på grunn av hans mangel på kunnskap og respekt for lokale tradisjoner. Sangen gir ingen løsning på konflikten.

Jeg har fått tillatelse av Pål Moddi Knutsen til å gjengi denne teksten i *Utposten*.

Jeg har sendt utfordringen videre til Merete Byre-Haakensen.

Hilsen fra

GUNN MALI STEEN SUND

«The Shaman and the Thief»

(THE PRIEST)

Frost in the air
Northern lights brought me here
And where I walk, God walks with me
I only eat what the earth has offered me
And no one owns the berries or leaves
Now you're in my house, and you call me a thief?

(THE SHAMAN)

You don't understand
What it means to be of this land
You have to learn how to read marks on the trees
For the laws that you know, they don't apply here

(THE PRIEST)

Such mighty words!
Are you God? I hadn't heard
Are you the one who made the wind blow?
Well, you must be great!
A creation that can create?
But the grass isn't yours, and you don't make it grow

(THE PRIEST/THE SJAMAN)

You are a sham
Don't you know who I am?
I do not fold my hands
I'll never pray to what you call God
All that I need
Are ways to feed your greed | *is earth beneath my feet*
To have it all | *to have it all*
Shaman, you're a fraud!

(THE PRIEST/THE SJAMAN)

So leave and leave me be, I'll drive you away
So leave and leave me be, I'll drive you away
Leave and leave me be, *I'll drive you away*

(THE PRIEST)

Shaman, old fool
Times change and so shall you
They will burn your house down and spit at your name

(THE SJAMAN)

But thief beware: My song will linger here
And in time you will be sorry you came

(THE PRIEST)

My friend, save your breath
You're chanting in vain

(THE PRIEST/THE SJAMAN)

So leave and leave me be
So leave and leave me be
So leave and leave me be
I'll drive you away

