

Utposten

7 2017
ÅRGANG 46

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Rapport fra
Nidaroskongressen

Antibiotika
Diabetes
Meningokokkvaksine

RMR/UTPOSTEN v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

REDAKTØRENE AV UTPOSTEN**Tom Sundar**

Grefsenkollveien 21

0490 Oslo

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

Kristina Riis Iden

Vågsmyra legesenter

4020 Stavanger

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

Alexander Løvdahl

Postboks 25

2601 Lillehammer

MOBIL: 907 16 411

E-POST: alexander.loevdahl@gmail.com

FORSIDE:

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: Tingene som teller*Kristina Riis Iden***2 Fra stedfortreder til styreleder***Tom Ole Øren intervjuet av Tom Sundar og Alexander Løvdahl***8 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Kjøreregler: Vanedannende legemidler og bilkjøring***Jørgen G. Bramness og Torgeir Gilje Lid***12 Influensavaksine – hvorfor?***Birgitte Klüwer***16 'Riktigere Antibiotikabruk i Kommunene'****– kommer snart til ditt fylke***Sigurd Høye***20 Antibiotikastyring i sykehjem – et nybrottsarbeid***Nicolay Harbin***22 Program for folkehelsearbeid i kommunene – en tiårig****satsing på psykisk helse, livskvalitet og rusforebyggende arbeid***Hildegunn Brattvåg***28 Hva ALIS-VEST er og kan være***Helen Brandstorp***30 Kompetansehevende kurs i diabetes fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten – et godt utgangspunkt for dialog, samarbeid og kvalitetsforbedringsarbeid***Lin Hagen Sjøgren og Anne Grethe Olsen***31 Oppfølging av diabetespasienter ved hjelp****av Noklusskjema i en liten Finnmarkskommune***Olav Gunnar Ballo, Heidi Wang, Anne Merilä og Mai Britt Johnsen***36 DEL 3: Mat som medisin. Synergier og bivirkninger****– fra kjøkkenet til klinikken og tilbake***Arild Aambø***42 Bør ungdom vaksinere seg mot meningokokksykdom?***Sara Viksmoen Watle, Are Stuwitz Berg, Jann Storsæter og Lisbeth Meyer Næss***46 NIDAROSKONGRESSEN 2017:****Bredt repertoar og høy stemning***Tove Rutle***49 NIDAROSKONGRESSEN 2017: Prisutdelingene***Tove Rutle***52 Tove Rutle 70 år***Redaksjonen***55 BOKANMELDelse:****Kommunikasjon er ikke berre kommunikasjon***«Kommunikasjon i relasjoner» anmeldt av John Nessa***54 FASTE SPALTER****RELIS 54****LYRIKKSTAFETTEN 56**

Tingene som teller



Høsten kan være langdryg – men den er definitivt en gunstig tid for å selge inn festlige, for ikke å si overdådige begivenheter og feiringer. Black Friday og Halloween hadde neppe hatt den samme appellen i mai måned. De kommer på en tid da det er stor sult etter selskapeligheter og markeringer, og med drahjelp fra tunge kommersielle aktører fyller de antakelig et psykologisk eller åndelig vakuum hos mange mennesker.

Mot slike store, internasjonale forbruksmastodonter, kan det være vanskelig å kjempe om plass i det offentlige rom. Men flere ideelle markeringer har klart det med svært god margin. De har ulik innretning, form og ulikt innhold, men fellesnevnen er at de bevisstgjør den enkelte og fellesskapet på helserelaterte tema.

Rosa sløyfer

I oktober hadde vi rosa sløyfe-aksjon. I klesbutikker, kiosker, matbutikker og bensinstasjoner kunne vi kjøpe små rosa sløyfer, som vi festet på jakkeslaget. Bygninger har blitt opplyst i rosa, det har vært rosa-sløyfe løp i flere byer, det har vært omtale i radio, aviser, TV og i sosiale medier. Hensikten var å vise solidaritet med brystkreftpasienter. Inntekten fra sløyfesalget gikk til informasjon om brystkreft og til brystkreftforskning. I år rettet kampanjen sin oppmerksomhet mot senskader etter brystkreftbehandling. Av dem som har gjennomgått behandling, opplever 30 prosent senskader. Noen vi kjenner har kanskje blitt behandlet for brystkreft og opplever fatigue, lymfødem, smerter eller psykiske ettervirkninger. Informasjon om dette kan bevisstgjøre hver enkelt av oss og fellesskapet om dette.

Noe å glede seg over

Temaet for Verdensdagen for psykisk helse i oktober var *Noe å glede seg over*. Hovedmålet for Verdensdagen er å øke kunnskapen om psykisk helse. Ifølge

Folkehelseinstituttet vil halvparten av befolkningen oppleve alvorlig psykisk problem i løpet av livet. Risiko for tidlig død er mangedoblet for en person som har alvorlig psykisk sykdom. Forskning viser at etter en gjennomgått episode med psykose, er den forventede livslengden redusert med 20 år, målt opp mot normalbefolkningen.

Hovedårsaken til dette, er økt forekomst av somatisk lidelse hos pasientgruppen – blant annet hjerte-kar-lidelse, bivirkninger av medisiner, overvekt og KOLS. For fastlegen er det viktig å ha bevissthet rundt somatisk helse hos psykisk syke. Det er viktig for den enkelte fastlege og hennes pasient og i et folkehelseperspektiv. Åpenhet og kunnskap om psykisk helse bidrar til å redusere tabuer hos den enkelte og i fellesskapet.

Mørke barter

Moustache og november blir til Movember, en årlig markering for å øke oppmerksomheten rundt menns helse. I november ble menn oppfordret til å la barten gro og vi andre til å kjøpe bartepin for å vise støtte til menn som har fått kreft. Den mest utbredte kreftsykdommen i Norge, uavhengig av kjønn, er prostatakraft. Hvert år dør 1000 menn av sykdommen. Ifølge Kreftregisteret vil en av åtte menn få prostatakraft i løpet av sin levetid, men dødeligheten av sykdommen er redusert de siste årene og flere lever med sykdommen. Informasjon om sykdommen, behandlingen og senvirkninger er viktig. Movember skal også bevisstgjøre om helseutfordringer i videre forstand: «Knowlegde is power. Moustache is king», heter det på Movember sin internasjonale webside.

Røde sløyfer

Vi pyntet oss med en rød sløyfe 1. desember. Vi markerte da verdens AIDS-dag, i solidaritet med verdens 36 millioner hivpositive og aidssyke. Pandemien har til nå krevd minst like mange menneske-

liv. I mange land er informasjon om hvordan man kan beskytte seg mot sykdommen, dessverre mangelfull. Hiv assosieres ofte med stigmatisering og diskriminering. En rød sløyfe på kjolen eller jakkeslaget kan bevisstgjøre oss alle om å kjempe mot fordommer og for smitteforebyggende tiltak.

Disse begivenhetene og markeringene handler om å bevisstgjøre – å sette søkelyset på viktige helsespørsmål. En bevisstgjøring i 'det lille rommet' – på fastlegekontoret, hos helsesøster, mellom fortrolige venner. Og i det store felles rommet – på sykehjemmet, i skolen, på arbeidsplassen. Begge rom er viktig for å opparbeide felles forståelse, redusere stigmatisering, fordommer og frykt og for å samle inn penger til ny forskning. Til beste for den enkelte. Til beste for fellesskapet.

Vaksinene

I dette nummer av *Utposten* skriver Sara Watle om meningokokksykdom og meningokokkvaksine. Sykdommen er heldigvis sjelden, men til gjengjeld svært alvorlig. Sesonginfluensa er mer vanlig. Birgitte Klüwer skriver om influensa, som hos risikoutsatte grupper er farlig og kan føre til lungebetennelse eller forverring av grunnsykdom. Gjennomsnittlig dør 900 personer i Norge som følge av sesonginfluensa. I løpet av fjorårets influensasessong ble dette tallet doblet. Best mulig vaksinasjonsdekning hos risikoutsatte grupper er et svært viktig tiltak for å redusere dette tallet.

Hvordan øke bevisstheten rundt meningokokkvaksine og influensavaksine? Kanskje høstens markeringer med mørke barter, rosa og røde sløyfer kan inspirere til tilsvarende aksjoner i kampen mot meningokokk- og influensasykdom. Det handler om bevisstgjøring, eller som Piet Hein sier:

Husk at glemme bagateller
Husk at nemme hvad det gælder

KRISTINA RIIS IDEN



Fra stedfortreder

Tom Ole Øren ■ INTERVJUET AV TOM SUNDAR OG ALEXANDER LØVDAHL

Etter å ha fungert i rollen i seks måneder, ble Tom Ole Øren i april i år valgt til leder i Allmennlegeforeningen. Nå lover han å gjøre det som står i hans makt for å fremme og profilere fastlegerollen – og forhindre at fastlegeordningen forvitrer.

Det har vært et begivenhetsrikt år for Tom Ole Øren. Under Våruka i Tromsø ble han enstemmig valgt til leder i Allmennlegeforeningen (AF) og på Legeforeningens landsstyremøte i Ålesund før sommeren ble det klart at han også fikk innpass i det nye sentralstyret – fra 1. september 2017.

Øren var ikke ukjent med lederposisjoner da han fikk årsmøtets tillit. Høsten før, i 2016, steg han inn da Kari Sollien, en toneangivende AF-leder gjennom mange år, gikk til topp-posisjonen i Akademikerne. På det tidspunktet hadde Øren prøvd seg som nestleder i AF gjennom halvannet år, og før det kunne han vise til fem års fartstid som leder i Vestfold legeforening.

Utposten har avtale med Øren på hans nye arbeidssted og tumleplass i Legenes

hus i Oslo. Han viser vei opp til kontoret i 3. etasje, hvor han har utsyn til ærverdige Akersgata og hvor den umiskjennelige trikkelyden er en konstant påminnelse om at vi befinner oss i hjertet av hovedstaden. AF-lederen byr på kaffe og mineralvann – og han har til og med vært ute og handlet ferske kanelboller. «Byens beste», proklamerte damen på bakeriet. Og det kan vi skrive under på!

Rocket i rollen

På denne høstdagen kan Tom Ole Øren se tilbake på sitt første år som AF-leder og på halvannen måned i rollen som sentralstyremedlem. Nylig hadde han 10 sammenhengende møtedager med hvert av de to

styrene – først i Malaga med allmennlegene, så i London med sentralstyret.

UTPOSTEN: På kort tid har du fått to sentrale verv i Legeforeningen. Hvordan har den første tiden artet seg?

– Malaga-turen var den første samlingen med det nye AF-styret. Vi har jobbet med ordinære styresaker og med arbeidsprogrammet for de neste årene. Som styreleder er det min oppgave å lage en hyggelig ramme rundt styrets arbeid. Jeg er også opptatt av at vi i styret blir godt kjent og opplever 'noe sosialt' når vi er sammen. For å si det enkelt: Det er viktig at vi blir litt glade i hverandre, sier Øren med et bredt smil.

Og han utdyper: – Når man jobber så tett sammen som vi gjør er det sosiale kanskje en vel så viktig faktor som de formelle organisasjonsstrukturene. Blir man kjent og trygg på hverandre, er det lettere å få takhøyde i styrerommet. Det er ikke noe du får til på én samling, fra en dag til en annen. En god og trygg styrekultur bygges opp over tid. Jeg vil at styrerommet skal være et fristed for engasjement, ja for å «brainstorme» – men det vi snakker om, skal bli der. Men utad står vi samlet! sier AF-lederen.

Det blir sagt om Øren at han er en mann som vokser med oppgavene. Folk som har jobbet sammen med ham omtaler ham som godlynt, engasjert og engasjerende, en samlende figur; ja, en lagleder – noe han også ønsker å være.

– Det høres kanskje banalt ut, men for å være god leder må du like å være sammen med mennesker og like å jobbe i et team. Selv om jeg, i min rolle, skal skjære gjennom og ta noen avgjørelser, så er det slik at de fleste avgjørelser tas på bakgrunn av en samarbeidskultur som gir rom for åpenhet, for å stille rare spørsmål – eller rett og slett rom for å drite seg ut. Poenget er at vi lager et produkt sammen. Jeg ønsker å være tydelig på hva vi er enige om, om hva vi faktisk vedtar – og kanskje gjør jeg tingene på en litt ukonvensjonell måte. Jeg synes i hvert fall det er litt gøy å gå utenom vante spor.



til styreleder



UTPOSTEN: Er det din nokså uformelle lederstil du hincer til?

– Ja, jeg er litt uformell i formen. Men i dette ligger det ikke kritikk av andre; alle må finne sin stil. Det jeg vil frem til er at vi leger blir oppfattet som en sterk profesjonsgruppe ute blant folk. Da er det viktig at vi har et klart og tydelig budskap som er enkelt nok for de fleste å forstå. Da jeg var leder av Vestfold legeforening fikk jeg en del saker der jeg måtte forholde meg til media, og det var lærerikt. Men det hendte rett som det var at kolleger ringte meg eller sendte sms: «Tom, nå var du altfor enkel!» Men etter hvert lærte jeg å tolke de reaksjo-

nene på en positiv måte. Jeg tenkte: Hvis jeg kan fremstille et budskap eller tema så enkelt at mine egne kolleger blir provosert – ja, så er det bra! Da har jeg antakelig gjort en god jobb, sier Tom Ole Øren.

Han stopper litt opp i en tenkepause, før han fortsetter: – Det er noe med dette doktorspråket vårt og – ja, la meg like godt si det – vår Oslo-baserte boble ... Dette er noe jeg kan snakke mye om! Kall meg naiv eller hva som helst; men saken er at jeg har lyst til å «rocke» litt i min lederrolle! Og dette er alvorlig ment; jeg synes vi leger for ofte blir litt for stive og ordentlige i formen.

UTPOSTEN: Bor det en liten oppvigler i Tom Ole Øren?

– Det kan du kanskje si, og absolutt mer enn den lyseblå skjorta mi skulle tyde på!

Ut til politikerne

Med over 6300 medlemmer er Allmennlegeforeningen den tredje største yrkesforeningen i Legeforeningens organisasjon – og dermed en nokså mektig aktør i Helse-Norge. Tom Ole Øren er opptatt av at det ikke bare er 'kjøttvekta' som skal gi Legeforeningen helsepolitisk tyngde og

innflytelse. Innflytelsen må være foreningen verdig, er hans budskap.

– Kjøttvekta kommer vi aldri helt utenom, til sammenlikning er både Overlegeforeningen og Ylf (RED.ANM.: Yngre legers forening) større enn Allmennlegeforeningen i antall medlemmer. Både innad i Legeforeningen og utad i samfunnet må vi fremme og profilere fastlegerollen og fastlegeordningen langt mer enn det som er gjort. Det er selvsagt ikke Legeforeningen alene som setter den helsepolitiske agendaen – det er det i stor grad politikerne som gjør. Den kanskje viktigste jobben jeg kan gjøre er å øve politisk påvirkning – både utad og innad.

UTPOSTEN: Kan du gi noen eksempler?

– Med fare for at det kan høres litt pompøst ut: Da jeg var leder i Vestfold legeforening sa jeg: «Vi må slutte med lukkede legemøter, hvor vi sitter og klager over hvor ille vi har det». Selvsagt skal vi ha noen lukkede fora, men saken er at vi i mye større grad må ut – ut til lokalpolitikere i den kommunen vi bor eller jobber i; ut til ordføreren eller til rådmannen, til dem som har innflytelse i lokalsamfunnet. Det er disse vi skal banke på dørene hos og det er disse vi skal invitere på møtene våre – for eksempel allmennlegeutvalget. Og vi skal snakke med dem!

– Vi klarte å få til litt av dette i Vestfold, og på den måten ble vi bedre kjent med kommunale ledere for helse- og sosialtjenestene. Generelt synes jeg legene er for dårlige til å ta initiativ til dialog med lokalpolitikere og andre som har et overordnet ansvar i kommunene. Jeg tror mange ordførere og rådmenn hadde hoppet av begeistring i sine stoler om de hadde fått invitasjon til et legemøte i sin kommune. Og da er vi også inne på det jeg kaller en litt mer «rockette» linje; med det mener jeg å gå nye veier!

Øren blir ivrig og skrur opp stemmevolumet flere hakk: – Her har vi leger en jobb å gjøre! Se bare på andre profesjonsgrupper, det være seg innen helse, vei, vann eller kloakk. Spesielt sykepleierne er flink til dette; å snakke med politikerne. De driver lobbyvirksomhet. Vi leger har ikke kultur eller tradisjon for å gjøre det – men da er det desto viktigere at vi ikke setter oss ned bak lukkede dører og sutrer!

Å stå med ansvar

Vårt intervjuobjekt har gått gradene i foreningslivet, fra fylkesleder til å bli nestleder og så leder for en yrkesforening av nasjonalt format. Han har gått fra en noe

tilbaketrasket rolle til en fremskutt posisjon i organisasjonen. Hva har han lært underveis på denne ferden?

Han ser ettertenksomt fremfor seg og lar det gå noen øyeblikk før han svarer: – Jeg har gått gradene, ja, men dette handler også om tilfeldighetenes spill. Da jeg var fastlege var jeg tillitsvalgt; det var en rolle jeg trivdes i, men da hadde jeg ingen tanker om at jeg om noen år skulle sitte i Legenes hus som AF-leder. Tiden i Vestfold legeforening lærte meg mye. Jeg var leder i fem år og hadde med meg et styre bestående av engasjerte kolleger fra sykehus, arbeidsmedisin og allmenn- og samfunnsmedisin. Da jeg ble spurt om å bli nestleder i AF syntes jeg det var litt voldsomt – et stort sprang å ta. Men da Kari Sollien i fjor høst ble leder for Akademikerne, og jeg skulle steppe inn for henne, så måtte jeg hoppe enda lenger. La meg si det slik: Jeg var trygg nok på meg selv til å våge å ta spranget. Dessuten er jeg velsignet med en svært liten grad av autoritetsangst – og det er en egenskap som kommer godt med, smiler 55-åringen.

På spørsmålet om hva som er den største forskjellen på å være fylkesleder og yrkesforeningsleder, svarer han kontant: – Ansvar!

Han utdyper: – Selv om man som leder kan spille på et dyktig styre og sekretariat, er det ofte man blir sittende med avgjørelsene. Å være «ensom på toppen» er noe jeg ikke reflekterte så mye over før jeg ble AF-leder. Nå skjønner jeg mer av hva det innebærer. Å stå med ansvar er tøft, men jeg anser meg som privilegert som får lov til å jobbe med foreningsarbeid på denne måten, sier Øren.

At det også har sin pris, legger han ikke skjul på. Som ukependler mellom hjembyen Tønsberg og Oslo, har han fått erfare at savnet etter familien kan bli merkbart: – Noen ganger savner jeg familien helt infernalsk. Ja, det gjør jeg virkelig! bemerker han, vel vitende om at det er fredag ettermiddag og at han om få timer vil befinne seg på toget til Tønsberg etter endt arbeidsuke. På toget hjem – til ektefellen og kollegaen Berit Marie Lien og familiens hus på Kaldnes rett utenfor Vestfoldbyens sentrum.

Den allmennmedisinske bøtta

Øren har vært allmennpraktiker siden 1995; de første årene jobbet han i Sande i Vestfold, men så vendte han tilbake til hjemtraktene. Da fastlegeordningen kom i 2001 var han med på å etablere en gruppepraksis på Nøtterøy, og etter hvert fikk han selskap av Berit Marie Lien. Ikke nok med

at kollegene Øren & Lien er gift med hverandre; de jobber fortsatt i samme praksis. Det hører med til historien at hun vikarierte for han – mens han var hjemme med den yngste av parets tre døtre. Da han så kom tilbake til praksisen, hadde hun fått sin egen hjemmel – pluss en del av hans listepasienter, som nå hadde byttet lege.

– Ja sånn kan det gå, flirer Tom Øren, men han er rask med å nyansere historien: – Planen vår var at dette bare skulle bli et kortvarig prosjekt, mens ungene var små. Vi skulle ikke ha noe «parpraksis», nei! Og noe så kjedelig som et ektepar sammen på samme legesenter – da blir det i hvert fall ikke noe takhøyde ... Slik tenkte vi den gangen. Men så ble tingene annerledes – og det har jo gått bra!

UTPOSTEN: – Hva er fasiten for et langt og lykkelig allmennmedisinsk parløp?

– Et gammelt ektepar sa til meg, helt enkelt: «Det er to ting. Du må padle kajakk sammen med partneren din. Og så må dere prate sammen.» Det synes jeg er et godt svar. For Berit og meg som allmennpraktikere har det vært viktig å ha god dialog med våre kolleger – og stille spørsmål som «Går dette greit?» eller «Er det for kleint?». Det kan være vanskelig å være ærlig om ting som ikke fungerer, men jeg synes vi har hatt en åpen og god atmosfære på kontoret, og ikke minst støtte med våre medarbeidere.

UTPOSTEN: Hvilke endringer har du selv opplevd i rollen som fastlege i mer enn 20 år?

– Den største endringen er at arbeidsbelastningen har økt som følge av oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten, og det uten at fastlegene har vært tilstrekkelig involvert i diskusjonene. Det skal vi ha slutt på. Vi må kunne si: «Nå er det nok». Vi må si at hvis vi må overføre oppgaver, skal vi være med å legge premissene for hvordan det skal skje – det være seg i NAV, barnevern eller andre kommunale instanser. Allmennmedisinen skal ikke være en arena som andre uten videre skal kunne overføre oppgaver til.

UTPOSTEN: For snart 20 år siden skrev professor Irene Hetlevik en lederartikkel i *Tidsskriftet* – for øvrig en av de mest siterte – under tittelen «Den fulle allmennmedisinske bøtten», som omhandlet en stadig voksende oppgaveportefølje hos hardt arbeidende allmennleger (1). Har vi kommet dit hen at bøtta for lengst er full, og det nå renner over av nye oppgaver?

– Ja, vi kan godt si at bøtta renner over. Da fastlegeordningens 15-årsjubileum i



fjor ble markert med et seminar i Tromsø, sa Petter Øgar i Helse- og omsorgsdepartementet: «Jeg hører at Legeforeningen ønsker flere fastleger, men det tror jeg ikke politikerne vil gi dere. Det er det ingen tydelige politiske signaler om, så derfor må dere ta noe ut av den bøtta deres.» Nå er ikke vi i Allmennlegeforeningen enig i den konklusjonen, men like fullt brukte Øgar bøtte-metaforen – og den er treffende. Vi ser i dag at mange fastleger føler at de blir gjort til sekretærer for spesialisthelsetjenesten – eller vi ser det for eksempel i diskusjonen rundt fraværsattester for elever på videregående. Det er noe prinsipielt rivruskende galt ved at vi som fastleger skal bruke vår medisinske kompetanse på det vi mener er trivielle saker, mens vi – på den annen side – ikke klarer å ta oss av eldre, multimorbide eller psykisk syke pasienter som bør prioriteres. Dette er et gedigent paradoks. Vi fastleger har i altfor stor grad svelget unna oppgaver – men nå mener jeg det er nok. Nå må vi fra! sier Tom Ole Øren.

Faresignaler

Da han ble valgt til AF-leder, kunngjorde han at Allmenleforeningen «ønsket

armslag til å fokusere på kjerneoppgavene». Hva legger han egentlig i det?

– Dette opptar meg i stor grad, og det har litt å gjøre med at bøtta er full. Våre allmennmedisinske kjerneoppgaver lider fordi det kommer for mange ting inn fra sidelinja. Kjerneoppgavene er ikke noe vi har funnet på; det har vært politisk enighet om hva vi faktisk skal jobbe med. Den viktigste oppgaven til en fastlege er å drive med diagnostikk, utredning og behandling. Det handler om de nære pasientmøtene – og om kontinuiteten som ligger i det å følge pasientene over tid, det som blir kalt for 'gullet' i fastlegeordningen.

– Punkt 2 er at vi skal koordinere helse-tjenestene for pasientene; vi skal bruke tid på å lese epikriser og mene noe om hva som skal skje videre. Det tredje punktet er at vi har kommet til en situasjon der alle skal ha tak i oss – tenk bare på all tverrfaglig møtevirksomhet. Og så til det siste punktet, som er veldig viktig å ha med, særlig i politiske diskusjoner der legene blir møtt med at «vi har jo veldig mange leger i Norge», eller at vi har kortere pasientlister enn leger i andre OECD-land – eller lengre konsultasjoner. Dette punktet handler om portvokter-rollen. For å illus-

trere mitt poeng: I Sverige kan du i teorien oppsøke et sykehus hvis du har flis i fingren. Der borte har ikke allmennlegene en portvokterfunksjon slik vi har i Norge. I England og dels i Danmark, derimot, er systemet mer likt det vi har her.

UTPOSTEN: En viktig forskjell er at det i Danmark bare er spesialister i allmennmedisin som kan ha fastlegehjemmel. I Nederland og England har det vært gode offentlige helsesystemer; spørsmålet nå er om dette er ferd med å rakne. Men hvordan ser du som AF-leder at fastlegerollen best kan utvikle seg videre?

– Vi må styrke fastlegeordningen med flere fastleger. Rekruttering er derfor et av de høyest prioriterte spørsmålene i AFs arbeidsprogram for de neste årene, sier Tom Ole Øren.

I flere år har sentrale folk i allmennlegenes rekke advart mot en forvitring av fastlegeordningen. Ordningen vil «råtne på rot» om den ikke tilføres friske midler og ressurser, har blant annet Gisle Roksund hevdet (2). I høst har avisa VG rettet søkelyset mot kommuner som har problemer med å rekruttere fastleger, og via ulike medier og kanaler har vi stiftet bekjentskap

med det såkalte Trønderopprøret – initiert av allmennleger som også er universitetslektorer – som har pekt på at utfordringene rundt rekruttering av leger til fastlegeordningen må adresseres allerede tidlig i studietiden.

UTPOSTEN: Hvilke signaler får du som AF-leder fra dine medlemmer, snakkes det mest om slitasje og pessimisme eller finnes det også energi og pågangsmot?

– Jeg reiser rundt og treffer mange, men ordet pessimisme vil jeg ikke bruke om hva folk formidler til meg. Slitasje, derimot, er et ord jeg kjenner meg igjen i. Vi ser nå at erfarne fastleger slutter og går over i andre stillinger og spesialiteter, for eksempel psykiatri. Derfor er det kanskje viktigere enn noensinne at vi ‘snakker opp’ faget vårt og peker på det som er flott og oppløftende. Men totalt sett registrerer vi en tiltagende krise i fastlegeordningen og vi ser faresignaler som må tas på alvor.

UTPOSTEN: Hva må til for å redde fastlegeordningen?

– Det finnes ikke ett enkelt svar på dette. Jeg er helt uenig med helseministeren når han sier at rekruttering så å si utelukkende er kommunenes ansvar. Kommunene skulle nok ha tenkt litt mer langsiktig enn å bruke masse penger på dyre vikarordninger, og heller prøver å lære av de kommunene som er gode på rekruttering. Men vi må fortsatt ha fokus på fastlønnede utdanningsstillinger i kommunene, og her tror jeg ALIS VEST-prosjektet i Hordaland og Sogn og Fjordane vil vise vei. Så er jeg overbevist om at vi trenger å styrke allmennmedisin som undervisningsfag på medisinstudiet. Og nok et tema er kvinnelige legers preferanser når det gjelder spesialitetsvalg, lønn og honorering i fastlegeyrket – dette er ting vi må tørre å snakke etter hvert som andelen kvinnelige leger øker betydelig.

– Når det gjelder arbeidsbelastning og arbeidstid er departementet i gang med å kartlegge hvordan fastlegene bruker sin arbeidstid. Men vi i Allmennlegeforeningen skal også gjøre våre undersøkelser og observasjoner. Så er det viktig å se på rammebetingelsene, på økonomien i det vi holder på med. Her er vi inne på det faktum at en tredel av fastlegene er over 55 år. Vi må derfor treffe tiltak som kan bidra til å forhindre ytterligere forgubbing. Da er det viktig at vi har gode sentrale avtaleverk for fastlegepraksis og legevakt, herunder normaltariffen. Videre har AF jobbet hardt for at fastlegeordningen skal være et av hovedpunktene på sentralstyrets arbeidsprogram i de neste årene, opplyser Tom Ole Øren.

Kapasitetsutfordringer

Han understreker at for å få en best mulig helsetjeneste er det ikke nok med gode avtaleverk eller en normaltariff. Man må få i gang trepartssamarbeidet mellom Legeforeningen, KS og staten: – De siste årene har staten bakket ut for mye, det virker som de tar fastlegeordningen for gitt – og tenker at dette går av seg selv. Sagt på en annen måte: Vi må finne andre overordnede arenaer enn bare avtaleverket og normaltariffen, påpeker han.

Da statsbudsjettet ble lagt frem tidligere i høst ble ikke fastlegeordningen nevnt med et ord. Derimot ble ‘primærhelseteam’ løftet frem som en løsning på kapasitetsutfordringene i fastlegeordningen – og det ble bevilget store summer til et prøveprosjekt med oppstart i 2018.

UTPOSTEN: Tror du på en fremtid for fastlegeordningen i samspill med primærhelseteam – eller er dette to ordninger som ekskluderer hverandre?

– Kapasitetsutfordringene i fastlegeordningen må løftes så høyt som mulig på den

helsepolitiske agendaen. Her må KS, stat og departement være tydelige aktører sammen med Legeforeningen, som vil bidra aktivt. Det dreier seg om å få til et bærekraftig offentlig helsesystem – der vi får mer tid til hver pasient. Vi trenger flere legehender, samtidig som vi har fått flere og mer avanserte medisinske oppgaver til kommunene. Da må vi bygge opp kompetanse og kapasitet. Jeg tror ikke primærhelseteam er løsningen på kapasitetsproblemen vi ser nå, men det kan bli et lite supplement til fastlegeordningen, sier Øren.

Vår samtale er ved veis ende. Kaffekanna er tom og byens beste kanelboller er for-tært. AF-lederen ser på sin klokke og registrerer at toget til Tønsberg går om en halv time. Det rekker han akkurat: Toget hjem – etter endt pendleruke.

Referanser

1. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske botten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547.
2. Sundar T, Søndena M. Mann for sine meninger – intervju med Gisle Roksund. Utposten 2016; nr. 7: 2–7.



Utposten trykker en serie om forskrivning av angst- og sovemedisiner over tre numre – forfattet av psykiater Jørgen G. Bramness og allmennlege Torgeir Gilje Lid. Bakgrunnen for artiklene er følgende forhold:

- Helsedirektoratet har utviklet et nettkurs (<http://helsekompetanse.no/kurs/vanedannende>) for å følge opp innholdet i veilederen IS-2014, «Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet» og spre kunnskaper på fagfeltet.
- Det er stadig endringer i helsekravene til førerkort og forskrivning av legemidler ([https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerorkortveilederen/seksjon?](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerorkortveilederen/seksjon?Tittel=legemidler-helsekrav-til-forerorkort-10692) <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerorkortveilederen/seksjon?Tittel=legemidler-helsekrav-til-forerorkort-10692>), noe man må kjenne til som fastlege.

- En av forfatterne (JGB) sammen med kollega Tom Vøyvik har gitt ut boken *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner* på Universitetsforlaget tidligere i år. Innholdet i *Utposten*-artiklene bygger på innholdet i boken.

Artiklene er

- a) God forskrivning av benzodiazepiner i allmennpraksis,
- b) Toleranseutvikling, seponering og nedtrapping av benzodiazepiner og z-hypnotika og
- c) Vanedannende legemidler og bilkjøring

KJØREREGLER: Vanedannende legemidler og bilkjøring

■ JØRGEN G. BRAMNESS • Lege og psykiater, dr.med., seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

■ TORGEIR GILJE LID • Fastlege og postdoktor, spesialist i allmennmedisin, PhD, leder for referansegruppen for rus- og avhengighetsmedisin i Norsk forening for allmennmedisin

Evnen til å kjøre bil kan påvirkes av legemidler som påvirker hjernefunksjon. Dette vil særlig være legemidler som kan medføre rus eller som har dempende (sedativ/hypnotisk) virkning. I denne artikkelen vil vi omtale sovemidler, angstdempende legemidler og sterke smertestillende (opioider). Men det vil også gjelde andre legemidler som noen ADHD-midler (amfetamin og metylfenidat), psykofarmaka som antidepressiver, antipsykotika og antiepileptika, og førstegenerasjons antihistaminer.

Den sedative virkningen av benzodiazepiner, z-hypnotika og opioider er mest uttalt i begynnelsen og kan avta ved regelmessig bruk på grunn av toleranseutvikling. Denne toleransen er nesten fullstendig ved opioider, men klart mindre for benzodiazepiner og z-hypnotika, hvor det aldri blir fullstendig toleranse for de trafikkfarlige virkningene.

Noen legemidler kunne tenkes å *bedre* kjøreferdigheten ved å dempe symptomer, men lite forskning støtter dette. Studier viser tvert om at det ikke er noen sammenheng mellom symptomer og kjøreferdighet (1). Så selv om benzodiazepiner reduserer angstsymptomer, kan samtidig kjøreferdighetene forverres. Det er viktig å huske at pasientens opplevelse av symptomer, bedring av disse og påvirkning av kjøreferdigheter ikke er et godt mål for den objektive trafikkfaren forbundet med bruk av legemidlene.

De fleste ulykker som følge av legemidelpåvirket kjøring må tilskrives personer som har skadelig bruk eller avhengighet av lege- eller rusmidler (2). I stor grad er dette illegal bruk, men det er også tilfeller hvor

legemidlene er forskrevet, men oftest er de brukt i høyere dose enn forskrevet og/eller i kombinasjon med andre rusgivende stoffer. Det er med andre ord ikke pasienten som bruker litt legemidler som utgjør den store trafikkfaren. Dette sier vi fordi regelverk, inkludert helsekravene ved førerkort, i dag er blitt meget strenge, og i noen sammenhenger for strenge etter vår mening. Det har blitt en slags *for sikkerhets skyld-praksis*, som nok kan begrunnes ut fra for eksempel eksperimentelle undersøkelser, men hvor effekten i befolkningen i forhold til trafiksikkerhet ikke er kjent.

Når dette er sagt må vi likevel peke på at legen har to viktige oppgaver i forbindelse med forskrivning av legemidler som kan påvirke kjøreferdighetene, nemlig å *forebygge* og å *kontrollere*. Til hjelp for den forebyggende oppgaven har vi:

- ① Varseltrekant på legemiddelpakningen
- ② Helsedirektoratets *Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler* (IS-2014) (3)
- ③ Helsedirektoratets *Førerkortveileder* (IS-2541) (4)

Den siste veilederen peker også på legens kontrollerende oppgave med plikter til å søke Fylkeslegen eller melde til Fylkeslegen om forskrivning når visse nivåer, eller når det er tegn til skadelig bruk eller avhengighet.

Merking av trafikkfarlige legemidler med varseltrikant

Noen legemidler er ansett som spesielt trafikkfarlige (opioider til smertebehandling eller substitusjon, smertestillende cannabinoider, hostestillende midler som inneholder opioider, benzodiazepiner og z-hypnotika, migrenemidler, antiepileptika, førstegenerasjons antihistaminer, anabole steroider og alkoholholdige legemidler). I Felleskatalogen og Norsk legemiddelhåndbok er spesielt trafikkfarlige legemidler merket med varseltrikant. De øvrige legemidler som kan representere en trafikkrisiko, blir omtalt som *potensielt* trafikkfarlige. Da er faren ved bruk i trafikk- og arbeidssammenheng vanligvis omtalt under «Forsiktighetsregler».

Legen kan også skrive på resepten at apoteket skal merke også andre potensielt trafikkfarlige legemidler med varseltrikant. Ved ekspedering av spesielt trafikkfarlige og potensielt trafikkfarlige legemidler kan apotekene, etter egen vurdering, eller om legen for eksempel skriver «Trafikkmerkes» på resepten, henvise til brosjyren «Trafikkfarlige legemidler» som finnes på apoteket.

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.

Artikkelforfatter *Jørgen Bramness* er medforfatter av boken *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner* – utgitt av Universitetsforlaget i 2017.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX / MONTASJE: 07 MEDIA

Som lege er du forpliktet til å informere pasienten ved bruk av trafikkfarlige legemidler, og den trykte informasjonen pasienten kan få utlevert på apoteket skal sikre at pasienten er kjent med at legemiddelet kan være trafikkfarlig.

Legens forebyggende ansvar

De senere år har retningslinjene til Fylkesmannsembetet om helsekravene for førerkort blitt betydelig innskjerpet. Retningslinjene angir hvor høy dose av et legemiddel og hvilke legemiddelkombinasjoner man kan bruke. Retningslinjen er revurdert flere ganger, og det er viktig at forskrivende lege kjenner gjeldende versjon. Siste versjon gjelder fra 2. juni 2017, men detaljer oppdateres på helsedirektoratets hjemmesider.

Før vi går inn på hvilke legemidler som kan brukes og samtidig inneha førerkort må vi se på de ulike førerkortgruppene. I lovverket er de ulike førerkortklassene delt i tre grupper. For hvilke bokstavkoder for førerkort (klasse A, B, C, D osv.) som tilhører de enkelte klassene henvises til annen litteratur. Førerkortgruppe 1 består av de lettere klassene motorvogner (mopeder, motorsykler, personbiler, beltekjøretøy og traktorer). Førerkortgruppe 2 består av kjøretøy tyngre enn 3500 kg og opp til og med vognvogt. Mens førerkortgruppe 3 består av kjøretøy beregnet for personbefordring (buss og taxi), samt utrykningskjøretøy og andre kjøretøy som krever kjøreseddel eller

kompetansebevis. Førerkortgruppe 2 og 3 vurderes sammen og det gjelder strengere krav for disse enn for førerkortgruppe 1.

Varseltrekanten innebærer en advarsel til brukerne om ikke å kjøre bil inntil man er kjent med egen reaksjon på legemiddelet. Legen bør råde pasienten til å vise forsiktighet ved bilkjøring den første tiden etter oppstart av et potensielt trafikkfarlig legemiddel. Ved begrepet «den første tiden» menes det ofte i denne sammenheng de første sju dagene etter oppstart eller doseendring. Ved behov for lengre tids bruk av preparatet kan pasienten, i samråd med sin lege, vurdere om bilkjøring kan gjenopptas. Regelverket angir ikke nærmere hva som skal ligge til grunn for legens vurdering.

Når det gjelder legemidler som er *potensielt* trafikkfarlige: antidepressiva, antipsykotika, andre ikke-trekantmerkede psykofarmaka og antihistaminer, er det tilrådelig å følge samme forholdsregler som er angitt for de spesielt trafikkfarlige legemidlene. Det er viktig å bruke klinisk skjønn, og for pasienter som har brukt stabil dose over lang tid, uten samtidig bruk av andre psykoaktive stoffer, vil ulykkesrisikoen trolig være liten.

Både for spesielt og potensielt trafikkfarlige legemidler skal legen vurdere om disse kan erstattes av andre legemidler med lavere ulykkesrisiko, dersom det er vanskelig for pasienten å avstå fra bilkjøring. Legemidler som kan doseres bare én gang i døgnet, bør gis på kveldstid etter at dagens kjøring er avsluttet.

Det er viktig å vite at bruk av to ulike trafikkfarlige legemidler samtidig medfører at doseringskravene i tabellen *halveres*. Bruk av flere enn to trafikkfarlige legemidler samtidig innebærer at pasienten ikke har lov til å kjøre bil. Dette er en meget restriktiv bestemmelse i førerkortforskriften.

Når legen konsulteres i forbindelse med medisinsk vurdering for førerkort er det viktig å få frem både tidligere og nåværende legemiddelbruk, og opplysninger om eller tegn på samtidig bruk eller skadelig bruk av alkohol og/eller andre rusgivende stoffer. Disse opplysningene må tas med i den faglige vurderingen av skikkethet for å inneha førerkort, både for vanlige sjåførere og yrkessjåførere. Det er noen ganger vanskelig å snakke om medikamentbruk og rusvaner i en situasjon hvor svarene pasienten gir kan få store konsekvenser for førerkort og jobb. Legens ansvar som kontrollør (og ikke bare hjelper) kan være krevende for både pasient og lege.

Også mange trafikanter som ferdes i trafikken, men ikke kjører bil selv, bør gjøres oppmerksom på at reaksjonsevne og oppmerksomhet kan være nedsatt ved bruk av enkelte legemidler.

Førerkortforskriften

Førerkortforskriften er nokså teknisk og har selvsagt en juridisk språkdrakt, men vi skal her forsøke å ta ut de sentrale punktene slik at den blir forståelig, presumptivt

LEGEMIDDEL	FØRERKORTGRUPPE 1		FØRERKORTGRUPPE 2 OG 3	
	MAKSIMAL DØGNDOSE	KRAV	MAKSIMAL DØGNDOSE	KRAV OM Å VENTE
diazepam	10 mg/døgn	Ikke angitt	Ikke forenlig	Ikke angitt
oksazepam	30 mg/døgn	Ikke angitt	Ikke forenlig	Ikke angitt
nitrazepam	10 mg/døgn	Vente 8 timer etter inntak	10 mg/døgn	Vente 8 timer etter inntak og kun sporadisk bruk i maksimum 5 dager
zopiklon	7,5 mg/døgn	Vente 8 timer etter inntak	7,5 mg/døgn	Vente 8 timer etter inntak og kun sporadisk bruk i maksimum 5 dager
zolpidem	10 mg/døgn	Vente 8 timer etter inntak	10 mg/døgn	Vente 8 timer etter inntak og kun sporadisk bruk i maksimum 5 dager

TABELL 1. Maksimal døgndose for inntak av benzodiazepiner og z-hypnotika etter førerkortforskriften gjeldende fra 1. oktober 2016.

TABELL 2. Ekvivalenstetiske^A doser av opioider og virkningstid. Morfinekvivalenter regnes ut ved å ta utgangspunkt i tallet 1 for ekvivalenstetiske doser (6).

LEGEMIDDEL	ADMINISTRASJONSFORM	EKVIVALENSETISK RATIO ^A	EKVIVALENSETISK DOSE
Morfin	Tabletter	1	30 mg
	Depottabletter	1	30 mg
	Intravenøst	3	ca. 10 mg
	Mikstur	1	30 mg
	Dråper	1	30 mg
Oksykodon	Kapsler	1,3-2	ca. 20 mg
	Depottabletter	1,3-2	ca. 20 mg
	Mikstur	1,3-2	20 mg
	Injeksjon/infusjon	3	ca. 10 mg
Buprenorfin	Depotplaster ^B		
	Sublingvaltabletter	33-60	ca. 0,6 mg
Fentanyl	Depotplaster ^B		
	Sublingvaltabletter og nespray	200-300	ca. 0,1 mg
Hydromorfon	Kapsler	3,6-8	ca. 5 mg
	Depotkapsler	3,6-8	ca. 5 mg
	Injeksjon/infusjon	15-30	3-5 mg
Ketobemidon	Intravenøst	3	ca. 10 mg
	Tabletter	1	ca. 30 mg
Petidin	Stikkpiller	0,03-0,13	ca. 300 mg
	Intramuskulært	0,3	ca. 100 mg
Kodein	Tabletter	0,05-0,15	ca. 200 mg
	Stikkpiller	0,05-0,15	ca. 200 mg
Tramadol	Kapsler	0,1-0,2	ca. 150 mg
	Depottabletter	0,1-0,2	ca. 150 mg
Tapentadol	Depottabletter	0,1-0,4	ca. 150 mg

A Ekvivalenstetisk ratio (morfin/aktuelle virkestoff) = forholdstallet mellom doser av morfin og aktuelle virkestoff med identisk analgetisk effekt.

B Fentanyl depotplaster 25 ug/time tilsvarer omtrent 40-70 mg morfin tabletter/depottabletter peroralt per døgn. Buprenorfin depotplaster 15 ug/time tilsvarer omtrent 30 mg morfin tabletter/depottabletter peroralt pr. døgn. Ved konvertering mellom de ulike administrasjonsveiene og preparatene må man være oppmerksom på at individuelle forskjeller i biotilgjengelighet kan påvirke hva som er ekvivalenstetiske doser.

uten at det går ut over nøyaktigheten i gjengivelsen.

I forbindelse med all legemiddelbehandling skal legen vurdere om det går ut over evnen til å kjøre bil. Man bør være spesielt oppmerksom den første uken av behandlingen, noe som kan ha betydning ved in-

termitterende behandling. Man bør vurdere bruken av legemidler opp mot kjøreevne minst en gang i halvåret. Slik som de generelle bestemmelsene er utformet kan man ofte bli i tvil om man skulle vurdert saken annerledes. Husk da at fylkesmannen er pålagt å gi nødvendig veiledning.

Benzodiazepiner og z-hypnotika

I Norge har vi mange benzodiazepiner og z-hypnotika i bruk, enten fordi de har markedsføringstillatelse eller fordi de tas inn og brukes på registreringsfritak. Legg merke til at bare de fem midlene diazepam, oksazepam, nitrazepam, zopiklon og zolpidem kan brukes om man vil oppfylle kravene til førerkort. Det vil si at midler som alprazolam, klonazepam, flunitrazepam og midler som tas inn på registreringsfritak ikke er forenlig med det å inneha førerkort.

Pasienten bør få anledning til å venne seg til nye medisiner. Helsekravene er ikke oppfylt de første sju dagene etter oppstart eller doseøkning. For enkeltinntak av sove-midler må man vente minst åtte timer etter inntak. For enkeltinntak av angstdempe-midler er forskriften vag og peker bare på at man må vente en stund etter inntak. Andre regler er angitt i tabell 1.

Kravet for førerkortgruppe 2 og 3 (TABELL 1) om at man bare kan godta sporadisk bruk i maksimum fem dager er nokså vagt og litt problematisk i det «sporadisk bruk» i andre sammenhenger i forskriften er angitt som maksimalt fem dagers bruk i løpet av 30 dager.

Smertestillende opioider

Vi vil i det følgende ikke gi noen råd med hensyn til Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og førerkort, men henviser til egen veileder for dette (5). For annen bruk av opioider gjelder at ved kortvarig bruk (inntil sju dager) i smertebehandling er vanligvis ikke helsekravene til førerkort oppfylt. Dette kan synes veldig strengt, men det er gitt åpning for at helsekravet kan være oppfylt dersom legen vurderer det slik at bruken ikke gir en virkning som innebærer trafikkfare, og at det har gått minst åtte timer etter inntak av korttidsvirkende opioider og minst 16 timer etter inntak av langtidsvirkende opioider. Ved kronisk smertebehandling er det slik at helsekravene er oppfylt for førerkortgruppe 1 dersom det er en klar medisinsk indikasjon, det har gått minst sju dager etter siste doseøkning, det ikke brukes en døgndose som tilsvarer mer enn 300 mg orale morfinekvalenter (TABELL 2), opioidene er langtidsvirkende, og det har gått minst åtte timer etter inntak av ekstra dose korttidsvirkende opioid. Med langtidsvirkende menes alle opioider som er omtalt som «depottablett», «depotkapsler», «depotplaster», samt metadonmikstur. Ved inntak av ekstra dose langtidsvirkende opioider må det gå 16 timer etter siste inntak.



For førerkortgruppe 2 og 3 oppfylles ikke kravene ved bruk av opioider.

For tabell 2 må det bemerkes at her er angitt omtrentlige verdier. Det er ikke fullstendig krysstoleranse mellom ulike opioider, og det vil derfor variere fra pasient til pasient og i ulike situasjoner. Ved konvertering mellom ulike opioider vil det derfor vanligvis være riktig å dosere det nye opioidet lavere enn ekvivalenstdose, og eventuelt titrere videre opp til effekt.

Meldeplikt

Det er en krevende situasjon når man skal skrive ut vanedannende legemidler til pasienter som trenger det, og opplever at forskrivningen medfører at helsekravet til å inneha førerkort ikke er oppfylt. Pasientens behov (legemidler og førerkort) står i direkte motstrid til hverandre. Man kan kanskje synes at helsekravet er urimelig og et uttrykk for en for-sikkerhets-skyld me-

disin man ikke ser meningen i. Likevel må man ta inn over seg at meldeplikten i førerkortforskriften er streng. Dette er ikke opp til legen selv å bestemme. Helsekravene er gitt i forskrifts form, og det er derfor lite rom for skjønn slik som ved veiledere eller retningslinjer. Noen ganger kan dette være en god hjelp til å redusere en uheldig forskrivning, andre ganger kan pasienten prioritere legemidlene høyere enn førerkortet. Hvis det er rom for endring, kan en gi pasienten midlertidig kjøreforbud i 6 måneder mens en jobber med nedtrapping. Da utløses ikke meldeplikten i denne omgang, men en må være sikker på at pasienten har forstått kjøreforbudet. Når pasienten har redusert forbruket så mye at helsekravene igjen er oppfylt, oppheves kjøreforbudet. For pasienter som ikke klarer eller ønsker å prøve slik nedtrapping, inntreer meldeplikten. Uansett hva man velger å gjøre må man dokumentere alt nøyte i journalen.

REFERANSER

1. Panayiotou G. The bold and the fearless among us: elevated psychopathic traits and levels of anxiety and fear are associated with specific aberrant driving behaviors. Accident; analysis and prevention. 2015; 79: 117–25.
2. Gjerde H, Morland J. A two year prospective study of rearrests for drunken driving. *dinavian journal of social medicine*. 1988;1 6 (2): 111–3.
3. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/vanedannende-legemidler>
4. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen/seksjon?Tittel=legemidler-helsekrav-til-forerkort-10692>
5. [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen/seksjon?Tittel=legemidler-helsekrav-til-forerkort-10692#lar-behandling-\(helsekrav-til-forerkort\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen/seksjon?Tittel=legemidler-helsekrav-til-forerkort-10692#lar-behandling-(helsekrav-til-forerkort))
6. Svendsen K, Borchgrevink P, Fredheim O, Hamunen K, Mellbye A, Dale O. Choosing the unit of measurement counts: the use of oral morphine equivalents in studies of opioid consumption is a useful addition to defined daily doses. *Palliative medicine*. 2011; 25 (7): 725–32.

■ JGUSTA-B@ONLINE.NO
■ GILJELID@GMAIL.COM

Influen savaksine – hvorfor?

■ BIRGITTE KLÜWER • Rådgiver, MPH (folkehelsevitenskap), Folkehelseinstituttet

Influenza er sannsynligvis den infeksjonssykdommen i Norge som rammer flest og som gir størst sykdomsbyrde i form av sykehusinnleggelser og dødsfall. Hvert år smittes rundt 10 prosent av befolkningen.

Enkelte grupper er mer utsatt for influensasmitte enn andre. Man anslår at 20–30 prosent av alle barn og omtrent 20 prosent av alt helsepersonell med pasientkontakt smittes årlig.

Influenzaen kan ramme enkelte grupper med mer alvorlig sykdom enn andre, avhengig av hvilket virus som sirkulerer. I 2015/16, en sesong dominert av influensa A(H₁N₁), var insidensen av sykehusinnleggelser høyest blant de aller yngste. I 2016/17 var det derimot influensa A(H₃N₂) som dominerte, og da var det særlig de eldste som ble innlagt. Forrige influensas sesong er også et godt eksempel på variasjoner i alvorlighet om man ser på influensarelatert dødelighet. For hele befolkningen sett under ett ble utbruddet i 2016/17-sesongen ansett som middels kraftig, mens det for personer over 65 år var en av de hardeste sesongene på ti år. Beregninger viser at det var ca. 1700 influensarelaterte dødsfall vinteren 2016/17, hvorav hele 1500 i aldersgruppen 65 år og eldre.

Øke vaksinasjonsdekningen

Håndhygiene og andre basale smittevern rutiner bør alltid løftes frem og det er helt sentralt i arbeidet med å begrense omfanget av influensaen. Ettersom influensa primært smitter via dråper, er disse tiltakene likevel ikke tilstrekkelige. Det viktigste smittebeskyttende tiltak vi har mot influensa i dag er derfor influensavaksinen.

Personer med økt sårbarhet for alvorlig influensa; eldre, kronisk syke, beboere i institusjoner og gravide samt helsepersonell som tar vare på dem, anbefales vaksine hvert år. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) indikerer at vaksinasjonsdekningen i risikogrupperne er lav, men på vei oppover. Ettersom en anbefaling om vaksine fra helsepersonell har vist seg å være et av de viktigste tiltakene for å få personer i risi-

kogruppene til å la seg vaksinere, har helsepersonell også en nøkkelrolle i arbeidet med å øke vaksinasjonsdekningen.

Om influensavaksinen

Influen savaksinen består av tre eller fire influensavirusstammer: to influensa A-stammer og én eller to influensa B-stammer. Vaksinen står i en særstilling blant vaksiner fordi den må tilpasses stadige endringer i sirkulerende influensavirus. Hvilke virusstammer som inngår i vaksinen evalueres og oppdateres derfor før hver influensas sesong.

Vaksinen ble utviklet på 1940-tallet, og har altså vært i bruk i mange tiår. Fremdeles distribueres flere hundre millioner doser av denne vaksinen på verdensbasis hvert år. Løpende overvåking av bivirkninger og sikkerhetssignaler bekrefter stadig at dette er en vaksine med svært god sikkerhetsprofil. De vanligste bivirkningene er reaksjoner på innstikkstedet (rødme, hevelse, smerte) og eventuelt forbigående «influen safølelse». Dette er ikke influensa, men immunforsvaret som reagerer på vaksinen.

Effekten av vaksinen, altså hvor mange av de vaksinerte som etter vaksinasjon er beskyttet mot influensas sykdom, ligger i gjennomsnitt på 60 prosent. Dette gjennomsnittstallet skjuler imidlertid en effektvariasjon på 30–80 prosent. Dette kommer av at vaksineffekten påvirkes av en lang rekke faktorer, der både egenskaper ved selve viruset, vaksinen i seg selv, de som vaksineres og metodene vi bruker for å måle effekten, spiller inn.

Ettersom effekten av vaksinen ikke er 100 prosent, vil en del av de vaksinerte få influensa på tross av vaksinerings. For disse ser det likevel ut til at vaksinen kan gi et mildere sykdomsforløp, samt redusere risikoen for mer alvorlige utfall som lungebetennelse, sykehusinnleggelser, intensivinnleggelser og

dødsfall. Hos eldre og personer med underliggende kronisk sykdom kan immunforsvaret være svekket, slik at kroppen ikke svarer godt nok på vaksinen. Det innebærer at selv om man skulle oppnå en høy vaksinasjonsdekning i risikogrupperne, så vil det fremdeles være behov for å vaksinere nærkontakter og helsepersonell for ytterligere å redusere risikoen for alvorlig influensa hos de mest sårbare. En annen gruppe som kan være utsatt for alvorlig sykdom er de minste barna. Ettersom dagens vaksine ikke er godkjent til bruk hos barn under seks måneder, bør isteden mor vaksinere seg. Vaksinasjon i svangerskapet beskytter barnet ved transplacental overføring av antistoffer, ved antistoffer i morsmelken og ved å redusere muligheten for at mor smitter spedbarnet.

Hvem bør ta vaksinen?

Friske personer kan rammes av alvorlig influensas sykdom, men erfaringer fra tidligere pandemier og mange år med løpende overvåking verden over, har vist at enkelte grupper er mer sårbare for alvorlige sykdomsforløp enn andre. Influenzaen er fryktet fordi den i tillegg til å gi alvorlig systemisk sykdom, kan føre til forverring av underliggende sykdom eller følgesykdommer som lungebetennelse. Ved alvorlige sykdomsforløp kan sykehusinnleggelse og eventuelt intensivbehandling være nødvendig. En del opplever også varig svekket helse og redusert livskvalitet etter influensas sykdom.

Risikogrupperne omfatter alle fra 65 år, beboere i omsorgsboliger og sykehjem, samt barn og voksne med en rekke kroniske sykdommer (herunder lungesykdom, hjerte- og karsykdom, diabetes, lever- og nyresvikt, nevrologisk sykdom eller skade, nedsatt immunforsvar eller fedme). Tall fra SSB indikerer at risikogrupperne totalt utgjør 29 prosent av befolkningen. Det innebærer at rundt 1,5 millioner nordmenn er anbefalt årlig influensavaksine av hensyn til risiko for alvorlig sykdom.

Gravide har en økt risiko for alvorlig influensas sykdom på linje med andre risikogrupper. Risikoen øker med svangerskaps-



lengden, og vedvarer også en tid etter fødsel. Kvinner som er i 2. eller 3. trimester i influensasesongen skal derfor tilbys inaktivert influensavaksine, når denne blir tilgjengelig om høsten. Anbefalingen bør komme fra helsepersonell når den gravide er til svangerskapskontroll. Gravide som tilhører en av de andre risikogrupperne for alvorlig influensa, eller faller inn under en av de øvrige målgruppene for vaksinasjon, anbefales vaksine i 1. trimester. Gravide helsepersonell regnes også til denne gruppen. Effekten av influensavaksinen for gravide er sammenlignbar med effekten hos friske voksne, og sikkerheten er god for både mor og barn. I forbindelse med den pågående oppdateringen av veileder for svangerskapsomsorgen har Folkehelseinstituttet oppsummert tilgjengelig forskning på effekt og sikkerhet av influensavaksine i svangerskapet. Kunnskapsgrunnlaget kan leses i sin helhet på Folkehelseinstituttets nettsider (1).

I tillegg til de som anbefales vaksine utelukkende av hensyn til egen sykdom, anbefales også helsepersonell med pasientkontakt å ta influensavaksine. Ved denne anbefalingen ønsker man å beskytte sårbare pasienter mot alvorlig sykdom og død ved å hindre smitte fra helsepersonellet. Like viktig er imidlertid hensynet til helsepersonellet selv. I og med at de er mer utsatt for smitte enn mange andre yrkesgrupper, ønsker man å redusere deres sykdomsrisiko og sannsynligheten for at de tar med seg smitte hjem til sin omgangskrets. I tillegg er det viktig både

for pasientsikkerhet og personellens arbeidsvilkår at man opprettholder en tilstrekkelig beredskap i helseinstitusjonene i influensasesongen, ettersom influensautbrudd medfører en stor ekstra belastning på sykehuse- ne og resten av helsetjenesten. Folkehelseinstituttet får mange henvendelser om influensavaksinasjon fra ansatte i helsetjenestene. Kunnskapsgrunnlaget bak denne anbefalingen er derfor nylig publisert på Folkehelseinstituttets nettsider, slik at den enkelte kan ta et informert valg (2).

Vaksinasjonsdekningen i Norge

Influensavaksinen bidrar til å redusere omfanget av influensatilfeller og alvorlig sykdom i sårbare grupper. Da effekten av vaksinen varierer fra 30 prosent til 80 prosent, kan man ikke forvente den samme flokkeeffekten av influensavaksinen som den man ser for en del av vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet. Det innebærer at hver ekstra vaksine som settes er et bidrag av selvstendig betydning.

I Norge har vi satt oss et mål om å oppnå 75 prosent vaksinasjonsdekning i risikogrupperne og blant helsepersonell, i tråd med anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon (WHO) og det europeiske smittevernbyrået (ECDC). Det er fremdeles langt igjen til vi når slike tall her i landet, men de senere år har man sett en tendens til at antall vaksinerte i befolkningen øker. Tallene fra SSB viser også for influensasesongen

2016/17 en liten økning blant risikogrupperne: 28 prosent oppga at de vaksinerte seg i fjor, mot 23 prosent året før. Økningen ser særlig ut til å komme blant de eldre. I fjor var det en vaksinasjonsdekning på 55 prosent hos eldre med kronisk sykdom.

I arbeidet med å få opp vaksinasjonsdekningen spiller helsepersonellet en avgjørende rolle. Informasjon og en personlig anbefaling er sentralt for at folk vil la seg vaksinere. Blant de spurte i årets undersøkelse sa for eksempel hele 80 prosent av dem som tok vaksinen, at de hadde fått en anbefaling om vaksine fra helsepersonell. Helsepersonell kan også være viktige rollemodeller ved å gå foran og la seg vaksinere. Vaksinasjonsdekningen blant helsepersonell har lenge vært lav for influensavaksinen, men også dette ser ut til å være i bevegelse. Sett under ett oppga 17 prosent av helsepersonell med pasientkontakt at de var vaksinert i 2016/17-sesongen, mot 12 prosent året før. Dette er en gledelig utvikling som vi håper fortsetter i årene som kommer, for å begrense sykdomsbyrden av en av våre vanlige, men uforutsigbare virusinfeksjoner.

REFERANSER

1. www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/kunnskapsgrunnlag/gravide/ (18.10.2017)
2. www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/kunnskapsgrunnlag/influensavaksine-til-helsepersonell---kunnskapsgrunnlaget/ (18.10.2017)

■ BIRGITTE.KLUWER@FHI.NO

'Riktigere Antibiotikabruk – kommer snart til ditt fylke

■ SIGURD HØYE • Allmennlege i Oslo og postdoktor ved Antibiotikasenteret for primærmedisin

Antibiotikabruket i norsk allmennpraksis er ganske lav i europeisk sammenheng, men kan bli lavere. Et kurs i riktigere antibiotikabruk, utviklet av og for allmennleger, vil de nærmeste årene tilbys alle landets fastleger. Kanskje kan vi oppnå svenske tilstander?

Det har vært mye oppmerksomhet rundt antibiotikabruk og antibiotikaresistens de siste årene. Nyheten om høy forekomst av resistente bakterier i kyllingkjøtt i 2014 syntes å gjøre stort inntrykk, og etter dette har kampen mot antibiotikaresistens og unødvendig antibiotikabruk hatt sterk medvind, både i helsevesenet og blant befolkningen.

Antibiotikaresistens kan på mange måter sies å være medisinenes versjon av klima-problemet; overforbruk av en i seg selv nyttig og viktig ressurs, er i ferd med å gi stor skade for verdenssamfunnet. Parallellen er imidlertid ikke perfekt; når det gjelder

antibiotikabruk, er det ingen fordeler å hente av overforbruket – ingen trenger å lide om vi slutter å bruke antibiotika unødvendig; det er ikke behov for et stort, grønt skifte. Det synes som om denne erkjennelsen er i ferd med å sive inn i befolkningen, mange allmennleger forteller at det slett ikke er noe problem å få pasientene med på at de ikke trenger antibiotika for sin infeksjonstilstand – og antibiotikaforbruket faller år for år. Men det går ikke helt av seg selv.

Sammenhengen mellom forekomst av resistente bakterier og antibiotikaforbruket i primærhelsetjenesten har vært kjent i



Regjeringen la i 2016 frem denne handlingsplanen mot antibiotikaresistens.

Diskusjon rundt forskrivningsrapporten på oppstartsmøtet i Buskerud.



k i Kommunene'



FAKTA OM RAK

- RAK står for Riktigere Antibiotikabruk i Kommunene
- Gratis, 15 timers klinisk emnekurs i antibiotikabruk og infeksjonssykdommer
- Består av 3 e-læringskurs og 3 gruppemøter
- Deltagerne får to individuelle rapporter som viser egen antibiotikaforskrivning året før kursstart og i 6 måneder etter kursstart
- Tilbys alle etterutdanningsgrupper/smågrupper i norsk allmennpraksis i perioden 2016-20
- Er utviklet og drives av Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) i samarbeid med Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) og Reseptregisteret
- Finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet som en del av Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten med det mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020

mange år. Langt den største andelen av antibiotika som brukes av mennesker i Norge – rundt 85 prosent – skrives ut i primærhelsetjenesten. Dette er ikke til å undres over: De aller fleste infeksjonstilfellene diagnostiseres og ferdigbehandles i primærhelsetjenesten. At flesteparten av antibiotikareseptene stammer fra oss allmennleger betyr altså ikke at vi er spesielt slepphendte med forskrivningen, det betyr kun at behandling av infeksjonssykdommer er en stor del av vårt virke. Men det betyr også at vi har et stort ansvar når det gjelder å få til en riktigere antibiotikabruk i Norge.

Svenske tilstander

I Sverige var antibiotikabruken i primærhelsetjenesten økende for noen år tilbake, og i 2006 lå den over Norge (15,4 definerte døgndoser pr. 1000 innbyggere pr. dag (DID), mot 14,8 i Norge). Blant annet gjennom nettverket STRAMA («Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens») har det lyktes svenskene å redusere antibiotikabruken, slik at de etter hvert ligger betydelig lavere enn Norge (13,0 DID mot 15,9 i Norge i 2014). Og det er ingen grunn til å tro at denne lave bruken har noen negative helsekonsekvenser for svenskene.

Også i Norge økte antibiotikabruken frem mot 2012. I 2016 la Regjeringen frem

Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten med det mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020. Enkelttiltaket med størst forventet effekt var «Gjennomgang av egen antibiotikaforskrivning på gruppenivå». Dette baserer seg på en stor studie gjennomført av Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo i 2005–06; 183 fastleger gjennomførte et klinisk emnekurs i antibiotikabruk, bestående av gruppemøter og diskusjon rundt individuelle forskrivningsrapporter. Deltagerne reduserte egen antibiotikaforskrivning, og økte andelen smalspektret penicillin. Kurset var godt likt blant legene, men det var dyrt å gjennomføre, og det var ingen instans klar til å tilby kurset til alle landets fastleger. Gjennom handlingsplanen har Antibiotikasenteret for primærmedisin fått tildelt midler som skal sette senteret i stand til å drive dette tiltaket, og altså tilby et slikt kurs for alle landets fastleger. Kurset har fått navnet Riktigere Antibiotikabruk i Kommunene (RAK).

Riktigere antibiotikabruk

Som enhver allmennlege vet, er det ikke alltid lett å skille mellom hva som er nødvendig og hva som er unødvendig antibiotikabruk. Det er mange usikkerhetsmomenter både når det gjelder klinikk, prøveresultater, mulighet for oppfølging, samspill med pasienten og så videre. Dermed er

det vanskelig å si hva som er riktig og hva som er feil, eller hva som er nødvendig og hva som er unødvendig, antibiotikabruk. Men det er lite tvil om at antibiotikabruken i hvert fall kan bli *riktigere* – derav kurstittelen *Riktigere antibiotikabruk*. Det begynner også å sive inn, sannsynligvis som følge av grundig allmennmedisinsk forskning særlig fra England, at det gamle skillet mellom viral og bakteriell sykdom ikke er like relevant lenger; det relevante skillet i allmennpraksis er om det kan forventes at pasienten vil oppleve en betydningsfull effekt av antibiotika eller ikke. Med riktigere bruk menes dermed to ting: å unngå antibiotika hvis ikke pasienten kan ventes å ha nytte av det, og å unngå bredspektret antibiotika når smalspektret antibiotika gjør samme nytten.

RAK-kurset består av tre e-læringskurs og like mange gruppemøter. I tillegg får deltagerne tilsendt to individuelle antibiotikaforskrivningsrapporter – en for perioden før kursstart, og en for perioden etter kursstart. Til sammen blir dette et 15 timers klinisk emnekurs. Kurset er gratis for deltagerne. ASP tilbyr kurset fylkesvis. På en gitt dato får gruppesekretærene i alle etterutdanningsgrupper/smågrupper i allmennmedisin i et fylke invitasjon til å delta på et oppstartsmøte. Etter oppstartsmøtet setter så smågruppene opp gruppemøter, og gruppesekretæren leder gruppen gjennom programmet for hvert enkelt møte.

Buskerud var første fylke ut, og startet opp i november 2016. Siden har Akershus, Finnmark og Troms kommet med. Gruppemøtene er spredd i tid over ca. 8 måneder, slik at de fleste deltagerne i Buskerud nå er ferdige med kurset. Senere i høst starter RAK opp i Sør-Trøndelag, og i 2018 står Oslo, Sogn og Fjordane, Vestfold og Oppland for tur. I løpet av 2020 vil alle landets fylker bli invitert med.

Forskrivningsrapport

Nøkkelen i RAK er den samme som i kvalitetsarbeid for øvrig: Man må vite hvordan man ligger an, og sette seg egne mål, for å kunne endre praksis. Deltagerne får tilsendt en forskrivningsrapport som viser hva de har skrevet ut av antibiotika det siste året. Rapporten er basert på data fra Reseptregisteret, som har oversikt over alle uthentede resepter fra apotek i Norge. Dermed er det altså *uthentet* – og ikke forskrevet – antibiotika som kommer med i rapporten. Rundt en av ti antibiotikaresepter forskrevet i allmennpraksis blir aldri hentet ut fra apotek. Dette kan være vent-og-se-resepter, der legen selv anbefaler å la være å benytte resepten hvis tilstanden ikke forverres – eller det kan være resepter legen har ment er nødvendige, men der pasienten selv ikke ønsker å benytte antibiotika.

I og med at det er Reseptregisterdata som benyttes, og ikke data fra legens pasientjournal, mangler diagnose på reseptene. Dette er en svakhet, men vår erfaring så langt er at deltagende leger likevel opplever rapporten som nyttig og relevant. Diagnosekode på antibiotikaresepter er noe Stortinget har vedtatt skal innføres, som et ledd i arbeidet med å få til en bedre oversikt over antibiotikabruken i Norge. Det jobbes med dette, men foreløpig synes det

å være langt frem i tid før Reseptregisteret også har informasjon om hva hver enkelt antibiotikaresept er forskrevet for.

Gruppemøter og e-læring

Forskrivningsrapportene skal så diskuteres i smågruppene. Fra tidligere forskning vet vi at allmennleger kan oppleve det utfordrende å blottstille egen praksis, men at dette oppleves både akseptabelt og nyttig så lenge det skjer i trygge rammer slik som i egen etterutdanningsgruppe/smågruppe. Målet med å legge frem og diskutere egne tall er ikke å konkurrere om å være «best», men å få oversikt over egen forskrivning og å finne ut hvor man eventuelt har et forbedringspotensial. På siste gruppemøte får deltagerne en ny rapport der egen forskrivning i halvåret etter kursstart sammenlignes med en tilsvarende periode før kursstart. På denne måten kan man finne ut om eget forbedringsarbeid har gitt resultater.

Det første e-læringskurset presenterer ulike verktøy og strategier legene kan bruke for å oppnå en riktigere antibiotikabruk. E-læringskurs nr. 2 handler om luftveisinfeksjoner, mens det siste kurset dreier seg om urinveis- og hudinfeksjoner.

RAK-kurs og RAK-studie

RAK-kurset er laget i samarbeid med Senter for kvalitet i legekontor (SKIL). Kurset benytter SKILs e-portal, som er en nettside der gjennomføring og deltagelse på e-læringskurs og gruppemøter registreres automatisk. Reseptregisteret ved Folkehelseinstituttet er også en viktig samarbeidspartner, og har lagt ned en stor jobb i å lage et system for produksjon av forskrivningsrapportene. SKIL har utarbeidet en egen versjon av RAK-kurset, som kalles RAF – «Riktigere Antibiotikaforskrivning». Det

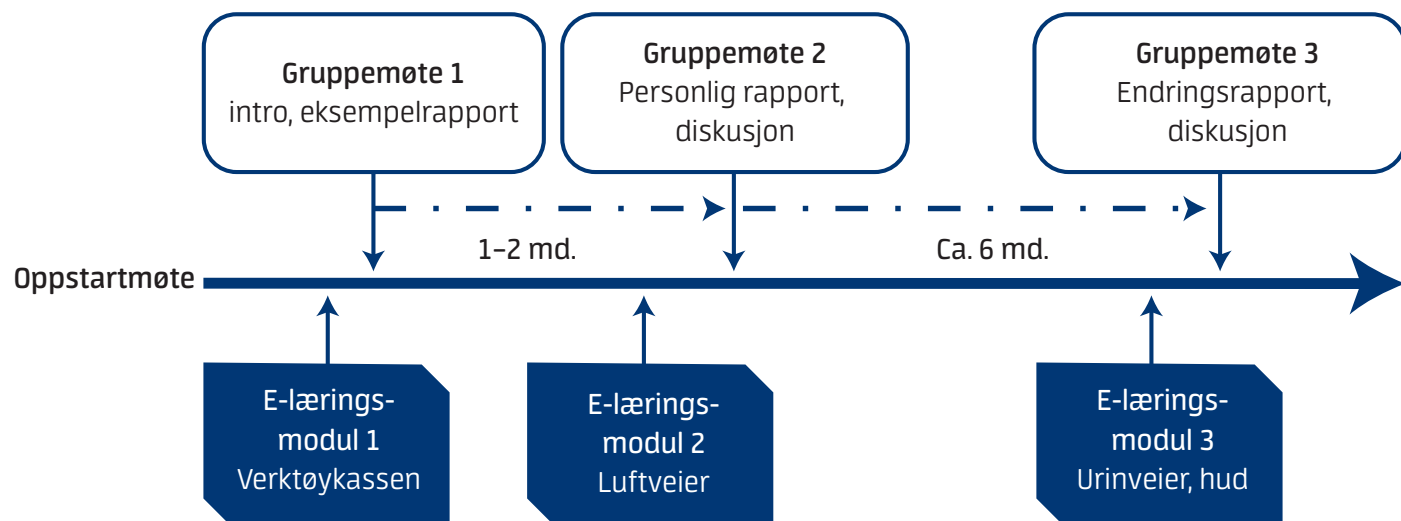
faglige innholdet er likt RAK, men i SKILs versjon benyttes data fra journalsystemet, innsamlet ved hjelp av programvaren Meddrave. I tillegg benyttes eksterne veiledere. Dette medfører at kurset koster rundt 5500 kroner.

Samtidig med at RAK-kurset tilbys fastlegene fylkesvis, pågår en randomisert, kontrollert studie for å undersøke effekten av RAK-kurset; RAK-studien. Her er de 60 små og mellomstore kommunene med høyest antibiotikabruk i 2014 inkludert. Halvparten har fått tilbud om å delta i kurset (intervensjonskommunene), mens den andre halvparten ikke har fått dette tilbudet (kontrollkommunene). Intervensjonskommunene er invitert via smittevernansvarlig kommunelege. På forhånd er det gjennomført en intervjuundersøkelse med et utvalg kommuneleger og fastleger, for å tilpasse RAK-kurset best mulig slik at det oppleves akseptabelt, relevant og nyttig både for kommuneleger og allmennleger.

Reduksjon allerede

Tall fra Reseptregisteret viser at antibiotikabruken i Norge har falt med rundt 11 prosent siden «toppåret» 2012, eller med rundt 16 prosent hvis man ekskluderer metenamin (Hiprex®), som ikke synes å være resistensdrivende. Ekstra tydelig er reduksjonen hos barn i primærhelsetjenesten. Småbarn har en langt høyere legesøking og antibiotikabruk enn andre aldersgrupper. Først når man nærmer seg 80 år er antibiotikabruken på nivå med en toåring. Det er jo først og fremst virale luftveisinfeksjoner som rammer barn, særlig etter oppstart i barnehage. Antibiotikabruken hos små barn kan dermed anses å være spesielt tøyelig; i utgangspunktet er dette infeksjoner som går helt fint over uten anti-

Figuren viser RAK-kursets gang.





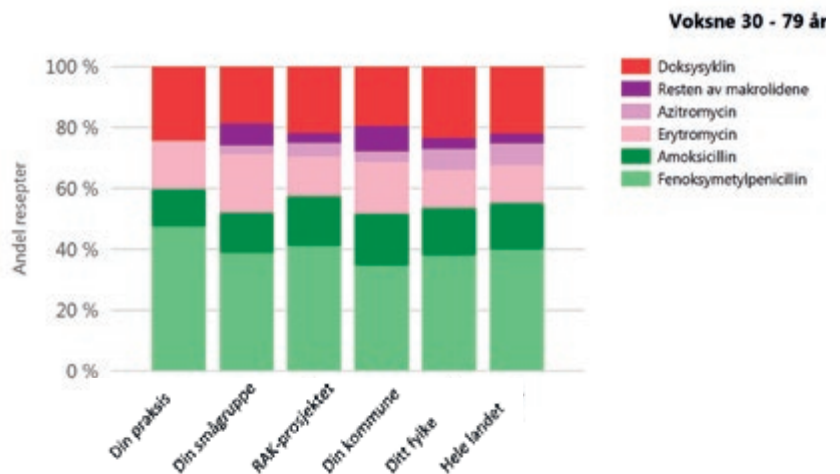
Tre fastleger diskuterer forskrivningsrapporten. Her gjengis en typisk figur i rapporten.

biotika, men foreldre kan velge/ikke velge å ta barnet til lege, og legen kan velge/ikke velge å skrive ut antibiotika. I en situasjon der oppmerksomheten rundt unødvendig antibiotikabruk øker, er det grunn til å tro at både foreldre og leger legger terskelen høyere for å gi barn antibiotika. En fersk studie har vist at antibiotikabruken hos barn i primærhelsetjenesten er redusert med så mye som 24 prosent fra 2012 til 2016.

Vi er altså i en situasjon der antibiotikabruken i primærhelsetjenesten er på vei ned, sannsynligvis som følge av økt oppmerksomhet rundt problemene med antibiotikaresistens både i befolkningen og hos helsepersonell. Spørsmålet er om et kurs i riktigere antibiotikabruk kan gi en tilleggseffekt?

I de fylkene RAK har startet opp, har 50–60 prosent av fastlegene meldt seg på kurset. Til sammen er knapt 700 leger påmeldt. Tilbakemeldingene er stort sett positive; legene opplever kurset som relevant og nyttig. Foreløpige resultater fra Buskerud tyder på at deltagerne har redusert den totale antibiotikabruken med 15 prosent, og økt den relative bruken av

Figur 3.5. Terapiprofil, LVI-AB-resepter, aldersgruppen 30 - 79 år.



smalspektret penicillin med over 20 prosent. Deltagerne har hatt en tre ganger så stor reduksjon i antibiotikabruk sammenlignet med leger i fylker som foreløpig ikke er invitert med på RAK-kurset. Dette er gladelige tall som tyder på at kurset vil bidra

til å opprettholde det relativt lave resistensnivået vi har i Norge.

Vi håper flest mulig vil delta når RAK kommer til ditt fylke!

■ SIGURD.HOYE@MEDISIN.UIO.NO

VIL DU VITE MER?

På RAK-kursets nettside www.riktigantibiotika.no kan du lese mer om prosjektet.

Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i

primærhelsetjenesten er utviklet av allmennleger, for allmennleger. Dette er det nærmeste vi kommer en standardisering av riktig antibiotikabruk. Retningslinjene finner du på www.antibiotikaiallmenpraksis.no

På www.antibiotika.no kan du lese mer om Antibiotikasenteret for primærmedisin, samt om vår søsterorganisasjon i spesialisthelsetjenesten; Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten.

Antibiotikastyring i syke

■ NICOLAY HARBIN

Rådgiver ved Antibiotikasenteret for primærmedisin, UiO og kommunelege, Fredrikstad

Alle landets sykehjem vil i løpet av de neste årene få tilbud om kurs i riktigere antibiotikabruk. Erfaringene så langt viser at sykehjemsleger og sykepleiere har stor glede av det nye kurstilbudet.

Det finnes totalt over 900 kommunale sykehjem og akutte døgnenheter med til sammen 40 000 beboere i Norge. Gjennomsnittsbeboeren er 85 år (1, 2) og har gjerne flere diagnoser (5–7). Sykdomsbildet hos eldre er ofte komplisert, og til en hver tid behandles ca. 5,8 prosent av pasientene med systemisk antibiotika (3). I løpet av et kalenderår vil også over 80 prosent motta antibiotika for en infeksjonstilstand (4). Kommunale institusjoner står for ca. 6 prosent av totalforbruket av antibiotika til mennesker i Norge (5), som er tilnærmet likt totalforbruket i sykehus som andelsmessig utgjør ca. 7,5 prosent (6). I forbindelse med samhandlingsreformen ser man også en økende bruk av intravenøs antibiotika i sykehjemsektoren; ofte mer bredspektret enn peroral behandling. Dette gjør at en optimalisering av behandling med antibiotika blant sykehjems pasienter er et viktig tema.

I sykehjem er det en høy forekomst av

bakterieinfeksjoner, og det er særlig urin- og luftveisinfeksjoner som dominerer. Det er høy prevalens av bakterielle infeksjoner i sykehjemsbefolkningen, hovedsakelig i luft- og urinveier (5, 7). Infeksjoner kan utvikles og forverre raskt, slik at det er viktig å komme i gang tidlig med antibiotikabehandling. Eldre mennesker som er syke blir ofte dehydrert på grunn av svekket allmenntilstand og vansker med å ta til seg tilstrekkelig med væske. Økt kompetanse i sykehjemmene er derfor nødvendig for å kunne gi riktig antibiotikabehandling, både peroralt og intravenøst. Kompetente leger, sykepleiere og andre helsefagarbeidere samt riktig diagnostisk utstyr, er avgjørende for korrekt diagnostikk og behandling.

Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) er et Nasjonalt faglig kompetansesenter som har som formål å fremme rasjonell og begrenset bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten – og på så måte redusere utviklingen av antibiotikaresistens i Norge. ASP har blant annet ansvaret for å utgi og revidere Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten, deriblant også sykehjem (13). I januar 2016 lanserte Regjeringen Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (8), der hovedmålet er å redusere totalforbruket av antibiotika med 30 prosent i Norge innen utgangen av 2020.

ASP har fått en nøkkelrolle som faglig rådgiver i gjennomføringen av flere tiltak i handlingsplanen, deriblant gruppebasert etterutdanning av leger som jobber i kommunale helseinstitusjoner. Tiltaket ble iverksatt i 2016, og har som mål å øke den enkelte sykehjemsleges bevissthet rundt sin egen forskrivning av antibiotika ved hjelp av diskusjoner og gjennomgang av egen forskrivningspraksis.

Stor oppslutning

I oktober 2016 startet intervensjonen «RASK» (Riktigere Antibiotikabruk for

«Østfoldprosjektet»
RASK
(Riktigere Antibiotikabruk for Sykehjem i Kommunen)

Forskrivning av antibiotika
1. januar 2015 – 31. august 2016

Fjeldberg sykehjem (52 plasser)



Sykehjem i Kommunene) med en pilot i Østfold fylke. Intervensjonen bygger på kollegabasert terapiveiledning (KTV) og antibiotikastyringsprogram, to modeller som har vist seg å være effektive i arbeidet med å redusere totalforbruket og fremme mer smalspektret antibiotikabruk, og ikke minst å redusere forekomsten av multi resistente bakterier i helseinstitusjoner (9, 10).

Oppslutningen i Østfold har vært stor; 40 av 42 (95 prosent) aktuelle institusjoner i fylket deltar i piloten. Tilbakemeldingene har så langt vært utelukkende positive, og piloten danner grunnlaget for utrulling av intervensjonen til resten av landets fylker innen utgangen av 2020. Så langt har også Hedmark, Oppland og Helse Bergen blitt inkludert i intervensjonen, her er oppslutningen på ca. 85 prosent.

Alle sykehjem og kommunale akutte døgnenheter (KAD) i hele Norge vil bli invitert til å delta i intervensjonen når denne blir lansert i de ulike fylkene.

Ikke bare for leger

Selv om det aktuelle tiltaket i handlingsplanen kun nevner sykehjemslegene, inviterer vi også sykepleiere og eventuelt andre helse-

FAKTA OM RASK

- RASK står for Riktigere Antibiotikabruk for Sykehjem i Kommunene
- Gratis tilbud, godkjent med seks timer som valgfritt kurs i allmennmedisin og med fem kurspoeng til videre- og etterutdanning i sykepleie/spesialsykepleie
- Består av en oppstartskonferanse og en avslutningskonferanse etter 12 mnd
- Institusjonene får tre individuelle rapporter som viser egen antibiotikaforskrivning året før kursstart samt seks måneder og 12 måneder etter kursstart
- Tilbys alle kommunale institusjoner i perioden 2016–20
- Drives av Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) i samarbeid med nasjonale og regionale fagmiljøer
- Finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet som en del av Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten med det mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020

hjem – et nybrottsarbeid

fagarbeidere med lederroller til å delta i intervensjonen. Grunnen til det er at det ved mange institusjoner er et begrenset antall faste legetimer i løpet av en arbeidsuke, slik at det er sykepleiere og andre som har hyppigst kontakt med beboerne, og som dermed også kjenner disse best. Sykepleierne og helsefagarbeiderne står ofte for rapportering til legene ved eventuelle akutte endringer i beboerens helsetilstand. I helger og på kvelds- og nattetid må de sykehjemsansatte ofte forholde seg til legevaksleger, men disse har som regel ikke kjennskap til beboerne. Det hviler derfor et viktig ansvar på sykepleiere og andre helsefagarbeidere i kommunale institusjoner i rapporteringen til både sykehjemsleger og legevaksleger.

Intervensjonen starter med en hel dagskonferanse der en rekke aktuelle temaer innenfor antibiotikabruk og infeksjonsmedisin i sykehjem blir presentert, deriblant retningslinjer, korrekt diagnostikk og forebygging av infeksjoner i sykehjem. Et viktig tema på konferansen er urinveisinfeksjoner, da majoriteten av antibiotika forskrives på denne indikasjonen (40–50 prosent av totalforbruket). Det er særlig tilstanden *asymptomatisk bakteriuri* (ABU) man mistenker står for en stor andel av unødvendig antibiotikabruk ved norske sykehjem (11, 12). Konferansen legger opp til gruppediskusjoner om viktige temaer, slik at deltagerne får anledning til å utveksle egne erfaringer og utfordringer med deltagere fra andre institusjoner. Før oppstartskonferansen blir også data fra apotekenes antibiotikasalg siste år lagt frem. Dette materialet danner grunnlag for en antibiotikatilbakemeldingsrapport som lages til hver enkelt institusjon. I rapporten presenteres statistikk over institusjonens forbruk. I tillegg sammenlignes institusjonen med de andre deltagende institusjonene i fylket.

Tilbakemeldingsrapportene danner også grunnlaget for den viktigste gruppediskusjonen under oppstartskonferansen, nemlig diskusjon rundt eget antibiotikaforbruk. Disse diskusjonene skal også omfatte spørsmål knyttet til egen forskrivning samt reduksjon av bredspektrert antibiotika og totalforbruk.

Oppfølging og samarbeid

Etter oppstartskonferansen skal hver institusjon arrangere en eller flere undervisningsdager lokalt, i tråd med innholdet fra oppstartsmøtet. Målet er å nå ut til flest mulig ansatte på arbeidsplassen. Hvordan institusjonene velger å løse dette, er opp til dem selv, men det skal rapporteres tilbake til ASP når dette er gjennomført. Institusjonene blir også tilbudt å ta i bruk sjekklister og veiledere som er utviklet i forbindelse med intervensjonen til bruk i klinikken. Nye antibiotikatilbakemeldingsrapporter, som sammenligner statistikk før og etter oppstart av intervensjonen, sendes ut til deltagerne etter seks måneder samt ved intervensjonens slutt etter 12 måneder. I tillegg til antibiotikatilbakemeldingsrapportene, som er basert på salgsdata fra apotek og dermed ikke gir oss indikasjonene for antibiotikabruken, har vi i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) økt hyppigheten av punktprevalensregistreringene (NOIS-PIAH) fra to til seks registreringer pr. år i intervensjonsperioden. Gjennom punktprevalensregistreringene får vi informasjon om indikasjon. Sammen med salgsdata fra apotek gir dette et godt innblikk i den faktiske antibiotikabruken ved norske sykehjem og KAD-avdelinger. Slike tall har i stor grad manglet for denne sektoren i Norge frem til nå.

Det har tidligere ikke vært gjennomført lignende intervensjoner i samme størrelsesorden for kommunale institusjoner i Norge. Dette gjør at «RASK» er et nybrottsarbeid som forhåpentligvis vil øke sykehjemmenes kompetanse knyttet til infeksjonsmedisin og rasjonell antibiotikabruk. Resultatene fra intervensjonen vil etterhvert bli evaluert, men de foreløpige resultatene fra piloten i Østfold viser en betydelig nedgang i antibiotikabruken på over 20 prosent – noe som er meget oppløftende for det videre arbeidet.

Intervensjonen er et resultat av et samarbeid mellom ASP, Nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS), Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin, de regionale kompetansesentrene for smittevern (RKS), Folkehelseinstituttet (FHI), Seksjon for smittevern ved Sykehuset Østfold og de aktuelle apotekjedene.

REFERANSER

1. Steen K, Mjeldheim M, Hunsår S. Legevakt for alders- og sykehjemmene. Tidsskr Nor Lægeforen. 2009 Nov 5.
2. Helling L. Sykehjem og medisinsk behandling. Tidsskr Nor Lægeforen. 2008 Apr 3.
3. Andersen BM, Rasch M. Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen. 2002.
4. Tobiassen Tr, Berild D, Hjortdahl P. Bruk av systemiske antibiotika ved et norsk sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen. 2002 Oct 10.
5. Alberg T, Holen Ø, Blix HS, Lindbæk M, Bentele H, Eriksen HM. Antibiotikabruk og infeksjoner i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen. 2017 Mar 7.
6. NORM-VET 2015: https://unn.no/Documents/Kompetansetjenesterprosent2cprosent20-sentrepresent20ogprosent20fagrprosentC3prosentA5d/NORMprosent20-prosent20Norskprosent20overvprosentC3prosentA5kingssystemprosent20forprosent20antibiotikaresistensprosent20hosprosent20mikrober/Rapporter/NORM_NORM-VET-2015.pdf
7. Fagan M, Lindbæk M, Grude N, Reiso H, Romøren M, Skaare D, Berild D. Antibiotic resistance patterns of bacteria causing urinary tract infections in the elderly living in nursing homes versus the elderly living at home: an observational study. BMC Geriatr. 2015 Aug 4.
8. Helse og omsorgsdepartementet. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten: www.regjeringen.no/contentassets/915655269bc04a47928fce917e4b25f5/handlingsplan-antibiotikaresistens.pdf
9. Gjelstad S, Høye S, Straand J, Brekke M, Dalen I, Lindbæk M. Improving antibiotic prescribing in acute respiratory tract infections: cluster randomised trial from Norwegian general practice (prescription peer academic detailing (Rx-PAD) study). BMJ 2013 Jul 26.
10. Baur D, Gladstone BP, Burkert F, Carrara E, Foschi F, Döbele S, Tacconelli E. Effect of antibiotic stewardship on the incidence of infection and colonisation with antibiotic-resistant bacteria and Clostridium difficile infection: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2017 Sep;17
11. van Buul LW, Veenhuizen RB, Achterberg WP, Schellevis FG, Essink RT, de Greeff SC, Natsch S, van der Steen JT, Hertogh CM. Antibiotic prescribing in Dutch nursing homes: how appropriate is it? J Am Med Dir Assoc. 2015 Mar;16.
12. Phillips CD, Adepoju O, Stone N, Moudouni DK, Nwaiwu O, Zhao H, Frentzel E, Mehr D, Garfinkel S. Asymptomatic bacteriuria, antibiotic use, and suspected urinary tract infections in four nursing homes. BMC Geriatr. 2012 Nov 23.
13. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten: www.antibiotikaitallmennpraksis.no/

■ N.J.HARBIN@MEDISIN.UIO.NO

Program for folkehelse

- en tiårig satsing på psykisk helse, livs

■ HILDEGUNN BRATTVÅG • Seniorrådgiver i Helsedirektoratet



Program for folkehelsearbeid i kommunene er en oppfølging av Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen.



Program for folkehelsearbeid i kommunene er en tiårig satsing for å utvikle kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Satsingen skal bidra til å styrke kommunenes lang-siktige og systematiske folkehelsearbeid jf. folkehelseloven.

Programmet skal særlig bidra til å integre-re psykisk helse som del av det lokale folkehelsearbeidet og fremme lokalt rusforebyggende arbeid. Barn og unge skal være en prioritert målgruppe. Det skal legges vekt på kunnskapsbasert utvikling og spredning av tiltak bl.a. for å styrke barn og unges trygghet, mestring og bruk av egne ressurser. Satsingen skal søke å hindre utenforskap ved å fremme tilhørighet, del-takelse og aktivitet i lokalsamfunnet.

Betegnelsen «program» innebærer flere parallelle og koordinerte prosesser som samlet skal bidra til å styrke det helsefrem-mende arbeidet i kommunene:

1. Kunnskapsbasert utvikling av tiltak i kommunene
2. Kompetansestøtte og erfaringsspredning på tvers av kommuner og fylker
3. Videreutvikling og implementering av styringsdata
4. Styrket samarbeid mellom aktører
5. Samordning av statlige føringer og virkemidler rettet mot kommunene

Hovedinnretningen for programmet er samfunnsutvikling for god folkehelse og innebærer i denne sammenheng befolk-ningsrettet arbeid og oppmerksomhet mot påvirkningsfaktorer på helse. Utjevning av sosiale forskjeller i barn og unges helse og livskvalitet er en sentral ambisjon i satsin-gen.

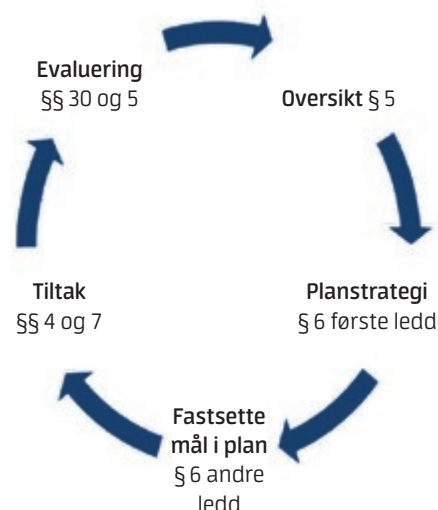
Psykiske plager og lidelser som folkehelseutfordring og kommunal utfordring

Psykiske plager og lidelser er noen av våre største folkehelseutfordringer, men det har i begrenset grad vært søkelys på hva vi kan gjøre for å fremme psykisk helse i befolkning-en. Riksrevisjonens undersøkelse (Dok 3:11

2014–2015) viser at det er stor variasjon i hvor langt kommunene har kommet i å eta-blere et systematisk folkehelsearbeid. For eksempel oppgir over halvparten av kom-munene at psykisk sykdom og plager er de største folkehelseutfordringene, men at de er usikre på hvordan de skal møte dette.

Regjeringen har som mål å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Program for folkehelsearbeid i kommune-ne er en oppfølging av Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen. Mestring og mu-ligheter og ett av tiltakene for å følge opp Riksrevisjonens anbefalinger etter revisjo-nen av folkehelsearbeidet.

Kommunene har gjennom folkehelselo-ven plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Dette er nødvendig, men krevende, for å nå målet om en samfunnsutvik-ling som fremmer befolkningens helse og utjevner sosiale helseforskjeller. Utgangs-



Arbeid i kommunene

Skvalitet og rusforebyggende arbeid



ILLUSTRASJONSFOTO: COLUUREBOX

punktet for valg og iverksetting av tiltak er kommunens egen oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer og forankring av mål og strategier for folkehelsearbeidet i planer etter plan- og bygningsloven. Koblingen mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven skal bidra til at kommunene ivaretar helsehensyn i samfunnsplanleggingen og at folkehelsearbeidet blir sektorovergripende. Staten skal understøtte det kommunale folkehelsearbeidet og vil gjennom programmet bidra til en styrket satsing på det systematiske folkehelsearbeidet generelt og kunnskapsbaserte folkehelse tiltak spesielt.

Kommuner som premissleverandør for forskning

En sentral del av *Program for folkehelsearbeid i kommunene* er å styrke kommunene som

premissleverandør for forskning. Satsingen ønsker å stimulere til samarbeid mellom kommunesektoren og forskningsmiljøer om utviklingsarbeidet og det legges det opp til at alle tiltakene som utvikles skal evalueres. Dette er i tråd med regjeringens handlingsplan for å følge opp HelseOmsorg21-strategien, der det legges vekt på at det er behov for mer systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap om effekten av tiltak i folkehelsearbeidet. Handlingsplanen peker på at forskningsinnsatsen skal styrkes og i større grad rettes inn mot lokale prioriteringer. Kommunene skal medvirke til og legge til rette for forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet.

Det er også et ønske om å legge til rette for økt samarbeid mellom kommunale aktører, bl.a. helsetjenesten, skole og barnehage, politiet og frivillig sektor i utvikling og utprøving av tiltak.

Samarbeid mellom KS, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet

KS har vært en pådriver for *Program for folkehelsearbeid i kommunene*, med utgangspunkt i vedtak i eget hovedstyre. KS har blant annet påpekt behovet for styrking av det helsefremmende arbeidet i kommunene rettet mot barn og unge og at kommunene må få bedre rammebetingelser når det gjelder utprøving og iverksetting av tiltak. Sammen med KS, og på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet, står Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, når det gjelder utvikling og implementering av *Program for folkehelsearbeid i kommunene*.

42 millioner til kunnskapsbasert utviklingsarbeid i kommunene

Den tiårige satsingen er lagt opp til å innlemme alle landets fylker i løpet av de før

RESULTATMÅLENE FOR PROGRAM FOR FOLKEHELSEARBEID I KOMMUNENE

- Innen 2019 har de fleste kommuner inkludert forhold som fremmer psykisk helse og rusmiddelforebyggende arbeidet, som en del av oversiktsarbeidet etter folkehelseloven, og i 2023 har alle kommuner det.
- Innen 2020 har de fleste kommuner drøftet utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse og trivsel og bruk av rusmidler og avklart planbehovet, og i 2024 har alle kommuner det.
- Innen utløpet av 2027 har alle kommuner økt kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig rusmiddelforebyggende arbeid og folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse.

ste tre–fire årene. Helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning som fylker søker på. Alle midlene skal benyttes til lokal tiltaksutvikling, og det er et krav at alle tiltak skal evalueres for at programmet skal opparbeide ny kunnskap som andre kan dra nytte av. Fylkeskommunene skal opprette et samarbeidsorgan bestående av forsknings- og kompetansemiljø, kommuner, aktuelle andre aktører som skal vurdere alle tiltakene som det er ønskelig å gjennomføre. Fylkeskommunene skal legge til rette for en organisering som sikrer kommunene innflytelse i utforming og gjennomføring av programmet.

Forsknings- og kompetansemiljø skal bistå med å legge tiltakene til rette for evaluering, og for at kommuner og fylkeskommuner skal få tilgang på kunnskap og verktøy i utviklingsarbeidet. Dette kan blant annet være knyttet til kunnskapsoppsummering og intervensjonsdesign.

For 2017 var det 42 millioner kroner til fordeling og 13 fylker søker. Av dem var det Agder (Aust-Agder og Vest-Agder), Østfold, Vestfold, Oslo og Oppland som fikk midlene til fordeling til utviklingsprosjekter i sine kommuner.

Psykiske helse, livskvalitet og rusmiddelforebygging i et folkehelseperspektiv

Et sentralt mål med *Program for folkehelsearbeid i kommunene* er å få mer kunnskap om hvordan man kan fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet lokalt.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som

«... en tilstand av velvære (well-being) der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet».

«Livskvalitet» er valgt for det engelske begrepet «well-being». Når man skal arbeide for å fremme psykisk helse i folkehelsearbeidet kan livskvalitetsperspektivet være nyttig. Livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, om å bruke personlige styrker, ha interesse, oppleve mest-

ring og engasjement. Kort fortalt dreier det seg om aspekter som betyr noe for at mennesker skal ha det godt og fungere bra. Livskvalitet er en viktig verdi i seg selv, samtidig som et menneskes livskvalitet henger sammen med fysisk og psykisk helse, levevaner og sosial støtte og de forhold og betingelsene mennesket lever under.

For å lykkes med å skape et samfunn som fremmer psykisk helse og livskvalitet er det nødvendig å legge vekt på forhold i omgivelsene som fremmer mestring, tilhørighet, deltakelse og opplevelse av mening.

Rusmiddelforebygging i et folkehelseperspektiv handler i første rekke om å påvirke faktorene som fører til skader, uhelse og redusert livskvalitet knyttet til rusmiddelbruk. I likhet med hva som gjelder i arbeidet for å fremme psykisk helse, er trygg oppvekst, følelse av å være verdifull, god mestringfølelse og meningsfulle aktiviteter av betydning for befolkningens rusmiddelbruk. Forekomsten av slike faktorer og forhold – som vil variere gjennom livsløpet – vil enten kunne gi beskyttelse eller utsette folk for risiko relatert til rusmiddelbruk.

Hva slags tiltak er aktuelle med barn og unge som prioritert målgruppe?

Et hovedelement i *Program for folkehelsearbeid i kommunene* er å tilrettelegge for en kunnskapsbasert utvikling av arbeidsmåter, tiltak og verktøy. Tiltaksutviklingen som skal skje i kommunene i de fem fylkene som har mottatt midler er i disse dager så vidt i gang. Det er kommunene som må foreslå tiltak, basert på eget utfordringsbilde, målsettinger og planer. Kommunen kan se behov for å endre eller styrke noe, utvikle noe eget eller prøve ut noe som er utviklet et annet sted, som ikke tidligere har vært forskningsmessig evaluert. Det skal være et element av innovasjon i tiltaksutviklingen. «Tiltak» kan forstås bredt i den forstand at det også kan omhandle utprøving av organisatoriske endringer eller samhandlings-tiltak internt i kommunen.

Tiltak kan f.eks. være styrking av psykososiale forhold, relasjoner og barns trygghet. Det er relevant å utforske hva som fremmer barns mestring, opplevelse av

meningsfull deltakelse og opplevelse av tilhørighet. Tiltak som bidrar til barn og unges opplevelse av kontroll og til å sette grenser for hva som er akseptabel atferd kan også være aktuelt. Spesielt viktig er det å utvikle og ta i bruk tiltak som bidrar til å redusere sosiale ulikheter i psykisk helse, f.eks. nedbygging av sosiale og økonomiske barrierer for barn og unges aktivitet.

Spesifikke rusforebyggende tiltak kan omfatte og etablere rusfrie arenaer, heving av debutalder for alkoholbruk, alkoholpolitiske planer og rusmiddelforebyggende arbeid i skolen.

Tiltakene skal nå ut til brede grupper av barn og unge (universelle tiltak) på de arenaene hvor barn og unge naturlig oppholder seg. Tiltaksutviklingen avgrenses i denne sammenheng mot individuelle tiltak og behandlingstiltak.

Det skal legges opp til systematisk evaluering av de enkelte utviklingsprosjektene. Som en forutsetning for å få midler fra tilskuddsordningen har hvert fylke etablert et regionalt samarbeidsforum, hvor representanter for forsknings- og kompetansemiljøer deltar, sammen med kommuner, representanter for frivillig sektor, fylkesmann, med flere. Forsknings- og kompetansemiljø skal bidra til at kvalitets sikring av tiltakene som settes i gang er kunnskapsbaserte og mulig å evaluere.

Seks fylker i startgropa

De seks fylkene som har fått midler til å støtte det lokale utviklingsarbeidet som skal skje er nå i startgropa. Fylkene har fått innvilget en årlig sum mellom 5 og 13 millioner (de to Agder-fylkene søkte sammen og fikk dermed 13 millioner), over en periode på fem år, med forbehold om Stortingets budsjetter. De har inngått samarbeid med aktuelle kommuner som ønsker å utvikle og utprøve tiltak. Det er av betydning at tiltakene er av en viss størrelse for at de skal være attraktive for forskningsmiljøer å forske på effektene av dem.

Noen kommuner har kommet lenger enn andre i denne utviklingsprosessen. I flere av kommunene dreier tiltaksutvikling seg om psykisk helse i barnehage og

PSYKISK HELSE I FOLKEHELSEARBEIDET

Helsedirektoratet har i oppgave fra Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle hva psykisk helse i folkehelsearbeidet er. Det er utviklet rapporter fra ulike forskningsmiljøer om noen av faktorene som er av betydning for menneskers psykiske helse og livskvalitet. Likeledes har Helsedirektoratet utviklet nettbasert veiledning til ansatte i kommunene om lokalt folkehelsearbeid, hvor en omhandler psykisk helse og livskvalitet. Disse kalles veivisere i lokalt folkehelsearbeid.

Rapportene og veiviseren kan finnes på Helsedirektoratets nettside: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/livskvalitet-og-psykisk-helse>

skole. Noen vil utvikle tiltak som skal utjevne sosiale forskjeller, mens andre har fokus på utprøving av nærmiljøtiltak.

Helsedirektoratet vil støtte fylkene i deres arbeid med kommunene. Folkehelseinstituttet har etablert en egen enhet for forskning på effekt av folkehelseiltak. Denne enheten skal også støtte fylkene i kompetanseutvikling, samt evaluere noen større tiltak som utvikles.

Programmet er mer enn tiltaksutvikling!

Et løft for det systematiske folkehelsearbeidet

Det er en felles ambisjon at *Program for folkehelsearbeid i kommunene* skal gi et løft for det kunnskapsbaserte, systematiske folkehelsearbeidet i Norge. Foruten målrettet kompetansestøtte i fylker når de inngår i programmet, vil det fra statlig hold og fra KS legges til rette for erfaringsspredning på tvers av kommuner og fylker. KS skal arrangere læringsnettverk som et tilbud til kommuner som ønsker å styrke sitt helsefremmende arbeid uavhengig om de får midler fra programmets tilskuddsordning eller ei.

Bedre styringsdata på positiv psykisk helse

Et tredje element i *Program for folkehelsearbeid i kommunene* er videreutvikling av data som kan gi kommunene mulighet til å planlegge og styre folkehelsearbeidet bedre. Det finnes ulike kilder til informasjon som kommunene kan bruke for å få oversikt over og følge med på befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne.

Folkehelseinstituttets årlige folkehelseprofiler for hver enkelt kommune og fyl-

keskommune utvikles stadig. NOVAs Ungdataundersøkelse vil prøve ut en undersøkelse for yngre barn og Folkehelseinstituttets folkehelseundersøkelse i fylket vil gi nyttig informasjon om helsetilstand og påvirkningsfaktorer for den voksne befolkningen.

Helsedirektoratet har gjennomført et utredningsarbeid i samarbeid med Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet og NOVA om hvordan vi i Norge kan få bedre data om befolkningens livskvalitet. Dette omfatter både hvordan mennesker selv opplever at de har det (den subjektive livskvaliteten) og hvordan livskvaliteten kan ses i forhold til menneskenes objektive levekår. Eventuelle lokale undersøkelser, som kan gi bedre data om befolkningens livskvalitet, vil kunne gi kommuner informasjon om hva innbyggerne selv verdsetter, og vil kunne være nyttig informasjon i kommunal utvikling og planlegging.

Alle disse ulike kildene/styringsdataene skal i løpet av programperioden videreutvikles for å gi bedre informasjon om hvordan befolkningen selv opplever sin livskvalitet, og hvilke faktorer som påvirker helse og livskvalitet.

Samarbeid mellom aktører lokalt og nasjonalt

Å styrke samarbeidet mellom aktører er en del av *Program for folkehelsearbeid i kommunene*. Det skal skje både i form av økt samarbeid på nasjonalt nivå og ved tilrettelegging for samarbeid på fylkeskommunalt og kommunalt nivå.

Samarbeid med frivillige organisasjoner

Frivilligheten har en sentral rolle når det gjelder å fremme god psykisk helse og livskvalitet. Lokale lag og foreninger (frivillighet), er i seg selv viktige møteplasser og muligheter for deltakelse for barn og unge. Folkehelseloven pålegger kommunene å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. Ifølge Frivillighet Norge har om lag 13 prosent av kommunene utarbeidet en egen frivillighetspolitikk. Program for folkehelsearbeid i kommunene kan være med å bygge opp under og videreutvikle det frivillige engasjementet og disse møteplassene i tråd med prinsippene i regjeringens frivillighetserklæring.

Samarbeidet med frivilligheten gjøres bl.a. ved å trekke inn frivillige organisasjo-

ner som en del av kompetanseutviklings-satsingen i programmet. Denne kompetansebyggingen skal over tid også komme lokale lag og foreninger til gode.

Samarbeid med kompetansemiljøer

Som en del av programmets mål om å styrke det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet stimuleres det til samarbeid med aktuelle kompetansemiljøer både på statlig nivå og fylkeskommunalt/kommunalt nivå. De regionale kunnskapssentrene på barn og unges psykisk helse og barnevern (RKBURBUP) og Kompetansesentrene på rus (KoRus) har et felles samfunnsoppdrag som tydeliggjør ansvaret for å bidra til kunnskapsoppsummering og praksisnær forskning. Det forventes at sentrene orienterer seg sterkere mot kommunenes behov for kunnskapsbasert arbeid og forskning. KoRus og RKBURBUP besitter kompetanse på programmets innholdsmessige innretning og skal bidra i programarbeidet.

Statlig samordning mot kommunene

Det er en ambisjon at programmet kan virke samordnende for ulike nasjonale myndigheters arbeid mot kommunesektoren bl.a. gjennom styrket dialog og ved å samle virkemidler og statlige føringer overfor kommunene, for å lette kommunens arbeid. Å fremme barn og unges livskvalitet og å skape gode oppvekstmiljø er en oppgave som flere departement har ansvar for da dette i stor grad innebærer å styrke forhold og kvaliteter i barnehage, skole, nærmiljø, fritid og kulturliv.

Avslutning

Lokalsamfunnet har stor betydning for befolkningens psykiske helse og livskvalitet. De styrkene og ressursene vi utvikler i et godt lokalsamfunn tar vi med oss videre i livet. Å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet er kommunenes ansvar. Mye godt arbeid gjøres allerede i kommunene, men studier viser at kommunene opplever at de mangler systematisk kunnskap om effektive virkemidler. Helsedirektoratet arbeider for at *Program for folkehelsearbeid i kommunene* skal være til et løft for folkehelsearbeidet og derigjennom en styrking av befolkningens helse og livskvalitet.

■ HILDEGUNN.BRATTVAG@HELSEDIR.NO

PÅGÅENDE EVALUERING AV SATSINGEN

Satsingen skal evalueres i sin helhet. By og regionsforskningsinstituttet NIBR har gjennomført en nullpunktsanalyse som beskriver barn og unges psykiske helsetilstand og rusmiddelbruk, samt hvordan kommuner og fylkeskommuner integrerer og prioriterer arbeidet med barn og unges psykiske helse og rusforebygging som en del av folkehelsearbeidet i dag. En følgeevalueringen skal starte opp i løpet av høsten 2017 for å se på hvordan fylkene og kommunene etablerer programarbeidet. En midtveisevaluering skal gjøres for å justere kursen for den tiårige satsingen, og en slutt-evaluering skal gjøres for å vurdere det totale arbeidet opp mot resultatmålene. Informasjon om Program for folkehelsearbeid i kommunene: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen>

Hva ALIS-VEST er og kan være

■ HELEN BRANDSTORP • For prosjektledelsen for ALIS-VEST

ALIS-VEST-prosjektet er en av flere store satsinger på utdanningsstillinger i allmennpraksis. Denne artikkelen forklarer hva prosjektet går ut på og gjør rede for status pr. oktober 2017.

ALIS-VEST er et statsstøttet pilotprosjekt for tilrettelagt spesialistutdanning i allmennmedisin i Hordaland og Sogn og Fjordane. Prosjektet har to formål:

1. Å få til en godt strukturert spesialistutdanning for ALIS
2. Å sikre rekruttering og stabilisering av leger til fastlegehjemlene og andre allmennmedisinske oppgaver i kommunene ved å gjøre terskelen for å velge allmennmedisin lavere.

ALIS-VEST er derfor på mange måter et støttende rammeverk for inkluderte kommuner. Utdanningsstillingene har kommunene selv opprettet, lyst ut og foretatt ansettelse i, men prosjektet har bidratt med noen krav til de lokale avtalene, samt har en rolle som tilrettelegger for selve spesialistutdanningen (FOR DETALJER: SE FAKTABOKS).

Krav om spesialitet

Det er tidligere gjort kjent, bl.a. gjennom *Dagens Medisin*, at Bergen kommune mottok hele 72 søknader til to utdanningsstillinger, og at kommuner som Odda og Hyllestad fikk så mange som 15 søkere. Kommunene har meldt til oss at de ikke bare fikk mange, men også kvalifiserte søkere.

Willy Davidsen Raa og Sameha Aslam.



Ved «kick-off»-seminaret for ALIS-VEST 1. september var stillingene besatt. Noen kommuner hadde valgt å ha to ALIS, andre ønsket å ha én.

Kravet fra 1. mars i år, om at leger som blir ansatt i kurativ stilling i primærhelsetjenesten skal være spesialist i allmennmedisin eller i spesialisering, aktualiserer innføringen av utdanningsstillinger. Før var spesialisering mest et privat anliggende for den enkelte lege, men nå har kommunene en interesse i å sikre at seg at deres fastlegeordning oppfyller gjeldende forskrifter.

I mars forsvant også kravet om lokal veiledning av ferske fastleger. Dette er imidlertid videreført i ALIS-VEST slik at alle de 14 ALIS'ene skal få regelmessig individuell veiledning og supervisjon lokalt av spesialist i allmennmedisin. I tillegg får de plass i samme veiledningsgruppe (del av den ordinære spesialistutdanning) med gruppeveileder og prosjektleder Hans Høvik.

Vennlig advarsel fra ALIS-utvalget

Elisabeth Stura, leder av Legeforeningens utvalg for allmennleger i spesialisering, var en av mange innledere på «kick-off»-seminaret i Bergen 1. september. Hun trakk frem at utdanningsstillinger ikke må bli som en femårig turnuslegestilling og at de heller ikke måtte likne vikarstillinger som kan brukes der det mangler leger. Hva skjer når man blir ferdig spesialist? undret hun. Svaret på det siste er at ettersom ansettelse i kommunene skjer på vanlige vilkår, blir dette formelt en sak mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Ettersom kommunene som deltar generelt har hatt problemer med å beholde fastlegene over tid, er det nok mest et gyllent håp at legen vil fortsette i samme kommune etter endt spesialisering.

Katalysator for kommunene?

Et økonomisk tilskudd fra prosjektet kan bidra til at det føles tryggere å opprette ut-

danningsstillinger lokalt. Deltagende kommuner får kr 200 000 pr. ALIS i året i støtte til spesialistutdanningen; beløpet skal dekke utgifter til kurs, reiser, vikar o.l. Egenandelen for å kunne delta er på kr 50 000 i året pr. ALIS og skal dekke de administrative kostnader Bergen kommune har med prosjektledelsen.

Andre forhold som kan bidra til å trygge kommunene er det å være deltager i et stort prosjekt. Her er det to viktige poeng:

1. Kommunene står sammen med andre i samme situasjon og har et felles mål: å rekruttere og beholde leger.
2. Kommunene har en større og godt forankret prosjektorganisasjon som hjelp i ulike valgsituasjoner. Regionale og nasjonale aktører støtter og veileder både leger og kommuneledelse.

ALIS-VEST har som prosjekt også gjort noen veivalg som skiller det fra andre utviklingsprosjekt vi kjenner til.

Favner bredt

Bergen kommune er prosjekteier for ALIS-VEST, men det var kommuneoverlege Rolf Martin Tande i Masfjorden kommune som drev frem prosjektet. Han samlet aktører lokalt og fikk opp interessen hos andre regionalt og nasjonalt: fylkeslegekontorene, KS, NSDM og Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved UiB, Helsedirektoratet, lokale og nasjonale politikere samt Legeforeningens ulike ledd. Bergen kommunes utstrakte hånd til de mindre kommunene i prosjektet er ikke noe vi ofte ser i prosjektsammenheng og kanskje er Tandes innsats et viktig premiss for at det er blitt slik.

ALIS-VEST favner uvanlig vidt også med tanke på geografi. Kommunene er fra helt små til Norges nest største by, og finnes i både Indre og Ytre Sogn, samt fra nord i Hordaland og til helt sør i det fylket. Utvelgelsen skjedde ved at alle de 26 + 33 kommunene i Sogn og Fjordane og Hordaland ble invitert til å søke om å være med. Kommunene ble så valgt ut etter noen kriterier som f.eks. omfanget av rekrutteringsutfordringer. De ti kommunene som er inkludert pr. i dag er: Årdal, Lærdal, Hyllestad og Gulen i Sogn og Fjordane; Masfjorden, Bergen, Fusa, Stord, Odda og Bømlo i Hordaland.

By og land, hand-i-hand

Fordelen med å ha en stor kommune som eier, er blant annet at antallet ansatte med ansvar for legetjenesten er vesentlig større enn i en liten kommune. I Bergen kommune er Karsten Sylta den som utgjør kontinuiteten med hensyn til å legge til rette for all-



Bakre rekke fra venstre: Erlend Brunborg, Peder Melteig, Sandra Langedal og Anne Marit Særsten Halvorsen. Midtre rekke: Willy Davidsen Raa, Linnea Jarmund Halle, Brita Wesenlund Hjørnevig og Ingunn Karin Glenjen. Fremste rekke: Grishant Paramsothy, Sameha Aslam, Oda Sunde Strand, Vegar Skjærvø og Basil A. Mahmood.

mennlegetjenester i kommunen. I løpet av de senere år har Bergen også ansatt leger med lang fartstid og store kollegiale nettverk i administrative stillinger så som etatsdirektør Brita Øygard, medisinsk fagsjef Trond Egil Hansen. Fastlege Hans Høvik, som er tidligere leder av spesialitetskomiteen i allmennmedisin og i mange år har vært gruppeveileder for mange allmennleger i spesialisering, er ansatt i en 20 prosent-prosjektlederstilling. Det bør også nevnes at Nina Mevold, kommunaldirektør for helse og omsorg, tidligere har jobbet som fakultetsdirektør ved Universitetet i Bergen og nå er plukket ut som leder for Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), opprettet av HelseOmsorg21.

Som nevnt var det ikke Bergen kommune som utviklet prosjektet. Kommunen følger derfor heller ikke en plan om å bruke sine ressurser på å lage en modell tilpasset sin egen storkommune, som andre så skal kunne kopiere. Kopier av løsninger laget for større byer viser seg ikke alltid å være en like attraktiv idé for småkommuner. Ettersom de fleste kommunene i ALIS-VEST er av mindre størrelse – og Masfjorden lenge var i førersetet – er småkommunenes hverdagsutfordringer med på prege prosjektet i stor grad.

Veien videre

ALIS-VEST er et prosjekt som skal vare i fem år, det samme som den tiden det tar å bli spesialist på knappast mulig tid. Om noen ALIS'er bruker lengre tid, er det et forhold mellom dem og kommunene. Hvordan arbeidsavtalene lokalt utvikler seg er også opp til disse. ALIS-VEST legger ikke opp til å endre fastlegeordningen, men å legge til rette for det unge leger har etterpurt: en enklere start som allmennlege.

Gjennom alle disse årene ønsker Bergen kommune at forskning skal følge prosjektet for å se på og utvikle selve veiledningen som ALIS'ene får og for å utforske og forbedre forhold som rekrutterer og stabiliserer fastleger.

Forskere i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen planlegger å engasjere en PhD-stipendiat fra 2018 til å jobbe med veiledningen som skjer lokalt. De vil gjennom et aksjonsforskningsprosjekt bidra til å utvikle veiledningen ved at veilederne rolle defineres innenfor rammer som inkluderer mange fastlegekontor. I deres prosjektbeskrivelse står det at

«Både målsettinger og virkemidler for veiledningen kan utformes av et faglig team, og disse kan knyttes systematisk både til målsettingene for ALIS-VEST og til læringsmålene for spesialistutdanningen i allmennmedisin».

Forskere ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er allerede i gang med tematikken rekruttering og stabilisering. I høst besøkes alle kommuner og så følger intervjuer med leger og kommuneledelse. Dessuten vil etablert teori og empiri anvendes for å sette funn fra ALIS-VEST inn i en større sammenheng. Kommunene har ulike forutsetninger. Det samme gjelder legene. Mange forhold vil spille inn på om legene blir værende i stillingene eller ikke.

Resultater fra følgeforskningen vil bli kommunisert tilbake til deltagerne i prosjektet jevnlig. Interessante ikke-identifiserbare resultater og funn på gruppenivå vil bli kommunisert ut av prosjektet.

Noe å lære av

Vi tror at ALIS-VEST har et stort potensial som noe å lære av for kommuner i hele landet. I medisinsk forskning er det ikke uvan-

FAKTA OM ALIS

- ALIS står for 'allmennlege i spesialisering', og er allmennmedisinens svar på termen «LIS-lege» i sykehus (som har erstattet stillingsbetegnelsen assistentlege)

Prinsipper for ALIS-VEST:

- ALIS ansettes i kommunal legestilling og mottar fast lønn.
- Utdanningstiden er planlagt å være over fem år, men ved permisjoner i forbindelse med sykdom, svangerskap og fødsel vil tiden bli forlenget.
- I løpet av de fem årene skal det gjennomføres tilsammen ett år i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet søker samarbeid med helseforetakene for å legge til rette for dette.
- ALIS skal ha tjenestested ved kommunalt flerlegekontor eller i annen del av primærhelsetjenesten som inngår i utdanningsløpet, f.eks. sykehjem, kommunal øyeblikkelig hjelp-døgnetenhet, helsestasjon, skolehelsetjeneste eller lignende.
- ALIS skal ha lokal veileder som er spesialist i allmennmedisin og ha regelmessig veiledning og supervisjon. Prosjektleder i ALIS-VEST vil sammen med ALIS og kommunen utarbeide en utdanningsplan.
- Følgeforskning skal evaluere ALIS-VEST-prosjektet fortløpende. Forskere i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen skal følge veiledningsaktiviteten i prosjektet. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er i gang med å følge med på hva som bidrar til rekruttering og stabilisering av legene.

NETTSIDE: www.alis-vest.no

Styringsgruppe:

- Brita Øygard, leder for Etat for helsetjenester i Bergen kommune
- Karsten Sylta, ansvarlig for fastlegeordningen i Bergen kommune
- Rolf Martin Tande, representant for kommunene og i prosjektledelsen
- Gunnar Ramstad, leder av Hordaland legeförening
- Astrid Toft, representant for KS Hordaland
- Prosjektledelse høsten 2017: Rolf Martin Tande, Helen Brandstorp, Hans Høvik

lig at utviklere håper på at «medisinen» de utvikler virker. Videre forskning er da nødvendig for å forstå hva som virker, hvordan og eventuelt hvor godt. Slik forskning må ikke bare skje ved hjelp av anerkjente forskningsmetoder, den bør også legge stor vekt på åpenhet og et kritisk perspektiv. Dette er derfor ikke siste gang *Utpostens* lesere vil kunne lese om prosjektet i dette bladet.

■ HELEN.BRANDSTORP@UIT.NO

Kompetansehevende kurs i fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten – punkt for dialog, samarbeid og kvalitetsforbedrings

■ LIN HAGEN SJØGREN • Diabetessykepleier og samhandlingskoordinator

■ ANNE GRETHE OLSEN • Overlege diabetesteamet, Hammerfest sykehus

Helseforetakene i nord tilbyr diabeteskurs i kommunene. Målsettingen er kompetanseoverføring og samarbeid for å styrke den totale diabetesomsorgen og pasientforløpene, og sekundæreffekten kan bli økt bruk av NOKLUS diabetesregister til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning.

Bakgrunn for å bidra til kompetansebygging

Diabetes er et satsingsområde i Helse Nord. *Fra kunnskap til handling 2008–2013* var første handlingsplan innen diabetes som ble utarbeidet av Helse Nord. Planen ga blant annet en beskrivelse av manglene ved diabetesbehandlingen i de ulike sykehusene i Nord-Norge, og foreslo tiltak som kunne heve kvaliteten. Sykehusene i nord fikk etablert diabetesteam og ansatt diabetessykepleiere. Evaluering av denne handlingsplanen viste en betydelig kvalitetsforbedring, men det er fortsatt et forbedringspotensial i tjenestetilbudene.

Samhandlingsreformen løste kanskje noen utfordringer, men skapte også nye. Dette gjelder spesielt utfordringen med fordeling av arbeidsoppgaver og ansvar mellom nivåene i helsetjenesten. For å kunne arbeide målrettet med kvalitetsforbedring i diabetesomsorgen må man ha kunnskap



om eksisterende kvalitet på tilbudet i foretakene, og på behandlingen ved de ulike legekantorene og i kommunene. Vi må vite hva som blir gjort for å kunne bli bedre, og for å kunne sette inn tiltak der behovet er størst. I den reviderte handlingsplanen for diabetes i Helse Nord, *Fra handling til samhandling 2014–2019*, legges det derfor vekt på samarbeidet mellom diabetesteamene på sykehusene og fastlegene.

Hovedelementene i Helse Nord's satsing er opplæring og kompetanseheving i førstelinjetjenesten og kvalitetssikring av diabetesomsorgen i hele Nord-Norge. For å kunne gjennomføre disse tiltakene er det opprettet fire nye diabetessykepleierstillinger som samhandlingskoordinatorer i diabetes. Disse diabetessykepleierne reiser ut til kommunene for å bistå fastlegene med å implementere NOKLUS diabeteskjema på fastlegekontorene og tilrettelegge for undervisning fra diabetesteamene i sykehusene til kommunehelsetjenesten.

I diabetesomsorgen i kommunene er det store variasjoner både hva gjelder innhold, kvalitet, tilrettelegging og tilbud. Siden de fleste pasienter med diabetes går til kontroll hos fastlegen, ønsker foretaket å bidra til å styrke den faglige kompetansen i kommunene ved å holde diabeteskurs. Målet er å gjennomføre diabeteskurs for alle kommunene i Nord-Norge i perioden 2014–2019 ute i kommunene, hvor både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer blir invitert. Målgruppen for diabeteskursene

er alt helsepersonell som arbeider med diabetes i primærhelsetjenesten. Andre interesserte får delta om det er ledige plasser.

Gjennomføring av kursene

Diabeteskurset er gratis, og flere kommuner inviteres til samme kurs, da mange av kommunene er små og derfor har få deltagere på kursene. To timers reiseveg en vei for å delta, er akseptabel reisetid i Finnmarkssammenheng. Vertskommunen står for egnet lokale og enkel bevertning. Diabetesteamene ved Finnmarkssykehuset stiller som foredragsholdere, og vi ber alltid om at en kommuneoverlege eller det kommunale diabetesteamet sier noe om diabetesomsorgen i egen kommune, med tidsramme på 30–45 minutter i starten av kurset. Det er et godt utgangspunkt for resten av kursdagen og for å få en god dialog. Kurset starter ved lunsjtid, for at ikke hele arbeidsdagen skal gå «tapt» og for at tilreisende skal slippe å overnatte. Legene får godkjent kurset med seks tellende timer i henhold til spesialistreglene i allmennmedisin, som valgfritt kurs.

Vi har gjennomført fire kurs det siste året. Disse kursene har vært avholdt i Karasjok, Hammerfest, Tana og Alta. Alle 19 kommunene og alle 24 legekantorene i Finnmark har fått tilbud om deltakelse på disse kursene. Diabetesteamene i Kirkenes og Hammerfest, som består av overlege, diabetessykepleier og klinisk dietist, har



■ LIN.HAGEN.SJOGREN@FINNMARKSSYKEHUSET.NO / ANNE.GRETHER.OLSEN@FINNMARKSSYKEHUSET.NO

diabetes

- et godt utgangsarbeid

sammen med laboratoriekonsulent fra NOKLUS stått for det faglige innholdet. Kommunehelsetjenesten, ved kommuneoverlege og/eller diabetessykepleiere, har fortalt om diabetesoppfølgingen i kommunen. Til sammen har 187 sykepleiere og hjelpepersonell og 48 leger deltatt på kursene. Vi planlegger nye kurs våren 2018, og interesserte kommuner kan ta kontakt.

Aktuelt innhold i undervisningen og god dialog

Undervisningen er lagt opp slik at det først kjøres et felles program for alle deltakere, og etter en kort pause deles gruppen i to; hvor legene er i en egen gruppe. Sykepleier- og hjelpepersonellgruppen får undervisning i blodsukkermåling, insulinbehandling, injeksjonsteknikk og kosthold.

Allmennlegene får sin del av undervisningen fra legene i diabetesteamene ved Hammerfest og Kirkenes sykehus, som er spesialister i hhv. allmennmedisin og nefrologi. Temaene er diagnostikk og behandling av diabetes mellitus type 1 og 2, med hovedvekt på type 2, samt blodtrycksbehandling, hyperkolesterolemi og oppfølging av nyrefunksjon. Undervisningsopplegget er utarbeidet med bakgrunn i *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes 2017*. Det legges stor vekt på dialog og diskusjon av kasuistikker.

Vi er også opptatt av å inspirere til at NOKLUS registreringsskjema tas i bruk. Skjemaet kan bidra til at diabetespasientene får gjort de nødvendige undersøkelser, ved at man må føre inn verdier og hake av for undersøkelser som er gjort. Legen blir minnet på å spørre både om fysisk aktivitet og røykevaner, noe som stadig er like aktuelt og viktig for mange diabetespasienter. NOKLUS registeret gir en god oversikt over egen praksis og egne pasienter, og gir muligheter for både forbedringsarbeid og forskning.

Oppfølging av diabetespasienter

ved hjelp av Nokluskjema i en liten Finnmarkskommune



■ OLAV GUNNAR BALLO • Kommuneoverlege i Loppa kommune

■ HEIDI WANG • Helsesekretær | ANNE MERILÄ • Sykepleier | MAI BRITT JOHNSEN • Sekretær

Legestasjonen i Loppa kommune startet 1. januar 2017 et diabetesprosjekt, basert på bruk av Nokluskjema, der laboratedata fra alle innbyggerne i Loppa som har blitt diagnostisert med diabetes mellitus type 1 eller 2 inngår i materialet. Bruken av Nokluskjemaet har dannet basis for innsamling av data som presenteres i denne artikkelen.

Ett legesenter, tre utekontor

Loppa kommune er med sine 945 innbyggerne Finnmarks minste i folketall. Over halvparten av innbyggerne bor i kommunesenteret Øksfjord, mens det også er spredte bosettinger langs kysten i kommunen. Gjennom flere år har kommunen slitt med ustabil legedekning. Fra april 2016 har imidlertid alle fastlegestillingene vært besatt, og utsiktene til en stabil legedekning i årene som kommer virker gode. Med alle stillinger besatt, har kommunen tre fastleger og én turnuslege. Kommuneoverlegen er i 100 prosent stilling, mens de to øvrige fastlegene har seksti prosent stillinger, som kombineres med deltidsstillinger knyttet til annet legearbeid i nabokommunen Alta.

Loppa kommune har alle leger samlet på Legestasjonen ved Øksfjord helsesenter, som også inneholder kommunens eneste sykehjem, helsesøster, fysioterapitjenester, barnevernet, kommunal psykiatri- og rus-tjeneste, tannlege, ambulering jordmor

og NAV-kontoret. Alle helserelaterte tjenester er dermed samlet ett sted. Kommunen driver i tillegg tre utekontor; i Nuvsvåg, i Bergsfjord og på Sandland, med en besøksfrekvens på én listedag hver annen uke for hvert av kontorene. En sykepleier og en helsesekretær er ansatt i full stilling ved Legestasjonen, mens en sekretær har seksti prosent stilling.

Høsten 2016 ble de ansatte enige om å velge et prosjekt for systematisert pasientoppfølging som skulle vies særlig oppmerksomhet. Tanken var at erfaringene med dette prosjektet skulle brukes for senere å kunne gjennomføre en tilsvarende systematisert oppfølging for andre pasientgrupper.

Diabetes som oppfølgingsprosjekt

Ved Legestasjonens laboratorium har Nokluskjemaet vært sporadisk i bruk gjennom flere år. Legene har imidlertid ikke brukt skjemaet tidligere, mens sykepleier i

økende grad har lagt inn data for pasienter med diagnostisert diabetes mellitus, når det har blitt tatt prøver av disse ved laboratoriet. For å kunne samle inn data til Noklus kreves en samtykkeerklæring fra pasientene. Samtykket innebærer at dataene kan sendes inn til Noklus én gang årlig. For pasienter som ikke har gitt samtykke vil data ikke bli sendt inn til Noklus, men vil være tilgjengelig lokalt, som del av pasientens journal.

Planlagte kontroller har vært satt til fire på årsbasis, basert på én innledende årskontroll, og tre påfølgende kontroller etter tre, seks og ni måneder, når ikke spesielle funn har gjort det nødvendig med hyppigere kontroller underveis. Når det tas sendeprøver, møter pasientene vanligvis til fastende blodprøver omtrent én uke forut for selve legekonsultasjonen, slik at legen har tilgang til svar på blodprøvene under konsultasjonen. Der det kun tas lokale prøver, kan pasienten møte fastende samme morgen som konsultasjonen skjer.

Etter oppstart av prosjektet ble den første kontrollen gjennomført som årskontroll, slik at man kunne få mest mulig komplette og sammenlignbare data fra alle pasientene som inngikk i prosjektet på starttidspunktet for kartleggingen.

Diabeteskontrollenes innhold

Når pasientene kommer til time på laboratoriet, oppfordres de til å ta med urinprøve med morgentatt mellomstråleurin. Sykepleier eller helsesekretær måler høyde og vekt og tar aktuelle blodprøver av hver pasient.

Følgende laboratorieanalyser gjennomføres:

- **URIN:**
Alminnelig urinstiks, albumin/kreatinin ratio.
- **LOKALE BLODANALYSER:**
Fastende blodsukker (0-glukose), HbA1c, Hb, leukocyt telling, inkludert differensi-

altelling, trombocyt telling, kvantifisering av CRP.

- **SENDEPRØVER:** Rekvirering av Na, K, kreatinin, Urat, ASAT, ALAT, CK, GGT, Tot. kol., HDL-kol., LDL-kol., (inkludert avledet Tot. kol./HDL-kol. ratio), Ferritin, Kobalamin (Vit. B12), Fritt T4, TSH. I tillegg rekvireres PSA av menn over 60 år.

Innførte svar for høyde, vekt, BMI, blodtrykk, HbA1c, kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, triglyserider, kreatinin, eGFR, og albumin-kreatinin ratio, hentes automatisk inn på Noklus-skjema. Ved årskontrollen fyller fastlegen ut resterende deler av Noklusskjemaet. Dette innebærer innledningsvis at hver pasient blir spurt om røykestatus, fysisk aktivitet og om eventuelle hendelser med hypoglykemi. Siste øyelegeundersøkelse og eventuelt siste kontroll hos indremedisiner relatert til pasientens diabetes mellitus fylles på skjemaet av legen.

Den kliniske undersøkelsen har bestått i måling av blodtrykk, undersøkelse av fotpuls med Doppler og undersøkelse av eventuelt nedsatt sensibilitet over fotrygger og under fotsåler med monofilament; et halvtivt kunststoff-fiber for enden av et gripehåndtak. Hvis pasienten ikke allerede er inne til regelmessige kontroller hos øyelege, sendes henvisning til dette. For diabetes type 1-pasienter, sendes også henvisning til indremedisiner når pasienten ikke allerede er i et kontrollopplegg hos spesialist.

I Loppa har vi satt av 30 minutter til diabeteskontroll inne hos legen. Noklusskjemaet er imidlertid ikke mer omfattende enn at utfyllingen også lar seg gjennomføre innen en konsultasjonstid på 20 minutter, forutsatt at prøvetakingen og utfylling av opplysninger i tilknytning til denne, er utført på forhånd på laboratoriet. Ved hver av påfølgende kontroller etter årskontrollene tas på tre, seks og ni måneders-tids-

punktet 0-glukose, HbA1c, vekt, blodtrykk og urinstiks på laboratoriet. Dersom det ved årskontrollen eller påfølgende kontroller er gjort funn som enten tilsier tettere oppfølging eller supplerende undersøkelser, tilpasses prøvetakingen på laboratoriet, og tidspunktet for innkalling, til hva legen har rekvirert.

Ved legeundersøkelsen gjennomgås foreliggende prøvesvar, med spesiell vekt på utvikling av HbA1c-verdi siden forrige kontroll. Legen veileder i kosthold og justerer pågående medikamentell behandling. Økende proteinuri, eventuelt i kombinasjon med stigende kreatininverdi, kan nødvendiggjøre henvisning til spesialist.

Resultater av prosjektet så langt

Ved oppstart av diabetesprosjektet 1. januar 2017 var det registrert 74 personer i Loppa med diabetes mellitus. Tre av disse hadde diabetes type 1, mens de resterende 71 hadde type 2. Fram til 15. oktober 2017 hadde fire av de 74 pasientene flyttet, fire hadde dødd mens to ikke lenger tilfredsstilte diagnosekravet, etter å ha avsluttet behandling med kortisonpreparater. I samme periode ble det diagnostisert sju nye pasienter med diabetes mellitus, alle med type 2 diabetes.

Resultatene som presenteres her, er basert på resultatene til de 71 pasientene som pr. 15. oktober har diagnosen diabetes mellitus i Loppa kommune. I materialet er det altså ikke tatt med dem som av ulike grunner ikke lenger kan eller skal følges opp. Fordi sju har fått sine diagnoser stilt gjennom året, vil også årskontrollene til disse ha skjedd på tidspunkt etter januar 17. Dette innebærer også at ikke alle pasienter har vært inne til tre- eller seks måneders kontroller ennå.

Blant 69 pasienter med diabetes type 2 var det pr. 15. oktober 2017 24 kvinner og 45 menn. På samme tidspunkt hadde kun

TABELL 1. Aldersfordeling og HbA1c blant diabetes type 2-pasienter i Loppa kommune, ut fra alder ved årskontroll.

ALDER	ANTALL	ÅRSKONTROLL	3 MND.	6 MND.
90 år eller eldre:	4	7,1*	7,2	7,0 (3 av 4)
80-89 år:	11	7,7	6,8 (10 av 11)	6,7 (8 av 11)
70-79 år:	16	7,1	7,3	7,0 (10 av 16)
60-69 år:	18	7,2	7,4	7,4 (11 av 18)
50-59 år:	14	8,0	7,5 (12 av 14)	7,8 (9 av 14)
40-49 år:	6	8,4	7,5 (4 av 6)	7,4 (3 av 6)
0-39 år:	0	Ingen i gruppen		

* Verdiene er snittverdier for den aktuelle aldersgruppen ved årskontroll og ved påfølgende 3- og 6 måneders kontroller. Fordi ikke alle har vært til alle kontroller, vil antallet det foreligger verdier for etter 3 og 6 måneder kunne være lavere enn ved starten av kontrollene. I grupper der ikke alle kontroller er gjennomført, er antall utførte kontroller av totaltall i aldersgruppen anmerket i parentes.

TABELL 2. Fordeling av HbA1c-verdier for pasienter under 80 år med diagnostisert diabetes mellitus type 2 i Loppa kommune.

REGULERINGSNIVÅ	ÅRSKONTROLL	3 MND.	6 MND
Tilfredsst. regulert (7,0 eller lavere)	22* (6,5*)	25 (6,3)	15 (6,2)
Rel. tilfredsst. regulert (7,1-8,0)	20 (7,5)	16 (7,6)	9 (7,3)
Rel. utilfredsst. regulert (8,1-9,0)	6 (8,4)	2 (8,5)	5 (8,4)
Helt utilfredsst. regulert (over 9,0)	6 (10,7)	5 (9,8)	3 (9,5)
Sum	54	48 (av 54)	32 (av 54)

* Første tall i hver kolonne viser antall pasienter i hver gruppe, med angitt gjennomsnittlig HbA1c-verdi for hele gruppen i parentes.

FOTO: ELINE MARIEL MERILÄ PETERSEN



Mai Britt Johnsen, Heidi Wang, Anne Merilä og Olav Gunnar Ballo har satt diabeteskontrollene i system.

FAKTA OM NOKLUS

Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus) er en ideell og landsdekkende organisasjon. Noklus tilbyr tjenester til legekontor, sykehjem og andre helseinstitusjoner. Noklus har utviklet et eget dataverktøy. Noklus tilbyr et elektronisk skjema som samhandler med journalsystemene i allmennpraksis. Skjemaet som brukes for diabetespasienter er ment både som et klinisk verktøy og som et innsamlingsverktøy for registeret. Det er takst for bruk av skjemaet (takstkode 109). Programvaren er gratis og kan lastes ned fra noklus@noklus.no



to pasienter type 1-diabetes (mot tre i januar 2017). Begge var menn. Fordi så få har type 1-diabetes, er resultatene fra deres målinger av personverngrunner ikke tatt med blant resultatene, som dermed i sin helhet dreier seg om personer med type 2-diabetes. I tabell 1 er også tilsvarende HbA1c-verdier ved kontroller etter 3 og 6 måneder tatt med.

Tabell 1 gir en generell pekepinn på den generelle tilstanden blant diabetespasienter i befolkningen, og utviklingen i en begrenset tidsperiode, etter at diabeteskontrollene har vært gjennomført med større systematikk enn tidligere. Siden tabellen kun viser gjennomsnittet i hver aldersgruppe, og ikke resultater for særlig utsatte grupper, er det i tabell 2 vist utviklingen for pasientene ut fra forutgående HbA1c-verdier ved inngangen til prosjektet, uavhengig av alder.

Vi har funnet det hensiktsmessig å fordele pasientene i fire grupper, med utgangspunkt i tilfredsstillende regulert diabetes (HbA1c-verdi 7,0 eller lavere), relativt tilfredsstillende regulert (HbA1c 7,1–7,9), relativt utilfredsstillende regulert (HbA1c 8,0–8,9) og helt utilfredsstillende regulert (HbA1c 9,0 eller høyere).

Fordi det generelt aksepteres høyere HbA1c-verdier for personer over 80 år (gjerne med et nedre behandlingsmål for HbA1c på 8,0) er gruppen over 80 år holdt utenfor i tabell 2, siden tabellen ellers måt-

te ha hensyntatt disse avvikende behandlingsmålene.

Siden bare 48 av de 54 pasientene hadde vært til tremåneders kontroll, og 32 til seksmåneders kontroll pr. 15. oktober 2017, er tallene i kolonnene ikke direkte sammenlignbare. Det framgår av tallene at andelen av pasienter som er å anse som tilfredsstillende regulert, økte fra 42 av 54 (svarende til 78 av 100) ved årskontrollen til 25 av 48 (85 av 100) ved tremåneders kontrollen, mens det var en viss nedgang, til 26 av 32 (81 av 100) ved seks måneders kontrollen.

Konklusjon

Erfaringen med bruk av Noklus er at skjemaet er lett å fylle ut. Utfyllingen bidrar til bedret systematikk i pasientoppfølgingen, og gir sammenlignbare data over tid, som også pasienten selv har nytte av. Vi vil anbefale alle fastlegekontor å ta dette nyttige verktøyet i bruk til oppfølgingen av diabetespasienter.

Loppa kommune hadde i andre kvartal 2017 945 innbyggere. Av disse hadde 71 personer fått diagnostisert diabetes mellitus, noe som tilsvarer 7,5 prosent av befolkningen. Estimerer på landsbasis, som blant annet har vært presentert av Helsedirektoratet, tilsier at ca. 4,7 prosent av befolkningen har diabetes mellitus. Siden Loppa har en klart høyere andel eldre enn landsgjennom-

snittet, og diabetes type II øker med økende alder, kan det høyere tallet for Loppa opp mot landsgjennomsnittet delvis forklares av befolkningssammensetningen i kommunen. I tillegg er det grunn til å tro at økt oppmerksomhet om diabetes mellitus vil føre til økt diagnostikk, noe sju nydiagnostiserte første halvår av 2017 kan tyde på.

Siden datagrunnlaget inneholder et begrenset materiale, er det vanskelig å trekke noen slutninger av dette såpass tidlig etter at kartleggingen har startet. På individnivå vil imidlertid tallene kunne brukes til å målrette tiltakene, for dermed å kunne oppnå bedret oppfølging av hver enkelt pasients blodsukkerverdier. Over tid er det grunn til å tro at dette vil føre til en bedret diabeteskontroll og bedre samlet helse for diabetespasienter i Loppa kommune.

Materialet som er innsamlet, inneholder også en rekke andre data som lar seg følge over tid. Både av plasshensyn og fordi observasjonsperioden er kort, er dette ikke omtalt her. På sikt vil det også være aktuelt å bearbeide data for andre forhold, som hvorvidt det foreligger en sammenheng mellom HbA1c-verdier, proteinmengde i urin og kreatinverdier, som indikator for eventuell utvikling av nyresvikt som følge-tilstand ved diabetes.

■ OGBALLO@GMAIL.COM

Mat som medisin

Synergier og bivirkninger – fra kjøkkenet til klinikken og tilbake

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver, NAKMI

I denne fjerde og siste artikkelen¹ i serien om mat som medisin vil vi se nærmere på hvordan ulike kryddertilsetninger både kan gi økt biotilgjengelighet for å virke synergistisk med andre ingredienser. Dessuten vil vi se på enkelte interaksjoner mellom noen medisinske preparat i vanlig bruk og enkelte frukter, urter og krydder. Selv om det de siste årene har vært forsket en god del på området, er overføring av innsikter fra denne forskningen til klinisk praksis å betrakte som et nybrottsarbeid.

Innledning

Maten vi spiser er mer enn en sammenstilling av fødeemner. Mat skaper og uttrykker identitet, ikke bare for dem som lever på spesielle dietter, som for eksempel vegetarianere eller veganere. Ulike kjøkken, som det franske, det indiske eller kinesiske, forteller mye, ikke bare om hvilken mat som foretrekkes, men om hvem denne personen er som spiser slik eller slik mat. Videre kan måltidet – som noen inntar alene, men som ofte innebærer at en større eller mindre gruppe samles rundt matbordet – være et sted for samtaler, et sted hvor synspunkter utveksles, hvor holdninger og verdier utvikles og uttrykkes, og ikke minst, hvor det skapes tilhørighet, samstemmighet og samhold – for noen med et tydelig islett av spiritualitet. Slik blir måltidet et arnested for sosialt liv og videreføring av tradisjoner, som regel på godt, av og til på vondt: Om stemningen er god, kan selv et enkelt måltid oppleves som en fest. Og et lekkert tilberedt måltid kan skape begeistring, utløse smil og latter og forløse stimulerende samtaler. Derimot kan en anstrengt atmosfære eller en malplassert replikk gjøre at selv den mest omsorgsfullt tilberedte mat blir «sittende fast i halsen». Neppe tilfeldig, men heller ikke helt forutsigelig.

Kompleksiteten i interaksjonen ved matbordet kan kanskje også fungere som en

parabel på hva som skjer på et mer ikke-sanselig «mikronivå»; med andre ord bidra til å kaste lys over hvordan kroppen reagerer på et samtidig inntak av ulike ingredienser. I tidligere artikler i denne serien har jeg presentert et lite utvalg av urter og krydder, samt enkelte viktige bioaktive substanser, dvs. stoff som naturlig inngår som en del av næringskjeden og som har vist seg å ha en virkning som er relevant for menneskers helse (1). Men urter og krydder inntas gjerne sammen, ofte i mer eller mindre faste kombinasjoner, hvilket medfører langt mer komplekse problemstillinger. Vi skal i denne artikkelen se litt på noen slike; problemstillinger som har engasjert forskere verden over, men kanskje særlig i Asia, hvor ikke bare urter og krydder i maten, men også urtemedisin fra gammelt av er blitt tillagt stor vekt. Jeg vil først presentere et par eksempler på hva denne forskningen har å si om hvordan virkningen av ett stoff kan endres i andre stoffers nærvær; deretter presentere ulike nivåer der slike interaksjoner kan finne sted, før artikkelen avsluttes med noen refleksjoner over dagens kunnskap på feltet.

Et «rent» preparat

Rhizomet gurkemeie (*Curcuma longa*) inneholder ca. fem prosent kurkumin eller kurkuminlignende stoff, kurkuminoider. Kurkuminoider har de siste årene har vært gjen-

HOVEDBUDSKAP:

- Urter og krydder inntas gjerne i visse kombinasjoner, og ulike substanser i slike krydderblandinger kan både potensere den enkeltes virkning og motvirke hverandre.
- Krydder som tilsettes bønner kan potensere bønnenes antioksidierende potensial, mens krydder tilsatt kjøttretter, kan bidra til å redusere kjøttets oksiderende potensial.
- Enkelte frukter og grønnsaker kan interagere med medisinske preparater.
- I kostveiledningen må interessen for bruk av urter og krydder som antioksidanter under matlagingen balanseres mot behovet for mindre bruk av lettfordøyelige karbohydrater og redusert kaloriinntak.

stand for en enorm interesse blant forskere ettersom man har observert gunstig virkning på en lang rekke tilstander, fra kreft til Alzheimers sykdom (2). En ny oversikt påpeker imidlertid at så langt har ingen randomiserte, dobbeltblinde undersøkelser bekreftet dette (3). Misforholdet forklares dels med at kurkuminoider er ustabile forbindelser som lett omdannes til andre stoff (glukuronider og sulfater), dels med kurkumins lave biotilgjengelighet, dvs. at stoffet i svært liten grad absorberes fra tarmen og således kun i minimale mengder gjenfinnes i blodet. Forfatterne konkluderer med at rent kurkumin ikke er en egnet kandidat for et farmasøytisk preparat.

Kombinasjoner og synergier

Når urter og krydder brukes i tradisjonell matlaging, er det gjerne i bestemte kombinasjoner. I India og Pakistan kombineres således rhizomet gurkemeie med ulike former for «garam masala» hvor både kurkumin, korianderfrø, kanel, muskatnøtt og

¹ De andre artiklene sto i følgende utgaver:
Del 1 6/2016 • del 2 1/2017 • del 3 3/2017



sort pepper vanligvis inngår². Slike kombinasjoner av flere substanser kan gi en større effekt enn den en ville forvente ut fra den enkelte substans sitt bidrag. En taler da om «synergier» (4). Synergieffekter kan forekomme når flere ulike urter eller krydder blandes så vel som mellom ulike stoff i en enkelt urt. For eksempel er det funnet at 97,7 prosent av ingefærs bioaktive stoff kan gjenfinnes i en fraksjon som inneholder kurkumin, α -zingiberen, β -sesquifellanden og bisabolen. Effekten av denne kombinasjonen var i en undersøkelse 66 ganger større enn summen av effekten av ingrediensene hver for seg (4). Det vi her ser er en uttalt synergieffekt.

Selv om rent kurkumin ikke har påviselig effekt, betyr ikke det at rotstokken det utvinnes fra er uten effekt (5), og rotstokken kan dessuten kombineres med andre

urter og krydder, som vi skal se et par eksempler på. Piperin er et alkaloid som særlig finnes i sort pepper. I en studie fra India (6) fant man at når kurkumin (2 gram) ble gitt sammen med piperin (20 mg), økte serumkonsentrasjonen med 2000 prosent. Senere har studier vist at kombinasjonen av gurkemeie og pepper (100/1) kan øke det antioksidierende potensialet, hemme oksideringen av fettstoff og redusere lavgradig inflammasjon (7). Kombinasjonen synes også å bedre lipidprofilen ved metabolsk syndrom (8), og den øker adiponektin-nivået i serum med over 75 prosent, mens leptin-nivået reduseres med 25 prosent (9).

Nok et eksempel: I en randomisert, kontrollert, dobbelt blind undersøkelse fra Indonesia (10) sammenlignet man den anti-diabetiske effekten av en kombinasjon av gurkemeie og hvitløk (1,2 gram av hver) med en daglig dose glibenklamid (5mg) til pasienter med påvist diabetes II. (Deltakerne i studien hadde på forhånd vært igjenom et opplegg med diett og økt fysisk ak-

tivitet uten at dette hadde hjulpet, men hadde enda ikke startet opp med noen form for antidiabetisk medikasjon). Man fant i begge grupper en signifikant reduksjon i både fastende og post-prandialt blod-sukker. Etter 14 uker var der ingen signifikante forskjeller mellom gruppene verken når det gjaldt blodsukkerreduksjon eller HbA1c-konsentrasjon. Også insulinivået i serum var redusert, og denne reduksjonen var størst i gruppen som hadde fått gurkemeie og hvitløk. Derimot var virkningen på lipid-profilen størst i glibenklamid-gruppen. Et annet interessant funn var at i løpet av studien gikk pasientene som hadde fått gurkemeie og hvitløk signifikant ned i vekt, mens glibenklamid-gruppen signifikant gikk opp i vekt. De på gurkemeie og hvitløk rapporterte også om større bedring i diabetiske symptomer som polyuri og nevropati (10).

En slik sammenstilling av ulike urter eller urteekstrakter kan sammenlignes med polyfarmasi, hvis rasjonale er at kroniske sykdommer, som for eksempel kreft og dia-

² Andre eksempler på slike kombinasjoner er shichimi, en japansk krydderblending hvor blant annet shanso, eller japansk pepper er en viktig ingrediens. I Thailand lages for eksempel «saus med fem smaker», bestående av hvitløk og chili som støtes sammen med palmesukker i en morter og deretter tilsettes sitronsaft og fiskesaus.



Ajowan (ajwain) er en plante i skjermplante-familien (apiaceae) som særlig dyrkes i India og Iran. Den har visse likhetstrekk med løpstikke, som her i Norge gjerne brukes i supper, kjøtt-kraft og salater. FOTO: COLOURBOX

betes, ikke beror på kun *en* sykdomsmekanismen eller ett genom, men oppstår i samspillet mellom en rekke faktorer, og at flere ulike medikamenter gitt samtidig da vil kunne gripe inn i sykdomsutviklingen på flere steder – kanskje på flere nivåer – og således gi bedre resultat (11). Dette har man i stor grad benyttet seg av i ayurvedisk og kinesisk medisin. I ayurvedisk medisin brukes faste kombinasjoner av urter, «trikatu», hvor både pepper (piper longum) og ingefær (zingiber officinalis) regelmessig inngår. I kinesisk medisin finnes fra gammelt av beskrivelser av kombinasjoner av syv urter eller mer (4, 12). Erfaring samlet gjennom tusener av år har her vist hvilke urter og krydder som går godt sammen og hvilke synergieffekter som da kan forventes.

Virkning på ulike nivåer

Takket være at det i dag er utviklet nye og mer sensitive metoder innen biokjemisk og farmakologisk forskning, har en kunnet dokumentere ikke bare at slike synergieffekter forekommer, men mange av virkningsmekanismene er kartlagt på kjemisk og fysiologisk nivå. En oversiktsartikkel fra en gruppe kinesiske forskere (11) oppsummerer dette farmakokinetiske og farmakodynamiske grunnlaget. Selv om det her er forsket på urtemedisin, må vi kunne anta at funnene også har en viss overføringsverdi til maten vi spiser. Det dreier seg om fire typer interaksjoner, hvorav tre har særlig relevans i denne sammenheng:

1. Ulike stoff kan aktivere ulike typer reseptorer på celleveggen, men likevel utløse samme respons inne den aktuelle cellen. De kan også konkurrere om de samme reseptorene, og således motvirke hverandre.
2. Et stoff kan være biologisk virksomt, men ha lav «biotilgjengelighet», det vil

si at det kun i liten grad absorberes fra tarmen, og/eller at det omdannes og utskilles så raskt at det ikke får tid til å utøve sin effekt. Når et slikt stoff gis sammen med et «hjelpstoff» som enten binder seg til transportmolekyler i tarmveggen eller hemmer enzymer som er viktige for omdannelse og utskillelse, vil biotilgjengeligheten øke.

3. Visse stoff kan motvirke uheldige bivirkninger fra andre stoff og fungere som en slags «motgift». Tilsetning av slike stoff under tilberedningsprosessen kan i noen tilfeller bryte ned de giftige stoffene, eller gjøre dem mindre giftige slik at de bedre tolereres.

Interaksjoner skjer altså på flere ulike nivå: i tilberedningsprosessen, i absorpsjonen, ved de ulike «angrepspunkt» og under nedbrytning og utskillelse. Vi skal i det følgende se nærmere på interaksjoner på disse ulike nivåene.

Under tilberedningen

Ajowan (ajwain) er en plante i skjermplante-familien (apiaceae) som særlig dyrkes i India og Iran. Planten er mye brukt i ayurvedisk medisin for sin regulerende effekt på fordøyelsen. *Meksikansk mynte* tilhører leppeblomst-familien (*laminaceae*)³ og er hjemmehørende i Sør- og Øst-Asia, vanlig i India, og brukes ofte ved forkjølelse og sår hals. Både ajowan og meksikansk mynte inneholder flavonider og har således selv i utgangspunktet et svakt antioksidierende potensial, men dette øker dramatisk når ekstrakter fra disse plantene tilsettes selv minimale mengder oregano (13).

En annen undersøkelse viste at når ekstrakter fra karriblad (*murraya koengii*) og svarte sesamfrø (*sesamum indicum*) ble blandet, ble det antioksidierende potensial

³ Tilhører samme plantefamilie som basilikum, rosmarin og salvie.

i blandingen betydelig større enn summen av potensialet i ekstraktene hver for seg (14).

Andre eksempler:

Bønner (*phaseolus vulgaris*) inneholder ikke bare næring, men viktige bioaktive stoff som vannløselige fiber og fenoler. I en studie fant man at når kokte bønner tilsettes bestemte konsentrasjoner av frysetørrede urter, og så kokes videre sammen med disse i ti minutter, ble det antioksidierende potensialet ikke redusert, slik en kunne forvente, men det økte. Dette ble forklart ved at cellemembraner og cellevegger brytes ned ved varmebehandling og antioksidierende komponenter, som for eksempel fenoler, frigjøres. Man undersøkte i denne studien også den minimale mengden som skulle til for å øke det antioksidierende potensialet i bønnene, med andre ord hvor mye som skulle til for at synergieffekt skulle oppstå. Den var for løk ca. 8 gram (rå vekt), vårløk 3,4 gram, persille 1 gram, ko-



riander vel 0,4 gram, og for laurbærblad 0,25 gram pr. 100 gram bønner. Det høyeste antioksidierende potensialet var å finne hvor bladene ble benyttet, dvs. hos korianter, laurbærblad og persille. Tilsetning av hvitløk gav ikke slik effekt (1).

I en japansk studie undersøkte man effekten av å tilsette ekstrakter fra ulike krydder og urter til en kjøttdeig laget av svinekjøtt. I alt ble 22 typer urter og krydder undersøkt, og man fant at alle disse førte til redusert oksidasjon av fettstoffer i svinekjøttet. Sansho (*Zanthoxylum piperitum*, japansk pepper som bl.a. brukes i krydderblanding shichimi), salvie og ingefær hadde den sterkeste antioksidierende effekten, og hemmet oksidasjonen med henholdsvis 85, 82 og 75 prosent (15).

Det er også vist at ved å tilsette en blanding av gurkemeie og sort pepper til kjøttdeig, blir oksideringen av fettstoffer i kjøttdeigen betydelig redusert, og mye mer enn om en kun tilsetter gurkemeie. Pepper alene, derimot, har ingen slik effekt. I den aktuelle studien fant man heller ikke slik effekt når man tilsatte rent kurkumin og piperin, og forfatterne konkluderer med at det må være andre stoffer enn kurkumin i gurkemeie og piperin i pepper som er virksomme (16).

Vi ser altså at tilsetning av krydder allerede under tilberedningen både kan forsterke et allerede eksisterende antioksidierende potensial, som i bønner, eller det kan redusere et oksiderende potensial, for eksempel i rødt, fettrikt kjøtt. Denne virkningen kan fortsette også etter inntaket.

Etter inntaket

I en prospektiv, randomisert crossover-studie ved University of California (UCLA) ble en del hamburgere tilsatt en krydderblan-

ding før de ble stekt: 1 gram salt pluss nellik, kanel, oregano, rosmarin, malt ingefær, hvitløkspulver, paprika og sort pepper, til sammen 11,3 gram pr. 250 gram kjøtt (17). Man fant da at innholdet av malondialdehyd i hamburgeren (som er et uttrykk for i hvilken grad LDL oksideres) ble redusert med 71 prosent. Samtidig sank innholdet av det mest aktive stoffet i krydderblanding, rosmarin-syre. Hamburgerne ble deretter spist av ti forsøkspersoner; enten burgere med den sterke krydderblanding plus salt eller burgere kun tilsatt salt, i randomisert rekkefølge, og med flere dagers opphold mellom hvert inntak. Mens konsentrasjonen av malondialdehyd i serum økte betydelig når forsøkspersonene spiste burgere som kun var tilsatt salt, sank den etter inntak av en kryddret burger. Også utskillelsen av malondialdehyd i urinen ble betydelig redusert. Forfatterne konkluderer med at når man tilsetter krydder som er rike på antioksidanter til rødt kjøtt, reduseres dannelsen av lipid-oksiderende stoffer og derved også det oksidative stresset etter inntak av kjøttet (17). En annen studie utført av den samme forskergruppen viser at når en sterkt kryddret burger ble gitt til menn med diabetes II, ble endotelets funksjon (målt to timer etter inntaket) signifikant bedret (18).

Et måltid bestående av kylling i kokosmelk med ris, italiensk ostebrød og dessertkjeks med kanel ble tilsatt en lignende krydderblanding, her med tillegg av gurkemeie, alt i alt 14 gram, og gitt til friske, overvektige menn i et kontrollert, randomisert, to-fase crossover design med en uke mellom hvert testmåltid. Her så man at nivået av insulin og triglyserider etter matinntaket ble redusert med henholdsvis 21 og 31 prosent etter inntak av måltid med krydderblanding (19).

Krydder er blant de sterkeste antioksidanter som finnes i mat. Krydder er således ikke bare kokkens stolthet, men også legens venn (1). Når krydder tilsettes, må en likevel finne en optimal balanse mellom helsegevinst og smak, og dette hensynet til smaken gjør at det er minimale sjanser for overdosering og utilsiktede bivirkninger.

Interaksjon mellom mat og legemidler

Flere in vitro studier og dyreforsøk har vist god effekt av å kombinere syntetiske medisiner med frukt eller urter (20). Selv om matvarene ikke i seg selv har den ønskede farmakologiske virkningen, kan de når de inntas sammen med medisiner, bidra til mer effektiv behandling (11). Dette gjelder for eksempel stoff som påvirker aktiviteten av cytokrom P450-enzym, gjerne kalt CYP-enzym. Dette en «familie» av enzymer som katalyserer nedbrytningen av både svært mange bioaktive stoff og en rekke medisiner – anslagsvis 70–80 prosent av preparat i medisinsk bruk. Dersom et CYP-enzym som har et bioaktivt stoff som substrat hemmes av et annet stoff, vil således serumkonsentrasjonen av det bioaktive stoffet øke betraktelig (11). At det forekommer interaksjoner mellom legemidler og ulike typer frukt, bær og grønnsaker har vært observert fra gammelt av, og i den senere tid er dette også dokumentert i kliniske studier. Best kjent er interaksjonen mellom *warfarin* (Marevan) og grapefrukt eller grapefruktjuice. Grapefrukt inneholder stoff som hemmer aktiviteten til CYP_{3A4}, som er viktig for at *warfarin* skal nedbrytes, og inntak av et til to glass grapefruktjuice om dagen kan faktisk føre til at serumkonsentrasjonen av *warfarin* mer enn fordobles. Men slike interaksjoner





gjelder ikke bare warfarin. Flere psykofarmaka, antihypertensiva (kalsiumantagonister), statiner og immunhemmende medikamenter nedbrytes gjennom CYP_{3A4}-systemet. Samtidig inntak av frukt og grønnsaker med CYP_{3A4}-hemmere vil da i beste fall kunne gi økt legemiddeleffekt, i verste fall alvorlige bivirkninger.

På den annen side vil planter som er rike på K-vitamin, slik som for eksempel rosekål, grønnkål, bok choy, brokkoli og rucola-salat kunne redusere virkningen av blant annet warfarin og calsiumblokkere (21). Enkelte har da foreslått at en i stedet for å øke warfarindosen, heller reduserer det ukentlige inntaket av slike matvarer (22). For warfarin og calsiumblokkere er forholdet kanskje av mindre betydning så lenge inntaket av slike matvarer er noenlunde jevnt og effekten av medikamentet kontrolleres regelmessig. Det er imidlertid viktig at klinikerer er oppmerksom på at slike interaksjoner forekommer (23).

Klinisk forskning eller tradisjonell kunnskap?

I denne artikkelserien har jeg presentert et lite utvalg av urter og krydder som det er grunn til å anta har en viss effekt i behandlingen av metabolsk syndrom og diabetes, og som er i flittig bruk over store deler av verden – ikke minst i det asiatiske kjøkken. Det finnes ganske sikkert flere eksempler (24, 25). Vi har imidlertid også sett at det til dels har vært store problemer med å dokumentere den forventede kliniske effekten. Som med forskningen på kurkumin, har mange studier gått ut på å isolere ett enkelt virksomt stoff i en enkelt urt, og så undersøke effekten av dette spesifikke stoffet i

mest mulig ren form. Når i slike reduksjonistiske studier den forventede virkningen uteblir, har det i mange tilfeller ført til både skuffelse og skepsis. Diskrepansen mellom på den ene siden observasjonen av at en urt eller en kombinasjon av urter hjelper mot et spekter av lidelser, og på den andre siden, de mer spesifikke vitenskapelige studiene, har til tider vært påtakelig.

Spriket kan, som tidligere nevnt, dels forklares ved enkelte stoffs lave biotilgjengelighet. Videre kan enkelte bioaktive substanser først og fremst ha en regulerende virkning som ikke nødvendigvis er doseavhengig, og som først kommer til syne når biologien avviker fra det normale. Men flere av de aktive substansene utviser dessuten en pleiotropisk effekt i den forstand at ett stoff har flere ulike «angrepspunkt». Heller ikke er det usannsynlig at visse stoff kan utøve sin virkning ved å påvirke tarmfloraen og ikke minst og som vi har sett i denne artikkelen, observert virkning vil i en del tilfeller kunne bero på en synergieffekt.

Som eksempel på denne kompleksiteten vil jeg igjen bruke kurkumin. Nyere studier viser at inntak av ett gram kurkumin daglig i fire til åtte uker hos pasienter med metabolsk syndrom (26) eller fedme (27) gir betydelig reduksjon av flere betennelsesfremmende cytokiner i serum, adiponektinnivået økes og balansen mellom adiponektin og leptin bedres (adiponektin økes mens leptin reduseres) (28, 29). Kurkumin utviser altså en regulerende effekt. Balansen mellom adiponektin og leptin reguleres dessuten av apelin, et stoff som har vist seg å beskytte mot hjertesykdom hos overvektige (30), og disse stoffene er assosiert med nær sagt alle forhold ved fedme, insulinresistens, hypertensjon, dy-

slipidemi og betennelse. Når en så vet at det i rhizomet gurkemeie finnes flere potensielt bioaktive stoff; at ulike ingredienser, som for eksempel gurkemeie og pepper, kan ha en betydelig synergieffekt både under matens tilberedning og ved absorpsjon, nedbrytning og utskillelse og dessuten at adiponektinnivået ikke bare påvirkes av bioaktive stoff i maten, men av søvn, sinnstilstand, fysisk aktivitet, stress, røyking og, ikke minst, herkomst (30), blir kompleksiteten så overveldende at en vanskelig kan tenke seg at randomiserte, kontrollerte studier eller reduksjonistiske, lineære årsak-virkningsmodeller vil kunne bringe klarhet i saken. Enkelte forskere har derfor latt seg inspirere av samfunnsforskningens nettverksanalyser (30, 31), og har ved hjelp av moderne computerteknologi kunnet analysere seg frem til kjemisk/kliniske nettverkskart og virkningsmodeller som trolig både har betydelig forklaringspotensial og stor overføringsverdi til klinisk praksis. For mange vil denne type kunnskap utfylle flere tusen års erfaring på feltet. Det som nå synes å være en trend er at kosttilskudd med isolerte antioksidanter eller vitaminer er i ferd med å tape terreng – i alle fall i forskningsmiljøer, mens betydningen av å spise «hele pakken» med gunstige stoff; stoff som virker synergistisk, og som en får i seg ved bl.a. å spise urter og krydder, frukt og grønnsaker nå tillegges mer og mer vekt (32).

Jeg har i tidligere artikler i denne serien argumentert for at leger og andre helsearbeidere bør interessere seg for sine pasienters kosthold, hva de spiser eller drikker for å holde seg friske – dels for å forstå, dels for å utvikle et grunnlag for utfyllende kostveiledning, en «samarbeidsplattform» i politisk terminologi. For i arbeid med innvandrere, hvor en ofte kan observere ugunstige kostholdsendringer i det nye landet, må en heller ikke bagatellisere betydningen av å redusere inntaket av enkle karbohydrater og moderere kaloriinntaket. Etter mitt syn ligger nøkkelen da i å oppmuntre det som allerede fungerer, og så gi råd og veiledning som snarere enn å forsure samspelet rundt matbordet, styrker måltidet «som arnested for sosialt liv og videreføring av tradisjoner» – i vårt tilfelle tradisjoner som bygger på flere tusen års erfaring og som det i dag finnes god grunn til å videreføre.

Takk til Harald Siem og Sverre Lie for inspirerende kommentarer til tidligere versjoner av denne artikkelen.

Litteraturliste fås ved henvendelse til forfatter.

■ A.AA@NAKMI.NO

Bør ungdom vaksinere seg mot meningokokk

■ SARA VIKSMOEN WATLE

Overlege, divisjon for smittevern, miljø og helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo

■ ARE STUWITZ BERG

Overlege, divisjon for smittevern, miljø og helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo

■ JANN STORSÆTER

Overlege, divisjon for smittevern, miljø og helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo

■ LISBETH MEYER NÆSS

Seniorforsker, divisjon for smittevern, miljø og helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo

Meningokokksykdom er en sjelden, men svært alvorlig sykdom. De aller fleste tilfellene i Norge er vaksineforbyggbare. Ungdom er en av aldersgruppene med høyest risiko for denne sykdommen. Betyr dette at all ungdom bør vaksinere seg mot meningokokksykdom?

Invasiv meningokokksykdom og klassifisering av bakterien

Invasiv meningokokksykdom er en alvorlig sykdom som skyldes systemisk infeksjon med bakterien *Neisseria meningitidis* (Nm). Sykdommen kan arte seg på flere vis; lokalisert sykdom i for eksempel luftveier eller ledd, mild og selvhelende meningokokkemi eller som alvorlig systemisk sykdom. De mest alvorlige formene er hjerne-

hinnebetennelse og/eller blodforgiftning som kan forløpe svært raskt med få timer mellom symptomdebut og død (1). På tross av adekvat antibiotikabehandling ligger dødeligheten på rundt 10 prosent. Om trent 20 prosent av pasientene får varige følgetilstander som døvhet, hodepine, tretthet og konsentrasjonsvansker eller må amputere lemmer (1).

Meningokokkbakterien er en Gram-ne-

gativ diplokokk som har en polysakkaridkapsel og en yttermembran med proteiner og lipopolysakkarid (LPS, endotoksin). Meningokokker deles inn i 12 seergrupper på bakgrunn av polysakkaridkapselen (2). De mest aktuelle serogruppene på verdensbasis er A, B, C, W, X og Y som alle kan forårsake epidemier. Noen meningokokker mangler kapsel og disse gir sjelden alvorlig sykdom, men kan finnes i halsen hos friske personer.

Mange er friske bærere av meningokokker

Meningokokkene fins kun hos mennesker og er en vanlig del av normalfloraen på slimhinnene i øvre luftveier. Hvorfor bakterien kun gir alvorlig sykdom og død hos noen få individer er fortsatt ikke fullstendig kartlagt, men vertens mottakelighet og bakteriens virulens er viktige faktorer (3). I løpet av livet har de fleste hatt meningokokker i halsen flere ganger uten å bli syke. Asymptomatisk bærerskap av meningokokker eller eksponering for liknende bakterier i nese, svelg og tarm bidrar til utvikling av naturlig immunitet med økende alder (4). Ikke alle individer utvikler naturlig immunitet, og immunitet overfor ulike seergrupper vil variere. Det er flest friske bærere blant unge, blant røykere og der mennesker har tett kontakt, som for eksempel i militærleirer og internatskoler (5).

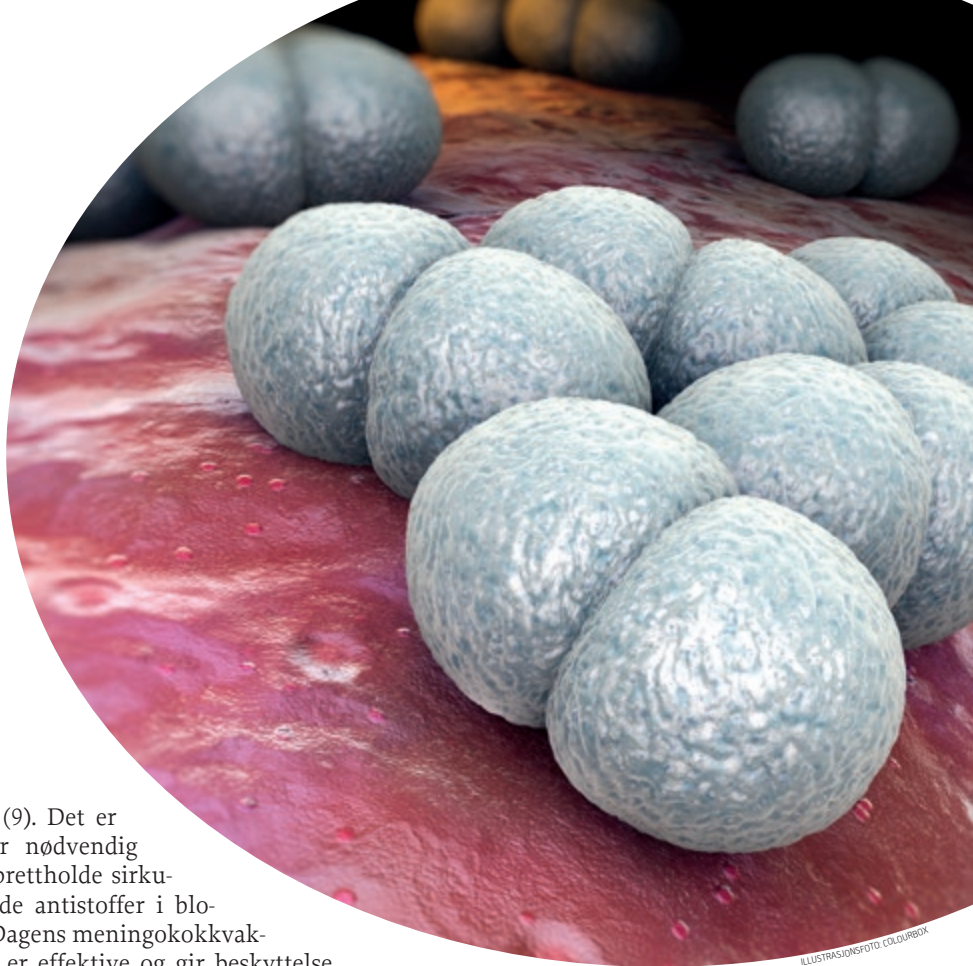
Forekomst av invasiv meningokokksykdom i Norge

Norge hadde en stor meningokokk B-epidemi med flere hundre tilfeller årlig som begynte på 1970-tallet og gradvis avtok utover 1990-tallet. Blant de syke var det flest barn under fem år, tenåringer og militære



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

sykdom?



rekrutter (6). De siste 10 årene har det bare vært meldt mellom 18–44 tilfeller årlig samlet i alle aldersgrupper. Det har vært flere tilfeller også blant eldre og serogruppe B og Y har vært vanligst forekommende. I 2016 ble det meldt 23 tilfeller av invasiv meningokokksykdom og en insidens på 0,44 pr. 100 000 innbyggere (FIGUR 1, SIDE 44).

Vaksiner mot meningokokksykdom i Norge

Det fins i dag to ulike hovedtyper av meningokokkvaksiner i Norge: konjugatvaksiner og proteinbaserte vaksiner (TABELL 1). Konjugatvaksiner fremstilles ved kjemisk å koble polysakkarid fra meningokokkbakteriens kapsel til et bærerprotein. To av de tre konjugatvaksinene i Norge er kombinasjonsvaksiner mot serogruppe A, C, W og Y (Menveo® og Nimenrix®) mens den tredje kun beskytter mot serogruppe C (NeisVac-C®). De proteinbaserte vaksinene består av ulike proteiner fra meningokokkbakterien, noe som gjør at disse vaksinene i prinsippet vil kunne virke mot flere typer meningokokker som inneholder disse proteinene uavhengig av serogruppe. De har dog kun meningokokk B sykdom som godkjent indikasjon. Det fins i dag to proteinbaserte meningokokk B-vaksiner (Bexsero® og Trumenba®) på markedet.

Meningokokkvaksiner gir fremfor alt beskyttelse ved å indukere spesifikke IgG antistoffer i serum (humoral immunitet) som fører til komplementmediert lyses av bakterien (7). Konjugatvaksiner er vist å gi immunologisk hukommelse. De reduserer bærerskap og kan dermed bidra til flokkbeskyttelse (8). Fordi meningokokksykdom utvikler seg svært raskt, er det ikke tilstrekkelig med immunologisk hukommelse alene som beskyttelse mot alvorlig syk-

dom (9). Det er derfor nødvendig å opprettholde sirkulerende antistoffer i blodet. Dagens meningokokkvaksiner er effektive og gir beskyttelse mot serogruppene som fins i Norge, men beskyttelsen er begrenset i tid til ca. fem år, og gjentatte doser med vaksine kan være nødvendig (9).

Meningokokkvaksinasjon i Norge

I land med lav forekomst av meningokokksykdom, slik som i Norge, anbefaler Verdens helseorganisasjon meningokokkvaksinasjon kun for risikogrupper. Meningokokkvaksine inngår ikke i vaksinasjonsprogram i Norge og er kun anbefalt til utvalgte risikogrupper, illustrert i tabell 2 (6). Disse inkluderer personer med manglende miltfunksjon eller visse typer av komplementmangel (inkludert pasienter som behandles med eculizumab (Soliris®)), utsatte personer ved sporadisk invasiv meningokokksykdom eller utbrudd, ungdommer 16–19 år, menn som har sex med menn, reisende til risikoområder, studenter og emigranter med opphold i land med påbudt/anbefalt vaksineprogram og yrkesgrupper med mulig økt risiko for invasiv meningokokksykdom. Blåreseptforskriften dekker utgifter til vaksine mot meningokokk A, B, C, W og Y utleveres på blå resept § 4 for personer med nedsatt eller manglende miltfunksjon, personer med alvorlig medfødt eller ervervet komplementdefekt og til nærkontakter av person med meningokokksykdom av serogruppene A, B, C, W eller Y. Det er for tiden ingen refusjonsordning for andre grupper. Vaksiner som utstedes på blåresept må bestilles direkte fra Folkehelseinstituttet.

Vaksinasjon av ungdommer

Den norske meningokokk B-epidemien som startet på 70-tallet rammet fremfor alt små barn og tenåringer. På den tiden fantes ikke vaksine mot serogruppe B. Folkehelseinstituttet besluttet derfor å lage en vaksine (MenBvac) som ble produsert og evaluert i kliniske studier med tenåringer på norske ungdomsskoler på slutten av 1980-tallet. Vaksinen viste seg å være effektiv og har senere vært brukt for å kontrollere et utbrudd i Frankrike. Folkehelseinstituttet utviklet også en liknende vaksine som ble brukt for å bekjempe en alvorlig serogruppe B-epidemi på New Zealand. På grunn av den synkende forekomsten av meningokokksykdom i Norge ble ikke vaksinen innlemmet i det norske barnevaksinasjonsprogrammet.

En tenåringstopp i forekomst av invasiv meningokokksykdom forekommer i mange land, inkludert Norge. I 1991 var det et utbrudd med 14 tilfeller av serogruppe B og C blant russ. Sporadiske tilfeller har siden forekommet årlig blant russ og andre ungdommer. De siste ti årene har det årlig vært meldt to til sytten tilfeller hos ungdom i alderen 15–19 år (TABELL 3). De fleste tilfellene hos tenåringer forårsakes nå av serogruppe C og Y. Forekomsten av serogruppe B har vært synkende, og det var ingen tilfeller i 2015 eller 2016 i denne aldersgruppen.

Siden høsten 2011 har Folkehelseinstituttet kommet med årlig anbefaling om meningokokkvaksinasjon av ungdom. Bakgrun-

PRODUKTNAVN*	GODKJENT INDIKASJON	GODKJENT FOR BRUK I ALDERSGRUPPE
Menveo® (GlaxoSmithKline)	Meningokokksykdom serogruppe A, C, W, Y	≥ 2 år Effekt ikke undersøkt i voksne > 55 år
Nimenrix® (Pfizer)	Meningokokksykdom serogruppe A, C, W, Y	≥ 6 uker Effekt ikke undersøkt i voksne > 55 år
NeisVac-C® (Pfizer)	Meningokokksykdom serogruppe C	≥ 2 md Effekt ikke undersøkt i voksne > 65 år
Bexsero® (GlaxoSmithKline)	Meningokokksykdom serogruppe B	≥ 2 md Effekt ikke undersøkt i voksne > 50 år
Trumenba® (Pfizer)	Meningokokksykdom serogruppe B	≥ 10 år Effekt ikke undersøkt i voksne > 65 år

* For nærmere preparatomtale, se Legemiddelverkets hjemmeside <https://www.legemiddelok.no/>

TABELL 1. *Tilgjengelige meningokokkvaksiner i Norge pr. høsten 2017.*

nen for denne anbefalingen var at man i MSIS-meldinger fra perioden 2004–2013 så at ungdom representerte 10–30 prosent av meldte tilfeller på landsbasis. Initialt anbefalte Folkehelseinstituttet kun vaksinasjon før russefeiring, da det i flere år var tilfeller hos fremfor alt russ. Anbefalingen gjelder nå all ungdom i alderen 16–19 år, men etter en individuell vurdering. En slik individuell vurdering baserer seg på grad av deltakelse i aktiviteter som øker faren for smitte og for å utvikle sykdom. Oftest skjer smitteoverføring med meningokokker

via spytt, slik at kysning og deling av flasker og sigaretter vil kunne øke risikoen for smitte. Deltagelse i aktiviteter med tett samvær med andre ungdommer over flere dager, festing, høyt alkoholinntak, aktiv eller passiv røyking og lite søvn kan øke risikoen for smitte og for at sykdommen får et alvorlig forløp. I Norge gjelder dette fremfor alt ved russefeiring, men festivaler, idrettssamlinger, ungdomsleir o.l. kan innebære liknende risiko. Anbefalingen gjelder også yngre og eldre ungdommer som deltar i tilsvarende aktiviteter. Anbefalingen

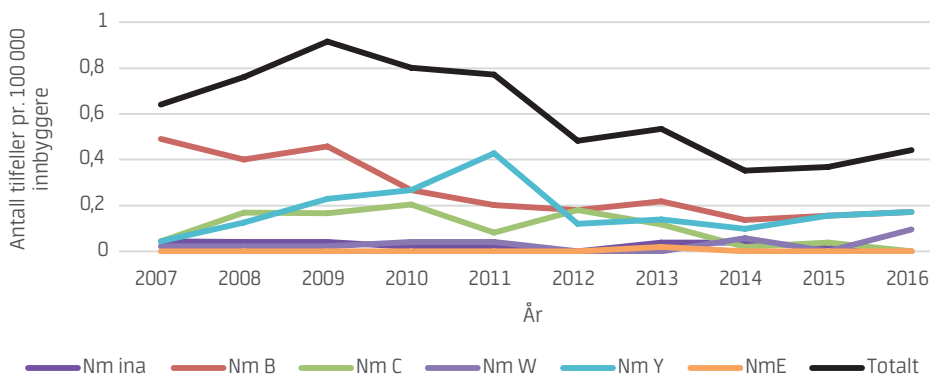
fra Folkehelseinstituttet slik den fremstår nå er altså ikke et råd om at alle ungdommer i alderen 16–19 år bør vaksineres seg, men at de bør vurdere dette. Forekomsten av meningokokksykdom er for tiden lav, men sykdommen er svært alvorlig for dem som rammes, og den er vaksineforebyggbar. Ungdom og deres foresatte bør derfor informeres godt om disse forholdene.

Konjugatvaksiner mot meningokokk gruppe A, C, W og Y har vært tilgjengelig i flere år. Vaksiner mot meningokokk gruppe B (Bexsero® eller Trumenba®) er også tilgjengelig. For å være beskyttet mot alle de vanligste gruppene av meningokokkbakterien som har sirkulert i totalbefolkningen i Norge de senere årene (B, C, W og Y) må man vaksinere seg med begge vaksintypene, men epidemiologien de siste årene tilsier at ACWY-konjugatvaksinen gir bredest dekning i aldersgruppen 16–19 år. Dette kan endres og endringene i forekomsten av de ulike serogruppene er vanskelig å forutsi. Folkehelseinstituttet har til enhver tid tilgang til oppdaterte data om den epidemiske situasjonen for invasiv meningokokksykdom i Norge og andre land, og vurderer fortløpende indikasjonen for vak-

TABELL 2. *Anbefalinger for bruk av meningokokkvaksiner i Norge (11).*

GRUPPE A – PERSONER MED IMMUNSVIKT		
	ACWY-konjugatvaksiner Menveo® / Nimenrix®	Proteinvaksiner Bexsero® / Trumenba®
Miltmangel	2 doser (0 + 2 md)	Bexsero®; 2 doser (0 + 2 md) Trumenba®; 3 doser (0 + 2 + 6 md)
Komplementdefekt*		
GRUPPE B – UTSATTE PERSONER VED SPORADISK INVASIV MENINGOKOKKSYKDOM ELLER UTBRUDD		
Nærkontakter ved sporadisk invasiv meningokokksykdom	Vurderes av smittevernlege i samråd med FHI	Vurderes av smittevernlege i samråd med FHI
Utsatte personer ved utbrudd av invasiv meningokokksykdom		
GRUPPE C – ANDRE GRUPPER MED MULIG EN ØKT RISIKO FOR INVASIV MENINGOKOKKSYKDOM		
Ungdom 16–19 år	Individuell vurdering; 1 dose	Individuell vurdering; Bexsero®; 2 doser (0 + 2 md) Trumenba® 2 doser (0 + 6 md)
Menn som har sex med menn		
GRUPPE D – REISENDE TIL RISIKOOMRÅDER		
Reisende til meningittbeltet i Afrika	1 dose	Anbefales ikke
Pilegrimer til Saudi-Arabia (Hajj, Umrah)		
GRUPPE E – OPPHOLD I LAND MED PÅBUDT/ANBEFALT VAKSINEPROGRAM		
Studenter og emigranter	Individuell vurdering basert på vertslandets vaksineråd; 1 dose	Individuell vurdering basert på vertslandets vaksineråd; oftest Bexsero®; 2 doser (0 + 2 md) Trumenba®; 2 doser (0 + 6 md)
GRUPPE F – YRKESGRUPPER MED EN MULIG ØKT RISIKO FOR INVASIV MENINGOKOKKSYKDOM		
Laboratoriepersonell i kontakt med meningokokkbakterier	Individuell vurdering basert på smitterisiko; 1 dose	Individuell vurdering basert på smitterisiko, oftest Bexsero®; 2 doser (0 + 2 md) Trumenba®; 2 doser (0 + 6 md)

* Defekter i TCC (C5, C6, C7, C8, C9), properdin, faktor D, faktor H og C3.



Nm *Neisseria meningitidis*; ina ikke nærmere angitt (meningokokker uten kapsel)

FIGUR 1. *Insidensraten for invasiv meningokokksykdom i Norge meldt til MSIS 2007–2016 fordelt på serogrupper (alle aldersgrupper samlet) (10).*

sinerer av risikogrupper, herunder ungdom i alderen 16–19 år. Råd angående vaksinasjon av denne gruppen oppdateres årlig og legges ut på instituttets hjemmeside.

Bruken av meningokokkvaksiner har generelt økt i Norge de siste årene, og tall fra Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK viser at i gjennomsnitt 40 prosent av elever i videregående skole følger anbefalingen. Dekningsgraden varierer mye i ulike fylker. Vaksinene må, på lik linje med andre vaksiner som ikke tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet, betales av den enkelte. Vaksinen kan settes av fastlege, helsesøster eller på vaksinasjonsklinikk. Vaksinasjon mot meningokokk A, C, W og Y består av en dose. Vaksinasjon mot meningokokk B består av to doser med minst to eller seks måneders mellomrom, avhengig av hvilken av de to vaksinene mot meningokokk B som brukes.

Menveo® eller Nimenrix® koster ca. 400 kroner pr. dose mens Bexsero® og Trumenba® koster ca. 850 kroner pr. dose inkludert MVA. og legemiddelavgift. I tillegg kan det komme et gebyr på å få satt vaksinen.

Ungdom som vil vaksinere seg før russefeiring anbefales å vaksinere seg i god tid før feiringen begynner. Etter gjennomført

vaksinasjon tar det omtrent to uker før vaksinen gir optimal beskyttelse. Beskyttelsen varer i ca. fem år, slik at vaksinasjon tidlig i videregående skole vil gi beskyttelse i russetiden og ved reiser senere i ungdomstiden. Som ved annen vaksinasjon kan disse vaksinen gi bivirkninger hos noen. De vanligste bivirkningene er rødhet og ømhet på stikkstedet og uvelfølelse med hodepine eller kvalme.

Risikoen for å utvikle meningokokksykdom kan i tillegg reduseres ved at ungdommen følger disse rådene:

- Ta deg tid til å sove ut. Kroppen trenger å få hvile.
- Husk at såre slimhinner er mer mottakelige for infeksjoner. Ta vare på stemmen og halsen din.
- Forebygg dråpesmitte, blant annet ved å ikke drikke av samme flaske/boks/glass som andre og ikke dele sigaretter.
- Unngå for mye alkohol. Når du er beruset vil dømmekraften din reduseres, og symptomer på meningokokksykdom kan forveksles med tegn på for mye alkohol.
- Skaff lege dersom du tror vennene dine kan være syke. Ta ansvar for hverandre dersom noen er sløve (har nedsatt bevissthet) eller har feber.

Oppsummering

Ungdom i alderen 16–19 år er en av aldersgruppene med høyest risiko for meningokokksykdom. Folkehelseinstituttet utarbeider årlige råd om meningokokkvaksinasjon av denne gruppen på bakgrunn av aktuell epidemiologi. Forekomsten av meningokokksykdom er for tiden lav i Norge. Selv om sykdommen er sjelden, er den svært alvorlig for dem som rammes. De aller fleste meningokokkbakterier som har sirkulert i Norge de seneste årene er vaksineforebyggbare og effektive vaksiner er tilgjengelige. Folkehelseinstituttet anbefaler at ungdom i alderen 16–19 år vurderer å vaksinere seg mot meningokokksykdom. Beskyttelsen varer i flere år. Ungdom som skal delta aktivt i russefeiring har særlig høy risiko for smitte. Vaksinasjon i begynnelsen av videregående skole vil gi beskyttelse i russetiden og ved reiser senere i ungdomstiden.

REFERANSER

1. Brandtzaeg P, van Deuren M. Classification and pathogenesis of meningococcal infections. *Methods in molecular biology* (Clifton, NJ). 2012; 799: 21–35.
2. Harrison OB, Claus H, Jiang Y, Bennett JS, Bratcher HB, Jolley KA, et al. Description and nomenclature of *Neisseria meningitidis* capsule locus. *Emerging infectious diseases*. 2013; 19(4): 566–73.
3. Gasparini R, Amicizia D, Lai PL, Panatto D. *Neisseria meningitidis*, pathogenetic mechanisms to overcome the human immune defences. *Journal of preventive medicine and hygiene*. 2012; 53(2): 50–5.
4. Goldschneider I, Gotschlich EC, Arstenstein MS. Human immunity to the meningococcus. I. The role of humoral antibodies. *The Journal of experimental medicine*. 1969; 129(6): 1307–26.
5. MacLennan J, Kafatos G, Neal K, Andrews N, Cameron JC, Roberts R, et al. Social behavior and meningococcal carriage in British teenagers. *Emerging infectious diseases*. 2006; 12(6): 950–7.
6. Blystad H, Caugant DA, Flem E, Haugen IL, Næss LM, Nøkleby H, et al. Meningokokksykdom i Norge og anbefalinger for bruk av meningokokkvaksiner. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2014. Contract No.: 2014: 5.
7. Granoff DM, Pelton S, Harrison LH. 21 – Meningococcal vaccines A2 – Plotkin, Stanley A. In: Orenstein WA, Offit PA, editors. *Vaccines* (Sixth Edition). London: W.B. Saunders; 2013. p. 388–418.
8. Ramsay ME, Andrews NJ, Trotter CL, Kaczmarski EB, Miller E. Herd immunity from meningococcal serogroup C conjugate vaccination in England: database analysis. *BMJ*. 2003; 326(7385): 365–6.
9. Erlich KS, Congeni BL. Importance of circulating antibodies in protection against meningococcal disease. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2012; 8(8): 1029–35.
10. Berg AS, Caugant DA, Haugen IL, Konso K, Steinbakk M, Storsæter J, et al. Årsrapport 2016 Invasive Infeksjoner. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2017.
11. Meningokokksykdom – veileder for helsepersonell: Nasjonalt folkehelseinstitutt; [Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/meningokokksykdom--veileder-for-he/>].

TABELL 3. *Meningokokksykdom i Norge meldt til MSIS 2007–2016 fordelt på aldersgrupper.*

ALDER	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTALT
0–4 år	12	9	10	7	9	4	7	5	3	5	71
5–14 år	2	2	2	2	2	0	0	2	4	0	16
15–19 år	6	10	13	17	7	9	5	2	5	2	76
20–39 år	5	3	4	5	5	6	7	1	1	2	39
40–59 år	3	4	6	4	5	1	4	1	1	7	36
≥ 60 år	2	8	9	4	10	4	4	7	5	7	60
Totalt	30	36	44	39	38	24	27	18	19	23	298

NIDAROSKONGRESSSEN 2017

– bredt repertoar

■ TOVE RUTLE • *Utpostens redaksjon*

Velkommen til
TRONDHEIM
LUFTHAVN VÆRNES

Å ankomme Trondheim i både regn og solskinn var nok et lovende signal om variasjonen i Nidaroskongressen, både når det gjaldt det faglige innholdet, det spennende sosiale programmet og alle forventningsfulle deltakere.

Eline Marie Christensen



Forventningene ble innfridd allerede ved åpningen mandag 16. oktober. Vi fikk vakker sang og musikk av Silje Lundblad og Fritz Flamo Eidsvaag. Den nye lederen av Nidaroskongressen, Ingjerd Murvold åpnet kongressen og ønsket velkommen. Lederen i Allmennlegeforeningen, Tom Ole Øren, holdt åpningsforedraget.

Skjemt og alvor

Øren var tydelig på at det er viktig å rekruttere nye leger til allmennpraksis. Tidligere har det vært vanskelig å få allmennleger til Utkant-Norge, men nå sliter man også med å besette stillinger i sentrale strøk. Allmennlegeforeningen vil jobbe for bedre rammebetingelser hvor man kan legge vekt på flere



Fritz Flamo Eidsvaag og Silje Lundblad sto for sang og musikk ved åpningen av kongressen, mens Klaus Sonstad, alias Odin Jensenius, holdt et flott show.



og høy stemning

hjemler og kortere pasientlister for fastlegene. Tom Ole Øren oppfordret sine kolleger til å engasjere seg inn mot lokale politikere for at de skal få forståelse for hva en god primærhelsetjeneste og omsorg er, og hvor mye det betyr for befolkningen.

Klaus Sonstad alias Odin Jensenius; sauebonde og EPEK-mann (ekspert på elektrisk kommunikasjon) hadde deretter et glitrende show hvor han presenterte sine sauer og sitt sauehold. Mantra var: «Hver sau er et eget vesen som krever individuell behandling» Hovedbudskapet hans var: «Man må bry sæ nok tel å sjå heile sauen». Det er flott

når humor kan berøre og presentere viktige grunnsetninger til bruk på det allmennmedisinske legekontoret.

Trønderopprør på kongressen

Tirsdag fikk vi et spenstig, og overraskende innlegg fra representanter for «Trønderopprøret», en gruppe allmennleger som også er universitetslektorer: Åse Nordberg, Finn Høivik, Børge Nordberg, Harald Sundby og Tor Magne Johnsen. De fem legene pekte på at fastlegeordningen nå står ved et veiskille. Ordningen er overbelastet, og blant annet



Gisle Roksund og Harald Sundby hadde et fint innslag under festmiddagen. Lena Ervik fra Nidaroskomiteen var under oppsikt da hun introduserte prisvinnerne.

Ingerd Murvold, den nye lederen av Nidaroskongressen åpnet kongressen og ønsket velkommen, mens den nye lederen i Allmennlegeforeningen, Tom Ole Øren, holdt åpningsforedraget.



truet av bemanningssvikt, fragmentering av faget, økt arbeidsmengde og for liten tid til pasientene og pasientrelaterte oppgaver. Skal fastlegeordningen overleve må man raskt ta grep ved å øke rammene for driftstilskudd og flere fastlegestillinger må opprettes.

Allmennedisinen må styrkes som fag i medisinerutdanningen og rekrutteringsstillinger må opprettes, lød budskapet. Trønderopprørerne presiserte – til stor applaus fra salen – at fastlegene i fastlegeordningen har stor kjærlighet til sitt fag og sine pasienter, derfor er dette «opprøret» så viktig.

Plenumsforelesningen onsdag var ved Harris Lygidakis. Han har sin utdanning fra Medical School of Bologna, og har videreutdannet seg ved University of Florence. Lygidakis er på nåværende tidspunkt se-



Torhild Aukan og Gisle Roksund hygger seg under festmiddagen.

ekretær for WONCA Europe. Etter å ha fullført sin opplæring i familiemedisin har han fokusert på forskning i primærhelsetjenesten, med spesiell interesse for e-helse og mobile helseapplikasjoner. Han presenterte et spesielt prosjekt i Rwanda som går

ut på oppfølging av diabetespasienter med mobil-apper. Han mener dette vil ha stor betydning for befolkningen, selv om det er mange utfordringer. Blant annet med ustabil strømtilgang i Rwanda og dermed mulighet til å lade mobiltelefoner.

NIDAROSPRISEN 2017

Fastlege Gisle Roksund fra Siljan i Telemark, introdusert som «mannen med det klare hodet og varme hjertet», holdt et glitrende foredrag og tok oss med på en historisk reise i utviklingen av allmennmedisinen som eget fag. Her har han selv har hatt en fremtredende rolle blant annet som leder av Norsk selskap for allmennmedisin

(NSAM), senere Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Gisle Roksund har gjennom fire tiår engasjert seg på vegne av faget, kolleger og pasientene, og har heldigvis fortsatt mye energi.

Særlig har han stor respekt for de menneskene som har store utfordringer i livet. «De bærer på en tung bær, ikke minst fordi

ulikhetene i samfunnet øker og de fattige sliter mest», sa Roksund i sitt innlegg.

– Han har et stort hjerte for de svake i samfunnet, sa Torstein Sakshaug i kongresskomiteen da han på vegne av Nidaroskomiteen delte ut prisen til Gisle Roksund: et flott bilde av årets Nidaroskunstner; Marius Martinussen.



Prisutdelingene

Medarbeiderprisen gikk til Heidi Lian Hem

Heidi Lian Hem ved Re legegruppe ble tildelt prisen ut fra følgende begrunnelse: «Hun har i alle år tatt ansvar både faglig, kollegialt og sosialt og har blitt en naturlig lederskikkelse på sitt legesenter. Nå er hun frikjøpt til å være kontorleder en dag i uken. Da jobber hun blant annet med turnus, feriekabal, økonomi, planlegging av personalmøter og kvalitetsarbeid. Kvalitetsarbeidet utfører hun slik at eksterne observatører har lagt spesielt merke til det. Pasientene uttrykker stor tillit til henne, både i forhold til prøvetaking og rådene hun gir. Hun forbedrer og fornyer også ru-

tinene på kontoret, og er alltid oppdatert på nye faglig ting. De siste årene har hun også tatt initiativ til og gjennomført utveksling med medarbeidere på andre legekontorer for gjensidig å utveksle ideer og videreutvikling.»

Videre understreker priskomiteen at Lian Hem ser viktigheten av å utdanne nye helsesekretærer. Hun har vært ansvarlig for studenter som har vært utplassert hos Re legegruppe, og som senere har kommet tilbake til legekontoret som vikarer. Hun er for øvrig en mye brukt foreleser i voksenopplæringen av helsesekretærer.



Anders Forsdahls minnepris

Anders Seim mottok Anders Forsdahls minnepris for 2017 for sin innsats for å eliminere neglisjerte og utryddbare sykdommer i den tredje verden. I likhet med sin navnebror Anders Forsdahl har også Anders Seim blitt inspirert av folkehelseutfordringer utenfor Norge. Selve arbeidet startet og foregikk i mange år da han var allmennlege på Nesodden utenfor Oslo, men er de siste årene blitt en heltidsbeskjeftigelse. De første ti årene var det bare to personer som drev arbeidet fra loftstallet over legekontoret. Så grunnla han organisasjonen «Health and Development International» (HDI) i 1990, med en avdeling i Norge og en i USA: <http://hdi.no>.

Det er typisk at Seim selv betegner seg som «landsbylege», jr. et intervju som anbefales som bakgrunnsstoff for denne nominasjonen: <http://kavlifondet.no/2017/01/landsbylegen>.

I tillegg anbefales intervjuet i *Tidsskriftet*: <http://tidsskriftet.no/2011/01/intervju/kvakksalver-fra-landet>.

AMFFs reisestipend og AFU-prisen

Anders Svensson

Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF) sitt reisestipend på kr 20 000 tildeles etter følgende kriterier:

- Forskningens allmennmedisinske relevans
- Forskningens kvalitet
- Forskningens originalitet
- Kandidatens pedagogiske formidlings-evne



Henrik Vogt



Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) tildeler en forskningspris på kr. 15 000 som er et spleiselag mellom Norsk forening for allmennmedisin, Allmennlegeforeningen og Norsk samfunnsmedisinsk forening. Den tildeles etter følgende kriterier:

- at kandidaten har tatt sin egen faglige undring på alvor
- at kandidatens prosjekt er av allmenn- eller samfunnsmedisinsk relevans
- at kandidaten har valgt en egnet metode for sitt forskningsspørsmål
- at kandidaten legger frem sitt prosjekt på en engasjerende måte

I år hadde pristildelsingskomiteen en ny og svært gledelig utfordring: Så mange som ni personer med et pågående eller nylig avsluttet PhD-prosjekt var kandidater til AMFFs reisestipend, og fem kolleger med et mindre prosjekt var kandidater til AFU-prisen. Bidragene ble omhyggelig vurdert ettersom det faglige nivået var høyt. Komiteen var satt sammen av førsteamanuensis Anne-Sofie Helvik fra NTNU, førsteamanuensis Eli Berg ved UiO, professor Johann Águst Sigurdsson ved NTNU og professor Anna Luise Kirkengen som også er leder i AFU.

Komiteen la følgende hovedprinsipp til grunn for sin vurdering: Vinnerprosjektene skulle innebære en viktig ansats til en grunnleggende kritikk av strukturer i medisinfaget som skaper problemer for fagutøverne, enten for deres generelle *fagforståelse* eller i deres daglige fagutøvelse. Komiteen påpekte at både AMFF- og AFU-vinneren har våget seg på en slik kritisk tilnærming. Hos begge to vitner dette om en vilje og en evne til å gjennomføre en analyserav fagets *kunnskapsbygging* og fagets *administrative praksis*.

Årets priser uthever to granskende undersøkelser av antatte forbedringsområder i helsevesenet, spesielt i førstelinjen – den ene på et abstrakt teorinivå, den andre på et konkret kommunenivå.

- AMFFs reisestipend 2017 gikk til **Henrik Vogt** for presentasjonen: Systemmedisin (P4-medisin): Et upålitelig løfte om helhet og revolusjon i preventiv medisin.
- AFUs forskningspris 2017 gikk til Anders Svensson for presentasjonen: *Pasienter med store og sammensatte behov – er oppfølgingsteam løsningen?*

Tove Rutle 70 år

Både nåværende og forhenværende redaktører av *Utposten* gratulerer redaksjonssekretær Tove Rutle med runde år den 30. november 2017.

Så mange som 26 av disse 70 årene har Tove Gurine Rutle tilbrakt sammen med skiftende mannskaper (les: redaktører) på *Utposten*-skuta. Vi som har fått jobbe med henne i årenes løp kan skrive under på at *Utposten* nærmest er blitt allemannseie blant landets allmenn- og samfunnsmedisinere. Ikke nok med det, bladet har også vunnet status som «alles prosjekt», takket være de mange bidragsyterne som opp gjennom årene – fra starten i 1972 og frem til nå – har levert artikler, fagessayer, kasuistikker – ja, både stort og smått, til redaksjonell bearbeidelse og publisering. Vi vet at vi har leserne med oss når vi sier at det i stor grad er Toves fortjeneste at bladet har levd og virket så lenge som det har.

Seilassen tok til i 1991, da jubilanten ble spurt av Janecke Thesen om å bli med i *Utposten*-besetningen; den gangen i rollen som annonse-selger. To år senere, i januar 1993, begynte hun som redaksjonssekretær på forespørsel fra Helge Worren. Erfaringene fra et spennende yrkesliv som helsesekretær sammen med et glødende engasjement for kursledelse og fagformidling – sammen med ekte-mannen Olav Rutle (1945–96) – tok hun med seg inn i *Utposten*. Og det skulle vise seg å være konsoliderende for bladets kontinuitet og fremdrift.

På spørsmål om hva som fortsatt motiverer henne til innsats for *Utposten*, svarer redaksjonssekretæren: «Redaksjonelt arbeid er lærerikt. Dessuten er det en stor glede å se et konkret resultat av det man jobber med, og jeg får ofte tilbakemeldinger på at *Utposten* er et godt produkt. Sist, men ikke minst setter jeg stor pris på alle de flotte menneskene jeg får samarbeide med.»

En samlet besetning av redaktører – nåværende og forhenværende avgåtte – stemmer i både bravorop og gratulasjoner til Tove Rutle i anledning 70-årsfeiringen. Hipp hurra!

Redaksjonen



Tove Rutle var på hyggelig besøk på 07 Medias trykkeri på Aursmoen i slutten av oktober.

SPØRSMÅL TIL RELIS

RELIS får jevnlig spørsmål om bivirkninger fra leger og annet helsepersonell, ofte knyttet til hendelser hos enkeltpasienter. I tillegg vurderer vi alle bivirkningsmeldinger fra klinikere i vår region. Vi er derfor ofte i en situasjon der vi må undersøke hva som finnes av bivirkningsdata, hva slags dokumentasjon det er snakk om og hvor omfattende den er. Det viser seg ofte at bivirkningslister ikke er utfyllende og at frekvensestimaterne (hvor hyppig bivirkningen forekommer) er misvisende. Mangelfull registrering og rapportering av bivirkninger fra kliniske studier har store konsekvenser for risiko/nyttevurdering av legemidler.

ERRATA

I artikkelen «Rekkefølge og tidsintervall for administrasjon av inhalasjonsmedisin», som sto i *Utposten* 5/2017, blei det oppdaga ein feil i tabell 1 etter artikkelen var kome på trykk. Relvar Ellipta høyrer til under LABA + ICS, ikkje under LABA + LAMA. RELIS beklagar dette og tabellen er no lagt ut i korrigert form i nettversjonen av artikkelen. Det nye preparatet Aerivio Spiromax er òg lagt til i den korrigerede tabellen.

Lillian Mo Andreassen,
legemiddelrådgjevar, master i farmasi

Kan vi stole på bivirkningsdata fra kliniske studier?

De fleste bivirkningsdata det vises til i preparatomtaler og pakningsvedlegg har fremkommet i kliniske studier. Randomiserte, blindede kliniske studier er gullstandarden for å sammenligne to legemidler, men de har en rekke svakheter når det kommer til risikokartlegging. Kliniske studier er først og fremst utformet for å vise og sammenligne effekt, og har ikke tilstrekkelig omfang til å kunne oppdage annet enn de vanligste bivirkningene. Det er ikke uvanlig at et nyregistrert legemiddel trekkes fra markedet fordi det er oppdaget alvorlige bivirkninger først etter markedsføring. Enda flere preparater får begrensninger i bruken på grunn av bivirkninger som oppdages etter markedsføring.

I løpet av en klinisk studie gjøres det løpende vurderinger som har betydning for de bivirkningsdata som kommer ut i den andre enden. Det gjelder antall pasienter, valg av dose, behandlingsvarighet, metode for å kontrollere pasientene og oppdage bivirkninger, vurderinger av årsak til hendelser, koding av diagnose, hva som tas med i sluttrapport og oppsummeringer for å nevne noe. Rådata må nødvendigvis komprimeres for å passe inn i formatet for en tidskriftartikkel. Dette innebærer at data må tolkes, filtreres og grupperes. Dessverre har det kommet flere eksempler på at denne prosessen ikke alltid er gjort på en god måte.

Et av de mest kjente eksemplene de senere år er en reanalyse av data fra en klinisk studie av imipramin, paroksetin og placebo ved alvorlig depresjon hos ungdom (Studie 329) (1). I den opprinnelige studien fra 2001 (2) var det ved første øyekast gjort godt rede for både overvåkningsmetode og resultater. Forfatterne skrev at paroksetin generelt ble godt tolerert og at de fleste bivirkningene som forekom ikke var alvorlige. Det var også med en tabell over bivirkninger. Det ble etter hvert reist flere spørsmål rundt denne artikkelen. Først i 2015, dvs. 14 år etter, ble det publisert en ny analyse av resultatene. Den nye analysen var basert på originale studieda-

ta, inkludert pasientskjemaer for enkeltpasienter. Forfatterne kom til motsatt konklusjon, nemlig at det var en klinisk signifikant økning av bivirkninger, inkludert selvmordstanker og andre alvorlige bivirkninger i paroksetin gruppen, og en økt risiko for kardiovaskulære bivirkninger i imipramin gruppen. Det er svært urovekkende at forskjellige analyser av rådata gir så forskjellig resultat og at det kan ta over ti år før sviktende rapportering fra en klinisk studie dokumenteres.

LeNoury og medarbeiderne påpeker flere faktorer som bidro til at bivirkningskartleggingen ble mangelfull i studie 329. Det er verdt å merke seg disse, fordi de også kan forekomme i andre dokumenter og studier:

- Når en pasient forteller om en mulig bivirkning, eller registrerer det på et spørreskjema, brukes ikke medisinske ord. Noen andre må oversette pasientens beskrivelse til riktig medisinsk term og overføre hendelsen til databaser. Det viste seg at ikke alle hendelsene var kodet om til medisinske termer, i noen tilfeller fordi pasienten hadde gått ut av studien på grunn av bivirkninger.
- Valg av medisinsk term kan også føre til feil eller tåkelegging. Det var eksempler på at selvmordstanker i noen tilfeller var registrert som emosjonell labilitet.
- Et sentralt spørsmål er hvem som vurderer om en negativ hendelse har sammenheng med legemiddelbruken eller ikke. I studie 329 var det den som hadde ansvaret for studien som besluttet om årsakssammenhengen var relatert, eller ikke relatert, til behandlingen. Ved den nye gjennomgangen ble det påvist elleve alvorlige bivirkninger i paroksetin gruppen, men bare én av disse var opprinnelig vurdert som relatert til behandlingen. Dette hadde konsekvenser for hva som ble rapportert videre.
- I den opprinnelige publikasjonen var det, som tidligere nevnt, en tabell over bivirkninger. Det betyr ikke at tabellen beskrev samtlige bivirkninger som var

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsent-uavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøytar 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.

sett i studien. Tabellen omfattet kun bivirkningar som var sett hos minst fem prosent av pasientene. Det innebærer at selv vanlige bivirkningar, som etter definisjonen forekommer hos over en prosent av pasientene, ikke var tatt med.

Det er ikke sikkert at den første publikasjonen av studieresultater inneholder det endelige datasettet og de korrekte tallene for bivirkningar. I en studie av dabigatran og warfarin til pasienter med atrieflimmer (RE-LY-studien) ble resultatene, inkludert bivirkningsdata, publisert i 2009 (3). Året etter kom en ny artikkel som beskrev flere bivirkningshendelser og forfatterne skrev at dette ble oppdaget ved endelig lukking av pasientdatabasen (4). Tittelen på denne tilleggsartikkelen var: «Newly identified events in the RE-LY trial». Fem år etter den første publikasjonen kom det ytterligere et tillegg med tittelen «Additional events in the RE-LY trial» (5). Da var det foretatt en re-evaluering av alle dødsfallene i studien der det ble identifisert ytterligere tilfeller av alvorlege blødningar eller slag.

Moralen er dessverre at bivirkningsoversikter ofte må tas med en klype salt, og at det lønner seg å kunne lese den lille skriften.

REFERANSER

1. Le Noury J, Nardo JM, et al. Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. *BMJ* 2015; 351:h4320. doi: 10.1136/bmj.h4320
2. Keller MB, Ryan ND, et al. Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: A randomized, controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(7): 762–72.
3. Connolly SJ, Ezekowitz MD, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009; 361(12): 1139–51.
4. Connolly SJ, Ezekowitz MD, et al. Newly identified events in the RE-LY trial. *N Engl J Med* 2010; 363(19): 1875–6.
5. Connolly SJ, Wallentin L, Yusuf S. Additional events in the RE-LY trial. *N Engl J Med* 2014; 371(15): 1464–5.

TONJE WESTERGRÉN
Seksjonsleder, RELIS Sør-Øst

Kommunikasjon er ikkje berre kommunikasjon



Hilde Eide og Tom Eide
KOMMUNIKASJON I RELASJONER
Personorientering, samhandling, etikk
Gyldendal Akademisk
Gyldendal Norsk Forlag AS 2017
3. utgave
420 sider
ISBN 978-82-05-50056-3

Denne boka er tredje utgåve av ei klassisk lærebok i kommunikasjon, som kom i første utgåve for 20 år sidan. Boka er retta mot helse- og sosialfaga generelt, men er spesielt retta mot sjukepleieprofesjonen. På tidstypisk vis er forfattarane nøye med å understreke at boka er forskningsbasert, kva no det måtte bety. Nye artiklar bygger spesielt på skandinavisk forskning, og eldre kapittel er oppdatert i tråd med ny forskning. Her skal ingen komme og påstå at forfattarane driv med tomt snakk.

Boka er oppdelt i 14 større kapittel som igjen er organisert under stikkord som Grunnlaget, Ferdigheter, Område og Bakgrunn. Under Område er det eigne kapittel om kommunikasjon med barn og unge, samt kommunikasjon med eldre. Her saknar eg eit eige kapittel om kommunikasjon med rusmisbrukarar, sidan det er eit stort område med spesielle utfordringar for dei fleste helsepersonellgruppene.

Første del er via det kommunikasjonsteoretiske grunnlaget, mens andre del tar opp meir «tekniske» aspekt, som aktiv lytting, nonverbal kommunikasjon, utforskande og informerande dugleikar.

Empati er omtalt i eit eige kapittel. Mentalisering, derimot, er ikkje nemnt i det heile tatt.

Det er lett å forstå at dette er, og har vore, ei populær bok. For den er høgst relevant for mange helse- og sosialfag. Den har eit godt språk, og er lettles. Illustrasjonane er enkle og poengterte. Forfattarane formidlar gode innsikter, og forklarar teori på ein enkel og lettfateteleg måte. At det primært er ei sjukepleiefagleg bok viser seg ved at alle dialogeksemplar og illustrasjonar handlar om sjukepleiarar og pasientar.

Og dette er også bokas begrensning. Som lege merker ein fort at det er mange aspekt som ikkje er med. Balint-tradisjonen er ikkje nemnt, og den omfattande kommunikasjonsforskningen er ikkje kommentert direkte.

Kommunikasjon er ikkje berre kommunikasjon. Kommunikasjon er ein integreert del av all klinisk verksemd. Det viktigaste vilkåret for god kommunikasjon er at ein er trygg på faget sitt. I denne boka lærer ein mykje sjukepleiefag. Men den er ikkje heilt komplett som medisinsk fagbok.

JOHN NESSA

UTPOSTEN
– meldingar om og fra
den gode primærmedisin

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

Vårtegn nordpå

Takk til mangeårig sykehjems-fastlegekollega og venn Bjørn Lichtwarck for stafett-pinnen. Selv om jeg ikke leser lyrikk så ofte, har jeg hatt mange sterke dikt i tankene som kunne ha egnet seg for denne spalten. Jeg landet på diktet «Vår» av Laila Stien. Hun er forfatter og lyriker med røtter i Mo i Rana, nå bosatt i Finnmark.

En av mine mange nye erfaringer da jeg som søring flyttet til Nord-Norge var hvordan hjelpe våren litt på vei når vi synes den lar vente på seg – og det gjør den jo (nesten) hver vår! Vi kan for eksempel hakke isen i oppkjørselen. Det er et sikkert vårtegn når mannen min finner fram spettet i begynnelsen av mai.

Laila Stien har satt ord på nordlendingenes trass og pågangsmot, bygget opp gjennom generasjoner i møte med elementenes og øvrighetens allehånde angrep. Som fastlege i Mo i Rana gjennom 26 år imponeres og gledes jeg ofte over pasientenes fandenivold-ske mestringsstrategier – «vi står han a'!».

Jeg sender stafettpinnen videre til forskerkollega og inspirator Torgeir Gilje Lid i Rogaland, hvor de sannsynligvis har utviklet andre mestringsstrategier enn ishakking i mai – det er langt, dette landet ...

Hilsen fra
ANETTE FOSSE

Vår

Jeg bærer sparken og pulken på låven putter blåswix og klister i et spann vasser trassig i småsko på isete veier så sørpa spruter midt i mai.

Breier så ut mine hvite lår for nordavinden.

Hufsende på en vasstrukken barflekke med håret utslått speider jeg etter sommerfugler.

Det e ei rå me alt, sier jeg og går løs på vinteren med øks.

LAILA STIEN,
«FABLER, FROST: DIKT»

