

Utposten

3 2018
ÅRGANG 47

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Rådgivende overleger
samtaler om NAV

Kjønnslemlestelse
Meslinger
Helsesekretærer

RMR/UTPOSTEN v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmtove@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**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: 468 36 780

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: Grethe Lindseth / BAKSIDE: 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: Flukten som reise*Kristina Riis Iden***2 A-ha opplevelser og andre erkjennelser hos NAV***Samtale mellom Ragnhild Jordet og Erik Solli***6 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Endringer i forekomst og overlevelse av kreft***Giske Ursin og Inger Kristin Larsen***11 HELSESKADELIGE SKIKKER DEL 1:****Kvinnelig kjønnslemlestelse***Arild Aambø***18 Meslinger***Øystein Rolandsen Riise***22 Aktiv med artrose***Inger Holm***24 Likeverdige spesialisthelsetjenester for eldre?****Presentasjon av Eldrehelseatlas for Norge, 2013–15***Vibeke Lund Pettersen***30 Kartlegger behandlingen av kolspasienter***Linda Leivseth og Vibeke Lund Pettersen***34 Drikkevann i Norge – er det godt nok?***Susanne Hyllestad***38 Ledelsesløft for primærhelsetjenesten***Ole Johan Bakke***41 Helsesekretærenes paradoks***Tove Rutle***42 Helsesekretæren – et nødvendig onde?***Trine Faukland Karlstad***44 Huntingtons sykdom***Kristin Iversen og Jeanette Ullmann Miller***48 Norsk allmennmedisin i palestinsk flyktningleir***Christian Schousgaard***49 Flokken***Harald Gunnar Sunde***54 FASTE SPALTER****RELIS 54****LYRIKKSTAFETTEN 56**

Flukten som reise

Wenn jemand eine Reise tut, so kann er was erzählen leste vi i tysktimene på skolen. En reise kan være så mangt. En ferietur til sydlige breddegrader i kalde januar, en tur til faglig kongress, et besøk til familie og venner; eller en prosess hos den enkelte, en åndelig, eksistensiell eller personlig reise. Men en reise kan også være en flukt fra noe; fra krig, tortur, manglende menneskerettigheter, religiøs eller etnisk forfølgelse.

I verden i dag er 65,6 millioner mennesker på flukt. Dette er et trist tall. Ikke siden andre verdenskrig har flere mennesker vært på flukt fra krig og forfølgelse. Noen flyktninger er internt fordrevet i sitt eget land, noen flyktninger reiser over flere landegrenser, noen flyktninger ferdes over hav, men de fleste flyktningene reiser over grensen til sitt naboland. Tyrkia, Pakistan, Libanon, Iran, Uganda og Etiopia er de landene som har tatt imot flest flyktninger.

«Enhver har rett til i andre land å søke og ta imot beskyttelse mot forfølgelse», står det i *FNs verdenserklæring om menneskerettigheters artikkel 14*.

Mennesker på flukt er sårbare for utnyttelse. Når det i tillegg er så mange som er på flukt, kan utnyttelsen rasjonaliseres i en kynisk industri, hvor noen få tjener penger på mange menneskers nød og desperasjon. Migrasjon har blitt en lyssky «multi-milliondollar»-industri. Ifølge FN dreier det seg om over seks milliarder

dollar for flyktningrutene fra Afrika til Europa og fra Sør-Amerika til Nord-Amerika. Barn som flykter er mer utsatt enn voksne for overgrep og kriminelle handlinger. Men flyktningene er ikke bare utsatt for farer fra andre mens de er på reise. Selve ferden er farlig i seg selv. En av de farligste reiseveiene er middelhavsrueten til Europa. Trolig har 3600 mennesker, hvorav 600 barn, druknet på sin vei til håpet om et bedre liv i Europa.

Den britisk-somaliske poeten Warsan Shire har selv vært på en reise. Fra Kenya – hvor hun ble født av foreldre fra Somalia – til London, hvor hun nå bor og arbeider.

Hun skriver:

You have to understand,
that no one puts their children in a boat
unless the water is safer than the land.

Heldigvis klarer de aller fleste flyktningene å gjennomføre reisen, om det er en dagsreise eller det innebærer flere år på flukt. Reisens endepunkt blir for mange en flyktningleir, hvor de kan få beskyttelse, men hvor det for øvrig er kummerlige tilstander når det gjelder boforhold, manglende helsehjelp, mulighet for arbeid og skolegang. Libanon er på størrelse med Buskerud fylke, har fem millioner innbyggere og i tillegg bor det i flere flyktningleirer 1,5 millioner flyktninger fra Syria, 400 000 palestinske flyktninger og 50 000 flyktninger fra Irak.

«Skal man hjelpe en annen, må man først finne ut hvor han er, og møte ham dér. Dette er det første bud i all sann hjelpekunst», skriver den danske filosofen Søren Kierkegaard. I denne utgaven av *Utposten* kan du lese om allmennlegen Christian Schousgaard som har tatt Kierkegaard på alvor og driver hjelpearbeid i en

palestinsk flyktningleir i Libanon. Kierkegaards tanker preger også Harald Sunde, som har jobbet i Røde Kors-sykehuset i Kutupalong. Her ligger en av verdens største flyktningeleirer, hvor Rohingya-folket har flyktet over grensen til fattige Bangladesh fra grusomme overgrep i nordlige Rakhine-delstaten i Myanmar.

Leger som jobber i flyktningeleirer ser mange skader og sykdommer hos flyktningene, bl.a. meslinger. I en tettbebodd flyktningleir med mange uvaksinerte barn og voksne, har meslingeviruset gode vilkår. Det er en av de mest smittsomme sykdommer vi har. Fordi viruset bare har mennesket som reservoar og det finnes en effektiv vaksine, er totalutryddelse av sykdommen mulig. På tross av effektiv vaksinerings i mange land i Europa, er sykdommen fremdeles endemisk i noen land. Heldigvis har de færreste av oss hatt pasienter med meslinger, men vinterens sporadiske utbrudd i Norge, er en viktig påminnelse om viktigheten av å vaksinere. Øystein Riise og kolleger fra Folkehelseinstituttet har skrevet en artikkel om meslinger, som dere også kan lese i denne utgaven.

Tilbake til flyktningene og reisen de har lagt ut på. Antall flyktninger og skjebnene som er bak hvert tall er opprørende. Halvparten av flyktningene er barn. To millioner barn har flyktet fra Syria til leirer i Tyrkia, Libanon, Irak, Egypt og Jordan. FNs barnekonvensjon skal sikre *alle* barn, uansett bosted, statsborgerskap, etnisitet, kjønn og religion, grunnleggende rettigheter som mulighet til skolegang og helsetjeneste, trygghet og stabilitet. Alle land bortsett fra Somalia, Sør-Sudan og USA, har ratifisert denne konvensjonen. Konvensjonen er en viktig rettleder for myndighetene i de ulike land når beslutninger og valg skal tas som gjelder migrerende barn. Barn som er på en reise fra noe.

I disse vårdagene gleder barn i Norge seg til å gå i 17. mai-tog. Det er også en reise; en god og feststemt reise med glede og hurrarop og hvor ferdens slutt innebærer is, pølser og moro.

Det er mange reiser og mange fortellinger. Ikke alle fortellingene ender godt. *So kann er was erzählen.*

KRISTINA RIIS IDEN



A-ha-opplevelser andre erkjennelse

Samtale mellom Ragnhild Jordet og Erik Solli

■ RÅDGIVENDE OVERLEGER I NAV HEDMARK, SPESIALISTER I ALLMENNEMEDISIN

Hvordan opplever leger å arbeide innen NAV-systemet? Her formidles erfaringer og refleksjoner gjennom en samtale som utspiller seg mellom to tidligere fastleger. Begge har «meldt overgang» til NAV etter lang fartstid i allmennpraksis – og begge er rådgivende overleger i Hedmark.



ALLE FOTO: PRIVAT

RAGNHILD: Hva overrasket deg mest, Erik, da du begynte å arbeide som rådgivende overlege i NAV etter flere tiår som fastlege?

ERIK: NAV gransker sakene atskillig mer nøye enn det jeg trodde! Og tilkaller spesialkompetanse som for eksempel etatens egne rådgivende overleger og arbeidspsykologer når det er behov for det. Rådgivende overlege er en knapphetsressurs som ikke kan se på alle saker, men jeg erfarer en høy grad av bevissthet omkring bruk av vår kompetanse. Man ser at tidspresset hos NAV-veilederne selvfølgelig kan komme til å konkurrere med kvaliteten på oppfølgingsarbeidet. Men likevel, all respekt for at man anstrenger seg for å forstå totalsituasjonen til den enkelte – og hva som eventuelt kan bringe denne personen videre mot arbeidsdeltakelse.

RAGNHILD: Jeg har erfart at NAV-arbeider er atskillig mer *planmessig* enn det jeg var klar over, og i dette forsøker å holde seg til kunnskapsbasert, alminnelig anerkjent medisin. At NAV trenger ganske detaljerte opplysninger *framover* i tid for å fatte vedtak om aktivitetsplan og ytelse, har også blitt mer klart for meg etter at jeg begynte i NAV: Hvilken hyppighet skal et behandlingstiltak ha? Hva skal tiltaket inneholde, når skal tilstanden evalueres igjen, hva er alternativ behandlingsplan hvis tiltaket ikke fører fram? Disse spørsmålene omhandler detaljeringsgrader i behandlingsplanen – noe jeg som fastlege ikke var tilstrekkelig klar over. Og ved evaluerings-tidspunkt forventes en redegjørelse for: Hvordan har det gått, hva er status nå og hva er videre planer?

ERIK: NAV etterspør plan for *egenaktivitet* i større grad enn tidligere. Kanskje har jeg selv også – som fastlege – glemt å minne pasienten om betydningen av egenaktivitet

og er hos NAV



som for eksempel regelmessig trening, som er godt dokumentert som gunstig ved en rekke tilstander. Nå ser jeg at systematikk er en viktig premiss om NAV skal anse gode egenaktiviteter som vesentlige momenter i en aktivitetsplan. Kanskje fastlegen kan

bruke frisklivssentraler og andre organiserte tiltak for at aktiviteten faktisk blir gjennomført? Erfarer vi ikke alle at gode intensjoner om egentrening ikke blir gjennomført? Desto viktigere hvis dette skal til for å oppnå noen grad av selvforsørgelse!

Mestring, deltakelse og digitale muligheter

RAGNHILD: Rehabiliterings- og mestrings-aspektet er NAV mer bevisst på enn det jeg tidligere var klar over. Jeg visste at Hernes Institutt i Elverum hadde gode resultater på mestring og ar-

beidsdeltakelse, men andre mestringskurs var kanskje ikke like langt framme i bevissheten. Her er det også blitt atskillig flere tilbud de siste årene.

ERIK: Ja, jeg erfarer også at mange leger reddegjør godt for medisinske forhold omkring kausalitet, utredning og behandling – men at det mange ganger er noe å hente på å gjøre rede for hvordan man arbeider med mestringsaspektet og *vedlikeholdende faktorer*, for å oppnå bedret funksjon.

RAGNHILD: Som rådgivende overlege ser jeg klarere enn før at NAV trenger en *oppdatert status presens* når det søkes om en omfattende ordning og ytelse som arbeidsavklaringspenger. NAV undersøker ikke pasienten og trenger derfor andre legers beskrivelse av hvilken tilstand som faktisk foreligger. Ved åtte ukers sykmelding er det en forholdsvis kortfattet redegjørelse som trengs, men vi som ser sakene må skjønne at det er åpenbare grunner til at personen ikke kan være i noe aktivitet, hvis man mener det. Om sykmelder finner mulighet for et kort innspill til arbeidsgiver – med tanke på å initiere en samtale med den ansatte – er det gull verdt i oppfølgingen.

– Arbeidsgiver erfares ofte å ha stor respekt for en 100 prosent sykmelding. En kortfattet melding fra legen om hvilke *medisinsk begrunnede hensyn* som eventuelt bør tas ved en *utprøving* av arbeidsevnen, vil kunne åpne for konstruktive samtaler og mer aktivitet. Her er det lite som skal til fra legens side for å bety mye for prosessen inn mot mestring og økt arbeidsdeltakelse! Kan hende er dette totalt sett også tidsbesparende for fastlegen, som kan få tilbake en pasient med begrunnet forslag til gradering av sykmelding ved neste konsultasjon?

ERIK: Tradisjonelt har vi leger ikke blitt så godt opplært i et språk for funksjon. Men det gir en stor tilleggs effekt i møte med arbeidsgiver når legens råd står klart og tydelig på sykmeldingen. Det gir trygghet når arbeidsgiver skal tilrettelegge for økt arbeidsdeltakelse.

RAGNHILD: Om tilstanden strekker seg utover i tid, trengs det også en nærmere beskrivelse av funksjon med for eksempel ADL-aktiviteter, samt objektive funn som sier noe om funksjon – så som bevegelighet i skulder, resultat av spirometri, eller resultat av arbeids-EKG. På «NAV-siden» understrekes betydningen av presise undersøkelser; det er nødvendig å vite om problemskulderen oppfyller kriteriene for en «frozen shoulder» med tilhørende prognose, eller om det foreligger en supraspinatustendinit med tilhørende behandlingsmuligheter og pro-



Arbeidsperspektivet må få større innpass i tankegangen hos leger og helsepersonell i det medisinske behandlingsapparatet, mener Erik Solli og Ragnhild Jordet.

gnose. Det er også greit å vite at resultatene kan bli «oversatt» hos NAV om det ikke finnes dekkende norske uttrykk for funksjonen.

ERIK: Et annet forhold som har overrasket positivt er at NAV – i hvert fall de siste årene – har blitt mer bevisst på *tidsaspektet omkring passivitet*, det vil si at det kan være vanskelig å komme tilbake etter sykmelding. I tråd med dette kan NAV for eksempel ønske å vite hva som er behandlingsplanen også i en ventetid for noe fastlegen har henvist til.

RAGNHILD: På den annen side vet vi at NAV strevde med lange ventetider i en startfase. På den måten ble nye NAV selv en årsak til passivitet – men dette har heldigvis bedret seg gjennom systematisk kvalitetsarbeid. Og det har skjedd nytenkning; en *digital revolusjon* er på gang! Min største frustrasjon som fastlege i møte med NAV var tilgjenge-

lighet til aktuell NAV-veileder. Å ha mulighet for dialog med veilederen på NAV-kontoret er blitt betydelig forbedret gjennom ordningen med dialogmeldinger. Nye digitale tjenester er et godt utgangspunkt for å ansvarliggjøre pasienter i oppfølging av egen aktivitetsplan – og gjør det mulig for NAV og pasientene å ha tidsbesparende møtepunkter. Sporene etter denne kommunikasjonen er tilgjengelig på pasientens mobiltelefon og kan lett hentes fram under en fastlegekonsultasjon.

Rollebevissthet

ERIK: Det har slått meg at NAV oppleves å ha stor respekt for legenes vurderinger, også på områder der legene ikke har særskilt kompetanse, for eksempel arbeidsevne. Det er NAV som skal prøve ut arbeidsevnen i samarbeid med pasienten og arbeidsgiver eller

arbeidsmarkedsbedrift. Legene er gode på det medisinske og NAV på det «NAV-faglige»; og i de vanskelige sakene må vi snakke sammen. Samhandling til pasientens beste fungerer når helsevesenet holder seg til sitt og NAV til sitt og har respektfulle møter i nødvendige berøringspunkter. De beste legeerklæringene er de som nøkternt beskriver medisinske forhold, eventuelle konsekvenser når det gjelder funksjon, og hvilke medisinsk begrunnede hensyn som bør tas under arbeidsutprøving. Resten bør man overlate til NAV: veilednings-, inkluderings- og arbeidsmarkedskompetanse, kjennskap til arbeidsrettede virkemidler og NAV-juss!

RAGNHILD: Apropos *rollebevissthet*, så har jeg allerede erfart at det stadig skjer endringer både i regelverk, økonomiske ordninger, tiltak som NAV rår over og annet. Det er umulig for legene å ha oversikt over alt dette, og da bør man også unngå å legge føringer på hvilken ytelse man mener pasienten skal ha. Som fastlege kan man bli litt «fanget» av pasientens forventninger om en sykdomsbasert ytelse – og så kjenner ikke fastlegen til hvilke andre ytelser og ordninger som finnes. I slike situasjoner er det lurt å tilrå pasienten å ta kontakt med NAV; så unngår man en forventningskrise hos pasienten. Dette handler ikke bare om hva som til syvende og sist er pasientens beste, men også om respekten for hverandres fagområder.

ERIK: «NAV-faget» er i såpass rask endring at fastlegene bør være bevisste på å henvise til NAV for svar på en del spørsmål. Og vi i NAV bør bruke de kanalene vi har tilgang til for å informere fastlegene om viktige endringer – både i regelverk, arbeidsmetoder og ulike prosjekter. Jeg er positivt overrasket over at det i NAV også pågår enkelte prosjekter der resultatene følges opp og evalueres forskningsmessig, som Senter for jobbmestring og IPS (Individual Placement and Support). I disse prosjektene får pasienter som er motivert for arbeid støtte til tidlig deltakelse i ordinært arbeid parallelt med behandling.

– Jeg glemmer ikke den unge pasienten jeg sykmeldte fordi hun var deprimert og ikke klarte sin nåværende jobb, og ga samtidig melding til NAV på sykmeldingsblanketten om at hun trengte aktivisering for å motvirke depressiv grubling. Etter samtale med jobbspesialisten i IPS-prosjektet kom hun tilbake på fastlegekontoret, rett i ryggen og med et fast blikk – og fortalte at jobbspesialisten mente at hun var ikke så langt unna ordinært arbeid! Ikke overraskende har dette prosjektet gitt økt arbeidsdeltakelse!

RAGNHILD: Ja, det er tilfredsstillende å erfare at nye NAV etter hvert får mulighet til å gjøre mer av det som beviselig virker, og mindre av det som ikke virker.

– Ellers erfarer vi også de ulike kulturene som oppstår fordi man har ulike samfunnsoppdrag og arbeider etter ulike lovverk. Det er en del av vår rolle som leger i NAV å bidra til å bygge bro mellom disse. Overfor fastlegene klargjør vi hvordan NAV systematisk leter etter muligheter for arbeidsdeltakelse, hel eller gradert, på tross av sykdom. Som Sigrun Vågang sier kan man grovt sett si at mens helsetjenesten har vært opptatt av «hvor syk er du» for å få en sykmelding, så har NAV et arbeidsperspektiv: «Hvor frisk er du? Hvor mye kan du jobbe?» NAV mener at arbeidsperspektivet må sterkere inn i det medisinske behandlingsapparatet.

ERIK: Det som har overrasket meg aller mest gjennom to år som rådgivende overlege i NAV, er hvor dynamisk og interessant det har vært å bruke min kompetanse og erfaring som fastlege gjennom mange år til å forklare for NAV-veiledere om medisinske forhold, hvordan helsevesenet fungerer, og bidra til en bedre dialog og forståelse mellom helsevesen og NAV – til pasientens beste.

RAGNHILD: En positiv erfaring er også at det gjennom vår involvering i sakene oppstår flere innfallsvinkler til å utforske mulighetsrommet for arbeidsdeltakelse. Og at det skjønnets som lovverket åpner for blir så godt som mulig – ved at NAV vurderer og avgjør sakene etter tverrfaglige drøftinger.

■ ERIK.SOLLI@NAV.NO
■ RAGNHILD.JORDET@NAV.NO



Som rådgivende leger har Solli og Jordet en viktig brobyggerrolle.

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.

Endringer i forekomst

■ GISKE URSIN • Direktør ved Kreftregisteret

■ INGER KRISTIN LARSEN • Forsker ved Kreftregisteret

Forekomsten av kreft øker med alderen og den demografiske sammensetningen av befolkningen er vesentlig for hvor mange krefttilfeller vi får fremover. Tidligere diagnostikk og bedre behandling har ført til redusert dødelighet og økt overlevelse av en rekke kreftformer. Lungekreft er et eksempel med forbedringer over tid.

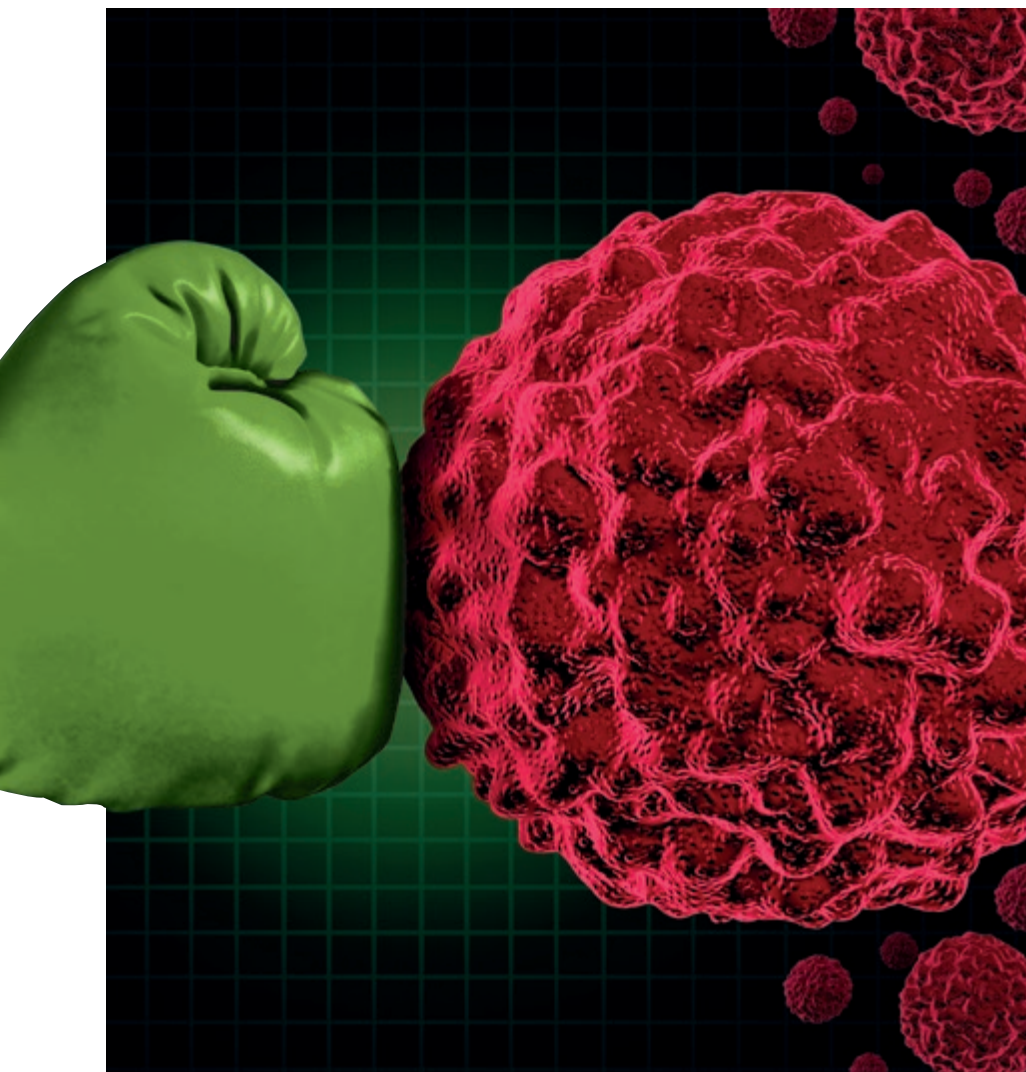
Denne artikkelen viser beregninger for kreftforekomsten i Norge over tid. De vanligste kreftformene i Norge er forbundet med livsstil, og endringer i forekomst gjenspeiler både endringer i tidligdiagnostikk og hvordan risikofaktorene endrer seg. Forekomsten i absolutte tall har økt betraktelig de senere årene, fordi det blir flere eldre. I aldersjusterte rater er det mindre økninger.

Kreft i Norge

Kreftregisteret er et av verdens eldste nasjonale kreftregistre, og har siden begynnelsen av 1950-tallet hatt en nær komplett oversikt over alle krefttilfellene i Norge. I dag har registeret også såkalte kvalitetsregistre, eller spesialregistre, for en rekke spesifikke kreftformer hvor hensikten er å samle inn data for å kunne overvåke og forske på behandling og oppfølging av kreftpasienter. En oversikt over kreftbildet i Norge utgis årlig i *Cancer in Norway*(1), og i rapporter fra de ulike spesialregistrene. I tillegg bidrar Kreftregisteret med tall til en nordisk database, NORDCAN (2). Figurene her i artikkelen er generert fra denne databasen.

Alder og livsstil viktigste risikofaktorer

Kreft forekommer i alle land, men hvilke krefttyper som dominerer, varierer. I Norge, som i en rekke andre vestlige land, er prostata-, lunge-, bryst- og tarmkreft de vanligste kreftformene (1–2). Alder er den viktigste risikofaktoren for de aller fleste kreftformene. Dette illustreres godt i figur 1 som viser hvor mange nye tilfeller av kreft (insidens) det diagnostiseres pr. 100 000 personer i ulike aldersgrupper (2). Fra 50-årsalderen er det en stor økning i risikoen for kreft. Hvis vi slår sammen risikoen for å få kreft i de ulike aldersgruppene, får vi det vi kaller en livstidsrisiko. Dette er et mål på risikoen for å rammes av



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

og overlevelse av kreft

kreft i hele levetiden (oftest satt opp til 75 år). Vi vet at om lag én av tre kvinner og menn i Norge vil rammes av kreft før fylte 75 år.

Risikofaktorene for de vanligste kreftformene varierer (3). Røyking, en av de sterkeste risikofaktorene, forårsaker bortimot 80 prosent av all lungekreft (4). Vestlig livsstil med inaktivitet og fedme er – sammen med røyking – risikofaktorer for tarmkreft. Lav og sen reproduksjon, livsstilsfaktorer som overvekt, fysisk inaktivitet og alkohol er risikofaktorer for brystkreft (3).

Tidlig diagnostikk

Bedret diagnostikk og nye tester kan også virke inn på forekomsten av ulike kreftformer. Et eksempel på dette er innføringen av screening for brystkreft (mammografi-programmet for brystkreft). Her har man sett en økning i forekomsten, særlig når det gjelder svulster i et tidlig stadium (5), etter at programmet ble innført. Samtidig er det ingen økning, men tvert imot et lite fall, i forekomsten av avanserte stadier, og antall som dør av brystkreft har falt.

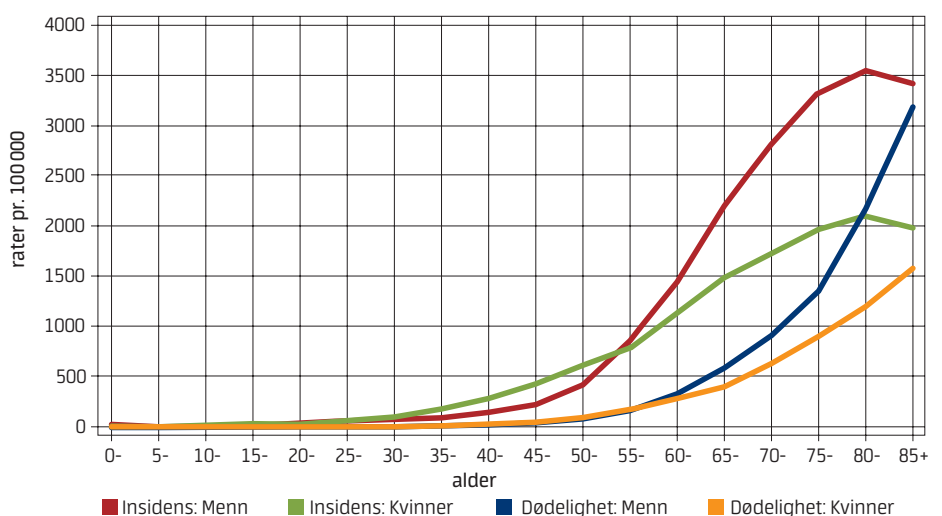
Testing for prostataspesifikt antigen (PSA) er et annet eksempel. Etter at testen ble tatt i bruk på begynnelsen av 1990-tallet har det vært en sterk økning i antall nye prostatakrefttilfeller. Det er likevel grunn til å anta at det også har vært en underliggende økning i risiko for både brystkreft og prostatakreft, i alle fall for brystkreft, hvor livsstilsfaktorer er velkjente risikofaktorer (3). Forbindelsen mellom kroppsvekt og postmenopausal brystkreft har vært kjent i over 40 år.

Endring i forekomst og dødelighet de siste 30 år

For å kunne sammenligne risiko for kreft og kreftdødelighet over tid og mellom populasjoner, oppgis ofte disse målene i rater.



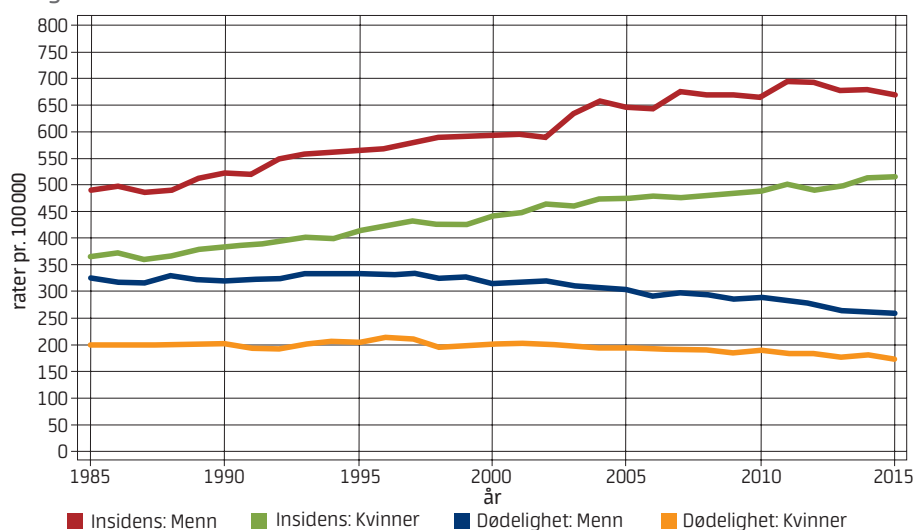
Norge (2015). Alle kreftformer unntatt hudkreft annet enn føflekkreft



FIGUR 1. Kreftforekomst (insidensrate) og dødelighet (dødelighetsrate) øker med alder.

KILDE: NORDCAN © ASSOCIATION OF THE NORDIC CANCER REGISTRIES (5.3.2018) / GRAF: 07 MEDIA

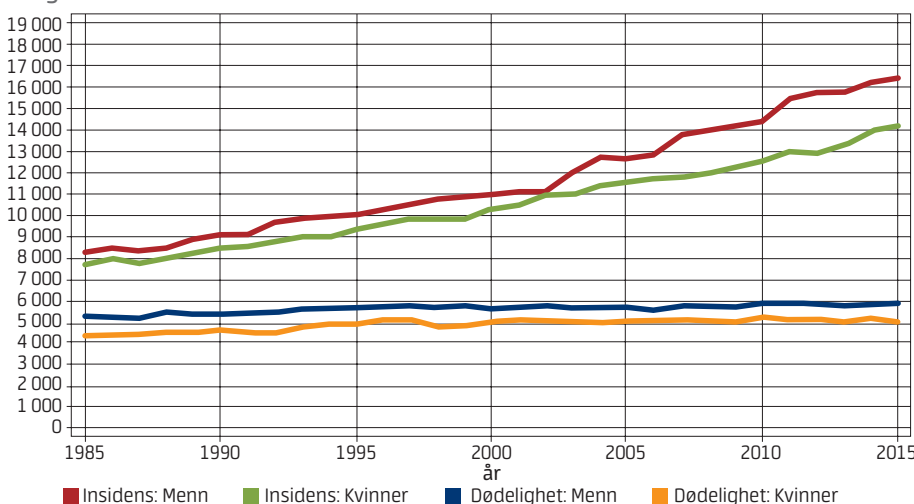
Norge. Alle kreftformer unntatt hudkreft annet enn føflekkreft. ASR (N) alder 0–85



FIGUR 2. Endringer i aldersstandardisert insidensrate og dødelighetsrate.

KILDE: NORDCAN © ASSOCIATION OF THE NORDIC CANCER REGISTRIES (5.3.2018) / GRAF: 07 MEDIA

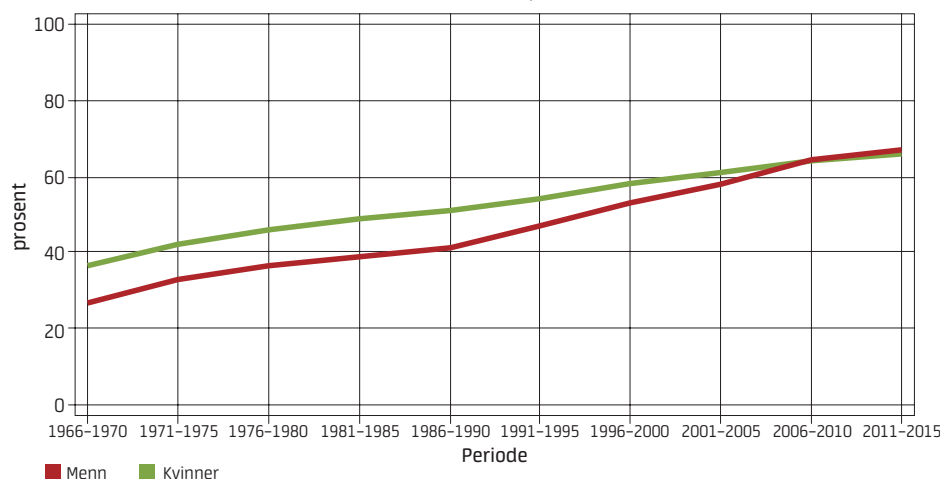
Norge. Alle kreftformer unntatt hudkreft annet enn føflekkreft. Antall alder 0–85+



FIGUR 3. Økning i antall nydiagnostiserte krefttilfeller og dødsfall forårsaket av kreft.

KILDE: NORDCAN © ASSOCIATION OF THE NORDIC CANCER REGISTRIES (5.3.2018) / GRAF: 07 MEDIA

Norge. Alle kreftformer unntatt hudkreft annet enn føflekkreft. 5-års alders-standardisert relativ overlevelse (%), alder 0–89



Dette beregnes ved å oppgi antall nye tilfeller eller dødsfall av kreft pr. 100 000 personer. I tillegg justeres ratene for ulike alderssammensetning (aldersstandardisering). I løpet av de siste 30 årene har risikoen for kreft totalt sett økt med over 40 prosent, mens det har vært en nedgang i kreftdødelighet på 20 prosent (FIGUR 2).

Det absolutte antall av nye krefttilfeller er et viktig mål for ansatte i helsevesenet, og for å planlegge fremtidig ressursbehov i primær- og spesialisthelsetjenesten. Antallet nydiagnostiserte kreftpasienter er nesten doblet på 30 år, både hos menn og kvinner (FIGUR 3). I den samme perioden har antall kreftdødsfall «bare» økt med 12–15 prosent. Dette innebærer at flere lever lenger med sin kreft, og relativ overlevelse har økt tilsvarende (FIGUR 4).

Størst økning hos de eldste i årene fremover

Det har vært en økning i de aldersspesifikke ratene de siste tiår (FIGUR 5). Økningen har vært størst hos 60–69-åringene, og aller høyest hos menn mellom 65 og 69 år. Men forekomsten av kreft, altså ratene pr. 100 000 innbyggere, er fremdeles høyest hos dem som er 75 år eller eldre.

Økningen i antall kreftpasienter i ulike aldersgrupper er en funksjon både av kreft-ratene og antall mennesker i aldersgruppen. I Norge er det særlig alderskohortene født de først tiårene etter andre verdenskrig som setter sitt preg på kreftbildet. Disse er nå i alderen 50–70. Antall krefttilfeller vil fortsette å øke ettersom denne kohorten blir eldre.

Fremskrivninger kan gjøres ved hjelp av databasen NORDCAN (2). Disse viser at fra 2017 til 2032 forventes en økning i kreft totalt på 34 prosent (FIGUR 6). Økningen er større for de eldste gruppene. Innen 2032 forventes antall krefttilfeller i de eldste aldersgruppene (over 80 år) å ha økt med mer enn 75 prosent. Ettersom disse pasientene ofte har komorbide lidelser, vil dette bli en særlig belastning både på spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Endringer i overlevelse

En økning i forekomst samtidig med en reduksjon i dødelighet, innebærer at overlevelsen øker. Et ofte brukt mål på overlevelse er femårs relativ overlevelse. Det innebærer en sammenligning av overlevelsen hos kreftpasienter i en viss aldersgruppe

FIGUR 4. Bedring i 5-års relativ overlevelse over tid.

KILDE: NORDCAN © ASSOCIATION OF THE NORDIC CANCER REGISTRIES (5.3.2018) / GRAF: 07 MEDIA

De siste tiår har økningen
i kreftraten vært aller høyest hos
menn mellom 65 og 69 år.

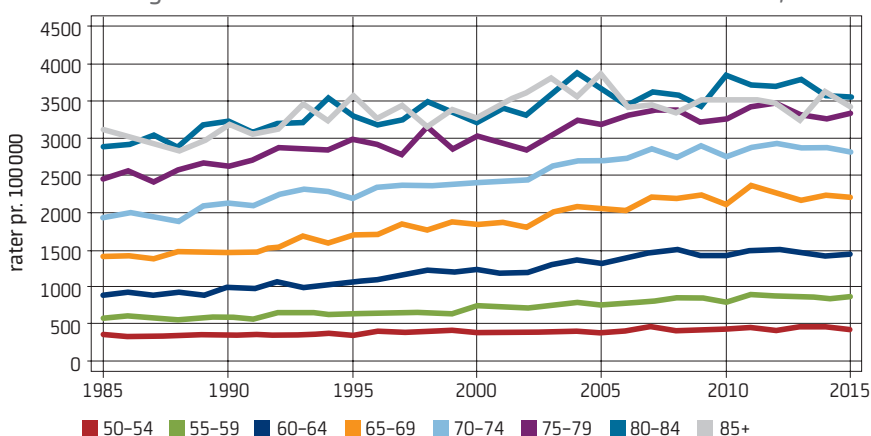
ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



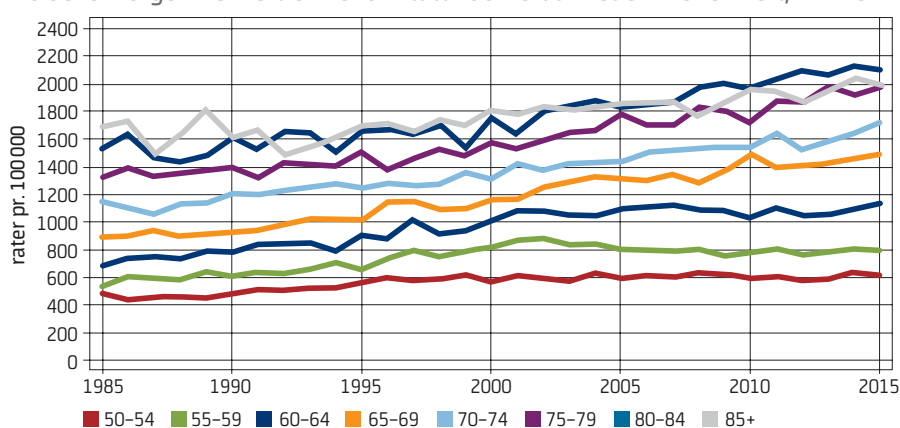
FIGUR 5. Økning i aldersspesifikke kreftreter over tid.

KILDE: NORDCAN © ASSOCIATION OF THE NORDIC CANCER REGISTRIES (5.3.2018) / GRAF: 07 MEDIA

Insidens: Norge. Alle kreftformer unntatt hudkreft annet enn føflekkreft, menn



Insidens: Norge. Alle kreftformer unntatt hudkreft annet enn føflekkreft, kvinner



med overlevelsen hos en tilsvarende gruppe mennesker i samme aldersgruppe som ikke har kreft. Dette er derfor et relativt, og må ikke forveksles med et absolutt mål. For eksempel: 100 prosent relativ overlevelse hos 90-åringer med kreft innebærer ikke at alle vil være i live om fem år, men bare at sammenlignet med en gruppe 90-åringer uten kreft, ville overlevelse ikke være dårligere hos kreftpasientene.

I helsetjenesten er det stadig flere som ønsker å vise overlevelsestall for egen institusjon. Utfordringen med dette er at overlevelsen kan bli bedre både ved et behandlingen blir bedre, men også ved at flere får en tidlig diagnose. Dersom det i en gitt populasjon blir funnet dobbelt så mange lungekrefttilfeller fordi man klarer å identifisere kreften på cellediagnose, fem år før den blir symptomgivende, vil overlevelsen i denne gruppen automatisk bli bedre, selv om like mange vil dø av sin sykdom som før. De har bare levd lenger med sin sykdom. Derfor er det essensielt å se på tall for både forekomst, dødelighet og overlevelse samtidig (1).

For kreftformer som det er igangsatt screeningprogrammer for, er det langsiktige målet å redusere dødeligheten. Reduksjon i dødelighet skyldes både forbedringer i behandling som gis ved et visst stadium, men også at man har diagnostisert en kreftform i et tidligere stadium, hvor den er enklere å behandle. Iblant kan det være hensiktsmessig å se på stadiumspesifikk forekomst eller dødelighet. Slike analyser forutsetter at det ikke har vært endringer i definisjonen av stadium over tid.

For noen kreftformer hvor overlevelsen tradisjonelt har vært veldig lav, og hvor det ikke foregår noe nasjonal screening, kan endringer i overlevelse likevel være det viktigste mål på fremskritt. Et eksempel er lungekreft.

Lungekreftoverlevelse – et eksempel på fremskritt

Et av de store lyspunktene innen kreftomsorgen har vært bedringene i lungekreftoverlevelse. I dag overlever halvparten av pasientene sin kreftsykdom i ett år, og 5-års relativ overlevelse for menn ligger nå på 16 prosent, mens det for kvinner er 22 prosent (1). Dette er betraktelig bedre enn for noen tiår siden.

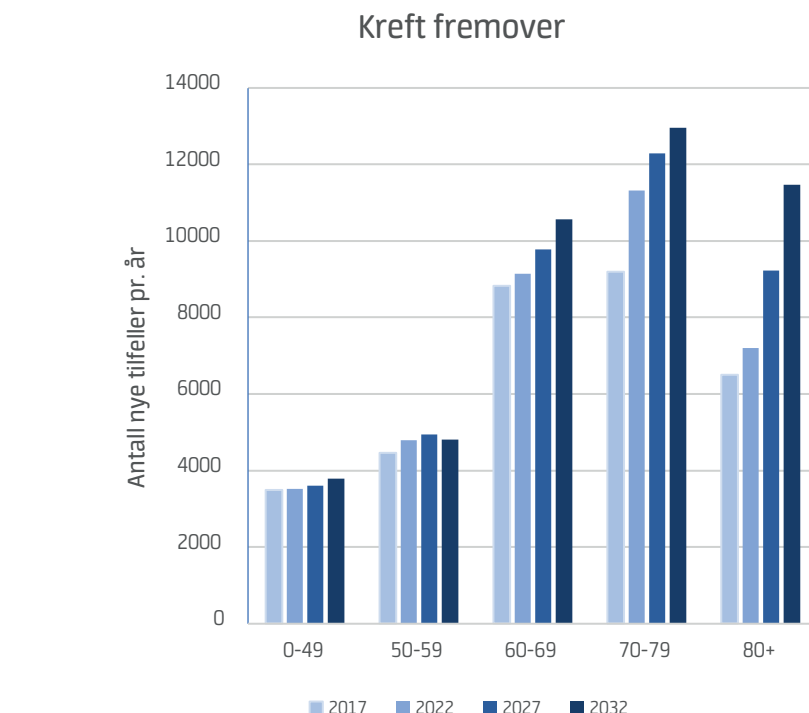
Fremdeles er det et mindretall av lungekreftpasientene som kan tilbys kurativ behandling. Men tallet har steget betydelig de siste tiår, og ble i 2017 beregnet til å ligge på vel 1 av 3, eller 37 prosent (6). For pasienter diagnostisert mens kreften fremdeles er lokalisert til lungene, er overlevelsen på over henholdsvis 50 prosent for menn og 60 prosent for kvinner. Dette er en markant endring, mer enn en tredobling på 30 år.

Raskere utredning, mer presis diagnostikk og flere behandlingsalternativer er noe av forklaringen på den bedrede overlevelsen.

Oppsummering og fremtidsutsikter

Kreftbildet i Norge preges i stor grad av aldersfordelingen i befolkningen. De store kreftformene er vanligst hos de eldste, og vil fortsatt være det fremover. Lyspunkter er at dødelighetsratene totalt sett, og for en rekke kreftformer, har falt.

Større nedganger ville kreve drastiske omlegginger av norsk livsstil, noe som anses som lite realistisk. Fortsatt forbedringer



FIGUR 6. Forventet krefttilfeller fremover i tid. Basert på konstante rater, Norpred (7).

i diagnostikk, i tillegg til enda bedre og mer treffsikker kirurgisk og medisinsk behandling vil fortsatt være viktig for ytterligere fall i dødelighetsratene i årene fremover.

REFERANSER

1. Cancer in Norway 2016. <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2016/>.
2. Engholm G, Ferlay J, Christensen N, Hansen HL, Hertzum-Larsen R, Johannesen TB, Kejs AMT, Khan S, Ólafsdóttir E, Petersen T, Schmidt LKH, Virtanen A, Storm HH. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 8.0 (20.12.2017). Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society. Available from <http://www.ancre.no>, accessed on 3/3/2018.
3. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical

Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.

4. Hassfjell CS, Grimsrud TK, Standing WJE, Tretli S. Lungekreftforekomst knyttet til radoneksposering i norske boliger Tidsskr Nor Lægeforen. 2017 Aug 21; 137(14–15).
5. Larsen IK, Myklebust TA, Johannesen TB, Møller B, Hofvind S. Stage-specific incidence and survival of breast cancer in Norway: The implications of changes in coding and classification practice. Breast (Edinburgh, Scotland). 2018; 38: 107–13.
6. Årsrapport 2016 med resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft. Oslo: Kreftregisteret, 2017. https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2017/arsrapport-2016_lungekreft.pdf.
7. NORDPRED: <http://www.kreftregisteret.no/en/Research/Projects/Nordpred/>.

■ GISKE.URSIN@KREFTREGISTERET.NO

Kvinnelig kjønnslemlestelse

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver, NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse)

I vårt flerkulturelle samfunn vil helsearbeidere i økende grad stå overfor skikk og bruk som kan virke fremmed og uforståelig. Noen skikker, som har vist seg å medføre helseskade, er de siste tiårene blitt satt ettertrykkelig på dagsorden, ikke minst i ulike offentlige media, og mediadebatten kan i noen tilfeller synes å farge møtet med pasienter fra områder hvor skikkene praktiseres. I denne og en påfølgende artikkel vil jeg presentere oppdatert kunnskap om to slike skikker, kvinnelig kjønnslemlestelse og tvangsekteskap – i håp om at slik kunnskap skal kunne hjelpe helsearbeidere til å legge sensasjonspregede forestillinger og fordommer til side, og møte også disse pasientene med kunnskap og forståelse.

Innledning: Helseskadelige skikker

Mennesket har gjennom tidene praktisert ulike former for mutilering av kroppen – ut fra overtro, kulturelle forventninger, religiøse forestillinger eller andre grunner. Inngrepene utføres gjerne i forbindelse med overgangsritualer, som for eksempel pubertet, ekteskapsinngåelse eller opptak i en engere krets. Men det mutileres også for å avhjelpe sykdom (for eksempel trekking av de midterste, nedre fortennene for å sikre tilførsel av væske i tilfelle tetanus),

for å tilpasse utseendet til gjengse normer for skjønnhet, eller for identifikasjon med en spesiell gruppe (1, 2). Potensielt skadelige, irreversible inngrep på kroppen som ikke har terapeutisk hensikt, men som i det vesentlige er sosialt begrunnet, omtales i engelsk litteratur som «harmful traditional practices» (3). Her brukes betegnelsen «helseskadelige skikker».

Selv om det ikke bare er jenter og kvinner som utsettes for dette, finnes særlig mange eksempler på «kulturens grep på kvinne-

kroppen» (4), ofte eldgamle skikker som opprettholdes dels av menns behov for å dominere og kontrollere kvinners seksualitet, dels av kvinners behov for sosial og økonomisk trygghet (5). Slike skikker ansees i dag som alvorlig kjønnsrelatert vold og representerer opplagte brudd på menneskerettighetene (6). Eksempler er kvinnelig kjønnslemlestelse, bryst-strykning, medgift, æresdrap, kjønns-selektert abort, og tvangsekteskap (7–9). Kvinner har ofte en sentral, gjerne utøvende rolle i videreføring

HOVEDBUDSKAP

Helseskadelige skikker utfordrer vår evne til å vise empati og forståelse for pasientens problemer.

Populære forestillinger, som til tider avviker sterkt fra funn fra vitenskapelige studier, kan virke både ydmykende, fremmedgjørende og sårende for pasienter som kommer fra områder hvor slike skikker praktiseres.

Det er viktig at vi som helsearbeidere tar grep om vår moralske panikk, og at vi reflekterer over våre egne holdninger og vår egen praksis på dette og tilgrensende områder, slik at vi bedre kan legge til rette for den gode samtalen.

WOMEN HAVE A RIGHT
TO BE FREE FROM
GENITAL MUTILATION.

«Skrift på veggen» i en gymnastikksal i en landsby i Dodomadistriktet. FOTO A. AAMBØ

gen av slike skikker (8), selv om betydningen av mennenes holdninger ikke må undervurderes (10, 11). En ofte fremsatt forklaring er at i samfunn hvor kvinner ikke har eiendomsrett og få muligheter til utdanning og lønnet arbeid, vil det å gifte seg med en mann av høyere rang ofte være eneste mulighet til sosial mobilitet (5). Foreldre, og kanskje særlig mødrene, gjør derfor alt som kan bedre sine døtres muligheter på ekteskapsmarkedet – selv om det måtte innebære både smerte, krenkelser og potensiell skade.

De siste tiårene er det blitt satt i verk en rekke tiltak for å avskaffe helseskadelige skikker både på nasjonalt og internasjonalt nivå. Å ta grep om kjønnsdiskriminerende lover og holdninger og å avskaffe tradisjonsbundne skikker som legitimerer vold mot kvinner inngår således både i WHO's «Tusenårsmål» (12) og FN's «Bærekraftsmål» (13). I forbindelse med migrasjon fra land hvor helseskadelige skikker praktiseres vil

helsearbeidere i økende grad stå overfor utfordrende problemstillinger knyttet til disse. I denne artikkelen vil jeg presentere oppdatert kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse, kunnskap som jeg håper vil kunne bidra til mer fordomsfrie og empatiske møter mellom pasienter fra de aktuelle områdene og helsearbeidere av ulike kategorier, ikke minst leger.

Kvinnelig kjønnslemlestelse

Kvinnelig kjønnslemlestelse praktiseres i en lang rekke land både i Afrika og Asia, men er spesielt omfattende i Somalia, hvor 97 prosent av kvinner over 18 år er kjønnslemlestet, eller som det der heter, har gjennomgått *gudniinka dumarka*, dvs. «omskåret» (14), som også er den betegnelsen jeg i det følgende vil bruke. På verdensbasis er det anslått at mellom 90 (15) og 200 mill. (16) kvinner er omskåret, og at ca. 3 mill. jenter omskjæres hvert år.

Både alderen når inngrepet utføres, omfanget og hvilken mening det tillegges varierer mye (17). WHO opererer med fire typer omskjæring, hvorav type III, infibulering, er den mest omfattende. Her fjernes deler av klitorishodet sammen med de små kjønnsleppene og de store kjønnsleppene sys deretter sammen slik at de danner et segl over introitus med kun en liten åpning hvor urin og menstruasjonsblod kan passere. I Hergeisa i Somalia er over 80 prosent omskåret på denne måten (14). I andre tilfeller fjernes kun en del av klitorishodet, ev. sammen med deler av de små kjønnslepper (Type I og II), eller det utføres andre skadelige inngrep (Type IV).

Her til lands har omskjæring av jenter og kvinner skapt både sterke emosjoner og utstrakt fordømmelse, ikke minst i media. Siden 1995, hvor vi fikk den første loven som eksplisitt forbød kjønnslemlestelse (nå Straffeloven § 284, § 285), er da også en rekke tiltak satt i verk for å bringe skikken

Elever og lærere samles på skoleplassen i en landsby i Dodomadistriktet, Tanzania. Fra en helseopplysningskampanje rettet mot tradisjonen med å omskjære jenter og kvinner. FOTO A. AAMBØ



til opphør – i form av handlingsplaner (18, 19), veiledere (20–22) og ulike prosjekter, for eksempel det nasjonale «OK-prosjektet» og prosjektet «Qimee jirkaga» (Respekt for egen kropp) i regi av Somalisk kvinneforening/PMV. Dessuten er det ved de regionale helseforetakene utviklet tilbud om «deinfibulering», det vil si åpnende kirurgisk behandling.

Som i andre skandinaviske land, ser det ut til at en her langt på vei har lyktes med å avskaffe denne helseskadelige skikken, ikke minst på grunn av iherdig innsats fra en rekke somaliske aktivister. Vi må likevel være klar over at til tross for dette, vil antall kvinner som lever med mutilerte kjønnsorganer i tiden fremover øke på grunn av den generelt økende levealder (23). Det vil si at det vil bli stadig flere omskårne kvinner som har behov for helsehjelp på grunn av sekveler etter eller problemer knyttet til omskjæringen.

Case

Den følgende kasuistikken, som er basert på en samtale jeg hadde med en somalisk kvinnelig innvandrers til Norge, kan tjene som en illustrasjon, samtidig som den introduserer noen av de temaene som er aktuelle i et migrasjonsperspektiv. Amina, som jeg har valgt å kalle henne, ble født i Mogadishu og bodde der frem til hun var 10 år. Hun forteller:

Jeg ble omskåret da jeg var åtte. Jeg hadde sett frem til dette, til å bli som de store jentene, og da mor en dag tok meg med til klinikken for å få det gjort, var jeg både stolt og glad. Jeg fikk lokalbedøvelse og selve omskjæringen gjorde ikke vondt. Smertene kom først da bedøvelsen var gått ut, men lettelsen og gleden over nå å være som de voksne gjorde at smertene var til å holde ut. Etter at jeg kom til Norge fikk jeg mange nye venninner. Noen var fra Somalia. Når vi ble bedre kjent, fikk jeg greie på at ingen av dem var omskåret. Jeg ble forbauset, særlig fordi mange av dem var muslimer. Og jeg som alltid hadde trodd at en måtte være omskåret for å være en god muslim! Jeg tenkte og grublet over hvordan dette kunne ha seg. Jeg leste Koranen, og fant etter hvert ut at omskjæring av jenter ikke har noe med islam å gjøre.

Jeg begynte da å tvile på om det jeg hadde vært igjennom var riktig. Hvordan kunne noen gjøre noe så grusomt mot sine barn om det ikke var nødvendig? Jeg forstod likevel at mor hadde gjort det hun gjorde i aller beste hensikt, og jeg ville ikke bære noe nag til henne. Men når jeg så meg selv sammen med mine nye venninner, begynte jeg å tenke at jeg var unormal. Jeg ønsket så inderlig å være som dem. Så hørte jeg at de på sykehuset hadde et tilbud om å bli «deinfibulert». Jeg bestemte meg for å dra dit, selv om

jeg enda ikke var gift. Jeg hadde jo ingen tanker om å ha sex på den tiden. Jeg ville bare bli som de andre jentene. Men hos legen fikk jeg nesten sjokk! Da jeg fortalte at jeg ville åpnes, var det nesten som om gynekologen trakk ned en gardin foran ansiktet. Hun tok frem en sånn diger, blank greie som de undersøker med. Jeg ble redd og spurte: «Hva skal du med den?» «Jeg skal undersøke deg», svarte hun. «Er du seksuelt aktiv?» «Nei!» svarte jeg, og forsøkte å få henne til å forstå at jeg ikke ville undersøkes på den måten. «Du skal bare ikke tro at jeg ikke får denne inn. Selvfølgelig går den inn. Det vet vel du!» sa hun og himlet med øynene. Jeg var nesten på gråten og det var like før jeg ville reise meg og gå. «Jeg er jomfru», fikk jeg stammet frem. «Jeg har aldri hatt sex». Det ble ikke noen undersøkelse. Jeg ble sendt rett opp på operasjonsstuen. Der var de som tok imot meg både imøtekommende og forståelsesfulle og selve operasjonen gikk greit. Men i lang tid etterpå satt opplevelsen i meg, spesielt når jeg en sjelden gang måtte til en gynekolog. Da ble jeg både livredd og ansent. Det kom helt automatisk.

Når jeg nå ser tilbake på denne hendelsen, blir jeg sint. Da jeg oppsøkte klinikken for å bli deinfibulert, gjorde jeg noe som jeg egentlig var svært usikker på, noe jeg kanskje ikke burde, noe som jeg slett ikke turte fortelle til mor. Hvordan skulle jeg forklare dette til henne? Hun ville sikkert tro at jeg hadde truffet en gutt og ville ha sex. Jeg kunne heller ikke snakke med mine venninner om akkurat dette. Jeg ville bare bli som dem. Jeg var helt uskyldig! Og så møtte jeg denne gynekologen som behandlet meg som om jeg allerede var en seksuelt erfaren kvinne! Det jeg trengte den gangen var noen som jeg kunne snakke litt med. Noen som kunne si at deinfibulering ikke nødvendigvis betydde at jeg ikke var jomfru lenger. Jeg trengte oppmuntring og forståelse, kanskje også litt ros for at jeg hadde vært modig. I stedet møtte jeg sure miner og oppgitte sukk – fordi jeg ikke turte å bli undersøkt, fordi jeg ikke ville «bli åpnet» på den måten. Hvorfor kunne hun ikke bare høre på meg?

Denne nokså udramatiske historien – i alle fall om en sammenligner med medias sensasjonelle beskrivelser av jenter som blir omskåret – antyder en rekke tema som er høyst aktuelle i både dagens omskjæringsdebatt og i vår kliniske hverdag: en omfattende medikalisering av omskjæringstradisjonen; betydningen av sosial tilknytning som antidot for traumatisering; religionens betydning for videreføring av, men også motstand mot omskjæringstradisjonen; sosiale endringer som typisk skjer ved migrasjon; sårbarheten som preger den enkelte i endringsprosessen og, ikke minst, behovet for noen å snakke med som kan forstå og veilede. Det er utenfor rammen av denne artikkelen å

gi en fullgod innføring i disse til dels komplekse områdene, men jeg vil antyde noen problemstillinger.

Medikalisering av omskjæringstradisjonen

Tidligere var regelen at jenter ble omskåret av tradisjonelle fødselshjelpere – med primitive redskaper, under uhygieniske forhold og uten bedøvelse. Risikoen for komplikasjoner i form av ukontrollert blødning, sjokk, urinretensjon og/eller alvorlige infeksjoner var sannsynligvis stor, uten at det har vært mulig å dokumentere omfanget. Dessuten så man en rekke senvirkninger av inngrepet: vannlatingsproblemer, menstruasjonsproblemer, infeksjoner, fistler og arrdannelse – for å nevne noen (15). Tidlige forsøk på å bringe tradisjonen til opphør hadde gjerne fokus på slike skadevirkninger. Det har imidlertid hatt den utilsiktede virkningen at leger og andre utdannede helsearbeidere i økende grad har tatt over omskjæringspraksisen, for bl.a. å redusere skadevirkningene. Enkelte mener at dette er et steg i riktig retning (24), men når helsearbeidere engasjerer seg i en helseskadelig skikk på denne måten, bidrar det også til å gi skikken legitimitet. Til tross for gode intensjoner vil dette kunne bidra til at skikken vedlikeholdes og spres (25), slik det synes å skje i Indonesia i dag (26).

Kunnskapscenteret for helsetjenesten i FHI har utført metaanalyser på forekomsten av medisinske senvirkninger av omskjæringstradisjonen. Sammenlignet med uomskårne kvinner får flere omskårne urinveisinfeksjon (RR = 3,1) og bakteriell vaginose (RR = 1,68). Flere har smerter ved samleie (RR = 1,53) (27). I forbindelse med fødsler foretas det oftere keisersnitt og episiotomi (henholdsvis åtte og seks flere tilfeller pr. 100 kvinner), og langvarige fødsler eller vanskelig forløsning forekommer oftere (28). Ifølge en annen oversikt har ca. en tredjedel problemer med seksuell tilfredsstillelse (23). Selv om det er rimelig å anta at skadevirkningene er størst ved de mest omfattende formene, viser denne forskningen at selv i sine mildere former har omskjæring av jenter et betydelig skadepotensial, bl.a. i form av fødselskomplikasjoner og økt perinatal dødelighet (29).

Sosial tilknytning som antidot for traumatisering

Skadevirkningene er heller ikke begrenset til de fysiske og seksuelle. I gjennomsnitt angir ca. 30 prosent av omskårede kvinner



*Alle må delta! Selv de minste
er med når budskapet om å stoppe
omskjæring av jenter forkynnes.*

FOTO A. AAMBØ

symptomer på posttraumatisk stress. Her ser man imidlertid betydelig sosiokulturell variasjon. For eksempel er det forholdsvis sjelden at somaliere og eritreere utvikler posttraumatiske stressreaksjoner (30, 31), og en studie blant norsk-gambiere (32) viste at også de taklet omskjæringssituasjonen godt. Dette forklares ved at hendelsen var blitt plassert i en meningsfull sammenheng hvor jentene var blitt overbevist om at omskjæringen ville føre noe godt med seg, både for dem selv og familien. De følte seg trygge i omskjæringssituasjonen, og etterpå fikk de uforbeholden støtte fra både sine nærmeste og lokalsamfunnet. Men når disse jentene migrerte til et land hvor omskjæring av jenter er forbudt og omgivelsene tar avstand fra eller endog fordømmer tradisjonen, smuldres den sosiokulturelle støtten opp, og jentene havner i en prekær situasjon hvor risikoen for (re-)traumatisering er stor.

Religionens betydning

I den somaliske kulturen har omskjæringspraksisen vært infiltrert i religiøse forestillinger, noe også språket bærer preg av: «sunna» forbindes med «tradisjonen etter Profeten» og «halaalays», som skikken også gjerne kalles, kommer fra arabisk og betyr «ren i religiøs forstand» (33). Mange lærde muslimer hevder at omskjæring av jenter ikke har noe med islam å gjøre. For det første er tradisjonen eldre enn islam og den praktiseres av både animister, kristne og muslimer. De fleste muslimer praktiserer heller ikke denne skikken ettersom det ikke står noe om omskjæring av jenter i Koranen (34). Likevel, innen islam finnes flere ulike lovskoler, og enkelte av disse anser omskjæring av jenter ikke bare som ønskelig, men påkrevd. Shafi'i-skolen, som er utbredt bl.a. i Somalia og Indonesia (26, 35, 36) forfekter et slikt syn. Selv om det er uklart hvilken betydning de ulike lovsko-

lene har for muslimer i eksil, viser undersøkelser at religion er en av de viktigste grunnene til at skikken holdes ved like (14, 37, 38).

Sosiale endringer ved migrasjon

Forventningen om etterlevelse av omskjæringstradisjonen er internalisert hos både kvinner og menn. Den er blitt integrert i religionsutøvelsen, og fremstår således som både naturlig og riktig, samtidig som den konstituerer gruppens identitet: «Ved å holde ut smerten, blir du en av oss!» (33). Om den enkelte i en slik situasjon skulle finne det for godt å utfordre tradisjonen, vil de sosiale omkostningene ikke være til å bære. Mackie (5) bringer inn en metafor som forklaring: Hvis trafikkreglene tilsier at det kjøres på venstre side av veien og noen vil demonstrere sin uenighet ved å kjøre på den høyre, kan dette være direkte

farlig, både for vedkommende selv og andre.

Likevel, de fleste grunnene til at omskjæringstradisjonen opprettholdes smuldres opp når somaliere migrerer til et land som Norge. Jenter tar høyere utdanning. De får jobb og gjør karriere. Velferdsordningene gjør at deres sosiale trygghet ikke lenger avhenger av om de er gift. I møte med muslimer som ikke praktiserer skikken stilles spørsmål om skikkens forankring i religionen. Dessuten er det svært mange somaliere, også menn, som ønsker at skikken blir avskaffet – trolig mange nok til at ekteskapsmarkedet fungerer utmerket selv for en uomskåret. Til overmål er praksisen her forbudt ved lov. Slik kan en flere tusen år gammel tradisjon endres i løpet av et par tiår. Men, som flere forskere antyder, det er grunn til å følge med på utviklingen for muligheten for reversering er fortsatt til stede (39–42).

Den enkeltes sårbarhet i endringsprosessen

Kulturell endring handler også om endring på individnivå, og når kulturen bokstavelig talt er kroppsliggjort – ikke bare i form av et mer eller mindre følsomt arr, men i et nettverk av holdninger, emosjoner og verdier – finnes grobunn for både skam, smerte og indre konflikt (43). Også forholdet til ens nærmeste kommer i søkelyset. Ikke alle viser da samme forståelse som Amina, men lever videre i sinne og frustrasjon. Etter den betydelige offentlige oppmerksomheten rundt omskjæringstradisjonen er det dessuten mange som opplever møtet med «de norske» som keitete og vanskelig. Utenforståendes «blikk» kan oppleves som både stigmatiserende og fremmedgjørende. En blir usikker, trekker seg ut av sosiale relasjoner og søker trygghet i isolasjonen (33).

Men selv om en tar til seg informasjon som endrer både selvoppfatning og forholdet til andre, endres ikke nødvendigvis de mer grunnleggende verdiene. Tvert imot kan disse bli mer fremtredende (44). Det religiøse fellesskapet blir viktig for å bevare identiteten. Mange dekker seg til (33), og det å fortsatt være jomfru etter deinfibulasjonen kan tillegges avgjørende betydning (45).

Behovet for noen å snakke med

Selv om somaliere i eksil har sluttet å omskjære sine døtre, lever mange med sin omskjæring. Noen av disse har behov for hjelp, ikke minst i forbindelse med

fødsler. Helsearbeidere (mellom andre) er da også pålagt viktige funksjoner både for å forhindre at tradisjonen videreføres og for å avhjelpe problemer hos dem som allerede er omskåret (21, 22). Det vil si at vi som helsearbeidere ikke bare har en dobbeltrolle som det til tider kan være vanskelig å håndtere, men vi vil kunne stå overfor tilstander som vi har svært lite erfaring med (46, 47).

I møte med det som i offentligheten gjerne omtales som voldelig, primitivt og barbarisk, er det dessuten lett å bli grepet av en slags moralsk panikk, at vi setter til side vanlig kritisk tenkning og blir mistenksomme, belærende eller endog fordømmende. En svensk undersøkelse (48) viser at skandinaver av afrikansk herkomst ofte stilltiende beskyldes for å være fanget i en primitiv kultur og anses som potensielle 'mutilatorer' uten at der finnes snev av evidens for dette. Men selv om beskyldningene ikke artikuleres, betyr det ikke at de ikke merkes. De kan føles både ydmykende og sårende. Mange unnlater å oppsøke lege av denne grunn (43).

Men også andre forhold kan bidra til at samtalen «halter». Her i Vesten er grenseoppgangen til gynekologisk kosmetisk kirurgi (labiaplastikk, som også er sosialt begrundet og som også påfører kjønnsorganet varige forandringer) spesielt vanskelig (25, 39). En kan lett havne i en slags dobbeltmoral: Samtidig som omskjæring av afrikansk-ættede kvinner fordømmes, blir kosmetiske endringer av ikke-afrikanske kvinners genitalia for en stor del akseptert ut fra at dette er pasientens eget valg, at «pasienten sliter med lavt selvbylde», eller de begrunnes i trender om hva som er normalt og vakkert av kjønnsorganer. Det kan her se ut som om vår uttalte ideologi om liberal individualisme gjør oss blinde for at det også her dreier seg om omgivelsenes forventninger (8, 39).

Informasjon er viktig i denne sammenhengen. Som helsearbeidere må vi her, som i andre sammenhenger, være klar over at om noen skal kunne ta til seg ny informasjon, må avsender ha såkalt «epistemisk autoritet». Med andre ord, den som mottar informasjon må ha tillit til at avsender vet hva han eller hun snakker om (44, 49). Dette vil kunne være et springende punkt dersom man i samtalen skulle komme inn på religiøse forestillinger. Selv om det er viktig å skille mellom tradisjon og religion, er dette ikke legens felt. Det er heller ikke legens oppgave å belære pasienten om vedkommendes tro. Likevel må det i ydmykhet være lov til å stille spørsmål også om religionens betydning for pasienten, for

eksempel om bakgrunnen for at omskjæringstradisjonen begrunnes i religionen – om det skulle være aktuelt og om relasjonen kan bære det. Spørsmål fører til ettertanke.

Når en pasient så ber om å «åpnes», er det viktig å skille mellom deinfibulering og «deflorering», som vi allerede har vært inne på. Her kan den kyndige legen uttale seg med mer autoritet. Vi må da huske at betydningen av å vise empati, lytte og forsøke å forstå er spesielt viktig i møte med disse skadelige skikkene. Når legen viser respekt for pasientens kulturelle verdier og sensitivitet i forhold til hennes sårbare posisjon, er det lettere å snakke om positive så vel som negative erfaringer uten at «tausheten» brytes – en taushet som i mange sosiokulturelle sammenhenger verdsettes høyt og ofte er en uløselig del av kvinnens identitet (17).

Takk til Abdi Gele, Warsame Ali, Safio Bilqeyr Jimale, Berit Austveg, Harald Siem og Sverre Lie som har lest og kommentert på tidligere versjoner av denne artikkelen.

REFERANSER

1. Shameena et al (2016). Culture and oral health – a review Journal of Applied Dental and Medical Sciences Vol.2, No. 4.
2. Pinchi, V. et al. (2015). Dental Ritual Mutilations and Forensic Odontologist Practice: A Review of the Literature Acta Stomatologica Croatica Vol. 49, No. 1, s. 3–13. Doi: 10.15644/asc49/1/1.
3. Hellsten, S.K. (2004). Rationalizing circumcision: from tradition to fashion, from public health to individual freedom – critical notes on cultural persistence of the practice of genital mutilation J Med Ethics Vol. 30, s. 248–253. Doi: 10.1136/jme.2004.00888.
4. Jeffreys, S (2015). Beauty and Misogyny New York: Routledge.
5. Mackie, G. (1996). Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account American Sociological Review, Vol. 61, No. 6, s. 999–1017.
6. Wadesango, W.S. et al. (2011). Violation of Women's Rights by Harmful Traditional Practices Antropologist Vol.13, No.2, s. 121–129.
7. United Nations (1995) Fact Sheet No. 23, Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Woman and Children.
8. Winter, B. et al. (2010). The UN Approach to Harmful Traditional Practices International Feminist Journal of Politics Vol. 4, No.1, s. 72–94. Doi: 10.1080/14616740110116191.
9. Pemunta, N.V. (2016). The Social Context of Breast Ironing in Cameroon Athens Journal of Health Vol. 3, No. 4, s. 335–360.
10. Varol, M. et al (2015). The role of men in abandonment of female genital mutilation: a systematic review BMC Public Health 15: 1034. Doi: 10.1186/s12889-015.2373-2.
11. Ruiz, I.J. et al. (2017). Dismantling the man-made myths upholding female genital mutilation Health Care for Women International Vol. 38, No 5, s. 478–491. Doi: 10.1080/07399332.2017.1289211.
12. WHO (2005). Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals Geneva: WHO.

13. UN Women (2017). Spotlight on Sustainable Development Goal 5: Achieve gender equality and empower all women and girls www.unwomen.org/en/digital-library/multimedia/2017/7/infographic-spotlight-on-sdg-5.
14. Gele, A. et al (2013a). Have we made progress in Somalia after 30 years of interventions? Attitudes toward female circumcision among people in the Hargeisa district BMC Research. Notes 6: 122.
15. Rushwan H. (2013). Review: Female genital mutilation: A tragedy for women's reproductive health African Journal of Urology Vol. 19, s. 130–33. Doi: 10.1016/j.afju.2013.03.002.
16. Muteshi, J. et al (2016). The ongoing violence against women: Female Genital Mutilation/Cutting Reproductive Health 13:44 Doi: 10.1186/s12978-016-0159-3.
17. Vissandjée, B. et al. (2014). Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences BMC International Health and Human Rights 14:13 <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/14/13>.
18. Barne-og likestillingsdepartementet: Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008–2011.
19. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet: Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger i unges frihet 2013–2016.
20. Helsetilsynet (2000). Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring IK-2723.
21. Helsedirektoratet (2014). Veileder: Forebygging av kjønnslemlestelse. Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse.
22. Legeforeningen (2014). Veileder i fødselshjelp <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/Kvinnelig-omskjaring-kjonnsllestelse/>.
23. Reisel, D. & Creighton, S.M. (2015). Review: Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM) Maturital Vol.80 s. 48–51. Doi: 10.1016/j.maturitas.2014.10.009.
24. Shell-Duncan, B. (2001). The medicalization of female «circumcision»: harm reduction or promotion of dangerous practice? Social Science & Medicine Vol. 52, s. 1013–1028.
25. Pearce, A.J. & Bewely, S. (2013). Medicalization of female genital mutilation. Harm reduction or unethical? Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine Vol. 24, No.1, s. 29–30.
26. Clarence-Smith, W.G. (2008). Islam and Female Genital Cutting in Southeast Asia: The Weight of the Past Finnish Journal of Ethnicity and Migration Vol.3 No. 2, s. 14–22.
27. Berg, R. et al (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis BMJ Open 4:e006316, Doi: 10.1136/bmjopen-2014-006316.
28. Berg, R.C. & Underland, V. (2013). The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis Obstetrics and Gynecology International Doi:10.1155/2013/496564.
29. WHO study group on FGM and obstetric outcome (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries The Lancet Vol 367, s. 1835–1841.
30. Mulongo, P. et al. (2014). The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review, Journal of Reproductive Health and Infant Psychology Vol. 32, No. 5 s. 469–485. Doi: 10.1080/02646838.2014.949641
31. Knipscheer, J. et al. (2015). Mental health problems associated with female genital mutilation BJ Psych Bulletin Vol. 39, s. 273–277. Doi: 10.1192/pb.bp114.047944.
32. Schultz, J-H. & Lien, I-L. (2014). Cultural protection against traumatic stress: traditional support of children exposed to the ritual of female genital cutting International Journal of Women's Health Vol. 6, s. 207–219. Doi: 10.2147/IJWH.S51988
33. Talle, A. (2008). Precarious Identities: Somali Women in Exile Finnish Journal of Ethnicity and Migration Vol.3, No. 2, s. 64–73.
34. Rouzi, A.A. (2013). Facts and controversies on female genital mutilation and Islam The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care Vol. 18, No. 1, s. 10–14. Doi: 10.3109/13625187.2012.749982.
35. Abu-Sahlieh, S.A.A (1994). To Mutilate in the Name of Jehovah or Allah: Legitimization of Male and Female Circumcision Med Law Vol. 13, s. 575–622.
36. Johnsdotter, S. (2003). Somali women in western exile: Reassessing female circumcision in the light of Islamic teachings Journal of Muslim Minority Affairs Vol.32, No. 2, s. 361–373. Doi:10.1080/1360200032000139983.
37. Berg, R. & Denison, E. (2013). A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review Health Care for Women International Vol.34, No. 10, s. 837–859. Doi: 10.1080/07399332.2012.721417.
38. Mohamud M. et al. (2016). Assessment of Barriers of Behavioral Change to Stop FGM Practice among Women of Kebri Beyah District, Somali Regional State, Eastern Ethiopia. Global Journal of Medical Research Vol. 16, No. 6, s. 2249–4618.
39. Essén, B. & Johnsdotter, S. (2004). Female Genital Mutilation in the West: Traditional circumcision versus genital cosmetic surgery Acta Obstet Gynecol Scand Vol. 83, s. 611–613.
40. Gele, A. et al (2012a). Attitudes toward female circumcision among Somali immigrants in Oslo: a qualitative study International Journal of Women's health Vol. 4, s. 7–17. Doi: 10.2147/IJWH.S27577.
41. Gele, A. et al (2012b). When female circumcision comes to the West BMC Public Health 12: 697.
42. Gele, A. et al. (2015). Is female circumcision evolving or dissolving in Norway. A qualitative study on attitudes toward the practice among young Somalis in the Oslo area. International Journal of Women's Health Vol. 7, s. 933–943. Doi: 10.2147/IJWH.S293217.
43. Vloeberghs, E. et al. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands Ethnicity and Health Vol. 17, No. 6, s. 677–695. Doi: 10.1080/13557858.2013.771148.
44. Lien, I-L. & Schultz, J-H. (2013) Internalizing Knowledge and Changing Attitudes to Female Genital Mutilation Obstetrics and Gynecology International Doi:10.1155/2013/467028.
45. Johansen, R.E.B. (2016). Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway Culture, Health and Sexuality. Doi: 10.1080/13691058.2016.1239838.
46. Balfour, J. et al (2016). Interventions for health care providers to improve treatment and prevention of female genital mutilation: a systematic review BMC Health Services Research 16: 409. Doi: 10.1186/s12913-016-1674-1.
47. Dawson, A. et al (2015). A systematic review of doctor's experiences and needs to support the care of women with female genital mutilation International Journal of Gynecology and Obstetrics Vol.131, s. 35–40. Doi:10.1016/j.ijgo.2015.04033.
48. Johnsdotter, S. (2008) Popular Notions of FGC in Sweden: The Case of Ali Elmi Finnish Journal of Ethnicity and Migration Vol.3, No. 2, s. 74–82.
49. Aambø, A. (2015) Terapi som kunnskapsgenererende prosess Fokus på familien No.2, s. 144–164.

ARILD.AAMBO@FHI.NO

UTPOSTEN

- en viktig arena for
utvikling av primærmedisinen

Meslinger

■ ØYSTEIN ROLANDSEN RIISE,
SUSANNE DUDMAN OG TONE BRUUN

Avdeling for vaksineforebyggbare sykdommer,
Folkehelseinstituttet

Meslinger er en svært smittsom febersykdom som skyldes infeksjon med meslingevirus. Mennesket er eneste reservoar for meslinger. Vaksine mot meslinger, kusma og røde hunder (MMR) gir effektiv beskyttelse mot meslinger. Ved minst 95 prosent vaksinasjonsdekning kan sykdommen utryddes.

Bakgrunn

Meslingeviruset likner genetisk på kvegpest-virus (erklært utryddet i 2011). Det er sannsynlig at viruset utviklet seg til en menneskesykdom i samfunn der mennesker og dyr levde sammen. Noen hevder at dette kan ha inntruffet for 5000–10 000 år siden, mens andre mener at dette først oppsto på 11–1200-tallet da befolkningene var store nok til å opprettholde smitte med meslinger over tid. Thomas Sydenham beskrev det kliniske bildet i 1676. John Enders og Thomas Peebles klarte å identifisere viruset i 1954. Kun åtte av de 24 kjente meslingevirus-genotypene er påvist det siste tiåret. Dette tyder på at mange genotyper ikke lenger sirkulerer.

I 1963 kom den første meslingevaksinen. Stadig økende vaksinasjonsdekning har ført til en dramatisk reduksjon av sykdomsforekomsten globalt. Verdens helseorganisasjon har som målsetning at mes-

linger skal være eliminert (stans av kontinuerlig smittespredning) fra minst fem av seks regioner innen 2020.

Sykdommen

Meslinger er en svært smittsom sykdom. I en befolkning der ingen er immune mot sykdommen, vil én syk smitte 12–18 andre. Gjennomgått sykdom gir livslang immunitet. I uvaksinerte befolkninger er det epidemier med to–tre års mellomrom der hovedsakelig yngre barn rammes. Det finnes ikke noe dyrereservoar for meslinger. Inkubasjonstiden er normalt 10–14 dager.

Meslinger spres ved luftsmitte (fjerndråpesmitte) og kontaktsmitte med sekret fra luftveier. Små dråper som inneholder virus kan holde seg i lufta i opptil to timer. Virus spres først til lokale lymfeknuter og spres deretter via blodbanen av infiserte lymfocytter. Slik kan celler i alle organsy-

stemer rammes. Den smitteførende perioden regnes fra fire dager før til fire dager etter oppstart av utslett.

Prodromalstadiet starter med feber, hoste, snue og lysskyhet. I løpet av et par dager kan det oppstå enanтем i munnen (Koplikske flekker). Deretter faller gjerne feberen før den stiger samtidig med begynnelsen de meslingeutslett. Utslettet begynner vanligvis bak ørene og sprer seg raskt til hele kroppen. Utslett, feber og andre symptomer varer vanligvis to til fem dager. Feber utover utslettstadiet kan være tegn på komplikasjon (TABELL 1).

Meslinger reduserer immunforsvaret på kort sikt og kanskje også i mange år. I høyinntektsland får omtrent 20 prosent komplikasjoner som for eksempel otitis media, diare, pneumoni og encefalitt (én av 1000 tilfeller). Subakutt skleroserende encefalitt kan opptre etter noen år (én av 100 000 til én av 1 000 000 tilfeller) og er alltid dødelig. Risikoen for denne følgetilstanden er størst hos barn som får meslinger før to-års alder.

Komplikasjoner er vanligst hos små barn, voksne, gravide, immunsupprimerte eller underernærte. Hos underernærte barn med vitamin A-mangel og uten godt helsetilbud kan dødeligheten være opptil 30 prosent.

Meslinger globalt

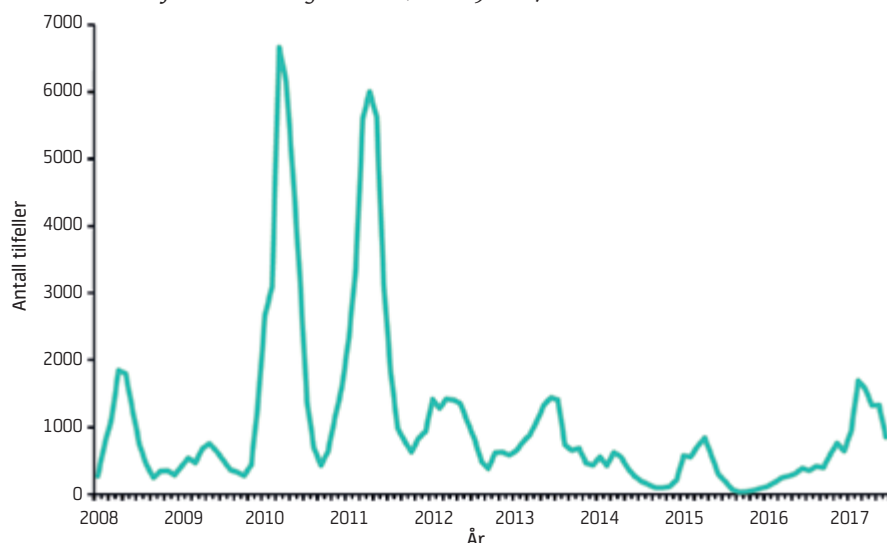
Meslinger var en viktig årsak til sykdom og død hos barn og forårsaket mer enn to millioner dødsfall årlig før det ble høy vaksinasjonsdekning globalt på 1980-tallet.

I 2016 fikk 85 prosent av alle barn i verden meslingevaksine, og for første gang var antall dødsfall under 100 000 pr. år. Amerikaregionen i Verdens helseorganisasjon var den første regionen som eliminerte meslinger (stans av kontinuerlig smittespredning i befolkningen) i 2016. De andre regionene har også mål om å oppnå dette, slik at sykdommen kan bli erklært utryddet.

Meslinger i Europa

Europaregionen hadde mål om eliminasjon av meslinger innen 2015. I løpet av de siste ti årene har sykdommen blitt sjeldnere, men det oppstår fortsatt større utbrudd med noen års mellomrom. I 2017 var det igjen en økning av meslinger med flest tilfeller i Romania, Italia, Tyskland og Hellas. I perioden 1. desember 2016 til 30. november 2017 ble det registrert 14 394 tilfeller i Europa. I 2016–17 bidro meslinger til 49 dødsfall. Per 2016 tilfredsstiller ikke EU-landene Belgia, Frankrike, Italia og Romania krav til eliminasjon av meslinger. I disse landene er det suboptimal oppslutning om barnevaksinasjonsprogram, men meslinger har blitt sjeldnere, og mange unge voksne har unnsuppet både naturlig

FIGUR 1. Antall tilfeller av meslinger i EU/EØS 2009–2017.*



* Fra 2008 til 2011 rapporterte 29 EU/EØS-land data over meslinger til Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC). Fra 2012 økte antall land til 30 etter at Kroatia ble medlem av EU.

sykdom og vaksinasjon. Ved utbrudd i disse landene ser vi derfor en høy andel syke blant ungdom og yngre voksne. Disse bidrar til at barn som er for små til å bli vaksinert og personer som ikke kan vaksineres på grunn av alvorlig grunnsykdom, kan bli smittet. Ved flere av utbruddene har helsetjenesten vært en viktig arena for smittespredning. Dette er bekymringsfullt fordi personer som er spesielt sårbare da lett kan bli smittet (FIGUR 2).

Meslinger i Norge

Den første meslingeepidemien i Norge ble beskrevet i 1669. På 1700-tallet er det beskrevet gjentatte store epidemier i Norden. Fra midten av 1800-tallet opptrådte periodiske meslingeepidemier med tre til fire års mellomrom i Norge. Dødeligheten var høy på 1800-tallet, men sank i første halvdel av 1900-tallet. De fleste gjennomgikk meslinger i barndommen. Immunstatusundersøkelser har vist at over 97 prosent av nordmenn født før meslingevaksinasjon ble innført i 1969, har hatt meslinger. De siste femten årene før vaksinasjon ble introdusert i barnevaksinasjonsprogrammet, ble det årlig meldt 20–30 tilfeller av alvorlig encefalitt og fem til ti meslingedødsfall. Den siste landsomfattende epidemien var i 1983–84. Etter dette har vi hatt sporadiske utbrudd. I 2011 hadde vi flere utbrudd med totalt 39 tilfeller. Årsaken var flere episoder med smitte importert fra utlandet og smittespredning blant hovedsakelig uvaksinerte. Helsetjenesten var et av stedene for smittespredning. I 2016 var det ingen tilfeller og i 2017 kun ett. Hittil i år har det vært rapportert om tre importtilfeller, hvorav det ene smittet en fjerde person i Norge. Disse tilfellene førte ikke – til tross for ekstrem smittsomhet – til noe større utbrudd, noe som viser at de aller fleste er immune etter gjennomgått infeksjon eller vaksinasjon, og viruset har få muligheter til å spre seg (TABELL 2).

Meslinger på legekontoret?

Dersom voksne tror de har meslinger eller dersom foreldre tror at barna kan ha meslinger, bør helsepersonell ta dette alvorlig. Dersom helsepersonell mener at en person kan ha meslinger skal ikke pasienten dele venterom med andre. Beskyttelsesutstyr skal benyttes ved undersøkelse.

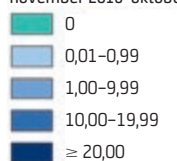
Diagnostikk

Det er utenom utbruddssituasjoner svært vanskelig å stille sikker diagnose uten støtte i laboratoriebekreftelse. Flere andre sykdommer kan gi liknende kliniske bilde, for eksempel rubella, parvovirus B19 (erythema infectiosum eller femte barnesykdom),

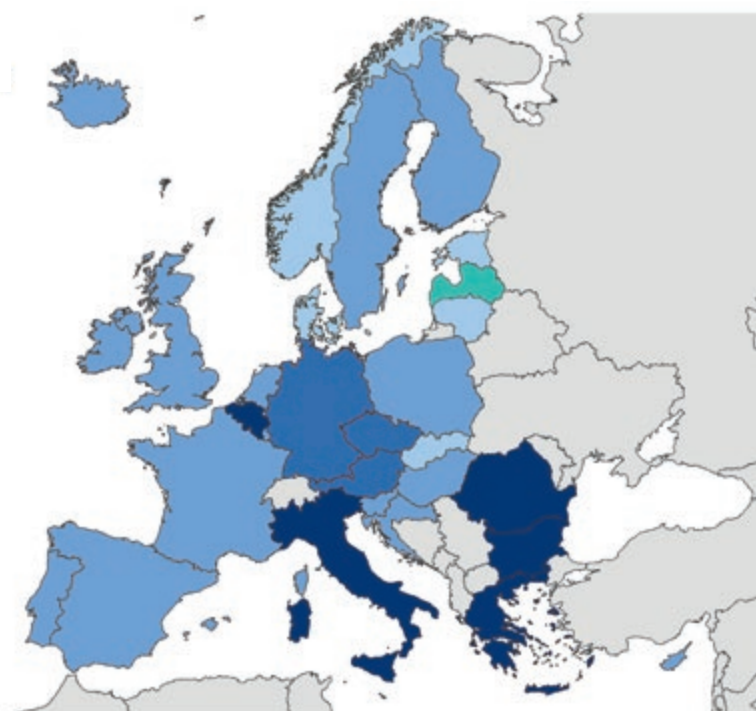
	INKUBASJONSFASE	PRODROMAL FASE				UTSLETT FASE						KONVALESCERENDE FASE	
	GJENNOMSNITT 12.5 DAGER (MAKSIMALT 23 DAGER)	DAG 0	DAG 1	DAG 2	DAG 3	DAG 4	DAG 5	DAG 6	7	8	9	10	11 -
Feber			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Utslett						X	X	X	X	X	X		
Koplikske flekker (munnslimhinne)					X	X	X						
Konjunktivitt				X	X	X	X	X					
Snue			X	X	X								
Hoste				X	X	X	X	X	X	X	X		
Smittsom		X	X	X	X	X	X	X	X	X			

TABELL 1. *Symptomer*

Tilfeller av meslinger pr. million rapport i perioden november 2016–oktober 2017



Ikke inkludert



FIGUR 2. *Antall tilfeller av meslinger målt etter forekomst pr. million innbyggere i hvert enkelt EU/EØS-land. GRAF: ECDC*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Under 1 år	0	6	0	3	1	3	0	0
1–9	1	20	2	1	1	2	0	0
10–19	0	2	0	1	0	2	0	0
20–49	2	10	1	3	1	7	0	0
50 og over	0	1	1	0	0	0	0	1
Totalt	3	39	4	8	3	14	0	1

TABELL 2. *Meslinger meldt MSIS 2010–2017 etter diagnoseår og aldersgruppe.*

humant herpesvirus 6 og 7 (exanthema subitum eller sjette barnesykdom), denguefeber og streptokokk gruppe A infeksjon (skarlagensfeber). Derfor bør man alltid, når man har pasient med utslettsykdom som kan tenkes å være meslinger, ta prøve for laboratorieanalyse på meslinger og eventuelt andre aktuelle agens. Det anbefales at følgende to meslingprøver alltid tas:

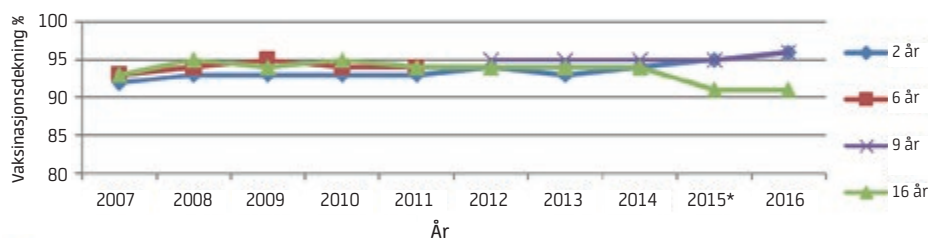
- Serologiske prøver
- Spyttprøver for nukleinsyrepåvisning (PCR)

Spyttprøver skal helst tas på eget glass med en Oracol munnpensel, alternativt penselprøve av munnsekret som sendes på virus transportmedium. Det tas prøve fra bakre svelgvegg, tonsiller, innsiden av begge kinn og under tungen med samme prøve-

TABELL 3

INDIKASJON FOR VAKSINE MOT MESLINGER (MMR)	ANTALL DOSER	ANDELEN VAKSINERTE MED GOD IMMUNRESPONS	KOMMENTAR
Barnevaksinasjonsprogrammet 15 måneder og 12 år (6. klasse)	2	95% etter dose 1, 99% etter dose 2	Doser gitt fra 12 måneders alder er gyldige. Barn som får dose 1 senere enn anbefalt bør også få dose 2.
Utenom barnevaksinasjonsprogrammet			
Alder 6-8 måneder	1	Usikre estimat	Off-label bruk. Ikke gyldig i barnevaksinasjonsprogrammet
Alder 9-11 måneder	1	85-90%	Godkjent til aldersgruppen. Ikke gyldig i barnevaksinasjonsprogrammet
Voksne som ikke er vaksinert og som ikke har gjennomgått sykdommen	1(2)	95% etter dose 1, 99% etter dose 2	Dose 1 er viktigst. Ev. gi dose 2 etter noen år

FIGUR 3. Vaksinasjonsdekning mot meslinger 2007–17. GRAF: SYSVAK



* Nedgangen fra 2015 skyldes endrede rutiner for rapportering

pinne. Hvis det ikke er mulig å få tak i slikt prøvetakingsutstyr, kan det sendes spytt i et sterilt glass. Spyttprøve er i de fleste tilfeller nødvendig for genotyping av viruset siden mengden virus her er større enn i blod. Lokale mikrobiologiske laboratorier kan bistå med råd om prøvetaking. Prøven oppbevares i kjøleskap til det sendes til mikrobiologisk laboratorium. Rekvisisjonen utfylles med kliniske opplysninger, dato for debut av utslett og vaksinasjonshistorikk, og det anføres eventuell tilknytning til kjent tilfelle med meslinger eller utenlandsreise. Påvisning av IgM i spyttprøve kan i enkelte tilfeller skyldes en uspesifikk reaksjon, og ved usikker klinikk eller epidemiologisk tilknytning vil det ofte være nødvendig med en serologisk oppfølgingsprøve etter en til to uker for å bekrefte eller avkrefte tilfellet.

Meldings- og varslingsplikt

Meslinger er meldingspliktig til MSIS, gruppe A. Kriterier for melding er et klinisk forenlig tilfelle med enten epidemiologisk tilknytning eller laboratoriepåvisning. Kliniske kriterier er feber og makulopapuløst utslett og minst én av følgende symptomer: hoste, snue, konjunktivitt.

I tillegg skal lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle, umiddelbart varsle kommuneoverlegen, som skal varsle videre til fylkes-

mannen og Folkehelseinstituttet. Dersom kommuneoverlegen ikke nås, varsles Folkehelseinstituttets døgnåpne Smittevern-vakt direkte (tlf. 21 07 63 48).

Det er ønskelig at melding og varslings inneholder opplysninger om dato for opp-treden av utslett, da dette er nødvendig for å vurdere når pasienten kan ha vært smitteførende.

Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrudd

Ved ethvert bekreftet tilfelle bør det undersøkes hvordan pasienten kan ha blitt smittet (f.eks. utenlandsreise) og om det er uvaksinerte nærkontakter som trenger posteksponeringsprofylakse. MMR-vaksine eller immunoglobulin kan brukes som posteksponeringsprofylakse mot meslinger (se <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/>).

Vaksinasjon i Norge

En-komponents vaksine mot meslinger ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i Norge i 1969 og ble tilbudt barn ved 12-månedersalder. Vaksinasjonsdekningen var imidlertid begrenset de første årene. En-komponents vaksine ble fra 1983 byttet ut med kombinasjonsvaksine mot meslinger, kuma og røde hunder (MMR-vaksine). Det er anbefalt at alle barn får to doser MMR-vaksine før fylte 16. år. I henhold til barnevaksinasjonsprogrammet gis MMR-

vaksine ved alderen 15 måneder og 11 år (6. trinn). Vaksinasjonsdekningen for 2016 viser at de aller fleste av to- og niåringene har fått sin første dose MMR-vaksine. Derimot er dekningen for to doser for 16-åringene på kun 91 prosent, og for tre fylker er den under 90 prosent. Samtidig har hele 97 prosent av 16-åringene fått minst én dose MMR noe som tyder på høy flokkimmunitet i denne aldersgruppen. Det er likevel et mål at alle barn får to doser gjennom barnevaksinasjonsprogrammet (FIGUR 3).

MMR-vaksine

Kunnskap om beskyttelse mot meslinger etter vaksinasjon bygger på studier av immunrespons etter vaksinasjon, beskyttelse mot sykdom og studier av utbrudd.

Vaksinen inneholder levende svekket meslingevirus dyrket i kyllingfoster-celler (fibroblaster) i kultur. Vaksinen induserer antistoff og cellemidert immunrespons som ligner på den som oppnås etter gjennomgått sykdom, men antistoffresponsen etter vaksinen er vanligvis lavere. Selv om vaksineindusert antistoffkonsentrasjon synker og kan bli upåvisbar, vedvarer den immunologiske hukommelsen. De fleste vaksinerte personer vil derfor få en beskyttende immunrespons dersom de utsettes for meslingevirus.

Nordmenn født før 1960 har såpass høy sannsynlighet for å ha gjennomgått meslinger at MMR-vaksine vanligvis ikke er nødvendig. De aller fleste født på 60-tallet har også hatt meslinger, men etter innføringen av meslingevaksine sank forekomsten av meslinger. Dette gjør at noen av disse mangler immunitet fordi de hverken fikk vaksine eller har gjennomgått sykdommen. Voksne personer født etter 1960, og som ikke vet om de har fått MMR-vaksine eller har gjennomgått de aktuelle sykdommene, anbefales derfor minst én dose MMR-vaksine. De fleste oppnår da langvarig beskyttelse. Det gir ingen økt risiko for bivirkninger å la seg vaksinere selv om man skulle ha vært vaksinert tidligere eller ha gjennomgått sykdommen.

Det er viktig at personer som arbeider i helsetjenesten, er vaksinert dersom de ikke allerede har gjennomgått meslinger, spesielt de som har kontakt med personer som er uvaksinerte eller immunsupprimerte, som for eksempel på legevakst, i akutt-mottak eller barneavdeling.

Dersom man planlegger å reise med små barn til land med høy forekomst av meslinger, bør fremskyndet vaksinasjon vurderes. MMR-vaksinen er godkjent fra 9 måneders alder. Det er likevel en fordel å vente med

første dose MMR-vaksine til barnet er 15 måneder, fordi vaksinen virker bedre ved den alderen. Ved vaksinasjon i alderen 9–12 måneder må barnet få en ny dose ved riktig alder (15 måneder) for å sikre tilfredsstillende beskyttelse.

Bivirkninger av MMR-vaksinen

MMR-vaksinen er grundig kontrollert og testet. I tillegg overvåkes vaksinene kontinuerlig gjennom et internasjonalt rapporteringssystem. MMR-vaksinen er gitt til mange millioner mennesker og har vært brukt i Norge i mer enn 30 år. Den inneholder ikke adjuvans eller kvikksølv.

Kortvarige smerter, hevelse og rødhet på stikkstedet er vanlig. Lette tilfeller av meslingliknende sykdom med feber og utslett opptrer fem til tolv dager etter vaksinasjon hos om lag én av 20 vaksinerte. Vaksineutløst sykdom er uvanlig ved revaksinasjon (dose 2). De alvorlige hendelsene har stort sett vært generell urticaria, feberkramper som har ført til sykehusinnleggelse og ett til to tilfeller av trombocytopeni i året.

Kontraindikasjoner mot MMR-vaksine inkluderer alvorlig straksallergi mot neomycin, medfødt eller ervervet immunsvikt,

bruk av immunmodulerende legemidler, ubehandlet aktiv tuberkulose og graviditet.

Personer med eggallergi kan vaksineres på vanlig måte.

Se preparatomtale på <http://www.legemiddelsoek.no/> for utfyllende informasjon om bivirkninger og kontraindikasjoner.

Vaksinemotstand/vaksineskepsis

For å oppnå høy oppslutning om vaksinasjon må det gis informasjon om sykdommen, vaksinen og om eventuelle bivirkninger. Studier viser at helsepersonells holdning til vaksinasjon er avgjørende for høy oppslutning i befolkningen. I Norge er 99 prosent av barn registrert med minst en vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet og 97 prosent av 16-åringer er registrert med minst en dose MMR. Det kan imidlertid være flere som er usikre på om barna bør vaksineres. Det er avgjørende at helsepersonell forstår årsaken til skepsis og at informasjonen tilpasses barn og voksne. Myter om meslinger og vaksinasjon kan bidra til at vaksinasjonsdekningen synker.

Dersom enkelte foreldre uansett ikke vil at barna skal vaksineres kan det være lite hensiktsmessig å bruke mye tid på disse.

Barnevaksinasjonsprogrammet er en retting for alle barn i Norge og tilbudet står ved lag så lenge barna er i aldersgruppen for programmet.

Det kan være en fordel å kjenne til hvordan «vaksinemotstandere» argumenterer. Det første er *urealistiske forventninger*, for eksempel om at vaksiner skal være 100 prosent effektive og uten bivirkninger. Det andre er *bristende logikk*: alt som er naturlig er bra (sykdom) og alt som er unaturlig (medisinsk behandling eller vaksiner) er dårlig. Et tredje kjennetegn er *falsk ekspertise*, med selverklærte uavhengige eksperter. Det fjerde er *konspirasjon*, for eksempel teorier om at myndighetene styres av farmasøytisk industri. Det femte kjennetegnet er *manglende kildekritikk*, ved selektiv henvisning til medisinsk litteratur som støtter opp under deres egne oppfatninger.

Oppsummering

Meslinger er en svært smittsom sykdom som effektivt kan forebygges ved vaksinasjon. Norge har eliminert meslinger, men importert smitte kan medføre mindre utbrudd. Meslinger er en meldingspliktig og varslingspliktig sykdom. Blodprøver og spyttprøve er nødvendig for å stille riktig diagnose. Vi må fremdeles sikre høy oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet. Arbeidere i helse-tjenesten som ikke har gjennomgått sykdommen bør være vaksinerte.

REFERANSER

- Riise ØR, Rønning K, Bergsaker M, Sandbu S, Vainio K, Plan for eliminering av meslinger og røde hunder (rubella) i Norge. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/vaksine/mesling-og-rubelleaplan-for-utrydning.pdf>.
- Riise ØR, Rønning K, Dudman S, Sandbu S, Kan Norge holdes fritt for rubella og meslinger? Tidsskr Nor Legeforen utgave 14/15, 22. august 2017.
- Moss WJ. Measles. Lancet 2017 Dec 2; 390 (10111): 2490–2502.
- Folkehelseinstituttet. Smittevernveilederen. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/meslinger-morbili--veileder-for-h/>.
- Folkehelseinstituttet. Vaksinasjonsveilederen. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/meslinger-morbili--veileder-for-h/>.
- World Health Organization. Measles fact sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Measles. <https://ecdc.europa.eu/en/measles>.
- 6th meeting of the Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination. WHO Regional office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2017/6th-meeting-of-the-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-rvc>.
- WHO. Vaccine Position Papers http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/measles/en/.

■ OYSTEINROLANDSEN.RIISE@FHI.NO



Aktiv med artrose

■ INGER HOLM • Professor ved Forskningsenheten, Ortopedisk klinikk, OUS

Det er behov for bedre informasjon om behandlingsalternativene for pasienter med artrose. AktivA er et program for å implementere internasjonale retningslinjer for klinisk behandling av artrose i primærhelsetjenesten.

Artrose er en av de største gruppene innen muskelskjelettlidelser og den mest vanlige revmatiske sykdommen, som rammer i overkant av ti prosent av den voksne befolkningen (1, 2), det vil si at om lag 300 000 personer er rammet av artrose i Norge. Rundt halvparten av oss vil få artrose i løpet av livet. Forekomsten forventes å øke betraktelig i fremtiden på grunn av økt levealder, økende overvekt i befolkningen (3) og en økende andel mennesker med idrettsrelaterte kne- og hofteskader fra ungdomsårene og fra tidlig voksenliv.

Alternativer til kirurgi

Det finnes i dag klare internasjonale retningslinjer for behandling av artrose i kne eller hoftelend. Retningslinjene sier at informasjon, trening, vektkontroll og optimale såler/sko/ortoser utgjør bærebjelkene og er førstevalget i behandlingen for pasienter med mild og moderat artrose. Det finnes også god dokumentasjon for at kirurgi kun skal vurderes når ikke-operativ behandling har feilet. Det viser seg imidlertid at bare noen få av pasientene som kontakter primærhelsetjenesten på grunn av artrose, blir tilbudt eller har fått adekvat behandling i tråd med de anbefalte retningslinjene.

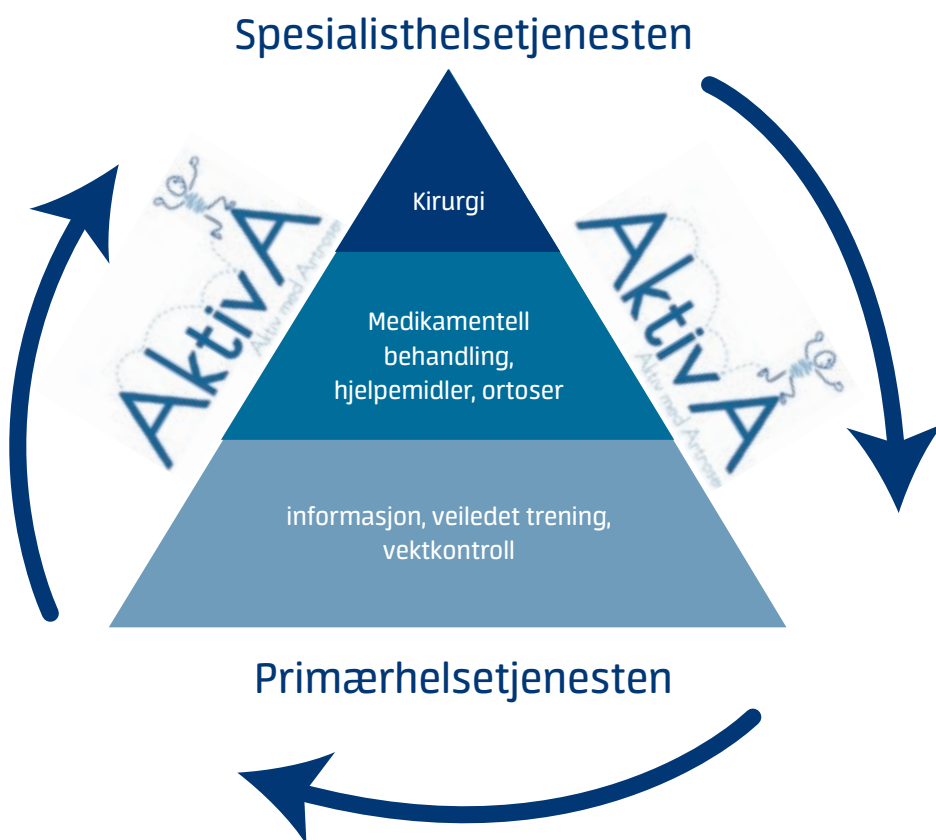
Klinisk kontrollerte studier har dessuten vist at artroskopi og meniskreseksjon utført på pasienter over 50 år har liten effekt (4, 5). Overbehandling knyttet til kirurgi for tidlig kneartrose og degenerativ menisk er blitt dokumentert de siste årene*. Helse Sør-Øst har derfor de siste årene

hatt som mål å redusere antall kneartroskoper, noe de i høy grad har lyktes med. Fra 2012 til 2016 var det en reduksjon i antall kneartroskoper fra 6462 til 3339, en reduksjon på 48 prosent. Pasientene finnes imidlertid fremdeles og det er derfor viktig at det etableres ikke-kirurgiske behandlingstilbud til disse pasientene basert på dokumentert kunnskap og internasjonale retningslinjer.

Behov for bedre informasjon

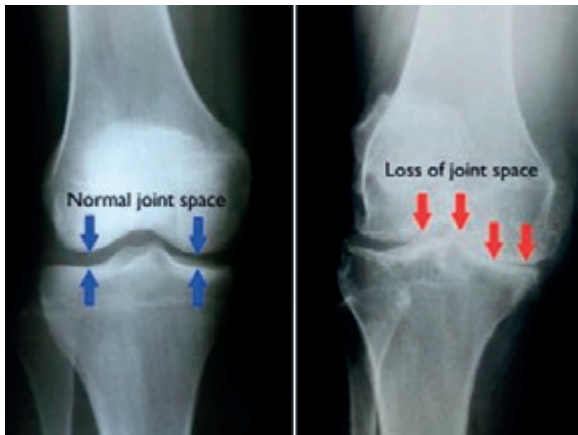
Samhandlingsreformen legger opp til at artrosepasienter skal behandles i primærhelsetjenesten. Det er kun ca. ti prosent av pasi-

enter med artrose som trenger kirurgisk behandling (FIGUR 1). I spesialisthelsetjenesten ser ortopedene at mange henvises dit på et altfor tidlig stadium i artroseutviklingen, men skulle vært tilbudt kunnskapsbasert behandling i primærhelsetjenesten. Dette medfører lange ventelister på poliklinikkene ved sykehusene og lengre venteperioder for pasientene før de kommer til riktig behandling. Dette kan unngås gjennom bedret samhandling og kommunikasjon mellom helsetjenestenivåene og mellom fagpersoner (fysioterapeuter, fastleger, ortopeder, revmatologer). Disse utfordringene bør vi møte ved å tilby gode, veldokumenterte behandlingstilbud i primærhelsetjenesten,



FIGUR 1. Kunnskapsbasert behandling av pasienter med artrose – gjennom samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. KILDE: AKTIV A. ILLUSTRASJON: Ø7 MEDIA

* www.helseatlas.no/sites/default/files/RapportHelseatlas_15.pdf og www.regjeringen.no/no/dokumenter/overdiagnostikk-og-overbehandling/id734412/?q=overbehandling.



effektivisere behandlingstilbudet gjennom «Hjelp til selvhjelp» (artroseskoler) og rehabiliteringstiltak, samt bedre koordinering og kommunikasjon (samhandling) mellom helsetjenestenivåene og helseprofesjoner.

AktivA (www.aktivmedartrose.no) står for Aktiv med artrose og er et program hvor hensikten er å implementere internasjonale retningslinjer for behandling av artrose i primærhelsetjenesten – i første rekke i klinisk fysioterapi praksis og ved noen frisklivssentraler. Disse retningslinjene vektlegger informasjon, trening og råd om vektreduksjon (for de med overvekt). Målet er at alle artrosepasienter i Norge skal bli tilbudt denne kunnskapsbaserte behandlingen tidlig i sykdomsforløpet.

AktivA tilbyr pasientene en «artroseskole» som skal gi dem bedre innsikt i artrosesykdommen, behandling og hva de selv kan gjøre for å bedre symptomer og plager. Deretter vil de gjennomføre et individuelt tilpasset treningsprogram med trening 2 ganger i uken i 6–12 uker. Det er opp til pasienten og fysioterapeuten å vurdere videre trening og oppfølging. Noen pasienter

ønsker å trene på egen hånd, andre i artrosegrupper.

De pasientene som ønsker å gi samtykke, besvarer et elektronisk spørreskjema ved oppstart, og etter 3, 12 og 24 måneder der spørsmålene omhandler pasientens opplevelse av artrosesykdommen, tidligere behandling, treningsvaner, aktivitetsnivå, aktivitetsproblemer og livskvalitet. Ved tremåneders oppfølging genereres en samlerapport som gjennomgås med pasienten og kan sendes som epikrise til rekvirerende lege. Alle data blir samlet i en sentral database ved Oslo universitetssykehus. Målet er at dette skal bli et nasjonalt kvalitetsregister for artrose lagt inn under Nasjonalt leddproteseregister i Bergen.

Alle fysioterapeuter som skal delta i AktivA må gjennomgå et innføringskurs i forkant. Dette er et dagskurs som gir terapeutene god, oppdatert kunnskap om ny forskning på feltet, praktisk gjennomgang av behandlingsprogrammet og innføring i innsamling og bruk av elektroniske registerdata.

Ved utgangen av 2017 hadde nesten 700

fysioterapeuter vært på kurs og flere enn 3000 pasienter gitt samtykke til å fylle ut spørreskjemaene. Resultatene etter 1 år viser at 63 prosent av pasientene har redusert smerte og 67 prosent bedre funksjon sammenlignet med før inklusjon (n=1004).

REFERANSER

1. Abhishek, A. and M. Doherty, Diagnosis and clinical presentation of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am*, 2013. 39(1): p. 45–66.
2. Lawrence, R., D. Felson, and C. Helmick, Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States, Part II. *Arthritis & Rheumatism*, 2008. 58(1): p. 26–35.
3. Bijlsma, J.W., F. Berenbaum, and F.P. Lafeber, Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *Lancet*, 2011. 377(9783): p. 2115–26.
4. Lohmander, L.S., J.B. Thorlund, and E.M. Roos, Routine knee arthroscopic surgery for the painful knee in middle-aged and old patients: time to abandon ship. *Acta Orthop*, 2016. 87(1): p. 2–4.
5. Thorlund, J.B., et al., Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *Br J Sports Med*, 2015. 49(19): p. 1229–35.

■ INGER.HOLM@MEDISIN.UIO.NO



Har du skiftet adresse?

Meld inn din adresseforandring på
www.utposten.no/p/kontakt

Likeverdige spesialist for eldre?

Presentasjon av Eldre

■ VIBEKE LUND PETTERSEN • Kommunikasjonssjef ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), Helse Nord RHF

En likeverdig helsetjeneste er en overordnet helsepolitisk målsetting i Norge. Eldrehelseatlas for Norge beskriver variasjon i eldres bruk av sentrale somatiske spesialisthelsetjenester i forhold til bosted.

Atlasen baserer seg i hovedsak på data fra Norsk Pasientregister og beskriver helsetjenester for eldre fra 75 år for perioden fra 2013 til 2015. Analysene avdekker uberettiget variasjon for flere viktige helsetjenester.

Helseatlas viser forskjeller i bruk av spesialisthelsetjenester gitt til pasienter som bor i opptaksområdene til de ulike helse-

foretakene. Selv om Eldrehelseatlasen baserer seg på data fra spesialisthelsetjenesten, er det flere aspekter som er relevante i kommunenes planlegging av helsetilbudet fremover. Eldrebølgen vil stille krav til forberedelser og opprustning på alle nivåer av helsetjenesten.

Når eldrebølgen kommer, vil utfordringene bli størst for tjenester hvor eldre ut-

gjør en større del av pasientgruppen, som ved akuttinnleggelser hvor eldre allerede i dag bruker godt over halvparten av tilgjengelige ressurser. Eldre pasientene som akuttinnlegges er alvorlig syke, og de er ofte fortsatt alvorlig syke når de skrives ut. Med økt andel eldre vil behovet for oppfølging av disse pasientene i primærhelsetjenesten øke kraftig. Det er derfor viktig at kommunene er godt rustet både med hensyn til fastleger og kommunale sengeplasser. Flere eldre vil også stille krav til at samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten forbedres.

Seniorforsker Olav Helge Førde og spesialrådgiver Lise Balteskard fra SKDE.



helsetjenester

helseatlas for Norge, 2013–15



Eldre helseatlas viser at antall besøk eldre gjør hos fastlege er bemerkelsesverdig lavt sammenlignet med antall besøk i spesialisthelsetjenesten. Dette vurderes ut fra sykkeligheten i denne delen av befolkningen og den yngre befolkningens bruk av fastlegen. Det gir grunn til å spørre om fordelingen kunne vært jevnet ut ved at flere av de eldre behandles hos sin fastlege.

Hvorfor et atlas over helsetjenester til eldre?

En av de viktigste grunnene til å lage et eldre atlas er utfordringen spesialisthelsetjenesten står overfor, gitt de kommende demografiske endringer i befolkningen. Sykeligheten – og dermed behov for helsetjenester – øker i dag markert med økende alder. Sannsynligvis vil sykkelighet øke med alder også i fremtiden. Sterk økning i antallet eldre krever derfor forberedelser og tilpasninger av helsetjenester for denne befolkningsgruppen.

Gjennom framstilling av tilbudet det enkelte helseforetak gir til sine eldre sammenlignet med andre foretak, sammen med en framstilling av hvor stor andel av de totale tjenester denne aldersgruppen bruker, bør Eldre helseatlas gi et godt utgangspunkt for planlegging av det fremtidige spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre.

Atlatet er basert på aldersgruppen 75 år og eldre. Etter innledende analyser og sammenligning med utvalg med henholdsvis 70 år, 75 år og 80 år som nedre aldersgrense, viste det yngste utvalget et mønster som var for likt flertallet av norske pasienter. For utvalget 80 år og eldre ble tallgrunnlaget for enkelte av de helsetjenestene vi ønsket å analysere for tynt. Valget falt derfor på 75 år og eldre.

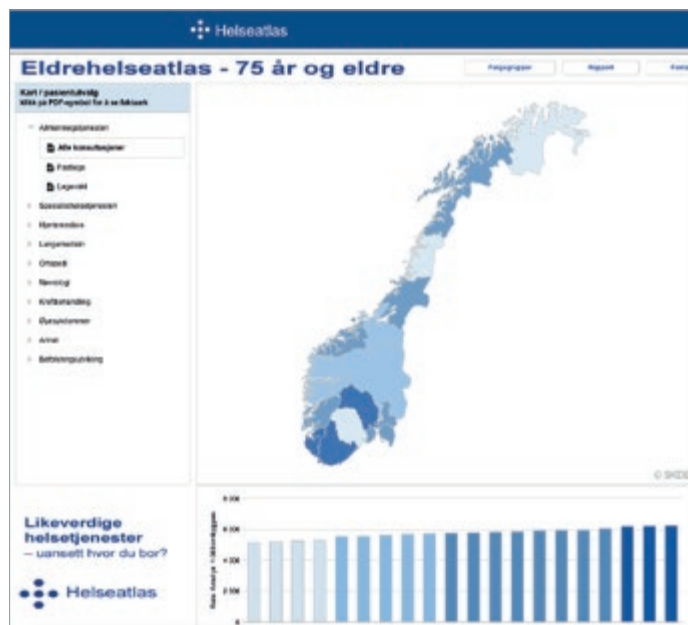
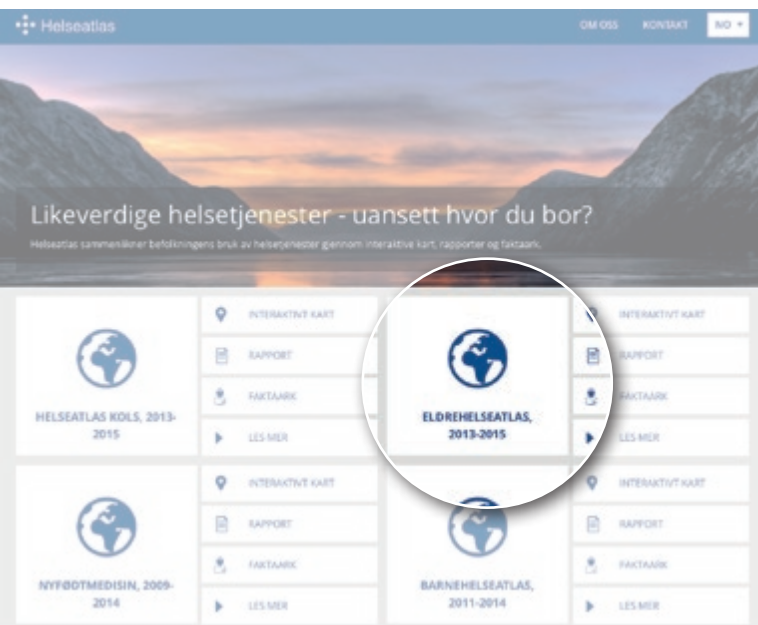
Hovedfunn av variasjon

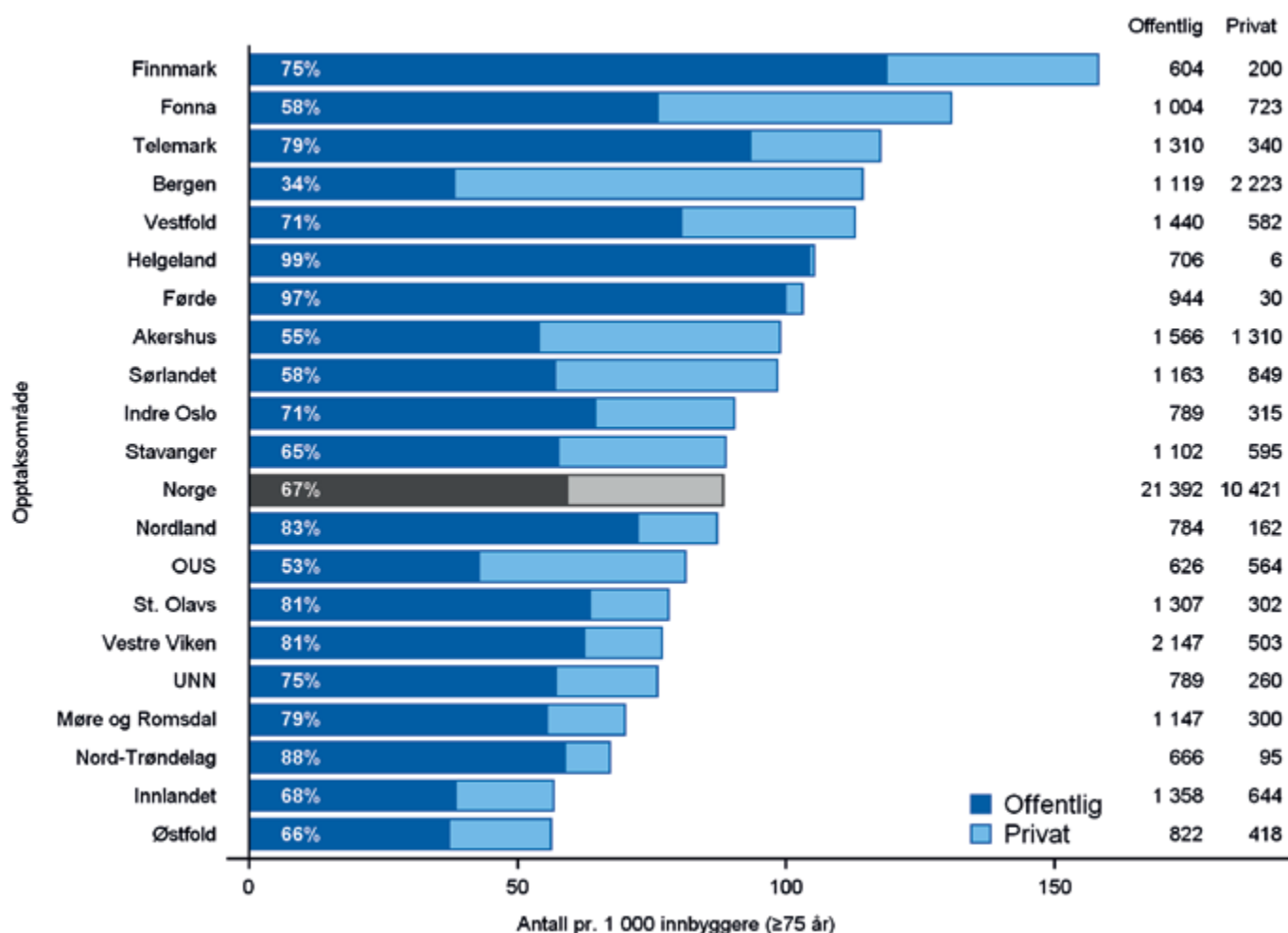
En hovedmålsetting med helseatlas er å kartlegge om det foreligger geografisk variasjon i bruken av helsetjenester. Der det påvises variasjon, er riktig nivå svært van-

skelig å angi. Landsgjennomsnittet kan være et styringsmål for likeverdige tjenester, men er ikke nødvendigvis det optimale nivå. Generelt kan man si at der det er moderat eller stor variasjon i bruk av tjenester mellom opptaksområdene, bør det planlegges for en justering fremover.

Størst variasjon er observert for pasientgrupper som går til poliklinisk utredning, behandling og oppfølging (hjertesykke, demens og Parkinsons). Dette er pasientgrupper der indikasjon for henvisning kan være uklar eller arbeidsdelingen mellom fastlege og spesialist ikke er tydelig eller varierer mellom opptaksområdene.

Det ses i hovedsak moderat variasjon for pasienter som er i sykehus, eller hos avtalespesialister for å få utført prosedyrer for hjertesykdom, slitasjegikt, kreft, øyesykdommer og hørselskade. Variasjonen kan skyldes ulik vurdering av forholdet mellom nytte og risiko ved behandling eller ulik lokal praksis med konsekvenser for de bosatte i opptaksområdene.





FIGUR 1. Ekkokardiogram. Antall polikliniske undersøkelser pr. 1 000 innbyggere, 75 år og eldre, justert for kjønn og alder, gjennomsnitt pr. år for 2013–2015 fordelt på opptaksområde og offentlig eller privat tjenesteyter. Gjennomsnittlig antall kontakter hos offentlig og privat tjenesteyter til høyre. KILDE: NPR/SSB. GRAF: SKOE

Nødvendige innleggelser i sykehus

Det er relativt liten variasjon mellom opptaksområdene for de alvorlige tilstandene der pasientene blir innlagt i sykehus: hjertesvikt, lungebetennelse, kols, hoftebrudd og hjerneslag. Dette er sannsynligvis et uttrykk for at innleggelse i sykehus for disse tilstandene er nødvendige helsetjenester der det er lite rom for skjønn og valg.

Indremedisinske akutte tilstander er hyppige årsaker til innleggelse blant pasienter over 50 år (Heiberg 2013). Eldrehelseatlas beskriver de fem tilstandene hjertesvikt, lungebetennelse, kols, hoftebrudd og hjerneslag. Disse tilstandene utgjør cirka 22 prosent av alle innleggelser og cirka 32 prosent av alle innlagte pasienter blant de eldre. Innleggingsraten for disse fem tilstandene varierer relativt lite mellom opptaksområdene. Det er omtrent like mange eldre pasienter pr. innbygger som legges inn for disse tilstandene uavhengig av bosted i Norge.

Gjennomsnittlig liggetid for disse fem tilstandene er lengre enn for alle innleggelser samlet, noe som viser at dette er kre-

vende og alvorlig syke pasienter. Liggetiden varierer noe mellom opptaksområdene. Noe åpenbart mønster ses ikke, men Sørlandet har kortest liggetid for alle tilstandene bortsett fra hjerneslag. Det er ikke samvariasjon mellom liggetid og andelen pasienter som reinnlegges innen 30 dager.

Eldre reinnlegges oftere

Som gruppe reinnlegges eldre i større grad enn resten av befolkningen. 23 prosent av alle innleggelser og 34 prosent av alle reinnleggelser gjelder eldre. Noen av disse pasientgruppene er alvorlig syke pasienter som ikke er lett å «ferdigbehandle» i sykehus eller å ivareta i primærhelsetjenesten. For diagnosene hjertesvikt, lungebetennelse og kols er reinnleggingsandelen relativt høy med 22–29 prosent.

Det observeres noe forskjell mellom opptaksområdene i andel pasienter som reinnlegges. Variasjonen er størst der antall pasienter er lavest og kan nok delvis forklares ved innslag av tilfeldigheter.

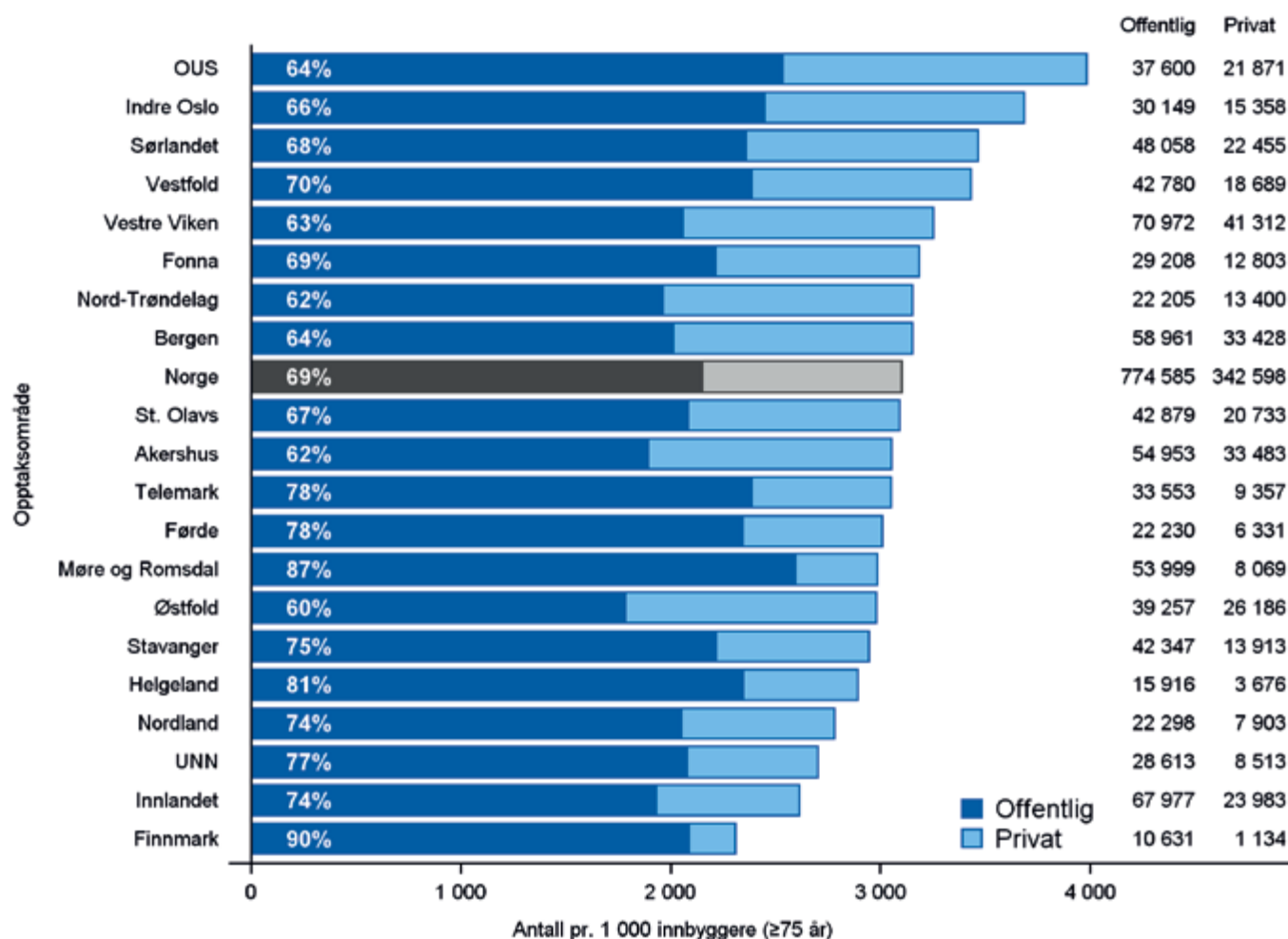
Samlet sett har bosatte i Indre Oslo flest pasienter som reinnlegges, mens bosatte i opptaksområdet til UNN ligger lavest.

Reinnleggelser kan ha mange årsaker. Her er tilbudet i primærhelsetjenesten en viktig faktor. Fordi dette tilbudet varierer kan ikke andel reinnleggelser enkelt knyttes til behandlingskvalitet i sykehus alene.

Store forskjeller i poliklinisk behandling

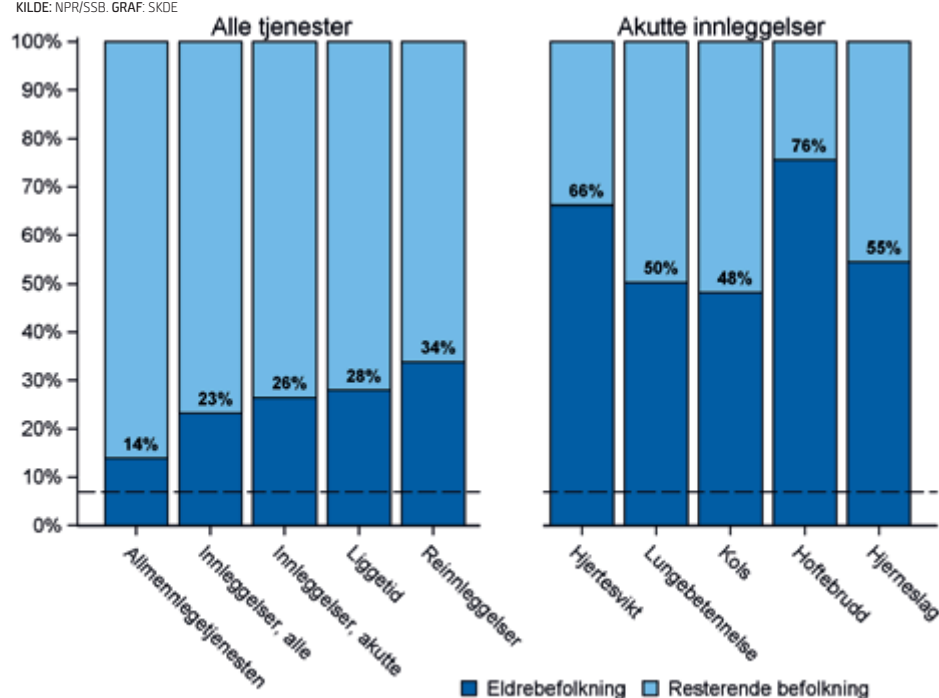
Eldre pasienter møter årlig til over 1,1 million polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, noe som utgjør 15 prosent av alle polikliniske konsultasjoner.

Det er gjort nærmere analyser av noen få pasienter som utredes og/eller behandles for hjertesykdom, demens og Parkinsons sykdom. Det som kjennetegner de utvalgte pasientgruppene, er at de behandles av både fastlege/sykehjemslege og spesialist. For demens handler det i stor grad om spesialistvurdering for å avklare diagnosen, mens spesialistene innen hjertesvikt og Parkinsons sykdom også behandler pasientene etter endt utredning.



FIGUR 2. All poliklinikk. Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1 000 innbyggere, 75 år og eldre, justert for kjønn og alder, gjennomsnitt pr. år for 2013–2015 fordelt på opptaksområde og offentlig eller privat tjenestetyper. Gjennomsnittlig antall kontakter hos offentlig og privat tjenestetyper til høyre. KILDE: NPR/SSB. GRAF: SKDE

FIGUR 3. Eldres bruk av allmennlege- og spesialisthelsetjeneste som andel av hele befolkningens bruk, gjennomsnitt for årene 2013–2015. Stiplet linje angir eldre som andel av befolkningen (7 prosent). KILDE: NPR/SSB. GRAF: SKDE



For disse pasientgruppene viser Eldrehelseatlas store forskjeller mellom opptaksområdene og variasjonen er større enn det som kan tilskrives tilfeldig variasjon. Grunnene til den observerte variasjonen kan være mange, men et moment kan være at funksjonsfordelingen mellom fastlege og spesialist varierer mellom opptaksområdene. Det kan se ut som spesialister i noen opptaksområder utreder demenstiller som i andre områder utredes av fastleger i samarbeid med kommunale demensteam. Likeså kan det se ut som at pasienter med Parkinsons sykdom med behov for behandling av spesialist, i varierende grad følges opp i spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder ulike polikliniske utredninger for hjertesykdommer som arbeids-EKG, ekkokardiografi og langtids-EKG, finner man stor variasjon. Disse forskjellene kan ikke forklares med kjente geografiske forskjeller i sykdomshet. Siden disse utredningene kun gjøres i spesialisthelsetjenesten, tilsier de geografiske forskjellene at tjenestetilbudet på disse områdene ikke er likeverdig.

Vurderes nytte og risiko forskjellig?

Sentrale behandlinger for eldre innenfor noen store fagområder som hjerte, ortopedi, kreft og øyesykdommer kartlegges i Eldrehelseatlas.

Noen av prosedyrene er kirurgiske med varierende grad av kompleksitet, fra innsetting av proteser i hofte eller kneledd med lange sykehusopphold, til utskifting av dunkle linser i øyet – et inngrep som ikke behøver å ta mer enn cirka ett kvarter i lokalbedøvelse. Andre prosedyrer er gjen-takende behandlinger som kreftbehandling, eller injeksjonsbehandling i øyet for å hindre blindhet.

Det er relativt stor forskjell i antall inngrep eller antall pasienter som mottar disse tjenestene pr. år. Cirka 20 000 eldre får årlig inngrep for grå stær, mens cirka 1000 eldre årlig får biologiske legemidler. Et hovedmønster for disse tjenestene er at variasjonen mellom opptaksområdene vurderes til å være moderat. På grunn av lavt antall vurderes variasjonen for leddproteser og biologiske legemidler til å være relativt liten. Forskjellene mellom opptaksområdene kan ikke forklares med tilfeldig variasjon og anses derfor som uberettiget.

I forkant av avansert behandling, særlig kirurgi og medikamentell behandling, må nytten som man håper å oppnå vurderes opp mot risiko for pasienten. Forskjellene som kommer frem i Eldrehelseatlas gir grunn til å stille spørsmål om nytte og risiko for pasient vurderes forskjellig i de ulike områdene. Variasjonen kan være et resultat av en kultur; «Slik gjør vi det her», som råder blant dem som henviser pasientene til behandling eller blant de som tar

ELDRE OG HELSETJENESTER

- Andel eldre i hele den norske befolkningen vil øke fra 7 prosent i 2017 til ca. 12 prosent i 2040. Befolkningsutviklingen vil medføre store utfordringer for spesialisthelsetjenesten, men vil slå inn ulikt i opptaksområdene.
- Eldrehelseatlas viser at det er geografiske forskjeller i helsetjenester til eldre. Særlig gjelder det polikliniske konsultasjoner og diagnostiske utredninger, men også viktige behandlings-tilbud innen hjertesykdommer, kreft, slitasjegikt, øyesykdommer og hørselstap.
- Funnene taler for å styrke arbeidet med utvikling og implementering av felles nasjonale retningslinjer for diagnostikk og behandling.
- Eldre som blir innlagt akutt for hjerneslag, hoftebrudd, lungebetennelse eller for forverring av kols eller hjertesvikt, har lang liggetid. De reinnlegges ofte og har dårlig prognose. Disse pasientene vil kreve økte sengerressurser i fremtiden.
- Funn i Eldrehelseatlas tyder på at alder blir brukt som et prioriteringskriterium ved noen tjenester. Det gjelder særlig revaskularisering, strålebehandling og muligens ved bruk av biologiske legemidler.

den endelige beslutningen om behandling. Hvis den individuelle vurderingen av pasienten ikke er god nok, kan frykt for uønskede hendelser hos skrøpelige pasienter medføre at også mer robuste pasienter går glipp av behandling.

Et innblikk i fremtidens eldrebølge

Det har i noen år vært liten vekst i antall eldre, men befolkningen 75 år og eldre forventes å dobles fra dagens 360 000 til cirka 740 000 i årene frem til 2040. Andelen eldre i totalbefolkningen forventes å øke fra 7 prosent i dag til cirka 12 prosent i 2040.

Eldrehelseatlas dokumenterer når og hvordan den ventede eldrebølgen vil slå inn, og viser hvordan denne vil arte seg ulikt i ulike opptaksområder, og for ulike spesialiteter og tjenester. Eldrehelseatlas er med det et viktig bidrag til og grunnlag for den nødvendige tilbudsplanlegging som helseforetakene må gjennomføre for å møte eldrebølgen.

Det antas at utfordringene blir særlig store for tjenester der eldre bruker en stor del av totaltilbudet. Spesielt gjelder dette akuttinnleggelser av ulike årsaker, hvor eldre i dag bruker fra 47 prosent til 76 prosent av tilgjengelige ressurser.

Innleggelser for hjertesykdommer, lungesykdommer, hoftebrudd og hjerneslag hos eldre utgjør rundt 50 prosent eller mer av totalbefolkningens innleggelser. Den ventede økningen i antall eldre vil bli en stor utfordring for de akutte indremedisinske tilstander som vil ha behov for en sykehusseng i de fleste opptaksområdene.

Det vil bli et økende behov for prosedyrer som revaskularisering av blodkar til hjertet, innsetting av pacemaker, proteser i hofte- og kneledd samt kreftbehandling. Noen øyesykdommer samt tap av hørsel er sterkt aldersbetinget. De eldre utgjør rundt 50 prosent av dem som får injeksjonsbehandling i

øyet, kirurgi for grå stær og høreapparat. Injeksjonsbehandling i øyet er allerede en ressurskrevende seriebehandling. Med forventet utvidet indikasjon her vil landets øye-avdelinger få kapasitetsmessige og organisatoriske utfordringer på dette feltet.

Eldrehelseatlas viser også at den demografiske utviklingen vil slå ulikt inn i ulike opptaksområder, og at den i ulik grad representerer en utfordring avhengig av hvilke tjenester det er snakk om. Som eksempel har opptaksområdet Innlandet i dag størst andel eldre, og estimatene tyder på at andelen nesten dobles til 2040. Kombinert med lave rater for de fleste av tjenestene beskrevet i atlasen, vil dette kunne gi store utfordringer.

Dersom man ønsker et innblikk på kommunalt nivå, har både SSB og Samhandlingsbarometeret tall som er relevante for primærhelsetjenesten.

Nedprioriteres eldre pasienter?

Alder skal ikke fungere som et prioriteringskriterium i seg selv, men kan likevel komme inn ved prioritering på gruppenivå.

Eldrehelseatlas sammenligner aldersgruppen 75 år og eldre med aldersgruppen 50 til 74 år for fire aktuelle tjenester: revaskularisering, medikamentell kreftbehandling, strålebehandling og behandling med biologiske legemidler.

Analysene viser ikke en direkte nedprioritering av eldre. Men når like mange i aldersgruppen over 75 år får hjerteinfarkt som i aldersgruppen 50 til 74 år, mens tre ganger flere i den yngste gruppen behandles med revaskularisering, bør forskjellen undersøkes nærmere. Dette gjelder også behandling med biologiske legemidler hvor behandlingsraten for eldre bare er en tredjedel sammenliknet med den yngre aldersgruppen.

VIBEKE.LUND.PETTERSEN@HELSE-NORD.NO

FAKTA OM HELSEATLAS

- Helseatlas er et verktøy for å sammenlikne befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder, uavhengig av hvilket sted pasientene behandles.
- De regionale helseforetakene har et «sørge-for-ansvar» for at befolkningen tilbys forsvarlige spesialisthelsetjenester. Dette ligger til grunn for helseatlasenes analyser av variasjon i bruk av helsetjenester. Ubertrettet variasjon kan bety at «sørge-for-ansvaret» ikke er tilstrekkelig ivarettatt.
- Helseatlas er en nettbasert karttjeneste som består av et interaktivt norgeskart, et faktaark og en rapport som redegjør for metode og pasientutvalg.
- Helseatlas utvikles og leveres av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord.

WEB: www.helseatlas.no

Kartlegger behandlingen

■ LINDA LEIVSETH • Forsker ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), ph.d. i samfunnsmedisin, prosjektleder for Helseatlas kols

■ VIBEKE LUND PETTERSEN • Kommunikasjonssjef ved SKDE

I Helseatlas kols har Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) blant annet kartlagt bruk av spirometri, anbefalt type ventilasjonsstøtte, akuttinnleggelser, rehabilitering og mulig betydning av influensa knyttet til kolsforverring.

Hvert år i perioden 2014 til 2016 oppsøkte rundt 49 000 personer fastlege eller legevakt på grunn av kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). Rundt 20 600 personer hadde poliklinisk kontakt for kols på sykehus eller hos avtalespesialist, og om lag 10 500 personer var akuttinnlagt på sykehus med kolsforverring. Personer med kols har betydelige behov for helsetjenester.

Hvorfor et helseatlas om kols?

I Norge er det en overordnet helsepolitisk målsetting om at det skal være likeverdige helsetjenester for alle uavhengig av hvor man bor. Hensikten med *Helseatlas kols* er å kartlegge bruken av helsetjenester for kols

i 2013–15 for å belyse om pasientene får et likeverdig helsetjenestetilbud.

Helseatlas kols er det første diagnosespesifikke helseatlas. At kols er en kronisk tilstand som i liten grad kan kureres eller reverseres, i tillegg til at kols ofte anses som selvpåført gjennom tobakksrøyking, gjør at enkelte anser kols som en lavstatussykdom. *Helseatlas kols* kartlegger bruk av ulike helsetjenester for personer med kols – fastlege og legevakt, poliklinikk, akuttinnleggelser og rehabilitering – og ser på bruken av helsetjenestene i sammenheng med forventet forekomst av sykdommen i befolkningen.

Helseatlasene er ment som verktøy til styring og planlegging av helsetjenester til befolkningen. For å kunne tilby en forsvar-

lig helsetjeneste bør man kjenne til hvor mange personer som har behov for helsetjenesten. Basert på befolkningsstudier antas det at minst 200 000 personer i Norge har kols, men det knyttes stor usikkerhet til dette estimatet. *Helseatlas kols* gir tall på hvor mange personer med kols som brukte ulike helsetjenestetilbud i 2013–15. Kols krevde betydelige ressurser både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Analysene tar utgangspunkt i opptaksområdene pasientene bor i og indikerer dermed om sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene er tilstrekkelig ivare tatt. Hoveddatakildene er Kontroll og utbetaling av helserefusjon (KUHR) for analyser om bruk av fastlege og legevakt og Norsk pasientregister (NPR) for analyser om bruk av spesialisthelsetjenester. Det finnes ikke tall på forekomst av kols i ulike geografiske områder i Norge. Siden utvikling av kols er sterkt relatert til sosial status og spesielt røyking, og det er kjent at disse

Linda Leivseth har ledet arbeidet med å etablere «Helseatlas kols» – som kartlegger kolspasienters bruk av helsetjenester. FOTO: VIBEKE LUND PETTERSEN



SAMMENDRAG

- Minst en tredjedel av kolspasientene fikk ikke målt lungefunksjon årlig, selv om det er anbefalt i nasjonale retningslinjer. Det er geografiske forskjeller i bruk av spirometri hos fastleger.
- Influensavaksinering av personer med kols kan bidra til å forebygge alvorlig kolsforverring.
- Det er geografiske forskjeller i bruk av ventilasjonsstøtte ved akuttinnleggelser for kols.
- Rundt en tredjedel av kolspasientene ble reinnlagt innen 30 dager og nærmere en tredjedel døde innen ett år. Alvorlighetsgraden påminner om viktigheten av god oppfølging ved utskrivning og tett samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Lungerehabilitering øker livskvalitet og reduserer behov for sykehusinnleggelse – men det er store geografiske forskjeller i dette tilbudet.

av kolspasienter

faktorene er ulikt fordelt i den norske befolkningen, må vi anta at det er ulik forekomst av kols i helseforetakenes opptaksområder. Som et indirekte mål på geografisk fordeling av forekomst av kols har vi brukt insidens av lungekreft, siden begge tilstandene er sterkt relatert til røyking over tid.

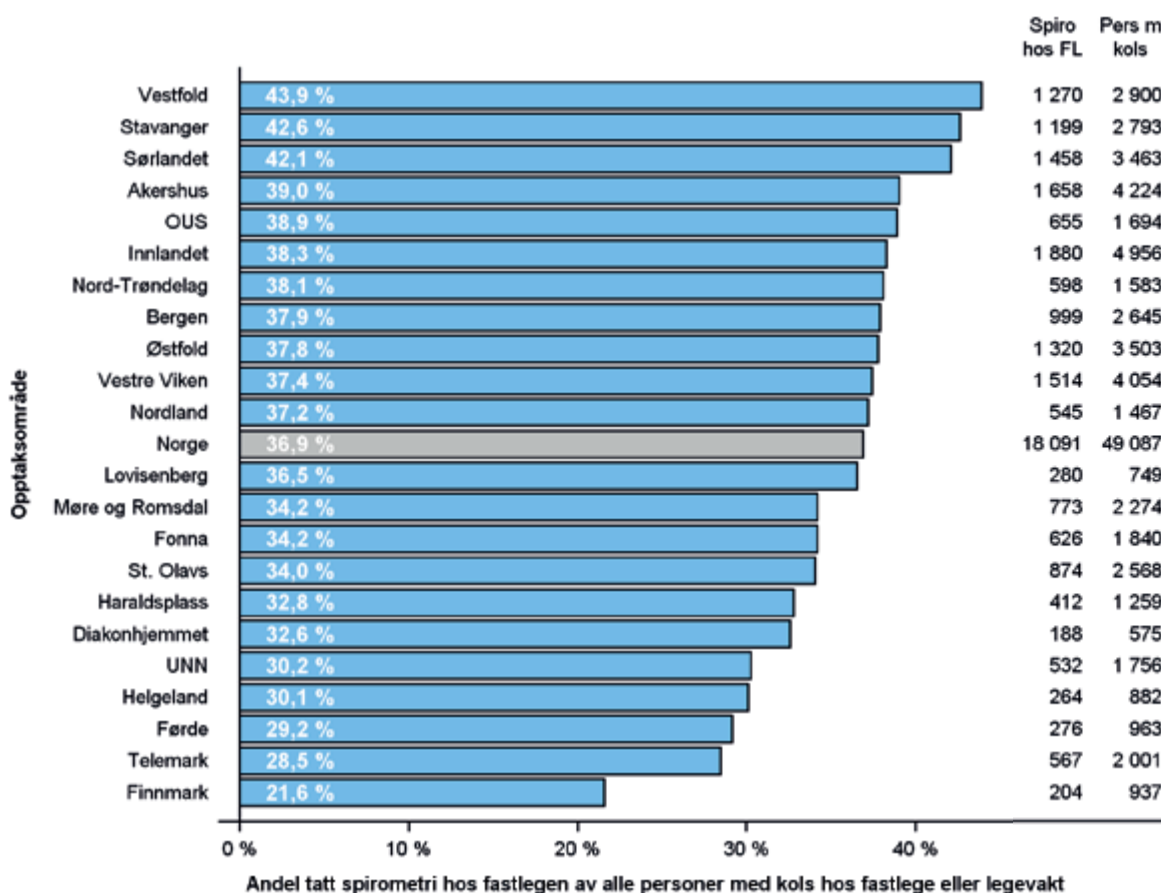
Noe av den geografiske variasjonen i bruk av helsetjenester ved kols kan forklares av forventet forekomst av kols i ulike opptaksområder, og kan derfor betegnes som berettiget. Dette gjelder blant annet bruk av fastlege og legevakt, polikliniske kontakter og akuttinnleggelser for kols.

Store forskjeller i undersøkelser av lungefunksjon

Spirometri er den viktigste undersøkelsen som gjøres ved utredning og kontroll av kols. Ifølge de nasjonale retningslinjene skal lungefunksjonen måles minst én gang i året hos fastlege. Det forventes at kolspa-

sienters behov for og nytte av å få målt lungefunksjonen er lik – uavhengig av hvor man bor. Andelen som hadde tatt spirometri hos fastlegen det siste året varierte betydelig mellom opptaksområdene. I opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold fikk over dobbelt så stor andel av kolspasientene målt sin lungefunksjon i løpet av ett år sammenlignet med opptaksområdet til Finnmarkssykehuset. Denne variasjonen avspeiler forskjeller i kvalitet på oppfølging av personer med kols hos fastlegene.

I spesialisthelsetjenesten fikk 84,2 prosent av de polikliniske kolspasientene tatt spirometri i løpet av året. Det var små forskjeller mellom opptaksområdene, men betydelig større andel fikk målt lungefunksjon hos avtalespesialist (95,0 prosent) enn på sykehus (78,4 prosent). De foregående tallene indikerer at dersom fastlegene skal overta deler av kontrollene i spesialisthelsetjenesten, må bruken av spirometri i primærhelsetjenesten økes.



FIGUR 1. Andel som har tatt spirometri hos fastlegen i løpet av året blant alle personer registrert med kols hos fastlege eller legevakt. Søylene viser kjønns- og aldersstandardiserte andeler. Gjennomsnitt pr. år i perioden 2013–15.

KILDE: KUHR/SSB. GRAF: SKDE

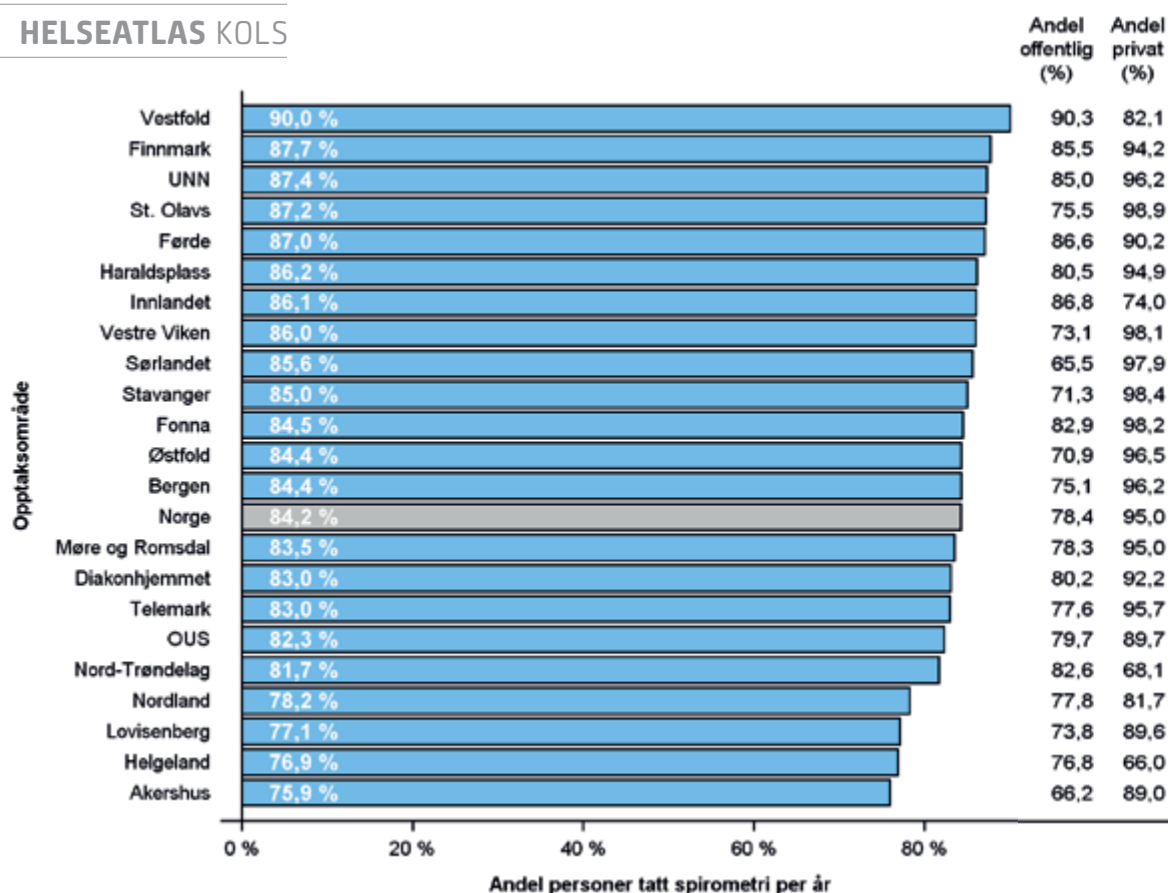


Linda Leivseth, Gunnar Reksten Husebø, Hasse Melbye, Rune Grønseth, Hanne Sigrun Byhring, Frank Olsen, Bård Uleberg, Olav Helge Førde, Arnfinn Hykkerud Steindal, Lise Balteskard, Toril Bakken, Barthold Vonen. (2017) *Helseatlas kols – Bruk av helsetjenester ved kronisk obstruktiv lungesykdom i 2013–15* (Rapport 3/2017). Tromsø: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). (Se og faktaramme om helseatlas s. 28).

Betydelig omfang av akuttinnleggelser

Akuttinnleggelser for kols har et betydelig omfang. Over 10 500 pasienter hadde til sammen nesten 17 000 akuttinnleggelser pr. år.

Dersom terskelen for akuttinnleggelse ved kols var lik over hele landet, kunne man for-



FIGUR 2. Andel personer med poliklinisk kontakt for kols som har tatt spirometri i løpet av året. Søylene og kolonnene viser kjønns- og aldersstandardiserte andeler. Gjennomsnitt pr. år i perioden 2013–15.

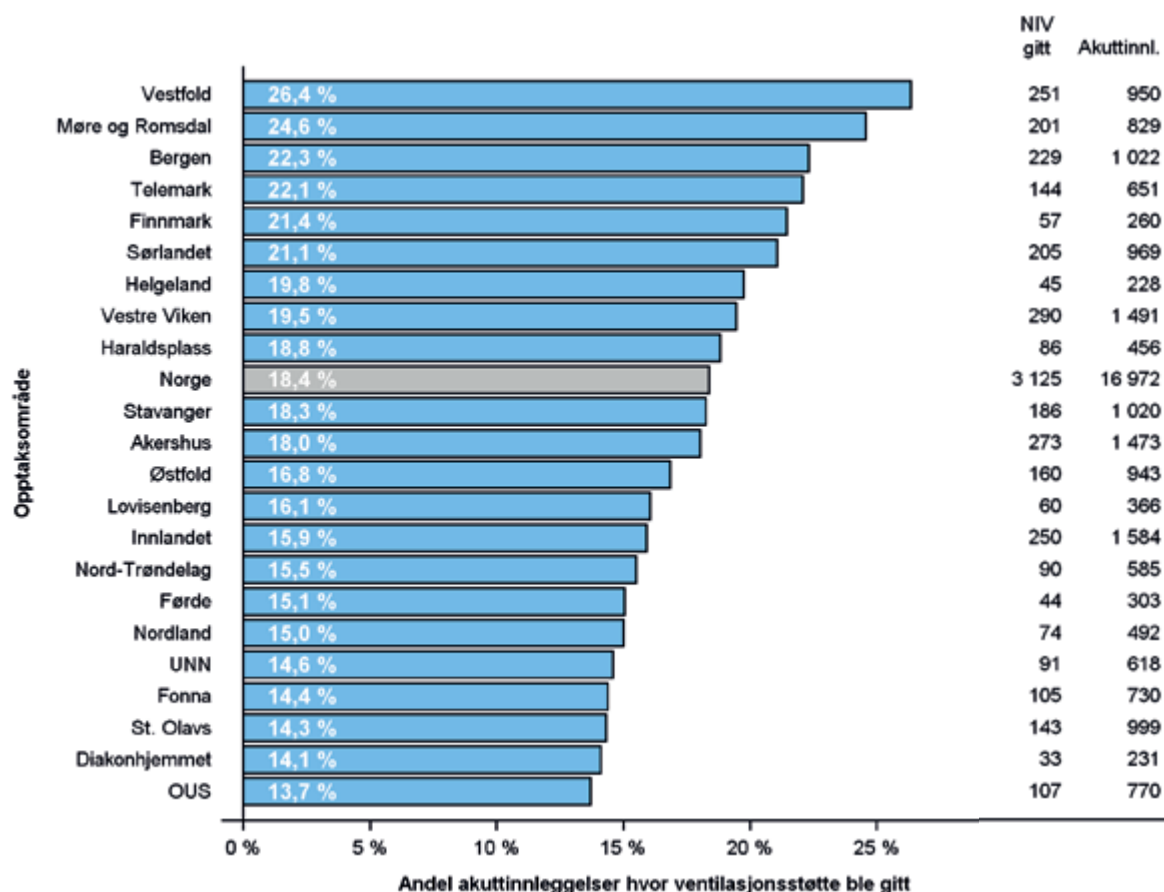
KILDE: NPR/SSB. GRAF: SKDE

vente omtrent like lang liggetid de ulike stedene. Antall liggedøgn pr. akuttinnleggelse for kols varierte imidlertid fra 7,1 i opptaksområdet til Finnmarkssykehuset til 5,3 i opptaksområdet til Sørlandet sykehus. Denne variasjonen er ikke uvesentlig i en tid da det

er press på tilgangen til akutsenger. Variasjonen i liggedøgn indikerer at det kan være mulig å utarbeide mer effektive pasientforløp ved noen behandlingssteder, men ønsket om kortere liggetid må ikke gå på bekostning av kvaliteten på behandlingen.

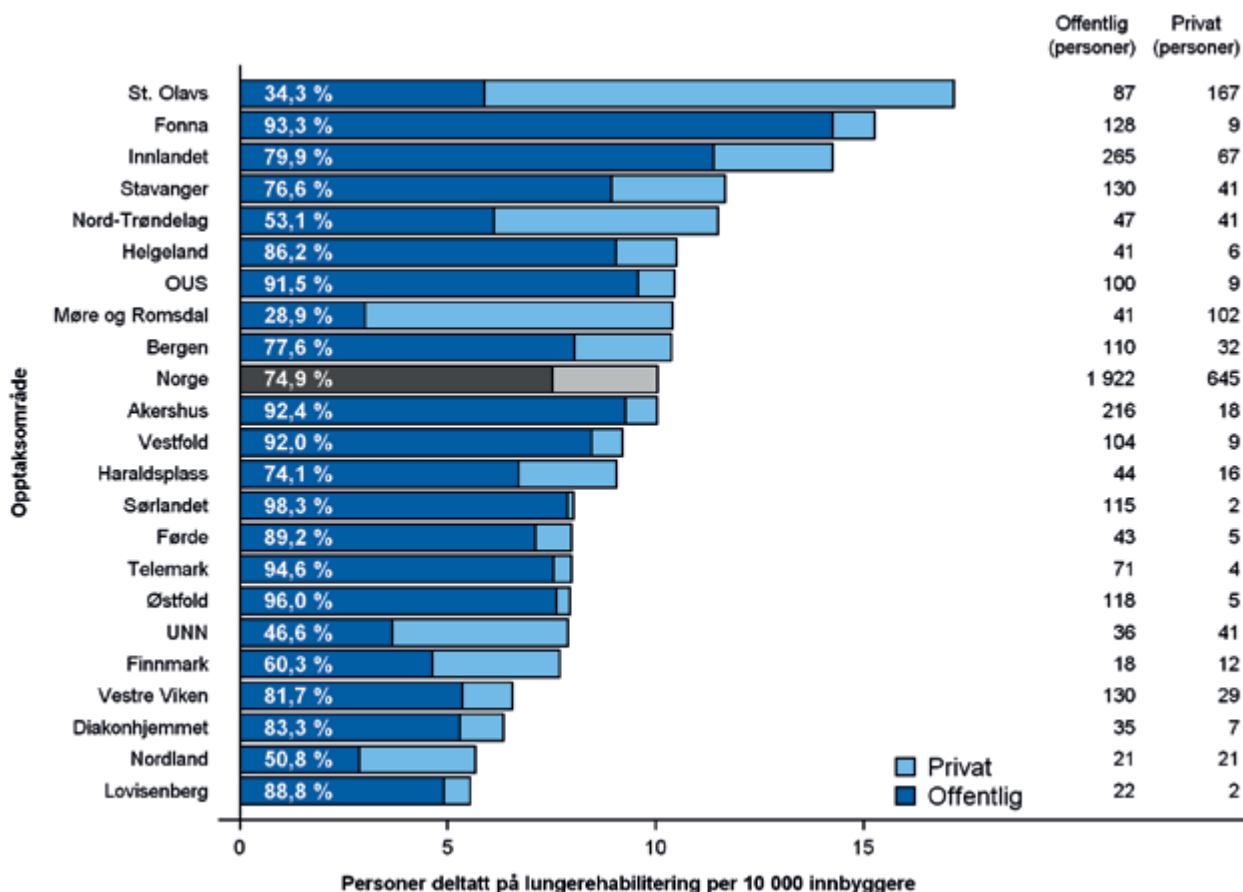
Reinnleggelser

I gjennomsnitt ble 29,3 prosent av alle primærinnleggelser etterfulgt av en reinnleggelse innen 30 dager. Variasjonen mellom opptaksområdene var liten med unntak av Lovisenberg som hadde en noe høy-



FIGUR 3. Andel akuttinnleggelser for kols hvor ventilasjonsstøtte ble gitt. Søylene viser kjønns- og aldersstandardiserte andeler. Gjennomsnitt pr. år i perioden 2013–15.

KILDE: NPR/SSB. GRAF: SKDE



FIGUR 4. Antall personer som deltok på lungerehabilitering i 2015 fordelt på offentlig eller privat behandler. Søyene viser kjønns- og aldersstandardiserte antall pr. 10 000 innbyggere. KILDE: NPR/SSB. GRAF: SKDE

ere reinnleggelsesandel. Heller ikke dødeligheten etter akuttinnleggelser for kols, som på landsbasis var 11,9 prosent etter 30 dager og 28,4 prosent etter ett år, varierte vesentlig.

Den høye andelen pasienter som ble reinnlagt eller som døde kort tid etter et sykehusopphold bekrefter at personer som akuttinnlegges for kols er alvorlig syke.

Ulik vurdering av behov for ventilasjonsstøtte

For alvorlig syke kolspasienter vil man ikke forvente stor variasjon i behandlingsopplegg, men analysene viser det motsatte. Andel akuttinnleggelser hvor anbefalt type ventilasjonsstøtte ble gitt varierte fra 26,4 prosent i opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold til 13,7 prosent i opptaksområdet til OUS.

Denne variasjonen kan neppe forklares ved forskjeller i pasientsammensetning alene og må karakteriseres som uberettiget.

Bør settes fokus på influensavaksine

Et interessant funn er at antall akuttinnleggelser for kols var vesentlig mindre vinteren 2013–14 enn årene før og etter. Samme vinter var det uvanlig lav influensaaktivitet, og det var svært få varsler om influensautbrudd ved helseinstitusjoner og

sykehjem. Dette kan tale for at større oppmerksomhet rundt influensavaksinering av personer med kols kan være et nyttig tiltak for å forebygge kolsforverringer.

Varierende tilbud om lungerehabilitering

Lungerehabilitering er et av få tiltak ved kols som ikke har uønskede bivirkninger og som øker livskvalitet og reduserer behov for sykehusinnleggelse. *Helseatlas kols* viser store geografiske forskjeller i tilbudet om lungerehabilitering. Antall kolspasienter pr. 10 000 innbyggere som hadde vært til lungerehabilitering varierte betydelig i de ulike opptaksområdene. Til tross for at funnene må tolkes med varsomhet på grunn av små tall og utfordringer ved å få oversikt over rehabiliteringstilbudet til personer med kols, er det liten tvil om at det er uberettiget variasjon mellom opptaksområder når det gjelder lungerehabilitering for kols.

Utvikling i forekomsten av kols

Det er vanskelig å estimere hvor stort behovet for helsetjenester for kols vil være i framtiden. I 2013–15 var ni av ti personer som var akuttinnlagt, fire av fem som var på poliklinikk og to av tre som var hos fastlege eller legevakt for kols 60 år eller eldre.

Selv om det blir flere eldre personer i Norge i framtiden kan man ikke forvente

en tilsvarende økning i antall personer med kols. Dette skyldes blant annet at det har vært store endringer i røykevaner og eksponering for annen luftforurensning de siste 40 årene. I 1973 røykte 42 prosent av personer mellom 16 og 74 år daglig, og ni prosent røykte av og til. I 2016 var tilsvarende andeler henholdsvis 12 prosent og ni prosent. At færre personer røyker forventes å ha stor betydning for forekomst av kols i framtiden. Siden det som regel kreves eksponering for tobakksrøyk eller annen forurensning over lang tid for å utvikle kols, kan det ta flere tiår før endringer i røykevaner i en befolkning vises på bruken av helsetjenester for kols.

Analysene i dette helseatlas viser at antall personer med kols hos fastlege eller legevakt, på poliklinikk og akuttinnlagt på sykehus økte svakt fra 2013 til 2015. Dette kan tyde på at det ennå ikke har hatt noen merkbar effekt på forekomsten av kols at færre personer røyker.

LENKER TIL HELSEATLAS KOLS

- RAPPORTEN: <http://www.helseatlas.no/sites/default/files/helseatlas-kols-rapport.pdf>
- INTERAKTIVT ATLAS: <http://www.helseatlas.no/atlas/123/instant-atlas>
- FAKTAARK: <http://www.helseatlas.no/atlas/123/details>
- HJEMMESIDEN FOR ALLE HELSEATLAS: <https://helseatlas.no/>

■ LINDA.LEIVSETH@HELSE-NORD.NO

Drikkevann i Norge

■ SUSANNE HYLLESTAD • Seniorrådgiver, avdeling for smitte fra mat, vann og dyr, Folkehelseinstituttet

Kvaliteten på drikkevann i Norge er generelt god og trygg, men likevel avdekkes sykdomstilfeller knyttet til drikkevann. I den senere tid har man fått mer kunnskap om at ledningsnettet kan være kilde til forurensning og smitte av drikkevann. Man vet ikke hvilken sykdomsbyrde dette påfører samfunnet.

Innsats for å sikre en trygg vannforsyning har vært på dagsordenen lenge, blant annet synliggjort gjennom «Program for vannforsyning», som ble gjennomført i perioden 1995–2001. Programmet bidro til en betydelig reduksjon av antall personer som fikk ikke-desinfisert vann, fra cirka 350 000 personer i 1995 til ca. 10 000 personer i dag (2). Økt kunnskap om forekomst av klorresistente mikroorganismer i vannforsyningen – som *Giardia* og *Cryptosporidium* – har også bidratt til at flere vannverk har endret desinfeksjonsmetode fra klore-ring til UV-bestråling (3).

Norsk vannforsyning i dag

Norsk vannforsyning kan i dag karakteriseres ved at vi har mange små vannverk som forsyner en mindre del av befolkningen, mens noen av de få store vannverkene forsyner store deler i større, tettbygde byer. I Norge har vi cirka 1500 små og store vannverk, spredd over landet, som regnes

som rapporteringspliktige til Mattilsynet. Dette er vannverk som inntil 2016 forsynte mer enn 50 personer eller 20 husstander. I 2017 ble regelverket endret til å gjelde mer enn 10 kubikkmeter vann, men i praksis kan man si at grensen for rapporteringsplikt er tilnærmet den samme. Omtrent 98 prosent av Norges befolkning får vann fra rapporteringspliktige vannverk. Vannverkene er egne, ansvarlige organisasjoner. 96 prosent er eid av kommuner eller interkommunale selskap, mens 4 prosent er tilknyttet private andelslag.

Uavhengig av eierform er vannverkene regulert av drikkevannsforskriften, som forvaltes av Mattilsynet. Vannverkene må rapportere i henhold til kvalitetskravene i forskriften. Dette for å sikre «levering av tilstrekkelige mengder helsemessig trygt drikkevann, som er klart og uten fremtredende lukt, smak og farge», slik det er omtalt i drikkevannsforskriften (4). Vannverkene er i tillegg underlagt inspeksjon, som tiltak for å sikre en trygg vannforsyning.

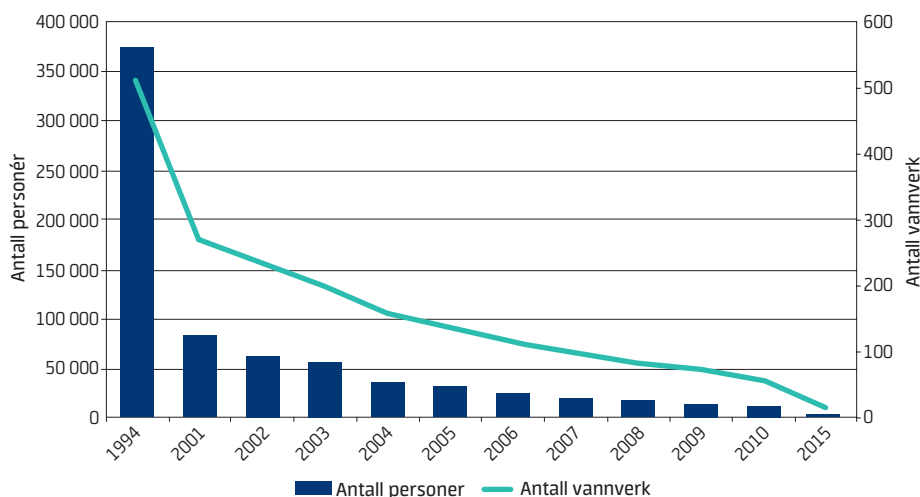
I Norge har vi også en aktiv bransjeorganisasjon – Norsk Vann – som bidrar med kunnskap om hygienisk drift, vedlikehold og kompetanseheving med mere. Folkehelseinstituttet bistår Mattilsynet og vannverksbransjen gjennom rådgivning, oppklaring av sykdomsutbrudd og beredskap, blant annet gjennom en nyetablert ordning – Nasjonal vannvakt – som har som formål å gi råd til vannverk ved akutte hendelser. Kommuneoverlegene har også en tilsynsrolle i overvåkingen av vannkvalitet, i egen-skap av å være kommunenes smittevernmyndighet, og er følgelig naturlige samarbeidspartnere for Mattilsynet og FHI.

Vannforsyningen i Norge er altså stort sett teknisk godt utbygd og driftes under reguleringer som stiller krav til både kvalitet og beredskap. Men – til tross for mange forebyggende tiltak – er det årlig utbrudd og sykdomstilfeller knyttet til drikkevann i Norge (5, 6). Dette indikerer at det ennå er utfordringer i vannforsyningen som må overkommes.

Hygieniske barrierer og utfordringer

Et viktig prinsipp i enhver vannforsyning er å sikre at man har tilstrekkelige hygieniske barrierer til enhver tid, som hindrer at vannkvaliteten forringes. En hygienisk barriere er en naturlig eller konstruert hindring eller tiltak som fjerner eller inaktiverer sykdomsfremkallende virus, bakterier, parasitter eller andre mikroorganismer eller som fortynner, fjerner eller omdanner kjemiske stoffer til et nivå hvor de ikke lenger utgjør en helseisiko (4). Selv om mye er gjort for å sikre en trygg vannforsyning ved investeringer og reguleringer, er det likevel noen gjenstående utfordringer i norsk vannforsyning. I Norge forsynes 90 prosent av befolkningen av vann fra innsjøer, hvor dype vanninntak under sprangsjiktet tidligere ble regnet som en trygg hygienisk barriere. Selv om vi nyter godt av å ha tilgang til i stor grad upåvirkede vannkilder, er disse kildene sårbare i sirkulasjonsperioder som følge av temperaturendringer om våren og høsten. En må alltid ta høyde for at innsjøer inneholder fekal forurensning fra fugler og vil-

FIGUR 1. Siden midten av 1990-tallet har det vært en betydelig nedgang i antall personer som blir forsynt av drikkevann som ikke er desinfisert (2). KILDE: FOLKEHELSEINSTITUTTET. GRAF: O7 MEDIA



– er det godt nok?



le dyr, og i sirkulasjonsperioder kan forurenset overflatevann komme ned i dypet og til vanninntakene. I noen tilfeller kan også uoppdagede kilder som avrenning fra septiktanker fra bebyggelse også medføre at vannkilder blir tilført fekal forurensning. I en normalsituasjon vil vannbehandlingen kunne håndtere en slik forurensning, men den kan også kunne svikte av ulike grunner. Vannbehandling av råvann til drikkevann består typisk av koagulering og felling av organisk materiale, desinfeksjon med enten UV-stråling eller klor, samt pH-justering med hensikt å forhindre korrosjon på ledningsnett. Sårbare punkt i vannbehandlingsprosessen er filtrene som kan ha fått dårlig effekt, svikt i desinfisering ved for eksempel lav UV-dose eller feil dosering av klor. På samme tid kan driftsovervåkingen, som utsteder varsel-signaler til vannverkspersonellet svikte. På vannforsyningssystemet – etter at vannet er blitt behandlet – er det også flere sårbare punkter hvor drikkevannet kan bli forurenset. Høydebassenger er sentrale for å sikre en stabil og optimal vannproduksjon under varierende forbruksmønstre i befolkningen. Disse er imidlertid sårbare for forurensning som kan komme inn i bygget, dessuten kan stagnerende vann gi grobunn for mikroorganismer.

Mens både vannkilde, vannbehandlingsanlegg og høydebasseng er tilgjengelige for inspeksjon og oppfølging, er det en større utfordring på ledningsnett som er nedgravd, siden feil og mangler her er lite synlige. På ledningsettet er det generelt mange punkt som er utsatt for at omkringliggende vann fra miljøet kan trenge inn under visse hydrauliske forhold. Dette kan for eksempel være hvor ledninger er koblet i kummer, brannventiler, lufteventiler eller der hvor ledningen i seg selv er lekk. Så lenge man har overtrykk i ledningen – under normal drift av vannforsyningen – vil drikkevannet være beskyttet mot at forurenset vann kan trenge inn i ledningsnett. Men dersom trykket forsvinner som følge av planlagt vedlikehold, større lekkasjer eller annet stort og plutselig vannuttak – som uttak av vann til brannslukking – vil man få et motsatt trykkforhold. Da vil undertrykk i ledningen føre til innsug av forurenset vann fra miljøet rundt ledningen. Av praktiske grunner ligger ofte avløpsledninger i samme grøft som vannledningen, og kan representere en nær kilde til fekal forurensning. Dette fordi avløpsledninger ofte er utette og kan lekke avløpsvann ut i jordsmonnet. Klimændringer gir grobunn for økt bekymring knyttet til et aldrende ledningsnett med

forventet høyere grunnvannstand, noe som igjen øker risikoen for innsug av avløpsvann. Mer ekstremt vær vil også generelt medføre en større belastning på vannkilder og vannbehandlingsprosesser (3).

Ledningsettet i Norge – forfall og fornyelsesbehov

De aller fleste som er tilknyttet vannverk i Norge, får levert drikkevann av god og trygg kvalitet. Imidlertid er det en utfordring at mange vannverk har et gammelt og dårlig ledningsnett for drikkevann og avløp – og i tillegg har vi et etterslep på vedlikehold og utskiftning. I Norge har vi totalt cirka 45 000 km vannledninger, hvor halvparten er bygget i perioden 1971–2000 (7). Gjennomsnittsalderen på ledningsnett er rundt 32 år, men det er store forskjeller på både alder og kvalitet på ledningene blant vannverkene (8).

I 2016 ble 0,7 prosent av vannledningsnett fornyet og det er estimert at det med denne utskiftingstakten vil ta cirka 143 år å fornye vannledningsnett (8, 9). Etterslepet gir høye lekkasjetall, det vil si forholdet mellom det drikkevannet som produseres ved vannbehandlingsanlegget og det som når frem til forbruker. Dette medfører økt fare for forurensning ved trykløst nett

(10, 11). lekkasjeandelen er i Norge i gjennomsnitt rundt 30 prosent, men varierer fra 20 til over 50 prosent ved enkelte vannverk i Norge. Vi mister altså i gjennomsnitt 1/3 av det rensede vannet ut av ledningsnettets på vei til husholdningen. Dette er vesentlig høyere enn våre naboland, Sverige (cirka 15 prosent) og Danmark (cirka 6 prosent). Den høye lekkasjeandelen representerer to utfordringer; det ene er spørsmålet om det er bærekraftig og etisk legitimt at energi brukes fånyttet, og det andre er at et ledningsnett med mye lekkasje er et ledningsnett som er sårbart for forurensning (12).



Mange vannverk har et gammelt og dårlig ledningsnett for drikkevann og avløp.
ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Dårlig ledningsnett – en helserisiko?

For at det skal kunne oppstå en forurensning på ledningsnettets, er det flere betingelser som må være til stede samtidig:

- ❶ Det må være trykkløst eller undertrykk i ledningsnettets.
- ❷ Det må være forurensning til stede – for eksempel bakterier, virus og parasitter – i jorden rundt vannrørene.
- ❸ Det må være utettheter slik at forurensningen skal kunne trenge inn.

Det kan være nærliggende å hevde at drikkevannet er beskyttet mot forurensning så lenge man har overtrykk i ledningene. Noe som er riktig, men vannforsyningssystemer er dynamiske system, hvor forholdene endrer seg hele tiden. Det er derfor sannsynlig at vannledningsnettets ikke er beskyttet med overtrykk til enhver tid. Vannverkene produserer samlet ca. 750 millioner kubikkmeter drikkevann årlig, noe som tilsvarer cirka 2 millioner kubikkmeter daglig (8). Det er altså mye vann som alltid er underveis i ledningsnettets.

I 2016 var hver abonnent rammet av rundt 30 minutter med avbrudd i forsyningen, 13 minutter av disse avbruddene var ikke planlagte (8). En analyse av sårbarhet knyttet til ledningsnettets, viser at det i 2011 ble registrert ikke-planlagte avbrudd i vannforsyningen ved cirka 120 vannverk som overskrider nasjonale mål for vann og helse. Disse avbruddene berørte omtrent

390 000 mennesker (12). Mattilsynet gjennomførte i 2012 et nasjonalt tilsynsprosjekt som omfattet revisjon av ledningsnettets på 491 vannverk. Det ble funnet avvik fra krav i regelverket ved 81 prosent av de revideerte vannverkene. Et betydelig antall av avvikene var knyttet til ledningsnettets utforming og tilstand; de fleste omfattet mangler ved planer for vedlikehold og fornying (13). 32 prosent av vannverkene fikk varsel fra Mattilsynet på mangler ved driften av ledningsnettets, og 55 prosent fikk en reaksjon knyttet til fare for innsug og tilbakeslag av forurensninger til drikkevannsledningene (13).

Tall fra vannverkene tilsier at nesten alle vannverk har beredskapsplaner for å håndtere avvik i driften. Likevel viser en tilsynskampanje, utført av Mattilsynet, at 2/3 ikke utfører beredskapsøvelser. Hovedkonklusjonen fra tilsynskampanjen er at selv om vannkvaliteten på drikkevann i Norge er bra, er det mangler knyttet til forebyggende arbeid og beredskap. Man kan derfor bli usikker på hva som kan skje med kvaliteten på og tilgangen til vann ved større uønskede hendelser (14).

At store brudd og lekkasjer i vannforsyningen kan forårsake utbrudd av vannbåren sykdom, er velkjent. En nyere kunnskapsoppsummering viser også at rutinemessige problem på ledningsnettets er assosiert med et bakgrunnsnivå av magesyke

knyttet til drikkevann (15). Hendelser på vannledningsnettets som gir grunn til bekymring kan være avvik på selve ledningen som kan forårsake forurensning av drikkevannet. Eksempel på dette er krysskobling til andre ledninger enn drikkevann, utette skjøter, løsrivelse av biofilm eller korrosjon på ledningsnettets. Eller det kan være avvik av hydraulisk kapasitet på ledningen, for eksempel problem med å levere nok vann på grunn av trykkløst, stans i pumper eller plutselige uttak av større mengder vann til brannslukningsformål. Manglende overskytende klor i ledningsnettets kan også føre til at man ikke er beskyttet mot forurensninger langs ledningsnettets frem til forbruker (15).

Selv om det er få, tilsier de studier som er utført at det er en helserisiko knyttet til stans i vannforsyningen. I 2003–04 ble det utført en kohortstudie ved syv større vannverk i Norge, hvor resultatene viste at vannabonnenter som var berørt av en trykkløs hendelse på ledningsnettets hadde 58 prosent høyere risiko for magesyke, sammenlignet med ikke-berørte vannabonnenter. En nylig publisert studie i Sverige understøtter disse funnene og konkluderer med at de forebyggende rutiner som benyttes ikke er tilstrekkelige for å redusere risikoen for akutt gastroenteritt (16).

Hva vet vi om vannbårne sykdomstilfeller i dag?

De fleste sykdommer som smitter via drikkevann gir en forbigående diarésykdom som ikke medfører at lege kontaktes. Det er videre vanskelig å fastslå om det er drikkevann som er smitekilden i hvert enkelt tilfelle. Dette gjør det utfordrende å kartlegge omfanget av endemisk sykdom forårsaket av drikkevann. Oversikten over hvilke agens som kan smitte via drikkevann, er derimot god. Typiske vannbårne agens

KRAV TIL FUNKSJONSSIKKERHETEN TIL VANN- OG AVLØPSNETTET I NASJONALE MÅL FOR VANN OG HELSE (1)

- a) Ikke-planlagte avbrudd i vannforsyningen bør være mindre enn 0,5 time i snitt pr. innbygger pr. år.
- b) Forsyningssikkerheten skal være bedre enn 99,95 prosent. (Forsyningssikkerhet = Antall innbyggertimer uten avbrudd i forsyningen/Antall innbyggertimer totalt * 100).
- c) Årlig utskifting/rehabilitering av vannledningsnett bør i gjennomsnitt være 2 prosent på nasjonalt nivå frem til 2035.
- d) Lekkasje fra det enkelte ledningsnettets bør være mindre enn 25 prosent innen 2020.

som i den senere tid har forårsaket utbrudd er *Cryptosporidium*, norovirus, *Giardia*, *Campylobacter* og rotavirus (17). I Meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS), er det registrert 4–6000 tilfeller årlig i løpet av de siste 15 år som er smittet av typiske vannbårne agens.¹ Disse tallene inkluderer imidlertid kun laboratoriebekreftede tilfeller og gir ikke et bilde på omfanget av gastroenteritt. På den annen side har vi en bedre oversikt over vannbårne utbrudd som følge av varsling av utbrudd og påfølgende utbruddskartlegging (18). Ifølge tall fra FHI sitt webbaserte system for varsling av utbrudd (Vesuv), har det forekommet 28 vannbårne utbrudd i perioden 2003–13 (6). Det vil si at vi har tilnærmet årlige utbrudd knyttet til drikkevann. Det må understrekes at vannbårne utbrudd ikke er spesielt for Norge. Også andre vannforsyningssystem av høy teknisk standard har erfart større utbrudd i nyere tid (19, 20).

Det finnes noen få studier som har tilstrebet å kartlegge sykdomsbyrden som kan tilskrives drikkevann. Noen av disse studiene er utført tilbake i tid, og er til dels kontekstspesifikke for forsyningsområde til et vannverk (21). I en nyere studie utført av Livsmedelverket i Ale kommune i Sverige, har man undersøkt sykdomsbyrden gjennom selvrappotering av mageinfeksjon (22).

I 12 måneder rapporterte deltagere opplevd magesyke ved hjelp av SMS, og hvor mye kaldt vann de drakk fra springen. Resultatene viste en sammenheng mellom alvorlig mageinfeksjon, som ble definert som mer enn tre avføringer og oppkast, og høyt vannkonsum. Det ble beregnet at drikkevannet forårsaket 175 000 tilfeller av akutt mageinfeksjon i Sverige årlig, noe som tilsvarer 6 prosent av alle tilfeller av akutte mageinfeksjoner i studiepopulasjonen. Årlig insidens blir ut fra dette 0,024. Det vil si at én person blir syk av drikkevannet en gang hvert 40. år (22). I Norge er en tilsvarende studie satt i gang – Drikkevannsstudien – hvor sammenhengen mellom magesyke og vannkonsum skal kartlegges. Denne studien skal – til forskjell fra studien i Ale kommune – også inkludere personer under 18 år og være landsdekkende ved at deltagere får vann fra ulike vannverk av ulike størrelser over hele landet. Hver deltager skal følges opp over 12 måneder ved hjelp av SMS, og kovariabler som for eksempel alder, kjønn og barn i barnehage skal kartlegges før og etter perioden. Som ved Ale-studien, hvor man ser

på risikoen for gastroenteritt, forventer man å få kartlagt omfanget av gastroenteritt relatert til antall glass kaldt kranvann drukket – som vil være tilnærmingen til å knytte gastroenteritt til drikkevann.²

Norsk drikkevann i fremtiden

Selv om man har gjort mange forebyggende tiltak i vannforsyningen, forekommer det ennå vannbårne utbrudd og sykdomstilfeller. Økt kunnskap om ledningsnett som en risikofaktor for gastroenteritt, har internasjonalt seilt opp som et prioritert forskningsområde, og har også skapt bekymring blant politikere i Norge (23). Bekymringen er spesielt knyttet til manglen på vedlikehold av et aldrende ledningsnett som er sårbart for forurensninger. Tiltak for å øke utskiftingstakten og forebygge smitte via drikkevann er en sentral del av de nasjonale målene som er vedtatt under WHO sin protokoll for vann og helse (11). Men for å kunne se på effektive tiltak, må man vite hvor man står i dag. Så langt har man ikke hatt godt nok kunnskapsgrunnlag for å si noe sikkert om hvor mange som blir syke av drikkevannet fra vannverkene i Norge i dag. Gjennom blant annet Drikkevannsstudien håper man at vi får nettopp det.

Takk til kollega Camilla Svendsen, forsker ved Folkehelseinstituttet, for gode innspill i prosessen med å skrive artikkelen.

REFERANSER

1. Mattilsynet. Nasjonale mål for vann og helse vedtatt av Regjeringen 22. mai 2014 2014 [Available from: https://www.mattilsynet.no/mat_og_vann/vann/Protokoll_om_vann_og_helse/nasjonale_maal_for_vann_og_helse.15130/binary/Nasjonaleprosent20mprosentC3prosentA5lprosent20forprosent20vannprosent20ogprosent20helse].
2. Folkehelse rapporten – drikkevann i Norge [Internet]. 2017. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/risiko-og-beskyttelsesfaktorer/drikkevann/>.
3. Andersen E (red.). Vannrapport 127: Vannforsyning og helse. Veiledning i drikkevannshygiene. Folkehelseinstituttet; 2016.
4. Lovdata. Forskrift om vannforsyning og drikkevann (drikkevannsforskriften) 2018 [Available from: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-12-22-1868>].
5. Guzman-Herrador B CA, Ethelberg S, Freiesleben de Blasio B, Kuusi M, Lund V, Löfdahl M, MacDonald E, Nichols G, Schöningh C, Sudre B, Trönnberg L, Vold L, Semenza JC, Nygård K. Waterborne outbreaks in the Nordic countries, 1998 to 2012. Euro Surveill. 2015.
6. Bernardo Guzman-Herrador BFD, Vidar Lund, Emily MacDonald, Line Vold, Erik Wahl, Karin Nygård Vannbårne utbrudd i Norge i perioden

- 2003–12. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening. 2016; 136: 612–6.
7. Statistisk sentralbyrå. Kommunal vannforsyning 2015 [Available from: https://www.ssb.no/natur-og-miljo/statistikker/vann_kostra/aar/2016-06-20].
8. Statistisk sentralbyrå. Stadig godt vann fra springen 2017 [Available from: <https://www.ssb.no/natur-og-miljo/artikler-og-publikasjoner/stadig-godt-vann-fra-springen>].
9. Statistisk sentralbyrå. Kommunal vannforsyning 2017 [Available from: https://www.ssb.no/natur-og-miljo/statistikker/vann_kostra].
10. Rådgivende ingeniørers forening. Norges tilstand 2015 – State of the nation. RIF; 2015.
11. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonale mål for vann og helse – Gjennomføringsplan for Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar 2014–2018 Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
12. Pettersen JE, Janak, K., Nordheim, C.F., Hyllestad, S., Fonahn, W. Drikkevannsledninger. Vurdering av hygienisk sårbarhet basert på vannverkens rapportering i 2011. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015.
13. Mattilsynet. Sluttrapport. Nasjonalt tilsynsprosjekt 2012. Drikkevann – Tilsyn med ledningsnett. Oslo; 2013.
14. Mattilsynet. Sluttrapport. Nasjonalt tilsynsprosjekt 2016. Drikkevann – Tilsyn med vannverkens beredskap. 2017.
15. Ercumen A, Gruber JS, Colford JM, Jr. Water Distribution System Deficiencies and Gastrointestinal Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. Environmental Health Perspectives (Online). 2014; 122(7): 651.
16. Save-Soderbergh M, Bylund J, Malm A, Simonsen M, Toljander J. Gastrointestinal illness linked to incidents in drinking water distribution networks in Sweden. Water research. 2017; 122: 503–11.
17. Moreira NA, Bondelind M. Safe drinking water and waterborne outbreaks. Journal of water and health. 2017; 15(1): 83–96.
18. Guzman-Herrador B, Vold L, Berg T, Berglund TM, Heier B, Kapperud G, et al. The national web-based outbreak rapid alert system in Norway: eight years of experience, 2006–2013. Epidemiology and Infection. 2015; 144(1): 215–24.
19. Kulinkina A, Shinee, E., Guzman-Herrador, B.R., Nygård, K., Schmoll, O. The situation of water-related infectious diseases in the pan-european region. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2016.
20. Efstratiou A, Ongerth JE, Karanis P. Waterborne transmission of protozoan parasites: Review of worldwide outbreaks – An update 2011–2016. Water research. 2017; 114: 14–22.
21. Payment P, Siemiatycki J, Richardson L, Renaud G, Franco E, Prevost M. A prospective epidemiological study of gastrointestinal health effects due to the consumption of drinking water. International Journal of Environmental Health Research. 1997; 7(1): 5–31.
22. Jonas Toljander, Melle Sæve-Söderbergh, Magnus Simonsson. Risken att bli magsjuk av dricksvatten – en svensk kohortstudie. Livsmedelverket; 2016.
23. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter 2014 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/sec4#KAP6-4>].

1 Tall hentet fra www.msis.no. Agens som er inkludert i denne statistikken er *Cryptosporidium*, *Listeria*, *Shigella*, *Hepatitt A*, *Yersinia*, *Giardia*, *E.coli*, *Salmonella*, *Campylobakter* og *F. tularensis*
2 <https://www.fhi.no/studier/drikkevannsstudien/>

Ledelsesløft for primærhelsetjenesten

■ OLE JOHAN BAKKE • Kommuneoverlege i Holmestrand, styremedlem LSA og sentralstyremedlem Dnlf

Legeforeningen tar til orde for å styrke den medisinskfaglige ledelsen i kommunene. Det må til for å lede fastlegeordningen og medisinske virksomheter bedre, ivareta behovet for kvalitetsdata og oppfylle kommunenes plikter i spesialistutdanningen av fastleger og samfunnsmedisinere.

Dette er hovedbudskapet i to delrapporter som nylig er publisert av Legeforeningen, og som begge omhandler ledelse i primærhelsetjenesten. Den ene rapporten heter *Pasientens primærhelsetjeneste må ledes – Om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene* og den andre rapporten har tittelen *Riktig diagnose til rett tid – Fastlegen som helsetjenestens portner*.



Tjenester er medisinsk underledet

Begge delrapportene springer ut av et initiativ som ble tatt av det forrige sentralstyret (2015–17), som gjorde ledelse i primærhelsetjenesten til et tematisk satsingsområde. Bakgrunnen for dette var erkjennelsen av at det medisinske tilbudet i kommunene har for få ledere med medisinsk kompetanse, hvilket gir ulike utfordringer. Slik sett skiller de medisinske tilbudene seg vesentlig fra andre tjenester i kommunene.

Arbeidsgruppen som står bak de to delrapportene har bestått av Ole Johan Bakke fra Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, Frantz Leonard Nilsen fra spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin, Elizabeth Kimbell fra Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin, Petter Brelin fra Norsk forening for allmennmedisin, Kari Sollien, Tom Ole Øren, og Nils Kristian Klev fra Allmennlegeforeningen og Jon Helle fra Overlegeforeningen.

Hoveddelen av ledelsesrapporten om-

handler en beskrivelse av helselederrollen og det medisinske tilbudet i kommunene. Videre er kommunenes ledelse av fastlegestjenesten og fastlegenes egen ledelse av eget kontor viet stor plass. I tillegg er begge rapportene supplert med utredninger gjort av fremstående helsetjenesteforskere.

I arbeidet identifiserte arbeidsgruppen følgende sentrale utfordringer:

- Kommunene har et stort mulighetsrom for bedre ledelse av sine medisinske tjenester.
- Det er store forskjeller mellom kommuner når det gjelder organisering, oversikt over styringsdata, oppfølgingsregimer mv. av legene.
- Administrativ og faglig ledelse av legetjenesten er i all hovedsak delt mellom kommunalsjef og kommuneoverlege.
- Ledelse av legetjenesten prioriteres ikke på samme måte som andre deler av helse- og omsorgstjenestene i kommunene.
- Kommuneoverlegestillingene, sammen med resten av lederskapet for helsetje-

nesten, er betydelig underdimensjonert for å kunne ha en proaktiv rolle i ledelsen av legene.

- Det er satt av for lite ressurser til ledelse og oppfølging av legetjenesten i kommunene.

Deler av dette er i hovedsak funn som KS selv har påpekt i rapporten *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* som ble levert av Agenda Kaupang i 2016. Rapporten konkluderte med at utvalgskommunene i liten grad benytter seg av dagens tilgjengelige virkemidler og handlingsrom for å utøve god ledelse av sin legetjeneste. Samtidig er kommunenes handlingsrom i styringen av fastlegene noe begrenset.

Arbeidsgruppen understreker at den medisinskfaglige ledelsen i kommunene må styrkes for å ivareta behovet for helsemessige kvalitetsdata til ledelsen, for å gi en bedre og mer formålstjenlig ledelse av fastlegeordningen, for å sikre kvalitetsledelse av medisinske virksomheter, for å oppfylle



De to rapportene bør være relevant lesning for beslutningstakere i kommunene, sentrale helsemyndigheter, samfunns- og allmenntilleggsmedisinere og kanskje også Blankholmutvalget. For å lese rapportene i fulltekst, gå til: <http://legeforeningen.no/Nyheter/2017/Kommunenes-medisinske-tilbud-ma-ledes-og-styrkes/>

kommunenes plikter i spesialistutdanningen av fastleger og samfunnsmedisinere og for å styrke ledelse i fastlegekontorer.

Eksempler på kommunale helsetjenester som i liten eller svak grad har en tilstrekkelig (volum og kompetanse) medisinsk ledelse er helsestasjon, sykehjem, KAD/ØHD, fastlegetjenesten og legevakt.

De to rapportene konkluderer med at de kommunale helsetjenestene er medisinsk underledet på alle nivåer, og at utfordringsbildet må møtes med følgende tiltak:

- Kommunene må utvikle en ny helseledelsesrolle for kommunens medisinske tjenester utover dagens tradisjonelle kommuneoverlegerrolle som medisinsk faglig rådgiver.
- En tydelig medisinsk linjeledelse vil bidra til en mer samordnet helsetjeneste.
- Høy medisinsk kompetanse er viktig for å utøve god helseledelse. Kommunene må derfor gjøre medisinske lederstillinger attraktive for leger med relevant erfaring og ledelseskompetanse

Egne vurderinger om veien videre

Signalene så langt (forskrift om spesialistutdanning for ASA-spesialitetene) tyder på at kommunene vil få tydelige oppgaver med spesialistutdanningen av allmennleger og samfunnsmedisinere. Sammen med en materialisering av kommunens plikter i §7 i fastlegeforskriften og ovennevnte utfordringer bør arbeidsmarkedet for medisinsk ledelse generelt og samfunnsmedisin spesielt framstå lyst. I mitt fylke (Vestfold) opplever vi imidlertid at halvparten av kommuneoverlegene blir rasjonalisert bort i forbindelse med forvaltningsreformen (kommunesammenslåinger). I en situasjon hvor det er stor mangel på medisinsk ledelse på et forvaltningsnivå som håndterer stadig mer komplekse medisinske tilstander er dette dramatisk.

Kommunene vil trolig bli utfordret på å bli en mer sentral og bevisst aktør i prioriteringsarbeidet i helsetjenesten framover, ref. Ole Fritjof Norheim sitt innlegg på Legeforeningens lederseminar nylig. Det er

vanskelig å tenke seg dette gjort godt uten en kompetent og tydelig medisinsk faglig ledelse i kommunene.

Norske leger har ikke løpt etter lederstillinger; status for ulike typer stillinger blant leger selv sier alt om dette. Vi kan således ikke utelukkende skyldte på andre når medisinsk ledelse i kommunene står så svakt.

Legeforeningen har imidlertid gjort tiltak for å sikre de (få) som vil satse på ledelse. Ole Berg-kurset er gjort modulbasert og er dermed bedre tilpasset leger i primærhelsetjenesten. Legeforeningen er i tillegg i ferd med å utvikle et helselederprogram. Det betyr at verktøyene for å sikre leger tilgang til kompetanse, og således kvalifisering til lederstillinger, er i ferd med å komme på plass.

■ OJBDOC@ONLINE.NO

Helsesekretærenes paradoks

■ TOVE RUTLE • Utpostens redaksjonssekretær

Helsesekretærene trives og blir lenge i yrket. Likevel er vi misfornøyd med mange forhold ved arbeidet vårt.

Det var Legeforeningen som tok initiativ til helsesekretærutdanningen i 1967, den gang ble det kalt legesekretærutdanning. Det var behov for en yrkesutdanning som var spesifikt rettet mot oppgaver på legekontoret. Dette er altså 50 år siden! Fra 2001 ble «helsesekretær» en beskyttet tittel; det var viktig fordi det gav oss yrkesidentitet og yrkesstolthet. Det er viktig også i forhold til fagutvikling, autonomi og ansvarsfølelse. For våre arbeidsgivere er det en trygghet fordi autorisasjonen sier noe om helsesekretærens faglige bakgrunn og bekrefter statusen som etablert og akseptert yrkesgruppe.

Helsesekretærene er den største gruppen medarbeidere som jobber på legekontorene, 83 prosent i 2010. Vi er en sentral og viktig gruppe på legekontoret, og det har vært et faktum siden 1996. Undersøkelsene *Medarbeiderprosjektet i allmennpraksis*, rapport fra år 2000 av Svarttjernet/Rutle, og *Faste grep om helse i hektiske kontor – En undersøkelse av helsesekretærenes arbeidsforhold ved fastlegekontor* av Reichborn-Kjennerud, 2010, viser at helsesekretærene er glade i og opptatt av sitt arbeid.

Men det kommer også frem at helsesekretærene er misfornøyd med mange forhold på arbeidsplassen. Paradokset er at vi likevel trives godt, og vi blir lenge i jobbene våre.

Et nødvendig onde?

Reichborn-Kjennerud sier «Helsesekretærene er en beskjeden gruppe» i sin undersøkelse. Nå bekreftes følelsen av å være «et nødvendig onde» i Trine Faulkland Karlstad i sitt prosjektarbeid fra BI i 2016. Faulkland Karlstad bekrefter resultatene som Svarttjernet/Rutle og Reichborn-Kjennerud fant, henholdsvis 10 og 20 år tidligere: Helsesekretærene er opptatt av sitt arbeid, ser potensialet i å utvikle seg faglig, ønsker å bidra til utvikling av egen arbeidsplass og få mer ansvar. Men vi klarer ikke helt å «løfte oss».



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLOMBEX

Det virker som om «vi sitter fast i en slags gjørme»? Vi er glad i jobben vår og fornøyde. Vi ytrer oss sjelden i faglig sammenheng, vi er ikke krevende i lønnsforhandlinger, vi er egentlig «de snilleste pikene» på legekontoret. Til tross for god trivsel og sterk tilknytning til fastlegekontoret, er vi lite flinke til å reflektere og formidle fag og synspunkter. Vi blir «usynlige» og føler oss som et «nødvendig onde».

Dette er et stort tankekors for meg, og burde være det for fastlegene. Jeg tror også at dette har konsekvenser for den helhetlige tenkingen på hvordan man skal drive et fastlegekontor. Hva er det som gjør at helsesekretærene ikke er mer tydelige? Er det manglende respekt fra fastlegene, våre arbeidsgivere, og dermed manglende muligheter? Er det for svak og umoderne ledelse på fastlegekontoret? Eller er det slik at helsesekretærene synes det er mest komfortabelt med denne usynlige rollen? Svikter vårt fagforbund i videre- og etterutdanningen? Veiledningsutdanningen og veiledningsgruppene som var til stor inspirasjon i faglig sammenheng, og var med på å løfte helsesekretærenes identitet og yrkesglede er nedlagt – hvorfor? Det er både uansvarlig og uøkonomisk om man ser på yrkesgruppen som et «nødvendig onde».

Store utfordringer

Den økte arbeidsbelastningen på fastlegekontoret, rekrutteringssvikt av fastlegene og generelt dårligere økonomiske betingelser for drift står som den store bøygen. Det er også et paradoks at flere nye oppgaver overføres til primærhelsetjenesten, samtidig som tradisjonelle og viktige oppgaver for fastlegekontoret blir overført andre utenfor fastlegekontoret. Mye skjer på fastlegekontoret, og mange med meg er bekymret for fastlegeordningen. Jeg kan ikke skjønne annet enn at det må være klokt at hele fastlegekontoret setter seg sammen og ser hvordan man kan løse oppgavene på en god og forsvarlig måte. Helsesekretæren har stort potensial og evner å tenke nytt! Dette kan benyttes. Det er viktig å se hvordan man kan frigjøre tid for fastlegene til pasientrettede oppgaver.

Kanskje kan helsesekretærene, «den forsømte ressurs», bidra til både å opprettholde en god ordning, og være med på å utvikle og modernisere denne? Jeg tror at fastlegene og fastlegekontorene og ikke minst helsepolitikkerne vil profitte på å se denne ressursen. Men da må også helsesekretærene vise «muskler» i forhold til kvalitet, innsatsvilje og forståelse av hvor viktig fastlegeordningen er for pasientene.

Helsesekretæren – et nødvendig onde?

■ TRINE FAUKLAND KARLSTAD • Helsesekretær, Rikshospitalet, OUS

Helsesekretærene er en litt «usynlig» og ukjent arbeidsgruppe – dette til tross for at det er dem man først møter i kontakt med fastlegekontor eller andre helseinstitusjoner. Hvorfor er det slik?

Få kjenner til yrkesgruppen, utdannelsen og hva man «kan» som helsesekretær. De blir sjelden omtalt i lønnsoppgjør, og det er ikke helsesekretærene som «roper høyest» når spørsmålet kommer til arbeidsvilkår etc.

I 2001 ble helsesekretær en beskyttet tittel, og man måtte søke om autorisasjon. Det innebar at arbeidsgivere kunne være trygge på helsesekretærenes kunnskap og utdanning. For helsesekretæren selv innebar det strengere krav til nødvendige kvalifikasjoner, og et selvstendig og personlig ansvar for å utføre arbeidsoppgaver på forsvarelig vis. Man måtte i større grad ta ansvar for egen faglig utvikling.

I en hektisk hverdag kan dette by på problemer. Spesielt vanskelig kan det bli, dersom arbeidsgiver ikke legger til rette for fagutvikling, og heller ikke ser på det som en nødvendighet.

Hva er realitetene?

I 2016 skrev jeg en prosjektoppgave i helseledelse ved BI, der jeg valgte å se på helsesekretærens vilkår ved fastlegekontor. Jeg sendte ut spørreskjema til legekontor i Oslo og fikk svar fra 18 respondenter. Utgangspunktet for oppgaven var å skrive om turnover-problematikk ved fastlegekontor, men det viste seg raskt at turnoverprosenten ikke var så stor som jeg hadde forventet, snarere tvert imot. Dette åpnet for en litt annen vinkling av oppgaven. Jeg så at de fleste helsesekretærene hadde vært i samme stilling i mange år, samtidig som de samme ikke var fornøyd med arbeidsvilkår og arbeidsmiljø. Jeg ble nysgjerrig på hvilke vilkår helsesekretærene egentlig arbeider under, og om de egentlig «får som fortjent». Oppgavens navn og utgangspunkt ble følgelig endret til: *Helsesekretæren – et nødvendig onde?*

Det virker som om mange leger synes det er «masete» med personalarbeid. Man ønsker eller evner ikke å bruke tid på det, samtidig som man ikke klarer seg uten gode medarbeidere. Dette er min oppfatning, ut fra egne erfaringer både i jobbsammenheng og gjennom samtaler med andre helsesekretærer.

I artikkelen «Er leger udugelige arbeidsgivere?» som sto på trykk i *Tidsskriftet i*

2001, uttalte en representant for Kommunalansattes Fellesorganisasjon (forløperen til arbeidstakerorganisasjonen Delta):

«Leger er nok mer opptatt av det faglige, enn arbeidsforhold for de ansatte. Dette kan være forståelig, men når man skal drive egen praksis, følger det med en pakke som heter arbeidsgiveransvar».

Det samme kunne vært sagt i dag. Satt på spissen, kan det virke som om legene ønsker at helsesekretæren skal være til stede og jobbe – uten å skape noe ekstra arbeid for legen i forbindelse med konflikter rundt lønn, kollegiale forhold, arbeidstid og arbeidsoppgaver.

Står ikke på kravene

Hvilke svar ga min oppgave? 14 av 17 respondenter hadde vært på nåværende arbeidsplass i to år eller mer. 13 av 18 hadde medarbeidersamtaler sjeldnere enn én gang pr. år.

90 prosent ønsket mer kursing, både internt og eksternt. 35 prosent hadde tilbud om internt kurs én gang pr. år, mens de resterende hadde tilbud to ganger pr. år eller oftere. 18 prosent fikk aldri tilbud.

15 av 16 respondenter svarte at pasientkontakt og det å jobbe med mennesker motiverer dem i jobben. Kun tre av 16 oppga lønn som en del av motivasjonen.

Ikke overraskende mente alle 18 at det sosiale miljøet er viktig for trivsel. På oppfølgingsspørsmålet «Hvor fornøyd er du med det sosiale miljøet på nåværende arbeidsplass?» så jeg at ikke alle var fornøyd, og svarene varierte fra én, dårlig, og opp til fem, veldig bra.

Jeg ble nysgjerrig på hva som motiverer helsesekretærene til å stå i jobben år etter år, til tross for ofte middels arbeidsvilkår og en stressende hverdag, uten spesielt høy lønn. Det virker som om det er liten mulighet for videre utvikling i jobben, og noen steder er ledelse og personalpolitikk ikke-eksisterende. Leder for Norsk Helsesekretærforbund (NHSF), Gro Bengtsson, sier til Aftenposten. no i artikkelen «Helsesekretærene er beskjedne og står ikke på kravene» (2010), at hun forstår det kan virke rart at helsesekretærer tilsynelatende er fornøyd med sin



Hadde vilkårene for helsesekretærer vært annerledes dersom flere av dem hadde vært menn?

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX / MODIFISERT



jobb, når man er kjent med både dårlig lønn og mangelfullt avtaleverk.

I oppgaven viser jeg også til en rapport av Kristin Reichborn-Kjennerud fra 2010. I rapporten *Faste grep om helse i hektiske kontor* var det 210 helsesekretærer som svarte på spørsmål rundt sin stilling og arbeidssituasjon.

«Jeg ble overrasket over at helsesekretærene viser seg å være såpass fornøyde. Det er mange grunner til at en kunne tenke seg at de ville være misfornøyde», sier Reichborn-Kjennerud til *Aftenposten* i 2010. I tillegg til hennes rapport fant jeg flere andre artikler rundt dette temaet. Min konklusjon er at situasjonen ikke har endret seg nevneverdig de siste 15 årene.

På tide å tenke nytt?

I min oppgave kommer jeg med et forslag til endring, som ikke krever store økonomiske ressurser, men snarere tillit og et snev av endringsvillighet hos leger ved legekontor: De må klare (og ønske) å overføre ansvar til andre og stole på at andre kan stå for den daglige driften av kontoret.

Når det gjelder personalansvar, tror jeg det ville forenklet både legers og helsesekretærs hverdag om man hadde en kontorleder som tok seg av den daglige driften på legekontoret. Det kan være en helsesekretær som kjenner kontoret godt, og man «investerer» i denne helsesekretæren ved å gi utdanning innen ledelse. Vedkommende helsesekretær måtte få mandat og fullmakt til å ta seg av all personaladministrasjon ved kontoret, tas ut av ordinær «turnus» i en viss prosent, slik at det var tid til oppfølging, medarbeidersamtaler etc.

Det kommer frem et klart ønske om kom-

petanseheving blant mine respondenter. Dette går på interne og eksterne kurs og tilbud om dette. På medarbeidersamtaler, som foretas av kontorleder, kan man kartlegge kompetanse og se hvilket behov/ønske den enkelte har for kurs etc. Det er et klart ønske om kompetanseheving, så dette bør kunne bedre situasjonen og heve motivasjonen. Enkelte kurs er kostbare, og det er forståelig at det ikke er ressurser til å sende «alle» på dyre kurs. Det er imidlertid andre måter å løse dette på, for eksempel ved at legene selv holder interne kurs. Interne kurs bidrar positivt til det sosiale miljøet, og med det får legene vist sine medarbeidere at de ønsker å bruke sin tid og sitt engasjement på dem. Kanskje kan nærliggende legekontor samarbeide slik at man har kurs på rundgang hos hverandre?

18 respondenter er ikke et stort utvalg, men stort nok til at jeg mener oppgaven understøttes når man sammenlikner mine svar med svarene i Reichborn-Kjennerud sin rapport.

Ledelse som fag

Jeg har jobbet på to legekontor i løpet av 20 år og møtt mange andre helsesekretærer ved flere anledninger. Mange deler mine tanker og bekymringer om ulike forhold på arbeidsplassen. Pasientene klager over dårlig tilgjengelighet til kontoret, lang ventetid og leger som ikke har tid.

Legene klager over lave takster og høy husleie, over dårlig tid, over krevende pasienter og tidkrevende personalarbeid.

Kolleger klager over dårlig lønn, lite mulighet for kurs og videreutvikling, og at man ikke føler man blir satt pris på.

Som legekontorets ansikt utad, skal man møte alle med et smil, og ikke «ta igjen» om

man får ufortjent kjeft. Vi bruker våre kolleger som «ventiler» når det trengs. Det er godt å få ut frustrasjon når man føler seg urettferdig behandlet. Kollegene er faktisk en viktig motivasjonsfaktor i jobben. Jeg konkluderer, ut fra min undersøkelse, at helsesekretærer drives av en sterk indre motivasjon. Å jobbe med mennesker og ha gode kolleger er det som gir dem grunn til å gå på jobb.

I fare for å høres ut som en «gråtekone», skal det sies at mine år på legekontor har vært svært givende. Jeg har møtt mange spennende mennesker, både pasienter og kolleger, og ikke en dag har vært lik en annen. De fleste pasienter er takknemlige og hyggelige, og de setter pris på den hjelpen vi yter. Dette gir meg en følelse av å bidra og å gjøre en god jobb. En takknemlig pasient veier opp for ufortjent kjeft. Jeg er også glad i de legene jeg har jobbet for, og de har vært utrolig dyktige i sitt arbeid. Allikevel ser jeg, etter to år med faget helseledelse, hva en leder bør kunne med tanke på personaladministrasjon. Det skorter nok en del på kunnskap rundt dette.

Er så helsesekretæren et nødvendig onde? Det kan iblant nesten virke slik, men jeg velger å tro at dette ikke er en bevisst holdning fra legene som arbeidsgiver. Dersom legene blir kjent med ledelse som fag, og ser at faglig påfyll og oppfølging hos helsesekretærene kan gjøre dem mer fornøyd i sin jobb, kan resultatet bli bedre bruk av ressurser, frigitt tid for legene og forbedret tilbud til pasientene. Dersom legene overfører ansvar for personal til en helsesekretær med kunnskap om dette, vil de slippe unna «ondet» og kunne konsentrere seg om det de er best til – å behandle pasienter!

■ TF@KARLSTADS.COM

Huntingtons sykdom

■ KRISTIN IVERSEN • Rådgiver, sykepleier og sosiolog,
Senter for sjeldne diagnoser, Barne- og ungdomsklinikken (BAR), Oslo Universitetssykehus HF

■ JEANETTE ULLMANN MILLER • Rådgiver og fysioterapeut
Senter for sjeldne diagnoser, Barne- og ungdomsklinikken (BAR), Oslo Universitetssykehus HF

Huntingtons sykdom er en dominant arvelig, progredierende hjernesykdom. Symptomene deles inn i motoriske, kognitive, psykiske og andre symptomer. Huntingtons sykdom skyldes en genfeil i et av genene på kromosom 4.

Bakgrunn

Eva er 43 år. Hun er utdannet økonom, og jobber på mellomledernivå i en stor entreprenørbedrift.

Evas mor hadde Huntingtons sykdom (HS). Hun døde for tre år siden etter flere år på sykehjem. Sykdommen var ikke kjent i familien fra før.

Eva har gjennomført en presymptomatisk test for HS for rundt 20 år siden. Da fikk hun vite at hun hadde arvet genfeilen for sykdommen og ville bli syk.

Eva er gift med Anders. De valgte å få barn, selv om de visste at Eva ville bli syk en dag, og at barna ville ha en risiko for å arve genfeilen. «Det forskes tross alt mye på sykdommen, og hvis barna i verste fall skulle arve genfeilen, så vil det forhåpentligvis finnes en kur innen den tid», tenkte de. Døtrene er nå 12 og 15 år. Familien er bosatt på et tettsted noen mil fra Oslo.

Jentene vet ikke hvilken sykdom mor-

mor hadde. De var med på besøk av og til, men syntes mormor var «rar». Hun kunne ikke snakke og brydde seg ikke noe særlig om dem når de var der.

Eva og Anders har snakket lite om at Eva vil utvikle HS. Ingen i vennekretsen vet at det er HS i Evas familie. Kun Anders og Evas tidligere fastlege vet at Eva har gjennomgått en presymptomatisk test. Sykdommen er et «ikke-tema» i familien.

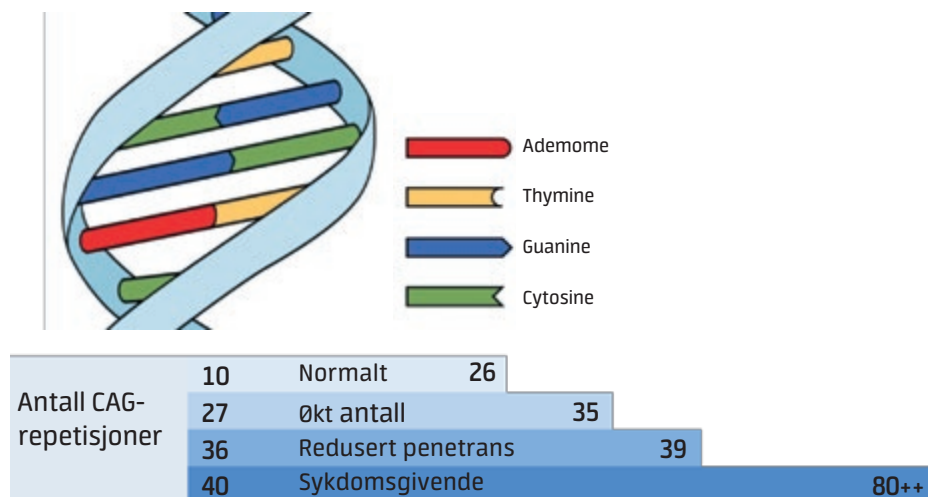
Familielivet i Evas ungdomstid var utfordrende. Moren opplevdes både uforutsigbar, urimelig og mest opptatt av seg selv. Det ble mange konflikter. For å hjelpe faren, bidro Eva mye hjemme, både i huset og overfor småbrødrene sine.

Pasientens status i dag – kontakt med fastlegen

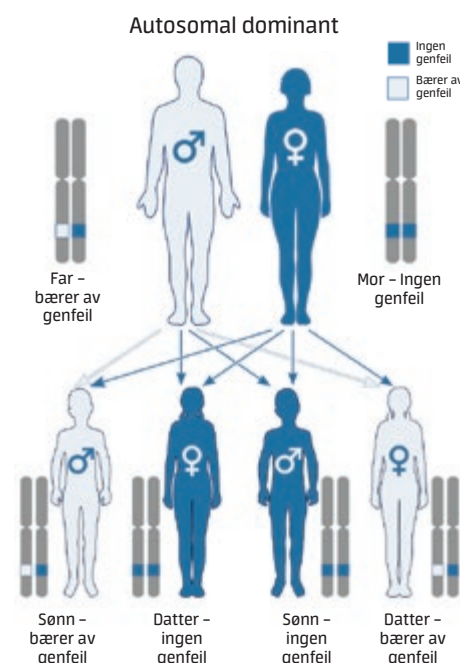
Det siste året har Eva vært hos fastlegen sin, Hanne N., flere ganger. Hun har kla-

get på hodepine, søvnvansker, problemer med konsentrasjonen, slitenhet og at det er stress og samarbeidsproblemer på jobben. Hun mener seg også forbigått til stillingen som prosjektleder i et kommende prosjekt. Hjemme har konfliktnivået også økt – spesielt mellom Eva og den eldste datteren, men også i samarbeidet med Anders om barneoppdragelse. Ut over dette har hun ingen mer spesifikke symptomer. Legen har gitt henne henvisning til fysioterapeut og kortvarig medikasjon både for søvn- og smerteproblem. I tillegg har de snakket om at forholdene på jobben må tas tak i på en eller annen måte. Legen har også spurt om hun kanskje trenger en delvis sykmelding for en periode – slik at hun kan hente seg inn igjen. Det siste har Eva avvist, hun ønsker å vise at hun klarer jobben. HS blir ikke tema. Det har heller aldri vært noe tema ved legebesøkene i de ni årene Hanne N. har vært Evas fastlege. Eva har ikke informert Hanne N. om at hun en gang vil bli syk.

FIGUR 1. Genfeilen består i økt antall gjentakelser av en bestemt kode, CAG, som inngår i oppskriften til et bestemt protein kalt huntingtin.



FIGUR 2. Oversikt over arvelighet, HS.





sorg redsel bekymring sinne skyld hemmeligheter

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX / TEKSTER: Ø7 MEDIA

Ektefelle tar kontakt med fastlegen

Et par uker etter Evas siste legebesøk, ringer Evas mann til Hanne N. Han er bekymret for sin kone. Han synes hun har forandret seg, særlig det siste året. Hun er mer oppførende, urolig i kroppen og orker mindre, for eksempel å følge opp barna med lekser og fritidsaktiviteter. Han forteller at Eva har genfeilen som gir HS, og lurte på om sykdommen er i ferd med å bryte ut. Han har selv brakt temaet på bane med sin kone, men hun blir irritert, og avfeier det med at det er så mye annet nå. De vil ha mer enn nok tid til å snakke om dette etter at barna har vokst til og blitt mer selvstendige! Dessuten var de jo også enige om at barna skulle skjermes og slippe å oppleve den belastningen som følger HS. Det rareste synes han likevel er alle problemene Eva har på jobben: Hun virker stresset over oppgaver hun før har tatt på strak arm, klager over vanskelige kolleger og ledelse, og hun er involvert i konflikter som har tilspisset seg slik at HR-avdelingen er kontaktet. Dette er nytt. Eva har alltid likt å jobbe i team, og har trivdes svært godt på jobben. Han forteller også om økt konfliktnivå hjemme.

Anders forteller videre at han har kontaktet Senter for sjeldne diagnoser, og der fått råd om å snakke med fastlegen. De ble

også tilbudt å komme til senteret for en veiledningssamtale, men siden Eva hadde vært så avvisende, slo han det fort fra seg. Rådgiveren han hadde snakket med, fortalte også at hos mange begynner HS gjøres med endringer i personlighet, økende slitenhet og mindre initiativ.

Hanne N. sier at hun tar dette alvorlig og skal tenke over opplysningene og hva det kan bety for videre oppfølging.

Hva skjer så?

Eva kommer til en ny time en måneds tid senere. Før timen har Hanne N. satt seg nærmere inn i hva HS er og innebærer. Ut fra den nye informasjonen ser hun at det er mulig å forstå Evas plager, situasjon og opplevelser i en annen ramme enn det hun så langt hadde tenkt.

I konsultasjonen ser hun at Eva ikke «finner ro» i stolen, og at hun har noen små trekkninger i ansiktet som hun ikke har lagt merke til før. Eva og Hanne N. har hatt et godt lege- pasientforhold og Hanne N. velger å være ganske direkte. Hun sier at hun ser tegn som er forenelig med HS, og at hun synes det er nødvendig å undersøke dette. Oppfølgingen videre vil bli annerledes om det er HS som forårsaker Evas pro-

blemer. Selv om Eva har liten tro på dette, går hun med på å bli henvist til nevrolog med kompetanse på HS.

Fire måneder senere foreligger svaret og Eva får ny time hos Hanne N.

Nevrologen har funnet symptomer på HS i tidlig fase hos Eva. Han har blant annet foreslått at hun kan kontakte Senter for sjeldne diagnoser for mer informasjon og veiledning om diagnosen, oppfølging og tiltak knyttet til den.

Tiden som er gått har vært vanskelig for Eva, og hun har vært delvis sykmeldt i denne perioden. Hun ønsker fortsatt å være 50 prosent sykmeldt, til hun har forsonet seg mer med sin nye livssituasjon, og tenkt gjennom hvordan livet skal legges opp framover.

De avtaler ny time om en måneds tid for å snakke om hva som skal skje framover. Da skal også Anders være med. Hanne N. får samtykke til å ta kontakt med Senter for sjeldne diagnoser for å diskutere egnede tiltak i Evas situasjon.

Hva kan Senter for sjeldne diagnoser (SSD) gjøre for pasienten og familien?

Denne gangen ringer Eva selv til SSD for å forhøre seg om senteret kan hjelpe i hen-

nes situasjon. Det gjøres da en avtale om en informasjons- og veiledningssamtale tre uker senere, hvor Eva og Anders vil treffe to rådgivere ved senteret.

Slike samtaler styres i stor grad av pasientens behov og spørsmål, men opplysninger om bakgrunn og situasjon er nødvendig.

Eva og Anders ønsker å snakke om hva de kan forvente seg de nærmeste årene, og om sykdomsforløpet vil bli som hos Evas mor. De ønsker å få vite hva slags hjelp og tiltak HS-rammede kan få. De lurer også på om det er noen positive nyheter på forskningsfronten.

Eva forteller at hun så smått har begynt å bli vant med å tenke på seg selv som «syk», men at det ikke føles helt greit. Hun har en del tunge tanker, men regner med at det skal bedre seg. – Hun har jo visst at hun skulle bli syk, men hadde håpet det var flere år til ennå. Også Anders har tatt dette tungt, – han ser for seg Eva slik som svigermoren var, og han har begynt å bekymre seg for døtrene. Hverken Eva eller Anders har snakket med noen om den nye situasjonen de er kommet i etter at Eva fikk diagnosen. Erfaring viser at svært mange har god nytte av samtaler med andre. For noen bør det være fagfolk som psykolog eller psykiatrisk sykepleier, men nære venner og slektninger kan også være til god støtte.

Evas arbeidssituasjon er også et tema i samtalen. Hun vil gjerne fortsette som økonom, men skjønner at det må gjøres noen tilpasninger, som for eksempel redusert stilling eller mindre stressende oppgaver. Hun får støtte på dette, samt forslag om å ta opp situasjonen med arbeidsgiver. Dersom hun ønsker det, kan hun få støtte og hjelp til dette fra senterets rådgivere. Arbeid som krever høyt tempo eller innebærer mye ansvar og stress, er dårlig egnet for personer

som har HS, selv i tidlig fase. Å søke om uførestønad kan bli aktuelt ganske fort, men er også avhengig av hvor godt arbeidet kan tilrettelegges framover. Behov for og bruk av kognitive hjelpemidler kan inngå i en slik tilrettelegging.

Andre tiltak det er lurt å komme i gang med, er fysisk trening og aktivitet. Det har vist seg å kunne bremse symptomutviklingen, samtidig som det ofte gir bedre humør og mindre søvnproblemer. Her kan en fysioterapeut være til god hjelp, både til riktig trening og til motivasjon. Rehabiliteringsprogrammene på Vikersund Kurbad eller Nord-Norges Kurbad kan være aktuelle å søke seg til. Når symptomene blir tydeligere, og det er behov for hjelp fra flere instanser, vil det være lurt å få en koordinator i kommunen og ansvarsgruppe. Et annet tiltak er timer hos logoped – for å vedlikeholde både språk og svelgfunksjon.

Til slutt snakker vi om barnas situasjon. Begge er innstilt på å informere, men de er uenige om når det skal gjøres. Senterets erfaring er at man ikke bør vente for lenge, fordi barna ofte forstår mer enn det foreldrene tror, og kanskje bekymrer de seg mye for det som skjer i familien. Eva og Anders får med seg et hefte om hvordan man snakker med barn om HS. Blir det vanskelig, anbefaler vi å ta kontakt på nytt. Mange barn i liknende situasjoner har hatt god nytte av å ha andre voksne å snakke med, for eksempel helsesøster.

Fastlegen tar kontakt med SSD

Fastlege Hanne N. ringer senteret noen dager før neste konsultasjon med Eva. Hun ønsker å diskutere hva som er klokt å gjøre når det gjelder Evas situasjon. Siden det foreligger samtykke, som Eva også har gitt

SSD, kan vi referere til hva veiledningssamtalen dreide seg om og hvilke råd som ble gitt. Hanne N. er spesielt opptatt av hvordan hun som fastlege kan være til hjelp for Eva og familien.

I nevrodegenerative sykdommer som HS, er det er lurt å ta tak i problemene tidlig og før de er blitt store. Det viser seg at tiltakene da blir lettere å gjennomføre. Å ha god oppfølging på sykdomsutviklingen er nødvendig. Bortsett fra trening og fysisk aktivitet, er det foreløpig ikke mye man kan gjøre for å bremse sykdommen, men mange plagsomme symptomer kan behandles eller reduseres.

Hanne N. lurer også på om det beste er å være direkte overfor pasienten eller å gå mer forsiktig fram. Senterets erfaring er at det beste er en åpen, direkte og empatisk dialog, men fastlegen må selvsagt vurdere dette på bakgrunn av sitt kjennskap til pasienten.

I tillegg har senteret informasjonsmateriell om HS som kan tilsendes og vi informerer om aktuelle kurs og arrangementer knyttet til diagnosen. Videre viser vi også til dokument om pasientforløp som er tilgjengelig på Fagnettverk Huntingtons nettside.

Vi ved Senter for sjeldne diagnoser (SSD) vil understreke betydningen av at fastlegen involveres tidlig, som i dette eksemplet, for at oppfølgingen av pasient og familie skal bli best mulig. Tett samarbeid mellom de ulike fagpersoner, tjenester, pasient og familie, er helt nødvendig i et langvarig og komplisert sykdomsforløp.

Pasientkasuistikken er ikke knyttet til en spesiell pasienthistorie, men er basert på erfaringer fra møter og samtaler med pasienter, pårørende og fagfolk.

■ KIVERSEN@OUS-HF.NO
■ J MILLER@OUS-HF.NO

HVA KAN FASTLEGEN BIDRA MED I UTREDNING, BEHANDLING OG FORLØP?

- Ved ønske om/behov for presymptomatisk testing for HS, henviser fastlegen til avdeling for medisinsk genetikk ved regionsykehusene.
- Når det er behov for undersøkelser knyttet til sykdomsutvikling, kan fastlegen henvise til spesialisthelsetjenesten, f.eks. nevrolog.
- For å få muntlig eller skriftlig informasjon om diagnosen, tilbud og oppfølging for pasientgruppen, kurs for fagpersoner mv., kan fastlegen kontakte Senter for sjeldne diagnoser: www.sjeldnediagnoser.no
- Fastlegen vurderer arbeidsevne, sykemelding og eventuelt uførestønad.
- Fastlegen kan henvise til oppfølging hos fysioterapeut (fra 1.januar 2018 trenger ikke

pasienten rekvisisjon), logoped og kan søke rehabiliteringsopphold på et av kurbadene.

- Fastlegen kan kontakte/søke «Bestillerenheten» i kommunen om oppnevning av koordinator, samt igangsetting av tiltak fra hjemmetjenesten, ergoterapeut, psykiatrisk sykepleier eller henvise til psykolog eller psykiater.
- Er det opprettet ansvarsgruppe, er det ønskelig at fastlegen deltar.
- Kontakt med ressursentrene i Fagnettverk Huntington, www.fagnettverkhuntington.no, kan være til hjelp når pasienten er kommet lengre ut i sykdomsforløpet.
- Vær obs på hele familiens behov – spesielt om det er barn i familien.

SENTER FOR SJELDNE DIAGNOSERS OPPGAVER

- Rådgivning og veiledning av pasienter, pårørende og fagpersoner om diagnosen, aktuelle tiltak i ulike faser av sykdommen og pågående forskning. Dette kan gjøres i samtaler på senteret, på telefon, på videokonferanse eller i pasientens lokalmiljø.
- Utarbeide informasjonsmateriell om diagnosen.
- Holde kurs for pasienter, pårørende og fagpersoner.
- Delta i eller gjennomføre utviklingsoppgaver og forskning innenfor feltet.
- Samarbeid med andre fagpersoner/faggrupper som er involvert i tjenestene til personer med diagnosen.
- Samarbeid med brukerorganisasjonen Landsforeningen for Huntington sykdom.

Norsk allmennmedisiner

■ CHRISTIAN SCHOUSGAARD • Fastlege og kommuneoverlege i Lyngen kommune

«En liten humanitær forening kan ikke redde verden. Det er viktig å ha realistiske mål og ikke gape over mer enn du kan klare å innfri og levere over tid. Klarer du det, kan du gjøre en viktig forskjell for noen mennesker». Allmennlege Christian Schousgaard og sykepleier Marit Lillevik har opprettet «Aurora Live Aid» og driver hjelpearbeid i palestinsk flyktningleir i Libanon.

Libanon er ikke noe fattig land – faktisk nummer 69 på Det internasjonale pengefondets (IMF) liste over 187 land i verden. De økonomiske og sosiale ulikheter blant de seks millioner mennesker som lever på 10 000 km² (Til sammenligning; Troms fylke: 162 000 mennesker på 25 877 km²) er imidlertid enorme. Dette skyldes fremfor alt at Libanon er et sammensurium av mange religioner, kulturer og etniske grupperinger, som lever tett sammen på et

lite område. Befolkningen har de facto svært ulik tilgang til blant annet utdanning, jobb og helsetjenester.

En gruppe skiller seg ut som særskilt underprivilegert: Palestinerne. De fleste palestinere lever i én av 15 permanente flyktningleirer, som fremstår som velavgrensede «byer i byen», isolert med piggråd og med veisperringer ved inn- og utkjørsel. Libanesiske myndigheter har ingen autoritet i leirene, og myndighetene i leirene utgjøres av

palestinske grupperinger under PLO. Helsetjenester ytes langt på vei av UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for palestinske flyktninger) samt humanitære organisasjoner og NGOs («Non-Governmental Organizations»).

Tross disse menneskers svært vanskelige levevilkår i Libanon blir man berørt av deres uttalte gjestfrihet, medmenneskelighet og inkludering. Som lege både imponeres og forbauses man også over evnen til å få ting til med det man har. Likevel så går det selvsagt ikke alltid bra.

Sterke historier, tragiske skjebner

Etter å ha sett på mye nød, elendighet og urettferdighet i et svært mannsdominert samfunn opprettet min partner (sykepleier) og undertegnede en humanitær NGO:



Marit Lillevik (til venstre) og Christian Schousgaard (nr. 2 fra høyre) har samlet inn penger til nytt utstyr på laboratoriet i Al-Shifaa klinikken i Baddawi-leiren.

i palestinsk flyktningleir

«Aurora Live Aid». Foreningens hovedfokus er å sikre barn og ungdom likeverdig tilgang til utdanning og helsetjenester, samt å bryte ned forskjellsbehandling av gutter og jenter. Aurora Live Aid er registrert i Innsamlingskontrollen og er 100 prosent non-profitabel.

I de palestinske områder jobber vi så langt kun i flyktningleiren El-Beddawi nord for Tripoli. Leiren ble etablert i 1955 som følge av fordrivingen av 700 000 palestinere i 1948 (Nakba). Leiren er kun 1 km² stor og huser 30 000–40 000 mennesker.

Vi jobber tett sammen med andre NGOs, blant annet norske «Right to Play», som var døråpner for oss og med på å skape den plattform vi jobber fra i dag. Vi har i El-Beddawi ansatt en lokal palestinsk kvinne på 25 år, som er utdannet laboratorietekniker.

Vårt medisinske arbeid utføres både på samfunnsnivå og individnivå, med hovedvekt på førstnevnte. Vi innså fort at mange barn og unge ikke får den helsehjelp de trenger på grunn av manglende økonomiske ressurser hos foreldrene.

En ung mann måtte eksempelvis amputere sin legg på grunn av arteriell trombose grunnet manglende tilgang til INR-måling tross pågående Warfarinbehandling. Han var likevel på jobb som skredder kort tid etter amputasjonen. Hadde vi i Skandinavia vært det?

En liten jente ble født med Føllings sykdom (fenylketonuri). Det samme ble hennes bror. Da foreldrene ikke kunne betale substitusjonsmedisin til begge, ble broren prioritert og søster utviklet alvorlig mentalt handikap i mangel av medisin.

En ellers frisk fem år gammel jente døde nylig på lokalt sykehus i leiren etter at hun samme morgen var blitt påkjørt av en bil på handletur med sin bestemor. Lokalsykehuset kunne ikke gi henne intensiv behandling, og det nærliggende libanesiske sykehus nektet å ta imot henne før man hadde garanti for betaling.

Gamle syke mennesker kjøres til UNRWA-sykehuset liggende i lasterommet i biler i mangel på ambulanser.

Slike historier berører meg dypt som allmennlege med 20 års erfaring. Ting som lett kunne vært unngått og som ikke skjer i Norge, skjer hver dag i flyktningleirene. Jeg føler reell avmakt, men også et sterkt behov for å gjøre bare litt.



Christian undersøker en liten gutt på allmennlegesenteret i flyktningleiren.

Pilotprosjekt om diabetes

Vi har over tid kjøpt inn, installert og driftet en del kostbart laboratorieutstyr på allmennlegesenteret i leiren. Dette har medført at den del av allmennlegetjenesten har kunnet senke prisen på visse blodprøver fra åtte til ti dollar til to til tre dollar, da disse prøver nå kan tas på lokalt utstyr og ikke må sendes til laboratorier utenfor leiren. Dette betyr igjen, at mennesker som tidligere av økonomiske årsaker ikke kunne ta helt nødvendige blodprøver nå kan gjøre dette.

Det ambisiøse målet på sikt er å unngå underbehandling og/eller ingen behandling. Kvalitetssikring av prøver og oppfølging/vedlikehold av utstyr kontrolleres av våre ansatte i leiren. Vi er gjerne i leiren selv ca. tre ganger årlig.

Siden april 2017 har vi hatt et pilotprosjekt innen diabetes, der vi har inkludert de dårligst regulerte diabetikere (både type 1 og 2). Flere hadde HbA1C på 11,5 prosent ved prosjektstart. Alle har nå fått undervisning om diabetes samt opplæring i egenbehandling av sykdommen, og interessen var stor da vi møttes første gang! Alle har nå fått utlevert gratis glukosemålere, lansetter og teststrimler. Alle får utført HbA1C gratis fire ganger årlig. Før dette kunne selv type 1-diabetikere kun få målt fastende blodsukker én gang/md. på UNRWA-klinikken og kun HbA1C én gang årlig! Hvor mange type 1-diabetikere setter insulin uten å måle blodsukker i Norge? Vi ser nå klare tegn på at slik oppfølging selvsagt nytter, og at disse menneskene får bedre glykemisk kontroll. Spørsmålet er hvordan man fører dette videre, for det koster penger. Diabetesutstyr går ikke på «blå resept» i Libanon når du er palestiner.

Et spirende håp

Hver gang jeg forlater leiren er det alltid med vemod. Jeg kan reise hjem til alle mine goder. Men de som bor der må bli igjen med det de har. De har ikke noe valg og ingen rettigheter. De fødes i leiren og dør i leiren. Vår laboratorietekniker kan for eksempel ikke få offisiell autorisasjon fordi hun er palestinsk. Menneskene kan ikke flytte ut av leiren, kjøpe eiendom i Libanon, ta jobb utenfor leiren eller flytte til utlandet.

Ved avreise er det likevel ikke kun vemod som fyller mitt allmennmedisinske hjerte, men også et spirende håp om å ha gjort en bitte liten forskjell for noen få.

Så kan man spørre seg: er ikke nettopp dette håpet det viktigste for en allmennmedisiner når solen går ned og dagen tar slutt?

■ CHRISTIAN.SCHOUSGAARD@GMAIL.COM



Røntgenapparatet er ikke i bruk fordi det mangler fremkallingsutstyr. Dette utstyret skal «Aurora Live Aid» prøve å anskaffe.



Flokken

■ HARALD GUNNAR SUNDE

Allmennlege i hjelpearbeid for Røde Kors og medisinsk fagsjef, Finnmarkssykehuset

PLUTSELIG VAR DE FORAN MEG på stien; fem unggutter arm i arm, arm over skulder. Jeg rev opp kameraet og fikk tatt et bilde. Situasjonen for bildet var som følger:

Høsten 2017 var den høsten da verden opplevde en av verdens største flyktningstrømmer i moderne tid. Over 600 000 mennesker tilhørende det muslimske rohingya-folket kom flyktende over grensen fra Myanmar til Bangladesh og bosatte seg i det som nå er verdens største flyktningeleir. Snart bor det én million mennesker stuert sammen i små skur laget av plastpre-senninger og bambus. Det er store utfordringer hva gjelder vann, sanitærforhold, matforsyninger og helsestell for dem som bor her.

SELV HAR JEG HATT GLEDEN av å arbeide som lege ved Røde Kors-sykehuset i Kutupalong i umiddelbar nærhet til flyktningeleiren. I samarbeid med flere andre frivillige organisasjoner, bl.a. Leger uten grenser, prøvde vi å organisere et fullverdig helsetilbud til denne befolkningen.

Etter en snau måneds arbeid på et slikt feltsykehus er det mange bilder som fester seg til netthinnen; endemisk tuberkulose, barn med skuddskader og amputasjoner, brudd og skader, alvorlig syke meslingebarn og ikke minst dødelige brannskader.

KAMERA BRUKES I REGELEN IKKE når vi er på jobb. Pasienter skal slippe å bli ufri-villige posører i Vestens sosiale bildearenaer. Men når vi som delegater er utenfor sykehuset har vi lov til å bruke kameraet med forsiktighet. Denne dagen hadde jeg satt av tid til en spasertur med guide gjennom en liten flik av flyktningeleiren. Turen tok en liten time. Her fikk vi på nært hold oppleve trangboddhet, fattigdom og elendighet hos en befolkning som hadde forlatt alt de hadde av materielle eiendeler

og begitt seg på flukt. Samtidig opplevde vi smil, latter og vennlighet hos dem vi møtte i leiren; i seg selv et imponerende tegn på menneskers optimisme, omstillingsevne og pågangsmot.

DET VAR DA DE PLUTSELIG gikk foran meg, disse fem ungguttene. Jeg vet nøyaktig hva Per Fugelli hadde kalt dem – «flokk-ken». Helse var ifølge Fugelli lik produktet **Kropp x Ånd x Flokk**². Det var viktig å ha en sunn kropp, og det var viktig å ha et åndsliv. Men flokken telte to ganger, den var viktigst.

SÅ KANSKJE ER DET GRUNN til å være optimist på vegne av de mange beboerne i flyktningeleiren i Kutupalong. Kroppen kan være litt skral, åndslivet kan nok skranke litt når hver dag er en kamp mot fattigdom og sult. Men så lenge pågangsmotet er der, og så lenge samholdet i flokken er til stede, så er det grunn til å håpe at framtida kanskje ikke blir så ille likevel.

■ HARAL-SU@ONLINE.NO



Valg av prevensjonsmidler ved

Av alle spørsmål RELIS mottok i 2017, var ca. seks prosent knyttet til prevensjon. Nesten halvparten av spørsmålene handler om prevensjonsbruk ved tromboembolisk sykdom og/eller arvelig trombofili. Dette er dermed et tema som tydeligvis trenger en grundigere gjennomgang – til både opplysning og glede.

Norske retningslinjer

De norske retningslinjene er tydelige på at man ved arvelig trombofili anbefaler først ikke-hormonell prevensjon, og at gestagenpreparater kan brukes, da disse ikke har vist økt risiko for venøs tromboemboli (VTE). Dette med unntak av medroksyprogesteron (p-sprøyte) fordi det mistenkes at denne likevel kan ha en protrombotisk effekt (1).

Ulike arvelige trombofilier

I amerikanske UpToDate åpnes det opp for en mer individuell prevensjonsrådgivning hos pasienter med kjent trombofili, avhengig av type. Trombofilier er delt opp i to grupper med tanke på trombogenisitet; milde og alvorlige trombofilier. Milde trombofilier er heterozygot Leiden- og protrombinmutasjon. Alvorlige trombofilier, som innebærer en betraktelig høyere risiko for VTE, er manglende antitrombin,

protein C eller protein S, homozygot Leiden- og protrombinmutasjon, kombinasjon av to heterozygote mutasjoner (f.eks. Leiden og protrombin) og antifosfolipid-syndrom (2, 3).

Anbefalinger basert på trombosehistorikk

Ved trombose hos førstegradsslektning, og påvist mild trombofili hos pasienten, men ingen tidligere VTE, angir UpToDate ikke en absolutt kontraindikasjon for bruk av kombinasjonspreparater. Men det blir frarådet.

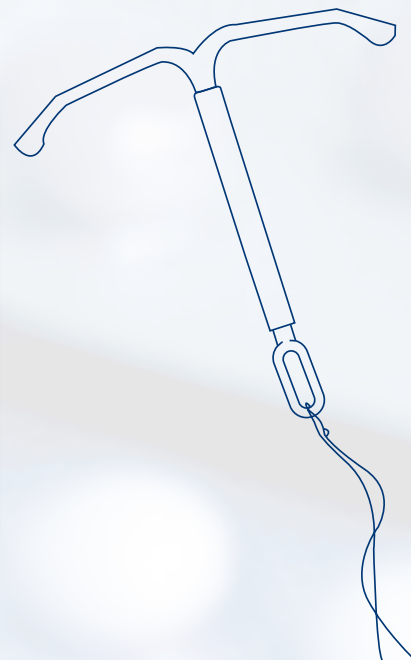
Når verken pasient eller noen i familien har hatt VTE, men pasienten har fått påvist en trombofili, er absolutt risiko for VTE fremdeles lav hos pasienter med påvist milde trombofilier. UpToDate anbefaler her likevel ikke-hormonell, eller gestagene prevensjonsmidler, men hvis pasienten har god indikasjon for bruk av kombinasjons p-piller (f.eks. store smerter ved endometriose) åpnes det for at de kan bruke dette. Men man må veie nytte mot risiko, og gi pasienten god informasjon. Det kan være fint å informere pasienten om at det er en 0,29 prosent økt årlig risiko for VTE ved bruk av kombinasjons p-piller, mot en basal økt risiko på 0,06 prosent per år grunnet trombofilien i seg selv (2).

Risiko for VTE ved bruk av kombinasjonspreparater

Blant kombinasjonspreparatene er det p-piller med østrogen og levonorgestrel (Loette, Almina, Microgynon, Oralcon) eller østrogen og noretisteron (Synfase) som gir lavest risiko for VTE. Tromboserisikoen er høyere for andre p-piller og trolig også for p-plaster og p-ring. Disse preparatene bør derfor unngås ved kjent trombofili. Hos pasienter med arvelig trombofili er risiko for VTE ti ganger høyere første året med kombinasjonspillebruk enn påfølgende år (2). Denne risikoen øker også igjen ved en pause på kun fire uker, det er derfor viktig å unngå unødige pauser (4).

Risiko for VTE ved uplanlagt graviditet

Det er også viktig å understreke at tromboserisikoen ved en eventuelt uplanlagt graviditet vil gi en mye høyere risiko for VTE hos pasienter med milde trombofilier enn bruk av kombinasjonspiller (2, 3). Og det er derfor viktig i denne gruppen å finne prevensjonsmidler som pasienten er fornøyd med og ikke autoseponerer. Det kan være lurt med ekstra tett oppfølging av denne pasientgruppen ved oppstart av prevensjon.



NORSKE ANBEFALINGER FOR VALG AV PREVENSJONS- MIDLER FRA «VEILEDER I GENERELL GYNEKOLOGI 2015»:

- Førstevalg er LARC Long-acting reversible contraception (homonspiral og gestagenimplantat)
- Langvarig, reversibel prevensjon er å anse som førstevalg også hos nullipara grunnet god compliance, høy brukertilfredshet, lav risikoprofil og god kostnadsprofil
- For førstegangs p-pillebrukere bør et kombinasjonspreparat med levonorgestrel foretrekkes da disse så langt har vist lavest risikøkning for tromboemboli.
- Rene gestagenprodukter kan anvendes av kvinner med forhøyet risiko for tromboemboli, med unntak av p-sprøyte.
- Ønsker kvinnen god og forutsigbarhet blødningskontroll kan p-piller anbefales såfremt hun ikke har andre kontraindikasjoner

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

trombofili

God informasjon er viktig

Hvis man vurderer å la pasienter med mild trombofili bruke eller fortsette med kombinasjonspreparater, må man alltid ta høyde for pasientens individuelle VTE-risiko med tanke på BMI, røyking og tidligere VTE. Det er viktig å informere pasienten godt om risiko for VTE under bruk av kombinasjonspreparat, gå gjennom ulike prevensjonsalternativer og risiko, og informere om hvordan man kan forebygge og kjenne igjen symptomer på VTE.

Oppsummering

Disse nye innspillene på prevensjonsmidler til kvinner med trombofili gjør ikke at hele forskrivningspraksisen skal endres. Hvis en pasient har kjent arvelig trombofili og ønsker prevensjon er fremdeles det beste, og den nasjonale anbefalingen, å gi enten ikke hormonell-prevensjon eller rene gestagen-preparater med unntak av p-sprøyte. Men i enkelte spesielle tilfeller finnes det en tungtveiende god grunn til at den aktuelle pasienten kanskje trenger, eller ønsker å fortsette med, en kombinasjonspille. Og hvis man da tar høyde for om pasientens trombofili er mild eller alvorlig, så åpner det seg en liten mulighet

for å tillate dette, men kun hvis man gir godt med informasjon og pasienten er med på å ta en informert avgjørelse.

REFERANSER

1. Den norske legeforening, Norsk gynekologisk forening. Veileder i generell gynekologi 2015. <http://www.legeforeningen.no/> (Lest: 3. februar 2018).
2. Siddiqi T, Bauer KA et al. Contraceptive counseling for women with inherited thrombophilias. Version 32.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert 28. desember 2017).
3. Blanco-Molina Á. Oral contraception in women with mild thrombophilia: what have we learned recently? *Thromb Res* 2012; 130 Suppl 1: S16–8.
4. Sex og Samfunn. Emetodebok, Prevensjon, Kombinasjonspreparater. <http://emetodebok.no> (28. februar 2018).

HILDE WESNES

Lege og rådgiver ved RELIS Vest

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

Velkommen og lykke till  Tove Rutle – lagleder

Poesi på legekontoret

Takk for utfordringen fra Kari Ersland, vår eminente veileder, sammen med Morten Munkvik.

Det var fint å tenke litt mer enn vanlig på lyrikk!

For meg byr allmennpraksis på mange øyeblikk som har den klarhet eller klang som kunst kan ha. Diktet jeg har valgt til spalten ble faktisk fremført på kontoret. Det beskriver det å miste en ektefelle med demens. Dette gjorde inntrykk på meg, og jeg sender det til *Utposten* i samråd med pasienten som skrev det.

Min gode kollega Morten Hovdet blir neste bidragsyter!

Hilsen fra
MARIA MADLAND SKEIE

«Kjære Jone

Du var så trøyt, så trøyt

No får du kvila.

Eg kan ikkje lenger

stryka ditt kinn

og halda di hand.

No er du reist til

eit anna land.

Eg kunne ikkje skjøna

eller kjenne di smerte.

Men mi smerte var stor

Då me sat der utan ord.

No har du fått fred.

Mitt hjarta vil alltid elska deg.

Astrid

Veiledningsgruppen til Maria Madland Skeie på Utstein kloster. FOTO: TROND OLIVERSEN

