

Utposten

5 2018
ÅRGANG 47

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



**Gjør kloke valg
i allmennmedisin**

Tvangsekteskap
Elektrokonvulsiv terapi
Samhandling i nord

RMR/UTPOSTEN v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

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

Grefsenkollveien 21, 0490 Oslo

MOBIL: 454 84 047

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

Parkveien 19, 9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@gmail.com**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**Kjell-Arne Helgebostad**

Nessvågveien 11, 8064 Røst

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com**FAGLIG MEDARBEIDER:****Eli Berg**

Krusenvegen 12B

2068 Jessheim

MOBIL: 913 18 180

FORSIDE: Kristina Riis Iden

DESIGN/LAYOUT:**Morten Hernæs**

07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no

1 LEDER: Kloke og ukloke valg

Tom Sundar

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:**Brobygger med bredt faglig engasjement**

Anders Grimsmo intervjuet av Kristine Asmervik

7 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:**HELSESKADELIGE SKIKKER DEL 2: Tvangsekteskap i et helseperspektiv.**

Arild Aambø

12 Samfunnsmedisineren som kunnskapsformidler og premissleverandør

Magne Nylenna

16 En vital 80-åring! – om elektrokonvulsiv terapi

Eivind Aakhus

19 DISPUTAS: Et kappløp med tiden

Maren Ranhoff Hov

22 Hvordan møte utfordringer for fastlegetjenesten i distriktene?

Margrete Gaski og Birgit Abelsen

25 Når kommunehelsetenesta vaklar

Hans Johan Breidablik

28 Samhandling i nord – status, utfordringer og muligheter

Finn Henry Hansen

30 DISPUTAS: Sykehjemspasienten, legen og døden

Anette Fosse

34 Med Giardia som forskningstema

Julie Kalveland

35 Gjør kloke valg – kampanje mot overdiagnostikk og overbehandling

Bente Kristin Johansen og Sigrid Rød

37 Kloke valg i allmennmedisin

Stefan Hjörleifsson

42 Utenforskap – til hvilken pris?

Une Tangen og Hilde Ravnaas

43 RAPPORT FRA GRØNLAND: Besøk på sykehuset i Ilulissat

Trond Daae-Johansen

44 BOKANMELDelse: Grundig og god lærebok i psykiatri

«Lærebok i psykiatri» anmeldt av Inger Marie Rose

45 FASTE SPALTER

LEGEN LESER 45

RELIS 46

LYRIKKSTAFETTEN 48



Du finner Utposten på
www.utposten.no

Kloke og ukloke valg

Mange leger kjenner den franske komedien «Doktor Knock» som er blitt filmatisert flere ganger, så sent som i 2017, men som er basert på et manus skrevet av Jules Romains i 1923 – for snart 100 år siden. Komedien spiller ut møtet mellom den aldrende og altruistiske distriktslegen dr. Parpalaid og hans etterfølger, den unge og handlekraftige dr. Knock. Parpalaid selger sin praksis – i en provins utenfor Paris – til Knock, som på sin side har klare forventninger om god inntjening og en innbringende fremtid.

Problemet for Knock er bare at bygdas bondebefolkning aldri går til doktor'n! Ikke bare er de kjernesunne; de er også gjerrige – og de koster ikke på seg et legebesøk med mindre det står om livet. Men dr. Knock vet å ta affære. Han setter i gang en storstilt aksjon for å rekruttere pasienter til sin praksis. Han tilbyr gratis konsultasjoner til alle, og landsbyfolket møter opp. Knock tapetserer legekontolet med medisinske plansjer og helseadvarsler. Med bekymret mine spør han folk ut om alle mulige problemer; han undersøker og tar prøver, lytter og banker og stiller diagnoser på løpende bånd. De fleste feiler et eller annet, får han seg selv og andre til å tro. Til slutt ender nesten hele landsbyen opp som pasienter, og det lokale hotellet må tas i bruk som sykestue. Til og med dr. Parpalaid havner i sykesengen med en diagnose når han gjør gjensitt i provinsen. Knocks medikaliseringssjanser er naturligvis en profitabel gjenskap, ikke bare for ham selv, men også for hans medsammensvorne.

Frykt og medikalisering er altså to sider av samme sak, og uhyggelige drivere for overbehandling og kommersialisering av medisinen. Utviklingen er neppe mulig å snu, men skadevirkningene kan begrenses

gjennom målbevisst helseopplysning. I så måte applauderer vi kampanjen *Gjør kloke valg* som Legeforeningen lanserer i disse dager. I dette nummeret av *Utposten* beretter Bente Kristin Johansen og Sigrid Rød om kampanjens vekst og utbredelse i over 20 land, og om hvordan medisinske fagmiljøer systematisk har jobbet for å fremme budskapet om at *mer er ikke alltid bedre*. Kampanjens mål er å bevisstgjøre så vel pasienter som leger om farene ved den eskalerende veksten i helseundersøkelser av friske personer.

Vi leger vil helst være på den sikre side når vi utreder og diagnostiserer. «Bedre å teste en gang for mye enn en gang for lite», sier vi gjerne, men vi glemmer at det bare er sant hvis det foreligger en *indikasjon*. Da er vi inne ved et av kjernepoengene som Stefán Hjörleifsson i Norsk forening for allmennmedisin understreker i sin artikkel her i bladet. Han presiserer at medisinske undersøkelser har verdi kun når riktig indikasjon foreligger, at overdreven jakt på risikofaktorer kan være skadelig og at medikamenter har bivirkninger.

Dersom legene klarer å formidle disse poengene til befolkningen, vil vi oppnå mye. For inntil noen få år siden var medikalisering, overdiagnostikk og overbehandling fraværende i den offentlige debatt, men langsomt ser det ut til at disse begrepene er i ferd med å synke inn i den kollektive bevissthet. Vi kan se noen paralleller i antibiotikapolitikken: Fagmiljøene og etter hvert myndighetene har brukt 10–15 år på å forkynne sammenhengen mellom overforbruk og resistens. Nå høstes fruktene av opplysningsarbeidet. De siste årene har det vært en reduksjon i antibiotikaforbruket her til lands. Det vil kanskje ta enda lengre tid å fremme en bevissthet om farene ved

overdiagnostikk og overbehandling, men noe er i ferd med å skje. Jeg trodde knapt mine egne øyne da jeg en morgen i august våknet opp til en lederartikkel om akkurat denne tematikken i landets ledende avis. Under overskriften «Overbehandling er et underkommunisert problem», leverte *Aftenposten* en begripelig og nyansert fremstilling av et tema som for mange er vanskelig å forstå – og for andre vanskelig å formidle.

«Kampanjen er etterlengtet. Det er for tidlig å fastslå hvorvidt den er vellykket, men det er på høy tid at også pasienter blir introdusert for og informert om de negative konsekvensene av overbehandling»,

skriver avisen i sin omtale av *Gjør kloke valg*.

I boken *Dødelig medisin* fra 2014 tar den danske legen og professoren Peter Gøtzsche et oppgjør med overbehandling, polyfarmasi og det han kaller en 'ettergivende legemiddelregulering' i mange land. Gøtzsche advarer friske mennesker mot å la seg sykkeliggjøre og underkaste seg legemiddelindustriens profittbegjær – og han skriver om behovet for å *avmedikalisere* våre samfunn. Her i bladet bruker NTNU-professor Anders Grimsmo akkurat det samme begrepet – avmedikalisering – når han i intervjuet blir spurt om fremtidens viktige helseutfordringer.

Denne begrepsbruken er dramatisk og den vekker assosiasjoner til et annet ord, nemlig avrusning. Kanskje vi like godt kan snakke om samfunn i behov for avrusning? For som Gøtzsche skriver: «Hvis vi brukte medisin rasjonelt, ville vi ha meget sunnere befolkninger til en brøkdel av de utgifter som vi i øyeblikket har på legemidler.» Og han legger til: «Jeg tror ikke jeg overdriver.» Det tror heller ikke vi at han gjør.

TOM SUNDAR

Brobygger med bredt

Anders Grimsmo ■ INTERVJUET AV KRISTINE ASMERVIK

Anders Grimsmo mener at folk selv må ha kontrollen med sin elektroniske pasientjournal og sine helseopplysninger. Han anser pasientjournalen med dens helseinformasjon som en uatskillelig del av helsehjelpen: – Skal du engasjere folk i egen helse, så må de jo få innsikt i den. Og de må få et ansvar selv for egne opplysninger, sier NTNU-professoren.



Folk må selv ha kontroll med egne helseopplysninger, mener Grimsmo

Grimsmo er professor ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, i 50 prosent stilling og har de siste årene innehatt en like stor stillingsandel som medisinsk faglig rådgiver i Norsk Helsenett. Gjennom hele sin yrkeskarriere har 68-åringen vært en aktiv brobygger mellom akademia og primærhelsetjenesten. Interessefeltet er forebyggende helsearbeid, statistikk og kvalitetsutvikling. De siste årene har han arbeidet mest med samhandling og helseinformatikk. Hans genuine faglige nysgjerrighet, kombinert med en stor endringsvilje, er drivkraftene bak hans betydelige innsats som lege, forsker og fagmann. *Utposten* har møtt Anders Grimsmo for å få et innblikk i hva dette har ført til.

Helsetjeneste til spesielt utsatte grupper

Imidlertid var ikke helseinformasjon og helseinformatikk det første som fanget hans akademiske nysgjerrighet. Tidlig i karrieren viste Grimsmo en spesiell interesse og omsorg for utsatte grupper i samfunnet, særlig de som har en psykisk utviklingshemming. Dette engasjementet resulterte i noen av de første artiklene han skrev som fersk lege.

– Jeg var tilsynslege i Surnadal, hvor vi hadde en institusjon med fem–seks beboere. Etter hvert ble jeg også kjent med de hjemmeboende med psykisk utviklingshemming. Jeg oppdaget at deres situasjon var enda vanskeligere. Det førte til at jeg begynte å skaffe en oversikt over levekår for psykisk utviklingshemmede. I Surnadal, som er en landlig kommune med store familier og langsom fraflytting, hadde vi nærmere 50 innbyggere med psykisk utviklingshemming. Det var mye på den tiden. Det tilsvarer ca. sju til åtte promille av befolkningen, mens det normale er mellom tre og fire promille. Jeg forsøkte å gjøre meg kjent med dem alle og begynte å tenke på hvordan vi kunne lage en bedre helse- og omsorgstjeneste rundt denne pasientgruppen.

UTPOSTEN: Hvilke utfordringer så du i helse-tjenesten til psykisk utviklingshemmede?

– Jeg fikk tak i gamle journaler og så at en tredjedel av disse pasientene aldri hadde vært undersøkt for det som var hoveddiagnosen sin. Da begynte et spennende medisinsk arbeid med å finne ut av hva dette egentlig dreide seg om. I tillegg undersøkte jeg hvordan de som var hjemmeboende virkelig hadde det i hverdagen sin. Jeg så også at foreldrene ofte var belastet og isolerte. Dette var ting som opptok meg og førte til at jeg startet opp et lokalt prosjektarbeid som siden ble en del av grunnlaget for HVPU-reformen. Jeg plukket ut flinke fagfolk i kommunen for å få etablert et nettverk og et tverrfaglig team. Etter hvert koblet vi på politikere og administratorer for å få til et tverretattlig samarbeid i kommunen. Noe av det arbeidet vi gjorde i Surnadal bidro til at HVPU-reformen ikke bare ble en institusjonsreform, men også en reform for dem som var hjemmeboende, minnes Anders Grimsmo.

Fra forskning på egenomsorg til «En innbygger – én journal»

Etter en praksisperiode i Trondheim var det kjærligheten som brakte Anders Grimsmo til Oslo, der han kom inn i det akademiske universitetsmiljøet. Den unge legen banket på døren til Christian Borchgrevink ved Institutt for allmennmedisin og spurte etter arbeid. Det var jobb å få, og han ble koblet på Harald Siem, en av *Utpostens* grunnleggere, som den gangen var prosjektleder for en undersøkelse om luftforurensning i Grenlandsområdet. Intervjuskjemaet til om lag 2000 respondenter skulle administreres av Statistisk sentralbyrå, og her klarte Grimsmo å få inn en hel side med spørsmål om egenomsorg. Dette var starten på et arbeid som resulterte i en disputas i 1984, om hva sosiale og helsemessige forhold betyr for egenomsorg og legesøkning.

Tema i samtalen skifter fra egenomsorg til temaet «En innbygger – én journal» – og her er vi inne ved spørsmål som intervjuobjektet er svært opptatt av: – Det interessante nå er diskusjonen rundt den elektronisk pasientjournalen og hvilken rolle den skal ha i forhold til personvernet. Jeg mener at pasientjournalen, eller

faglig engasjement

helseinformasjon, er en helt uatskillelig del av helsehjelpen. Og skal du engasjere folk i egen helse, så må de jo få innsikt i den. GDPR¹ som er kommet, er bare fortsettelsen av en utvikling der folk tar et stadig større ansvar for egne opplysninger. Jeg mener at det burde vært overlatt til folk selv å ha kontrollen med sin elektroniske pasientjournal og sine helseopplysninger, sier Anders Grimsmo.

Og han fortsetter: – Det er mange årsaker til at jeg mener dette. Det ene er at folk blir ansvarliggjort og involvert i egen helse. Den andre grunnen er at det er en stor sikkerhetsfordel. Pasientene oppdager en rekke feil i det vi nedfeller i journalen. 50–60 prosent av legemidlene vi tror pasientene tar er feil oppført, viser undersøkelser. Og pasientene retter opp fødselsdatoer og andre ting. Akkurat nå er jeg interessert i dette i forbindelse med ny forskrift om pasientjournal. Her siteres GDPR og at folk skal få tilgang til journalen sin, men i denne diskusjonen konkluderes det for hvert tema at folk likevel ikke skal få direkte tilgang. Da mener jeg at det bare blir som før, med gammeldags paternalisme og en tankegang om at «gubben kan jo bli skadet» av å lese journalen sin. Ingen skal få tilgang uten først å ha fått tillatelse av helsepersonell. Vi er med andre ord ikke kommet lenger, og da blir heller ikke pasientjournalen et redskap for egenomsorg.

IKT-utvikling til glede og besvær

Med sterk interesse for fagene allmennmedisin og samfunnsmedisin har Grimsmo hatt en viktig rolle i utviklingen og etableringen av nasjonalt EPJ-senter i Trondheim fra 2003 til 2010. Siden har han vært engasjert i Norsk Helsennett og oppgaver knyttet til helseinformatikk og elektronisk pasientjournal.

UTPOSTEN: Hvordan anser du at IKT i helsetjenesten har utviklet seg?

– Det er et stort potensial i IKT som ikke blir utnyttet. Norge var først ute med nær 100 prosent dekning av elektronisk pasientjournal.

¹ GDPR (General Data Protection Regulation), EU-forordning gjeldende i Norge fra 25.5.2018



Den elektroniske pasientjournalen eller helseinformasjon, er en helt uatskillelig del av helsehjelpen ifølge Grimsmo.

entjournal i allmennpraksis. Det til tross for at det tok 10 år fra fullverdige allmennlegesystemer forelå til at nesten alle tok dem i bruk. Så stagnerte dette i Norge og både danskene og nederlenderne er gått forbi oss i utviklingen på dette området.

– Realiteten er at elektronisk pasientjournal har påført helsepersonell vesentlig mer arbeid enn før. Det har økt arbeidsmengden mellom 10 og 20 prosent. Og med tanke på allmennlegene vil en slik nedgang i effektivitet ha noe å si økonomisk. Fastlegene kompenseres med å øke arbeidsomfanget. Det forundrer meg at fastlegene ikke selv tar opp problematikken med at journalen bidrar vesentlig til ineffektivitet i arbeidshverdagen, sier Anders Grimsmo.

– Neste skritt er felles journal med sykehus og andre helseaktører, og arbeidsbyrden vil øke ytterligere, påpeker Grimsmo. Han sier at nye estimater tyder på at tid brukt på dokumentasjon vil øke for alle leger når vi innfører en felles pasientjournal, noe som også betyr reduksjon i tid brukt til pasienten (1, 2).

UTPOSTEN: Hvordan kan primærhelsetjenesten komme på banen for å påvirke denne utviklingen?

– Primærhelsetjenesten bør i langt større grad være i førersetet for utviklingen av pa-

Anders Grimsmo har tro på at journalen burde være problemorientert.



sientjournalen. Trondheim kommune skal imidlertid berømmes for en bra innsats i arbeidet med Helseplattformen som omhandler hvordan en felles pasientjournal for hele helsetjenesten i Midt-Norge skal bli (3). Direktoratet for e-helse burde se hva Trondheim kommune har jobbet med og fått til opp mot Helse Midt-Norge, poengterer Grimsmo.

Han utdyper: – Det som skjer er bekymringsfullt fordi innføring av felles journalssystemer medfører at spesialisthelsetjenesten etter hvert tar styringen over hvordan pasientjournalene skal være. For spesialisthelsetjenesten har ikke en problemorientert journal samme betydning, siden man som regel har fokus på ett problem av gangen. Derimot har primærlegen et helhetsansvar og skal ivareta flere problemer samtidig og over lang tid. Her vil en problemorientert journal ha en helt annen betydning.

Problemorientert journal

Anders Grimsmo mener vi burde hatt en problemorientert journal, og at informasjonen ikke bare skal knyttes til tid og kontakt, men også til det aktuelle problemet, som oftest en diagnose. Han beskriver hvordan dette kan fungere:

– Med en slik journal kan du få frem forløpet til gikta eller hypertensjonen, og kronologien om hva som har skjedd. Statistikken ville også blitt vesentlig bedre. Når du i dag søker etter statistikk i journalen får du opp lister med medikamenter, henvisninger og laboratoriesvar – men du vet ikke sikkert hvilke diagnoser dette er knyttet til. I en problemorientert journal er en problemliste utgangspunktet. Den inneholder de viktigste sykdommer som pasienten er til behandling for. Hvis pasienten er på vei ut døra og med handa på klinken sier «Forresten, jeg trenger resept på medisiner for blodtrykket», så klikker du på 'hypertensjon' og får opp de sist utskrevne medisiner for denne diagnosen. Skal du samarbeide med hjemmetjenesten om et leggsår, så er det kun informasjonen om leggsåret som deles. Slik dagens journaler er bygget opp vil man kunne lese hele journalen hvis man får tilgang. Med en problemorientert journal vil fastlege og pasienten kunne bestemme hvem som skal få tilgang til hva.

Den fulle allmennmedisinske bølge

Fastlegene opplever at de drukner i arbeidsoppgaver – og vi kan ikke unnlate å snakke med Grimsmo om dette.

– Det er mange grunner til at fastlegenes

arbeidsmengde har toppet seg, forklarer intervjuobjektet, og han peker på tre momenter: – Det ene har jeg allerede nevnt; IT-utviklingen. Det andre er økningen i kompleksitet i helsetjenesten. Ikke bare kompleksitet i form av antall økte spesialiteter og antall aktører som gjør at fastlegens koordineringsrolle er blitt tyngre og større. Den medisinske behandlingen er også blitt mer kompleks med flere typer og kombinasjoner av legemidler for hver diagnose. Når hver spesialitet i stor grad får lov å organisere seg selv medfører det en fragmentering av helsetjenesten. Det er blitt vanskelig å endre de organisatoriske forholdene – skal du endre ett ledd, påvirker det et annet i en kjedereaksjon. Det tredje er det individrettede forebyggende helsearbeidet knyttet til hypertensjon, kolesterolbehandling og hjerte-kar-sykdommer. Dette arbeidet utgjør nå ca. 50 prosent av konsultasjonene – men det dreier seg ikke om sykkelighet her og nå, men om noe som eventuelt skal skje i fremtiden. Grensene for hvem som skal bli behandlet flyttes til stadighet, og kontroller av «forebyggende» legemiddelbehandling er svært godt betalt arbeid sammenlignet med andre forebyggende tiltak. I tillegg er personalsammensetningen ved legekantorene endret slik at vi neppe har så mye som en hel legesekretærstilling pr. lege. Dette i motsetning til andre land der man i snitt har fire til seks ulike yrkesgrupper på legekantoret.

– Fastlegene i Norge har tatt til seg mer og mer arbeid, og velger å gjøre alt selv siden det betaler seg. I Nederland, derimot, får legen like mye betalt selv om det er en sykepleier som gjør arbeidet. Der er det tverrfaglig samarbeid i mye større grad enn her. Nederlandske allmennleger har over dobbelt så lange lister som norske fastleger, men føler seg mindre stresset, bemerker Grimsmo.

Vi spør professoren om hva han tror kan være løsningen, og da er det ikke til å unngå at primærhelseteam, som nå er under utprøving, bringes på banen.

– Tanken med primærhelseteam er at vi skal få et bredere tilbud på legekantorene. Men satsingen er, etter min mening, for beskjeden. Og med flere parallelle organisasjons- og finansieringsordninger frykter jeg at utprøvingen blir utilstrekkelig. Egentlig burde primærhelseteam blitt testet ut i samme skala som fastlegeordningen ble prøvd ut i 1990-årene. En annen trend vi ser i flere land er at mange allmennleger går sammen i partnerskap. Organisering, lønn og personal, innkjøp og IT blir samordnet og profesjonalisert. Det frigir tid til klinisk arbeid. Fastlegekrisen må

ikke bare bli en diskusjon om lønn og listelengde. Man må ta tak i de bakenforliggende problemene, argumenterer Grimsmo.

Anvendt samfunnsmedisin

Problemer er noe han alltid har vært opptatt av, derav også hans interesse for forebyggende arbeid. I 1996 skrev han en artikkel i *Utposten* om helsefremmende og forebyggende arbeid i et tidsskifte mot et mer desentralisert og demokratisk samfunn (4). Her brukte han begrepet *anvendt samfunnsmedisin*. Vi spør hva han legger i dette?

– Bakgrunnen var at Legeforeningen ville satse på samfunnsmedisin. Jeg fikk i oppdrag å lage et underlagsdokument. For å få samfunnsmedisinen praksisnær valgte jeg å bruke begrepet *anvendt samfunnsmedisin* slik at faget ikke bare skulle dreie seg om epidemiologi, sier han.

Grimsmo forklarer at definisjonen på samfunnsmedisin er vanskelig å avgrense, men at det handler om forhold der den vesentligste kunnskapssubstansen er medisinsk. Dette er ofte tilfelle innen forebyggende arbeid. Derimot trenger ikke utøvelsen av det forebyggende helsearbeidet å være en legejobb, mener han:

– Legene er ikke alene om å drive forebyggende arbeid, men vi har gode kunnskaper om årsak og sammenheng. For eksempel har Mattilsynet gjort en langt bedre jobb enn vi som tidligere reiste rundt på samvirkelagene og målte temperaturen i frysedisken. Dette er det ene perspektivet. Dersom du ser på historien, er samfunnsmedisinen assosiert med ideer om sentralisering og institusjonalisering, hentet fra utviklingen av militæret og fra bedriftshelsetjenester, skolehelsetjenester og helsestasjoner. Det er i slike sammenhenger at forebygging og samfunnsmedisin har vokst frem. På 1980- og 90-tallet snudde trenden gjennom en liberalisering med desentralisering og demokratisering. Den sentrale styringen med direktiver nedover i systemet ble svekket.

– Dersom vi ser på hvordan helsetjenesten i Norge er blitt bygd opp, så har den ofte først vært tuftet på frivillige organisasjoner, sanitetsforeninger og misjonsforeninger. Disse organisasjonene var ledet av kvinner. De kunne organisere, jobbe tverrfaglig og sørge for integrering gjennom mange metoder. Satt på spissen tror jeg at kvinnelige leger kommer til å bli bedre samfunnsmedisinere enn de mannlige, fordi det viser seg gang på gang at kvinner er bedre på tverrfaglighet og samarbeid. Det er ikke alltid gjennom posisjon du får



Grimsmo er opptatt av kvalitet i helsetjenesten, her fra deltakelse på årets Kvalitetskonferanse på Lillestrøm. FOTO: KRISTIN TVEIT, KS HELSE

makt, men gjennom hva du viser at du gjør via kunnskap og metode, mener Anders Grimsmo.

Fastlegene og samfunnsmedisinen

I en artikkel i *Tidsskriftet* i 1996 drøftet Grimsmo mulige konsekvenser av den planlagte fastlegeordningen – fem år før ordningen kom i stand. Han argumenterte blant annet for at helsefremmende og forebyggende arbeid ikke ville bli styrket gjennom en fastlegeordning, og at det kurative arbeidet ville ta enda mer plass både hos fastlegen, i skoler og helsestasjoner (5).

UTPOSTEN: Med ettertidens blikk, hvordan synes du det har gått med de samfunnsmedisinske arbeidsområdene etter fastlegeordningen?

– Før 2001 foreslo jeg overfor myndighetene at det ville være smart om vi kunne bruke pasientlistene i samfunnsmedisinsk forskningsøyemed. Internasjonal forskning viser at de land som har pasientlister får bedre data enn andre. Men myndighetene svarte meg den gang at det var nok problemer med fastlegeordningen som det var, om vi ikke skulle begynne å blande slike ting inn i allmennlegenes hverdag. Det samfunnsmedisinske perspektivet på pasientlisten ble droppet – og det har heller ikke vært tatt opp siden, beklager Anders Grimsmo.

UTPOSTEN: Fastlegene har mye informasjon om befolkningens helse som kan brukes i samfunnsmedisinsk øyemed. Med tanke på at fastlegeforskriftens § 29 om krav til rapportering til kommunen enda ikke er trådt i kraft, hva tenker du er årsaken?

– Uttreksverktøy fra primærlegenes journaler finnes. Det er masse god informasjon til både selvevaluering og kommunal planlegging. Teknisk sett er det enkelt å lage uttreksprogrammene og ta ut statistikk fra journalene. Det som mangler er et forvaltningsorgan som etterspør, tar imot og bearbeider informasjonen. Man kan ikke få til tettere oppfølging av helsesituasjonen i befolkningen enn gjennom fastlegene. Dette har et mye større potensial enn alle de andre kildene som brukes. I mange år har vi hatt Norsk pasientregister som arbeider med data fra spesialisthelsetjenesten. Nå kommer Kommunalt pasientregister med kommunedata, men det vil ta tid før de kommer opp med kvalitetsdata. Foreløpig høstes data fra regningskortene og IPLOS-registret (RED.ANM.: individbasert pleie- og omsorgsstatistikk).

«Hva er viktig for deg?»

Forebygging skulle også stå sentralt da samhandlingsreformen ble lansert i 2012. Grimsmo var med på evalueringsarbeidet av reformen. På vårt spørsmål om effekten av reformen, svarer han kontant at reformen har nesten ikke ført til noe. En del ting er faktisk

blitt verre, mener han, og sikter først og fremst til en økt oppsplitting i primærhelsetjenesten.

– Tenk bare på pasientforløpet. Det vanligste er å ha forløpet hjem – sykehus – hjem. Men nå kan forløpet bli: Hjem – KAD – sykehus – intermediaærvdeling – sykehjem, og noen ganger til og med sykehjem 2 – sykehjem 3. De som rammes oftest er kronisk syke og eldre. Dette er skuffende, sukker Grimsmo.

Han legger til at det som var vellykket med samhandlingsreformen var å få slutt på korridorpatientene, men at dette neppe har hatt noen betydning – verken økonomisk eller helsemessig. Det andre man lykkes med var å få et bedre samarbeid på administrativt nivå mellom kommuner og foretak. Men der var ikke fastlegene med.

– Så de fikk til de to tingene det ble puttet penger i, men for pasientene med store behov er det ikke blitt noe bedre, tør jeg påstå!

UTPOSTEN: Hvilke store utfordringer mener du helsevesenet står overfor?

– Overbehandling og medikalisering. Såkalt forebyggende legemiddelbehandling koster mye – men effekten er ofte beskjeden. Av-

medikalisering vil bli en viktig prioritet i fremtiden. Et annet viktig fremtidstema er redusert bruk av institusjoner og mer oppfølging hjemme. Norge er et av få land i Europa som ikke har som mål å redusere bruken av sykehjem. Det er klart at det finnes situasjoner der sykehjem kan være helt nødvendig. Men med noen få unntak får man like gode resultater med å behandle eldre og kronisk syke hjemme som i institusjon, og det med en høyere pasienttilfredshet. Det finnes også andre alternativer enn sykehjem for noen personer med demens, sier Anders Grimsmo.

Imidlertid overrasker han oss når han hevder at eldrebølgen ikke kommer til å bli så omfattende som det skrives om. Den viktigste grunnen til det, sier han, er at folk som nå blir gamle har en bedre helse og lever lenger. – Dersom vi nå utnytter denne ressursen som arbeidskraft, vil vi kunne mestre eldrebølgen. Etterkrigskullet har hatt en oppvekst som ingen andre generasjoner har hatt, de kommer gjennom livet med få kroniske sykdommer. De lever lenger med god helse før «dippen» kommer til slutt – som for alle sammen idet vi blir skrøpelige. Eldre forteller at det viktigste for dem mot slutten av li-

vet er å bevare kognitiv og fysisk funksjonsevne, samt lindring om det blir behov for det.

– Vi må bort fra spesialisttankegangen med høy lojalitet til sykdomsspesifikke faglige retningslinjer, men heller fremme en målorientert helsetjeneste der pasientens egne mål kommer først. Når vi skal yte helsehjelp, må vi først spørre «Hva er viktig for deg?», avslutter Anders Grimsmo.

REFERANSER

1. Arndt, B. G., Beasley, J. W., Watkinson, M. D., Temte, J. L., Tuan, W.-J., Sinsky, C. A., & Gilchrist, V. J. (2017). Tethered to the EHR: Primary care physician workload assessment using EHR event log data and time-motion observations. *Ann Fam Med*, 15(5), 419-426. doi:10.1370/afm.2121
2. Oukes, E., Abu-Hanna, A., Cornet, R., & de Keizer, N. F. (2018). Time spent on dedicated patient care and documentation tasks before and after the introduction of a structured and standardized electronic health record. *Appl Clin Inform*, 09(01), 046-053. doi:10.1055/s-0037-1615747
3. Helseplattformen; <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/prosjekter/ehelse/helseplattformen>
4. Grimsmo, A. Helsefremmende og forebyggende arbeid i et tidsskifte, Utposten nr. 1, 1996; s. 22–26
5. Grimsmo, A., Iversen JH. Hvilke muligheter gir fastlegeordningen til å utvikle samfunnsmedisin, *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 2, 1996; 116: 275–7.



FURST
MEDISINSK
LABORATORIUM

ALLE ANALYSER PÅ ETT STED

Fleksible løsninger og solid fagstøtte

Elektronisk rekvirering
og svaroverføring direkte
inn i journal

Medisinsk biokjemi
Klinisk farmakologi
Medisinsk mikrobiologi
Patologi

furst.no
furstforum.no

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelse. 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.

HELSESKADELIGE SIKKER DEL 2

Tvangsekteskap i et helseperspektiv

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

Nasjonale initiativ for å forhindre tvangsekteskap peker på helsearbeidere i primærhelsetjenesten som viktige aktører i håndteringen av disse helseskadelige konstallasjonene. I denne artikkelen, som er den andre om helseskadelige skikker, presenteres forskningsbasert kunnskap om forholdet mellom bruk av tvang i ekteskapsøymed og psykiske og fysiske lidelser. Videre presenteres et forsøk på å skissere helsearbeideres mulige ansvarsområde på feltet.

Siden tidlig på 90-tallet, da enkelte innvandrerkvinner stod frem i media og åpent fortalte om sine problematiske opplevelser i forbindelse med giftermål, har *tvangsekteskap* og *arrangerte ekteskap* vært omdiskuterte begrep i norsk integreringsdebatt. Men også i faglitteraturen har disse begrepene skapt debatt, for tvangen utøves vanligvis innenfor rammen av arrangerte ekteskap. Mens noen mener at det er viktig å holde begrepene adskilt – blant annet fordi minst en tredjedel av asiater praktiserer arrangerte ekteskap (1) – er der for andre en glidende overgang. Sistnevnte begrunner sitt syn med at i sosiokulturelle miljøer hvor lydighet overfor foreldre og andre autoritetspersoner er normen, vil mange i stillhet akseptere giftermålet, selv om dette skjer mot deres vilje (2). Forskere som har studert fenomenet i et likestillings-/rettighetsperspektiv (3–5), viser til kollektivism, sosial identitet, innflytelse og ære som nyttige begrep for å forstå hva dette egentlig handler om.

Med tvangsekteskap menes et ekteskap fremtvunget gjennom vold eller trusler fra minst én person. Det dreier seg altså om giftermål hvor en eller begge ektefeller ikke kan forbli ugift uten å bli utsatt for vold, frihetsberøvelse, urettmessig atferd eller utilbørlig press. Vanligvis skjer dette med foreldrenes samtykke, og de havner da lett i

rollen som overgripere (2). Men skikken kan også innebære at en av partene ikke har mulighet til å bryte opp en forlovelse, skille seg eller til å velge partner på tvers av familiens ønsker uten å bli utsatt for represalier (6). I 2016 hadde *Kompetanseteamet mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse* 139 henvendelser hvor en fryktet tvangsekteskap og 123 om gjennomførte tvangsekteskap, en betydelig økning fra tidligere år (6).

De siste tiårene er det fremmet en rekke tiltak for å forhindre tvangsekteskap (7), og helsetjenesten i kommunene, herunder skolehelsetjenesten, er flere ganger nevnt som en sentral aktør (6, 8, 9). At helsesøster har en viktig rolle i forebygging av tvangsekteskap synes rimelig, for helsesøster er blant dem som har mest kontakt med ungdom i risikoen. Men det er også viktig at allmennleger er oppmerksomme på helseskaden ved denne skikken, slik at de kan gi adekvat helsehjelp til de som måtte være berørt (2). I denne artikkelen skal vi se nærmere på hva vi vet om hvilke innsatser som kan tenkes gjennomført, og på hvilket grunnlag helsearbeidere bør prioritere slikt arbeid.

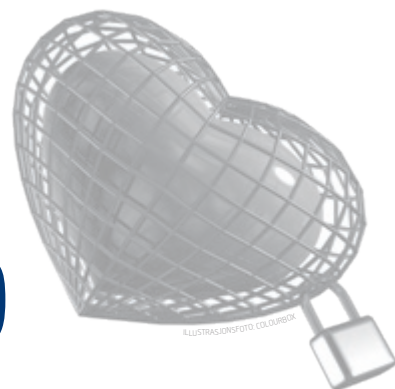
Helsekonsekvenser

Så langt har det vært forsket lite på de helsemessige konsekvensene av tvangsekteskap,

HOVEDBUDSKAP

- Flere studier viser nær sammenheng mellom tvangsekteskap, psykisk helse og ulike smertetilstander
- Den sosiale smerten (som ofte forveksles med fysisk smerte) kan være svært vanskelig å leve med
- Det finnes pr. i dag lite forskningsbasert kunnskap om hvordan helsearbeidere best kan hjelpe personer som er blitt utsatt for tvangsekteskap
- Ut fra det lille man vet, er det god grunn til å vie problematikken oppmerksomhet, ikke minst på legekontoen og i skolehelsetjenesten
- En pragmatisk, undrende og ikke-dømmende holdning til problemet kan åpne for gode samtaler også om dette emnet
- I tilfelle det oppstår en krisesituasjon, bør helsearbeidere så langt det er mulig samarbeide med institusjoner med spesiell kompetanse på området.

men enkelte studier viser en sammenheng. Husain og medarbeidere (10) beskriver således i en oversiktsartikkel, om *selvskading* hos yngre britiske kvinner av sørasiatisk avstamning og en betydelig høyere selvmordsfrekvens enn hos kvinner født i England eller Wales. Økningen er særlig stor i den yngre aldersgruppen (15–34 år), hvor selvmordsraten i en studie var mer enn dobbelt så høy som blant de med engelsk avstamning og opp til sju ganger så høy som blant sørasiatiske menn (11). Ekteskapelige problemer fremstod som en viktig utløsende faktor, og de fleste ekteskapsproblemene bunnet i en kulturkonflikt (11). Det er ikke urimelig å anta at en del av disse konflikten dreide seg om tvangsekteskap, selv om dette ikke ble spesielt nevnt. En annen studie, om *overdoser* blant sørasiatiske kvinner, viste at arrangerte ekteskap, avvisning av forespørsler om arrangerte ekteskap samt andre ekteskapelige problemer satte de sør-



asiatiske kvinnene under press, og dette presset ble av deltakerne beskrevet som en utløsende faktor (12). Flere av de spurte fortalte dessuten at deres menn hadde krevd at de skulle oppføre seg mindre vestlig og/eller at deres svigermødre hadde blandet seg inn i hvordan de levde og skjøttet sitt ekteskap (12).

En ny, tysk studie, om tvangsekteskap og psykisk helse blant tyrkiske innvandrerkvinner som var blitt henvist til behandling for psykosomatiske plager, viste at de som var blitt utsatt for tvangsekteskap før migrasjonen hadde begått gjentatte selvmordsforsøk, i gjennomsnitt fire ganger. Bortsett fra at de var tvangsgiftet, fortalte disse kvinnene om vold og mishandling av ektemannen og hans familie og lite støtte fra egne foreldre og søsken. Forholdsvis mange skåret dessuten høyt på depresjon, personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og psykosomatisk sykdom (2). Dette er ekstreme tall som tydelig viser konsekvensene av at et menneske blir frarøvet sitt livsprosjekt.

Det er her verdt å merke seg at det i de fleste tilfeller gikk svært lang tid før de tvangsgiftede fikk adekvat helsehjelp (i gjennomsnitt 13 år med betydelige plager), men ikke fordi de ikke hadde søkt lege. En rekke spesialister, som ortopeder, gynekologer og indremedisinere var blitt konsultert etter at plagene tok til. De fleste hadde dessuten oppsøkt sin allmennlege flere ganger hvert år, men var blitt avspist med smertestillende medikamenter og antidepressiva. Forfatteren konkluderer med at for de tvangsgiftede fremstår livet som en kontinuerlig lidelse, og dersom de skal få det bedre, vil de trenge omfattende, kultursensitiv behandling (2).

Også gutter tvangsgiftes, og mange opplever da både stress og ekteskapskonflikter. Men i motsetning til kvinnene, er det små sjanser for at tvangsgiftede gutter utsettes for voldshandlinger (2). Likevel, det svært alvorlige psykiske presset som mange foreldre legger på sine barn – for eksempel ved å si at de kommer til å bli syke og dø dersom ikke barna etterkommer deres ønsker – kan virke nedbrytende. Det er en form for kulturbetinget emosjonell utpressing (3) som grenser til psykisk vold. Men det er klart at også foreldrene kan stå under et betydelig press fra både familie og bekjente, og i denne sammenhengen er det nok en del foreldre som begår overgrep uten å vite det eller ville det.

Kliniske vignetter

Et par kliniske vignetter vil illustrere disse forholdene (alle navn er fiktive og historiene er noe endret for å sikre familienes anonymitet):

En for alle, alle for en!

Huma oppsøkte lege fordi hun var fortvilet, forvirret og deprimeret. Mannen hadde mishandlet og terrorisert henne over år, og nå holdt hun ikke ut lenger. Men en skilsmisse ville ha så store konsekvenser for hele familien at hun ikke engang klarte å tenke på slikt. Når hun oppfattet at legen viste interesse for hennes situasjon, kunne hun etter hvert fortelle at hennes handlingslammelse kom av at hennes søster og ene bror også var inngiftet i den samme familien. I motsetning til hennes eget ekteskap, fungerte deres ekteskap godt. Dersom hun og mannen nå gikk fra hverandre, ville – ifølge skikk og bruk og ekteskapskontrakt – også deres ekteskap bli opphevet. Det ville være en sosial katastrofe – særlig for kvinnene, som ville måtte leve videre i skam, isolert i sine egne familier, men også for barna som etter skilsmissen ville miste kontakten med sine mødre.

Med tiden kom det frem at denne historien hadde røtter flere generasjoner tilbake: Da Humas besteforeldre, Mohammed og Rehana, giftet seg for om lag 50 år siden, ble det besluttet at også Mohammeds søster og Rehanas yngre bror skulle gifte seg med hverandre. På denne måten ville en styrke familiebandene innad og, ikke mindre viktig, øke familiens innflytelse utad. Imidlertid døde Mohammeds søster før bryllupet. Hennes forlovede (Rehanas bror) giftet seg da med en kvinne fra en annen familie, men etter å ha erklært overfor Mohammed at: «Siden din søster døde før vi kunne gifte oss, skylder du meg en datter». Mohammed og Rehana fikk flere barn, også døtre, men på grunn av aldersforskjeller passet det ikke for noen i brorens familie å gifte seg med dem. Men da hans to sønner ble voksne, passet det å gifte dem bort til Mohammeds barnebarn. Endelig kunne den påtenkte kontrakten fullbyrdes – ikke bare dobbelt, men trippel ekteskap!

Slike ekteskapskontrakter har inntil nylig på ingen måte vært sjelden i Pakistan. Enkelte ganger kan sågar fire par være involvert (13). Om da ett av ekteskapene går i oppløsning, vil de sosiale konsekvensene ikke være til å holde ut. Selv når det ene ekteparet flytter til Norge og de andre forblir i Pakistan, vil familien påse at den inngåtte ekteskapskontrakten oppfylles, og i tilfelle brudd, se til at alle ekteskap, som omfattes av avtalen, løses opp. Noen ganger er avtaler om ekteskap inngått på fars eller mors dødsleie. Slike avtaler oppfattes ofte som imperative: Om de ikke oppfylles, vil etterkommerne bli hjemsokt av fedrenes ånder og straffet. I slike tilfeller er det frykten for det overnaturlige og hensynet til andre som konstituerer tvangen. Her er det ingen som kan straffeforfølges. Tvangen er internalisert og sublimert. Den «ligger i luften».

Den neste vignetten illustrerer en annen form for tvang:

«Kalde føtter»

Hamza, en pakistansk gutt i 20-årene kommer til sin far og forteller at han har funnet en jente som han vil gifte seg med. Jenta er hans niese, datter til farens søster, og bor i et annet europeisk land. Faren er først sterkt imot at gutten gifte seg inn i hans søsters familie, ettersom relasjonen til søsteren ikke var den beste. Men gutten står på sitt, og til slutt gir faren etter. På sønnens vegne ber han jentas foreldre om «hennes hånd», og får ja. Familiene på begge sider støtter opp om de unges valg, og planleggingen av bryllupet starter. Gutten blir invitert til å besøke jenta og hennes foreldre, slik at de skal kunne bli mer kjent. Samtidig går det bud om bryllup til resten av familien som er spredt rundt i Pakistan, England og Skandinavia. Alle vil gjerne delta i bryllupsfesten. Flybilletter kjøpes i god tid, og det handles inn gull og andre passende gaver til det kommende ekteparet.

Nå viser det seg imidlertid at jentas familie er betydelig mer tradisjonsbundet enn guttens, og insisterer på at bryllupet må gjennomføres i tråd med familiens tradisjoner. Dette var Hamza ikke forberedt på, og når seremonien nærmer seg og han står ansikt til ansikt med alle reglene og forordningene, angrer han. Han føler at han på ingen måte er klar for dette, og vil trekke seg ut av forholdet. Imidlertid er planleggingen kommet så langt og investeringene blitt så store at familien ikke uten videre ser seg i stand til å kansellere bryllupet. I fortvilelsen opplever Hamza familiepresset som uutholdelig. Hans ekteskap blir som et tvangsekteskap, og han overveldes av vedvarende gråt.

At en av partene angrer seg i siste liten kan selvfølgelig skje i enhver bryllupssammenheng. Her i Norge er der da heller ingen mangel på historier om brudgommer som har uteblitt eller bryllup som er kansellert på kort varsel. Men som vi ser i denne vignetten, får problemet et helt annet og større omfang i den internasjonale familien, hvor investeringene i forbindelse med selve bryllupsseremonien kan være betydelige. Foreldrene legger derfor press på gutten for at han skal ta ansvar for sitt valg. Selv opplever de press fra storfamilien og bryllupsgjestene og gjør hva de kan for ikke å miste ansikt. Ille blir det likevel, samme hva de velger. I foreldrenes miljø finnes ingen erfaring med hvordan slike situasjoner kan håndteres med mindre en tyr til tvang. Gode fortellinger og aktverdige modeller savnes, og akseptable løsninger finnes ikke. Tilbake blir skuffelsen, maktesløsheten og håpløsheten. For gutten vil det være umulig å gå til andre i familien for å søke råd og veiledning, ikke

minst av frykt for eget og foreldrenes renommé. Frykten for å tape ansikt og skammen pinner ham. Spørsmålet er: Hva kan helsetjenesten tilby i slike tilfeller? Det skal vi komme tilbake til i neste avsnitt, men først noen refleksjoner om noen sosiale forhold som ser ut til å råde grunnen i slike tilfeller.

Sosial kapital eller strukturell vold?

Den helsemessige betydningen av en støtten- de familie og/eller et inkluderende, akseptere- nde sosialt nettverk er dokumentert i flere studier. Den amerikanske samfunnsviteren Robert Putnam (13) hevder sågar at *bunden sosial kapital*, det vil si nær familie og tette nettverk av samhandlende mennesker, er av særlig betydning i denne sammenhengen. Men i sosiale nettverk finnes også forventninger om innordning og offervilje, og det utøves betydelig sosial kontroll. Dersom sosial kontroll utøves gjennom systematisk forskjells- behandling og vedvarende overvåkning av spesielle grupper i samfunnet, og dette skjer på en slik måte at den enkelte hindres i å til- egne seg informasjon eller å gjøre egne erfa- ringer, er dette å regne som *strukturell vold*, et begrep som ble introdusert av Johan Galtung på 1960-tallet. Dette var for å benevne ikke- intenderte handlinger og varige sosiale struk- turer som i sin konsekvens hindrer individer, grupper eller samfunn i å realisere sitt poten- sial (14); som legitimeres gjennom samfun- nets institusjoner og normaliseres gjennom hverdagens gjentatte erfaringer (15).

Eksempelene over viser hvordan gode in- tensjoner om å videreføre slekten og utvi- kle sosial kapital, respekt og innflytelse kan fordreies og faktisk få karakter av strukturell vold. Som drivkraft i dette sosi- ale maskineriet kan en skimte både økono- miske hensyn og et «renhetsideal» som synes uløselig knyttet til ære. Ryktedan- nelse, frykt for represalier – i noen tilfeller grov vold – eller trusler om utstøting med all den smerte det måtte innebære (16–18), fungerer som homøostatiske mekanismer. Status quo opprettholdes. Dette kommer særlig sterkt til uttrykk når flere ekteskap omfattes av den samme kontrakten, slik tilfellet var for Huma.

For utenforstående kan det se ut som om enkelte innvandrermiljøer lukker seg til i møte med det norske for å beskytte felles verdier og tradisjoner, og at den enkelte i stor grad må akseptere å innordne seg i frykt for konsekvensene. Det vil si sanksjo- ner som i verste fall kan bli starten på en voldsspiral: Når noen tar til orde for større frihet og åpenhet, vil andre kunne oppfatte dette som en protest mot den etablerte or- den. Dette kan i sin tur utløse strengere sanksjoner, som igjen fører til mer opprør, og det hele ender i vold, i sjeldne tilfeller drap. Men om vi skal kunne forstå hvilken situasjon innvandreren befinner seg i, må vi også ta i betraktning storsamfunnets krav til innordning, et krav som til tider gir opplevelser av stigmatisering og diskrimi- nering (18). En kanadisk undersøkelse vi- ser at unge kvinner med innvandrerbak-

grunn er i en spesielt vanskelig situasjon (19), sitat:

«Situat at the intersections of race, class, gender and age, these young women walk a tightrope between the violence of racism they experience from the host and/or dominant society and the pressures to conform imposed from within their communities.»

Også foreldregenerasjonen lider. De unge jentenes mødre eller andre som måtte være tillagt et spesielt ansvar for at det inngås gode og vellykkede ekteskap, kan oppleve situasjonen i vertslandet som både over- veldende og uhåndterbar, og i noen tilfel- ler stå overfor valg hvor ethvert alternativ blir like ille. Helseaspektet omfatter såle- des langt mer enn opplevelsen av å være tvunget til å gifte seg mot ens vilje. Det handler også om hvilken støtte pasienten kan regne med fra sin omgangskrets og i hvilken grad han eller hun opplever å ha innflytelse over eget liv (3). For den enkelte varierer dette fra situasjon til situasjon og over tid. Og selv om mange innvandrer- miljøer har omfavnet verdier som autono- mi og valgfrihet, vil man i møte med folk som er mer tradisjonsbundne og regelstyr- te, kunne oppleve uforutsette problemer og begrensninger, slik Hamza gjorde.

Helsearbeiderens ansvar

Hva er så helsearbeiderens rolle i forhold til dette problemkomplekset? Noen vil ha be- hov for å diskutere saken med en utenfor- stående. Da er taushetsplikt en nødvendig- het. Ut fra den kunnskap og erfaring som allerede finnes i helsetjenesten og, ikke mindre, ved familiekontorene, må en anta at disse institusjonene her kan spille en vik- tig rolle. Den dialogiske tilnærmingen sy- nes godt egnet til å utvikle aksepterende og velfungerende sosiale nettverk så vel som til å nøytralisere strukturell vold (20).

Men for å kunne yte hjelp i slike situasjo- ner, må vi først bli vare for den potensielle konflikten som alltid vil være mellom le- gers pragmatiske tilnærming til sykdom og samfunnets normative krav. Hvis helse- tjenesten blir for normativ eller belærende, vil den lett miste den tilliten som trengs for å kunne arbeide effektivt med slike sa- ker. På den annen side må helsearbeidere vite noe om både hvilke helsemessige kon- sekvenser en slik praksis har for individ og samfunn, og hvordan en kan arbeide for å forhindre slike skader eller utbedre de som allerede er oppstått. Med andre ord: Proble- mer rundt tvang og ekteskapsinngåelse må komme på legenes dagsorden.

Hvordan kan en så nærme seg problemet i konsultasjonen? Noen vil rett og slett tren-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ge en samtalepartner for å klargjøre situasjonen overfor seg selv, noen å diskutere ulike handlingsalternativer med, noen som er interessert, men som likevel ikke kommer med lettvinne råd eller formaninger om hva en kvinne eller mann bør foreta seg i en slik situasjon. For det kan være viktig for vedkommende at nettopp legen vet om hva han eller hun daglig går igjennom; at legen anerkjenner strevet og er vitne til hans eller hennes lidelser. Mer konkret: Om pasienten for eksempel henvender seg med diffuse smertetilstander, er nedtrykt eller fortvilet, kan det være lurt å spørre: Kan du fortelle meg litt om din situasjon?

Etter slik å ha skapt et rom for å diskutere eventuelle problemer som pasienten måtte ha i forhold til sin familie, kan det være naturlig å fortsette: Hvordan påvirker dette deg? Slik unngår en å insinuere at pasienten har bestemte problemer eller at plagene skyldes bestemte forhold. En kan så gå videre med: Hva er det ved denne situasjonen som bekymrer deg mest? Eventuelt: Dette må være svært vanskelig for deg! Hvordan holder du ut? Det ligger anerkjennelse i dette; det inviterer til en samtale om hvordan pasienten mestrer sin vanskelig situasjon; det uttrykker empati, uten at helsearbeideren derved overtar ansvaret for pasientens situasjon og fungerer ofte bedre enn å gi velmente råd om hvordan takle en situasjon som legen kanskje ikke har forutsetninger for å forstå.

Dersom den tvangsgiftede presenterer seg med smerter eller er deprimeret, kan medisiner som antidepressiva eller smertestilende i enkelte tilfeller være til hjelp, men kun for et kortere tidsrom, og det løser selvfølgelig ikke disse pasientenes problem. Viktigere er det at legen, som antydte over, skaper et rom for at vedkommende kan komme frem med sin historie. Etter at alternativene er klargjort, er det bare pasienten selv som kan vite hva som er et mulig valgalternativ. Og uansett hva pasienten måtte velge, vil han eller hun trenge støtte, for i slike saker kan konsekvensene av egne valg være svært vanskelige å leve videre med.

Selvfølgelig er ikke dette til hinder for å gi informasjon om hvilke hjelpetiltak som finnes. Når krisen er et faktum, vil helsetjenesten ofte være det stedet vedkommende først henvender seg. Men dersom problemene tårner seg opp, er det viktig at helsearbeidere i førstelinjen ikke blir sittende alene med ansvaret. De trenger tilgang til både samarbeidspartnere og kompetente veiledere. (Enkelte kompetansemiljøer er ført opp i en egen tekstboks). Et samarbeid med institusjoner med spesiell kompetanse på området – som for eksempel *krisesentre*, *Selvhjelp for innvandrere* eller *Kompetanseteamet mot tvangsekteskap og kjønnslem-*

lestelse – vil kunne være nødvendig for å finne frem til gode løsninger. Av sikkerhetsmessige grunner kan det sågar bli nødvendig for noen å forlate familien og gruppen en har tilhørt. Da må storsamfunnet legge til rette for «exit» og at vedkommende kan etablere seg på nytt. Noen ganger er det sågar nødvendig å skifte identitet.

Tatt i betraktning den tilsynelatende nære relasjonen mellom tvangsekteskap og helse, kan en, på linje med Farmer (14), faktisk undre seg både over at helsearbeidere generelt i så liten grad har drevet målrettet arbeid på feltet, og videre fraværet av relevant forskning på hvilke tiltak som faktisk er virkningsfulle (21). En grunn til denne ignoransen kan være at temaet er gitt lite oppmerksomhet i utdanningsystemene. Slik sett kan en forstå at noen vil hevde at: «Dette er ikke vår jobb!». Samtidig er det klart at *samproblemer* og *samsykdommer* – begreper som Peter Hjort introduserte allerede tidlig på 1980-tallet som samlebetegnelser for medisinske tilstander sprunget ut av problemer i forholdet mellom mennesker (22, 23) – også omfatter den form for maktens patologi som vi her står overfor. Dette burde medføre at problemkomplekset rundt tvangsekteskap ble satt på dagsorden både i forskningen, i utdanningsinstitusjonene og i helsetjenesten.

Takk til Harald Siem, Emine Kale, Charlott Nordstrøm, Tahirah Iqbal, Warsame Ali og Mary Shrestha som har lest og kommentert på tidligere utkast til denne artikkelen.

REFERANSER

1. Mehndiratta, MM et al. (2007) Arranged marriage, consanguinity and epilepsy *Neurology Asia* Vol. 12 (Supplement 1), s. 15–17.
2. Kizilhan, JI (2017) Forced Marriage and Mental Health by Migrants in Germany. *Arch Community Med Public Health* Vol. 3, No. 2, s. 071–076 Doi:10.17352/2455-5479.000028.
3. Bredal, A (2006) «Vi er jo en familie» – Arrangerte ekteskap, autonomi og fellesskap blant unge norsk-asiater Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
4. Thorbjørnsrud, Berit Synnøve, red. (2005) *Evdin? Ekteskaps og samlivstradisjoner* Oslo: Abstrakt forlag.
5. Wikan, U (2003) *For ærens skyld – Fadime til ettertanke*. Oslo: Universitetsforlaget.
6. Retten til å bestemme over eget liv. Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse 2017–2020 Justis – og Beredskapsdepartementet.
7. Lidén, H et al. (2015) Handlingsplan mot tvangs-

- ekteskap i utlendingsregelverket Oslo: Institutt for samfunnsforskning Rapport 2015: 4.
8. Handlingsplan mot tvangsekteskap 2008–2011. Barne- og likestillingsdepartementet.
9. Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet 2013–2016 Barne- Likestillings og Inkluderingsdepartementet.
10. Husain, MI et al. (2006) Self-harm in British South Asian women: psychosocial correlates and strategies for prevention *Annals of General Psychiatry* Vol. 5, No. 7 Doi:10.1186/1744-859X-5-7.
11. Bhugra D, Baldwin DS, Desai M (1999) Attempted Suicide in West London, I. Rates across ethnic communities. *Psychological Medicine* 29: 1125–1130.
12. Merrill J, Ownes J (1986) Ethnic differences in self-poisoning: A comparison of Asian and white groups *British Journal of Psychiatry* 148: 708–712
13. Putnam R (2000) *Bowling alone. The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.
14. Farmer P, Nizeye B og medarb (2006) Structural Violence and Clinical Medicine *PLoS Medicine* vol. 3 nr. 10 s 1686–1691.
15. James SE, Johnson J, Raghavan C, Lemos T (2003) The Violent Matrix: A Study of Structural, interpersonal, and intrapersonal violence among a sample of poor women *American Journal of Community Psychology* Vol. 31, nr. 1/2 s 129–142.
16. Eisenberger, NI et al. (2003) Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion *Science* Vol. 302, s. 290–292.
17. MacDonald, G & Leary, MR (2005) Why Does Social Exclusion Hurt? The Relationship Between Social and Physical Pain *Psychological Bulletin* Vol. 131, No. 2, s. 202–223 Doi:10.1037/0033-2909.131.2.202
18. Richman, LS & Leary, MR (2009) Reactions to Discrimination, Stigmatization, Ostracism, and Other forms of Interpersonal Rejection: A Motivational Model *Psychological Review* Vol. 116, No. 2, 365–383 Doi: 10.1037/a0015250.
19. Jiواني Y (2005) Walking a Tightrope: The Many Faces of Violence in the Lives of Racialized Immigrant Girls and Young Women Violence Against Women. *Thousand Oaks* Vol 11, nr. 7 s 846.
20. Norsworthy KL (2003) Understanding Violence Against Women in Southeast Asia: A Group approach in Social Justice Work. *International Journal for the Advancement of Counseling* Vol 25, nr. 2/3 s 145–156.
21. MUNTHER-KAAS, H.M. et al. (2017) Effect of, and experiences with interventions for young people exposed to forced marriage or honour-related violence: A systematic literature search with sorting. Oslo: Folkehelseinstituttet.
22. Hjort PF (1981) 1980-årene krever en ny helsepolitikk. Foredrag i Norsk Forening for Sosialt arbeid.
23. Forskningsrådet (2000) *Medisin og helse anno 2020. Nye typer helseproblemer* https://www.forskningsradet.no/bibliotek/publikasjoner/mh_anno2020/medisin_helse_anno2020.pdf www.forskning.no/Artikler/1018396840.47/1017775 189.04 tilgang 08.01.2017.

■ ARILD.AAMBO@FHI.NO

NOEN NYTTIGE ADRESSER

- Nasjonal veiviser ved vold og overgrep www.dinutvei.no
- Politiets nettside: Vold i nære relasjoner www.politiet.no/rad/vold-i-naere-relasjoner/ TELEFON: 02800
- Røde kors-telefonen om tvangsekteskap og kjønnslemlestelse / TELEFON: 815 55 201
- I Oslo: Enerhaugen familievernkontor www.bufdir.no/Familie/Kontor/enerhaugen/ TELEFON: 466 17 010

Infodoc Plenario

Trygt, stabilt og effektivt

- Laget for fremtiden



Samfunnsmedisineren som kunnskapsformidler og

■ MAGNE NYLENNA • Fagdirektør i Folkehelseinstituttet og professor II i samfunnsmedisin ved UiO

Skriftlig formidling er fortsatt den tradisjonelle måten å presentere kunnskap på, og den er samfunnsmedisinerens viktigste virkemiddel. Samfunnsmedisinere produserer mange ord, men det meste skjer på oppdrag fra andre og oftest i det skjulte. Altfor sjelden kommer det egeninitierte bidrag til den offentlige debatt. Det bør skrives mer, bedre og mer kunnskapsbasert om samfunnsmedisinske emner. Men både på forfatterens og fagets vegne er det viktig å kjenne sin profesjonelle begrensning – særlig vis-à-vis politiske problemstillinger.

På samme måte som skalpellen har vært kirurgens verktøy, reseptblokken indremedisinerens og samtalen psykiaterens, har pennen vært samfunnsmedisinerens arbeidsredskap framfor noe annet. I dag er pennen erstattet av PC-en, men teksten som produseres har samme funksjon. Gjennom saksframlegg, utredninger, notater, artikler og mange andre formater leveres premisser og råd til beslutningstakere og befolkning. Og som for de øvrige medisinske spesialiteter, er riktig bruk av verktøy og virkemidler avgjørende for resultatet. Selv om møter og muntlige presentasjoner kan være viktige nok, er skriftlig formidling stadig vekk den klassiske og mest slitesterke kommunikasjonsformen i faget.

Det forventes rett og slett at en samfunnsmedisiner skal kunne bruke språket som et virkemiddel for å oppnå resultater. Til det, som til det meste annet i livet, forutsettes både kunnskap og ferdigheter. Begge deler kan læres og utvikles.

Hva er formålet, og hvem er målgruppen?

Ethvert skriveprosjekt bør begynne med en avklaring av hensikten og målgruppen. Er det uklart, blir sjelden suksessen stor. Det er forskjell på et beslutningsnotat i forvaltningen og en kronikk i lokalavisen.

Vanligvis er formålet å formidle kunnskap og opplyse et saksområde ved hjelp av dokumentert erfaring og innsikt, fortrinnsvis forskningsbasert. I blant, men langt fra alltid, ender slik formidling med mer eller mindre eksplisitte råd. Andre ganger kan

målet være å skape debatt og engasjement på et fagfelt. Ofte skjer skrivingen på andres initiativ som svar på et oppdrag. Om det lar seg gjøre, bør man da sørge for at oppdraget er så veldefinert og avgrenset som mulig. Andre ganger, og ganske sikkert for sjelden, skjer skrivingen på eget initiativ. Da står man rimeligvis friere både i form og innhold. Det kan selvsagt være en fordel, men forbausende nok kan skriving om «oppgitte emner» være vel så enkelt og effektivt fordi rammene er fastlagt og tidsfristen som regel gitt. Frihet til å velge tema og form stimulerer ikke nødvendigvis kreativiteten, og altfor ofte fører mangelen på skrivepress utenfra til at det blir med tanken.

Hvem man skriver for er minst like viktig. Selv om mange av prinsippene for godt språk er uavhengig av målgruppen, vil stilen måtte tilpasses leserne. Det gjelder særlig bruken av fagspråk og fremmedord, langt på vei også hvor detaljert dokumentasjonen skal være. Troverdighet forutsetter en form for skreddersøm der leseren opplever at budskapet er rettet nettopp mot han eller henne. «At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der», skrev Søren Kierkegaard (1813–55) om såkalt «hjælpekunst», og dette brukes ofte som utgangspunkt for lege-pasient-dialoger i helse-tjenesten (1). Men også i fagformidling må man treffe folk der de «er». Det handler om gjenkjenning og identifikasjon. Klarer man å beskrive en situasjon eller problemstilling som leseren kjenner seg igjen i, er

mye gjort. Konkrete eksempler er alltid mer engasjerende enn teoretiske resonnementer. Akkurat som kasuistikker er effektive innledninger til kliniske presentasjoner, kan folkehelseutfordringer i nærmiljøet være inngangsporten til samfunnsmedisinske analyser. Utbyggingen av et nytt boligfelt, trafikksituasjonen på en skolevei, en kommunal drikkevannsutfordring eller mangelen på sykehjemsplasser kan gi tilstrekkelig lokal gjenkjenning til å fange så vel lokalpolitikernes som befolkningens oppmerksomhet og åpne for mer prinsipielle drøftinger og større perspektiver.

De mange sjangere

Vitenskapelige artikler har sin standardiserte struktur med innledning, metodebeskrivelse, resultatpresentasjon og diskusjon (IMRAD), og det finnes detaljerte maler for utformingen av ulike medisinske publikasjoner. Selv om noen oppfatter dette som en litterær tvangstrøye, har normeringen mange fordeler (2). Det samme gjelder saksframlegg i forvaltningen. «Formålet med en skriftlig saksfremstilling er at den på en enkel måte skal informere beslutningstakerne og gi dem best mulig grunnlag for å gjøre vedtak» heter det i den klassiske læreboklitteraturen om saksbehandling (3). Der stilles det tre krav til framstillingen, nemlig at den:

- har en systematisk oppbygning,
- har et naturlig og enkelt språk, og
- inneholder tilstrekkelige og riktige opplysninger.

De samme tre kravene bør man egentlig stille til alle faglige tekster. Et fjerde krav kunne være å gjøre ethvert skriftstykk så kortfattet som mulig. Å skrive kort er en kunst som krever både tid og erfaring. Digital informasjonsteknologi har på den ene side gjort omfangsbegrensninger så å si unødvendig fordi lagringskapasiteten er nesten uendelig stor. På den annen side har den lært oss å håndtere informasjon ved hjelp av hierarkiske systemer der vi kan klikke oss nedover i detaljeringsgrad etter behov. I den papirbaserte verden håndteres

premissleverandør



ILLUSTRASJONSPOTO.COM/UNBOX

dette ved hjelp av vedlegg som kan utdype saken.

Om det oppleves som henimot umulig å lage korte saksframlegg i en organisasjon eller kommune, kan det være lærerikt å se til landets høyeste forvaltningsorgan, regjeringen, og hvilket grunnlag statsrådene tar sine beslutninger på. I den sammenhengen brukes nemlig såkalte regjeringsnotater, r-notater. Et r-notat skal normalt ikke overstige to sider, og må derfor være «knapt og konsist i formen» (4). R-notatene har, til tross for det korte omfanget, likevel også en standardisert utforming med «en kort og selvforklarende overskrift som betegner den aktuelle saken», og nummererte underoverskrifter som «gjør notatet mer oversiktlig og tvinger

fram en klarere disponering av stoffet». Etersom r-notater heller ikke skal ha vedlegg, er det ikke overraskende at embetsverket i et departement bruker mye tid på å utarbeide hvert slikt notat for sin statsråd, og at veiledningen (4) anbefaler dem å:

- arbeide med den språklige framstillingen slik at formen blir knapp og konsis,
- skrive klart og forståelig, og unngå lange, kompliserte setninger,
- vurdere om argumenter kan framstilles som pro et contra, f.eks. i form av kulepunkter som i stikkordsform regner opp de viktigste argumentene som trekker i den ene eller den andre retningen,
- vurdere om tallmessige størrelser kan angis i tabell.

I den offentlige debatt er formalkravene til skriftlige bidrag færre. Men også de fleste aviser har forfatterveiledninger og retningslinjer for sine debatt- og kronikkspalter, ikke minst begrensninger av antall ord eller tegn. Slikt skal tas på alvor, og manglende etterlevelse er første hinder for å komme på trykk. En god kronikk har en logisk struktur som kan være tredelt (5):

- En innledning som «setter scenen» og vekker leserens interesse, gjerne i form av en påstand eller et eksempel.
- En hoveddel som kan være en kombinasjon av faktapresentasjon og diskusjon. Mens disse to elementene (det objektive og subjektive) skal holdes tydelig atskilt

NOEN SKRIVETIPS (5)

- Å skrive krever noe kunnskap og noen ferdigheter, men først og fremst en betydelig arbeidsinnsats
- Den beste måten å komme i gang med et skriveprosjekt på er simpelthen å begynne
- En gjennomtenkt disposisjon gjør skrivingen enklere, men også disposisjonen kan endres ved behov
- Det er vanskelig å konsentrere seg om både innhold og rettskriving samtidig. La språk, stil og ortografi vente til neste runde
- Omskriving er en bearbeiding av teksten som handler om å finne andre og bedre måter å uttrykke budskapet på. Ofte består omskriving i å fjerne unødvendige ord

i vitenskapelige publikasjoner, gjelder ikke det i kronikker og debattinnlegg.

- En avsluttende oppsummering, fortrinnsvis med en klar konklusjon, og gjerne med en velformulert siste setning («punch line»).

Hvor mye dokumentasjon behøves?

Dokumentasjonen må selvsagt tilpasses behovet. Det er forskjell på en stortingsmelding og et avisinnlegg. Men også i den offentlige debatt styrkes troverdigheten av kildehenvisninger. Og som i klinisk medisin er påliteligheten av dokumentasjonen større jo høyere opp i kunnskapspyramiden man kommer (6). Systematiske oversikter av forskningslitteratur er dessverre sjeldne på det samfunnsmedisinske området. Sammenholdt med tradisjonell medisinsk forskning kan det også være vanskeligere å overføre resultater fra utenlandske studier til norske forhold.

Troverdigheten svekkes av selektive referanser basert på personlige preferanser eller interesser, såkalt «cherry picking». Tilsvarende styrkes troverdigheten av henvisning til anerkjente institusjoner eller publikasjoner i inn- og utland.

Måten kildene presenteres på har også betydning. Det er sjelden aktuelt å oppgi komplette litteraturhenvisninger som i vitenskapelige artikler, men det er alltid nyttig å være så konkret at en interessert leser kan finne originalpublikasjonen uten altfor mye strev. Det betyr at navn på forfattere eller forskere som siteres bør oppgis (og bokstaveres korrekt) og at navnet knyttes til konkrete prosjekter. Det er frustrerende å lese om spennende forskning i aviser eller bøker uten å være i stand til å oppspore selve kilden.

Å skrive

Skriving kan være morsomt, men er ofte strevsomt, og tar alltid lengre tid enn man tror. Som den amerikanske forfatteren Dorothy Parker (1893–1967) har uttrykt det: «I hate writing, but I love having written». Den beste måten å bli bedre til å skrive på, er selvsagt å skrive mye, aller helst under veiledning og med kyndige (og vennlige) tilbakemeldinger. Den nest beste måten er å lese hva andre skriver, og lære knepene av dem man synes skriver godt. Rådet som kan gis, er egentlig bare: *sett i gang!*

Fagfolk beskyldes ofte, og sannsynligvis med rette, for å skrive kronglete og komplisert. Mens de fleste av oss foretrekker å lese korte tekster med enkle budskap, virker det som vi foretrekker å skrive lange tekster med kompliserte budskap. Det finnes gode råd på nettstedet *Klarspråk* (7) som er et samarbeid mellom Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) og Språkrådet.

Tekster bør bearbeides og modnes i flere omganger. Det er erfaringsmessig vanskelig å skrive kort og godt samtidig. En god, kort tekst begynner som regel med en lengre tekst som må omskrives og forkortes ved at unødvendige setninger (og ord) fjernes, lange setninger deles opp og lange ord erstattes med korte. Bruk staveprogram og ordbøker flittig. Ortografiske feil påvirker ikke nødvendigvis forståelsen av budskapet, men det svekker tilliten til forfatteren. Det er frustrerende å lese kolleger som ikke behersker og/å-reglene eller skriver verre med æ. La alltid noen med minst like god språksans som deg selv, lese gjennom tekster du vil publisere.

Sosiale medier

Amerikanske presidenter på Twitter og norske statsråder på Facebook har vist oss hvilken kraft og makt som ligger i sosiale medier. Ved hjelp av moderne informasjonsteknologi kan tekst distribueres med en hastighet som verden aldri har sett før. Vår tids digitale revolusjon er helt på høyde med Johann Gutenbergs (ca. 1400–68) oppfinnelse på 1400-tallet. Samtidig legger den nye teknologien ansvaret på hver enkelt av oss ikke bare for å skrive, men også for å redigere og å publisere. Tidligere tiders filtre for kvalitetssikring blir borte, og faren for både faktafeil og formuleringsblundere øker tilsvarende.

I en verden med informasjonsoverflod er det ikke rart at sensasjonene får størst oppmerksomhet, og det er tankevekkende at såkalte «fake news» sper seg betydelig raskere på nettet enn ekte nyheter (8).

De nye mediene utvikler sin egen kultur og langt på vei sitt eget språk, og de kombinerer bruken av lyd og bilder på nye måter. Men fortsatt har ord og tekster den mest sentrale plassen, og digitaliseringen har så langt bare gitt tradisjonelle medier som bøker, tidsskrifter og aviser nye og mer effektive plattformer og på ingen måte avlivet dem.

Hva er spesielt for samfunnsmedisinsk fagformidling?

Samfunnsmedisin handler om samspillet mellom samfunn og medisin (9). Det gjør interessefeltet nesten ubegrenset, og kontakthorizonten mot andre fagområder, fra molekylærbiologi til sosiologi, er stor. Desto viktigere blir evnen til selvdisiplin og edruelighet på fagets vegne. Samfunnsmedisinens og samfunnsmedisinernes profesjonelle kompetanse er fortsatt primært knyttet til medisinen, og det er viktig å kjenne sin begrensning. Samfunnsmedisinsk kompetanse gir ikke uten videre autoritet på alle livets områder. Desto viktigere blir forankringen i forskningsbasert kunnskap, og ikke minst forbeholdene som metodiske problemer ved samfunnsmedisinsk forskning kan innebære.

Særlig aktuell er grensdragningen mot politikk. Personlige verdier og politiske oppfatninger vil alltid prege synspunkter og meninger. Bevissthet om at det finnes en grense mellom politikk og fag er nødvendig, og politisk og faglig aktivitet må utøves på ulike arenaer. Slik kan samfunnsmedisin praktiseres – og formidles – profesjonelt og på tvers av partipolitiske grenser.

REFERANSER

1. Pedersen R. Kierkegaard og kunsten å hjelpe. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 209.
2. Nylenna M. Normer for medisinsk publisering. *Michael* 2008; 5: 40–50.
3. Jensen T, Sande O. Saksbehandling 1. Oslo: Cappelen, 1992.
4. Om r-konferanser. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/om-rkonf/id2470121/sec1>.
5. Nylenna M. Publisere & presentere. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2015.
6. <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>.
7. <http://www.sprakradet.no/Klarsprak/>.
8. Vosoughi S, Roy D, Aral S. The spread of true and false news online. *Science*. 2018; 359: 1146–1151. doi: 10.1126/science.aap9559.
9. Nylenna M. Hva er samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 79–85.

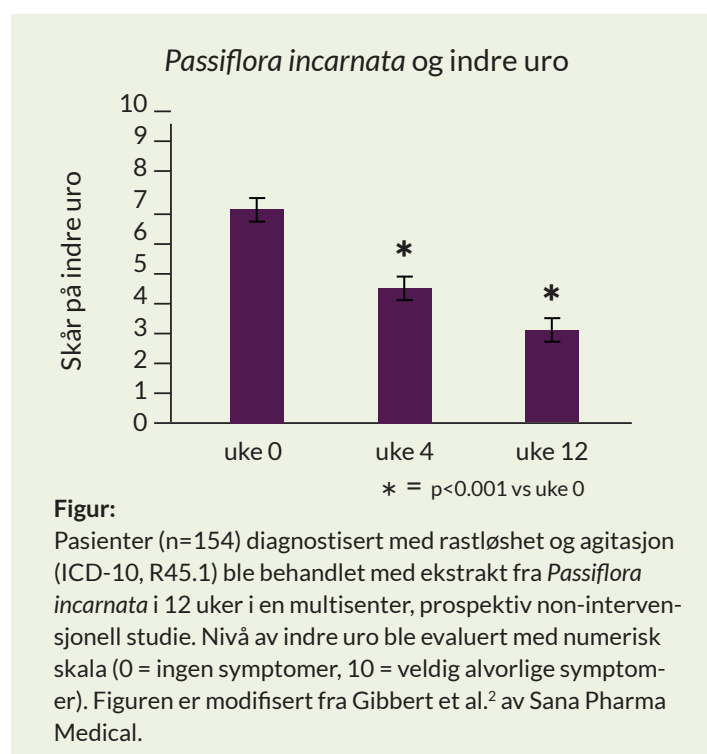
■ MAGNE.NYLENNA@FHI.NO



Sedix®

Demper uro - letter innsovning

Omtrent en tredjedel av den voksne befolkningen rapporterer om søvnvansker i perioder¹. Mange strever med å sovne om kvelden. Det kan være ulike grunner til dette, men for noen dreier det seg om indre stress og uro. Virkestoffet i det plantebaserte legemiddelet Sedix (*Passiflora incarnata*), har gjennom årtier vært benyttet til behandling av uro og innsovningsvansker.



- ✓ Virker beroligende
- ✓ Letter innsovning
- ✓ Ingen påvist avhengighet

 Fås på alle apotek

Sedix®

Plantebasert sedativum. Beroligende.

TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneh.: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsovning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering:** Lindring av mild uro: 1-2 tabletter morgen og kveld. Lette innsovning: 1-2 tabletter om kvelden, 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** Klassifisering: Tradisjonelt plantebasert legemiddel. **Pakning:** 28 stk. blisterpakning. Sedix SPC, sist endret: 30.08.2016

Referanser: 1 Bjorvatn et al. *Insomni*. Tidsskrift for Norsk Legeforening 2009;129:1766-8, 2 Gibbert et al. *Complement Med Res*. 2017;24(2):83-89.

En vital 80-åring!

– om elektrokonvulsiv terapi

■ EIVIND AAKHUS • Avdelingsoverlege, ph.d., Avdeling for alderspsykiatri, Sykehuset Innlandet

Elektrokonvulsiv terapi, eller ECT, er den biologiske behandlingsformen med lengst levetid innen psykiatrien. Behandlingens historie er mangslungen og gjenspeiler de ulike faglige og menneskelige perspektivene som har preget psykiatriens utvikling. Fortsatt er ECT den mest effektive behandlingsformen vi kan tilby for pasienter med alvorlige depresjoner, men medaljer har, som kjent, også en bakside.

Å påføre mennesker epileptiske anfall må i utgangspunktet synes som en dårlig ide. Imidlertid har legevitenskapen gjennom århundrer vært opptatt av epilepsiens egenskaper, som en sykdom, som en forbannelse eller som en nådegave (1). Allerede på 1700-tallet injiserte leger kamfer hos pasienter med «mania virorum» for å utløse anfall (2). Mot slutten av det 19. århundre og begynnelsen av det neste hadde nevroanatomer oppdaget at gliacelledannelse hos pasienter med epilepsi syntes å være mer utbredt enn hos pasienter med schizofreni. Man mente også å vite at pasienter med epilepsi i mindre grad var rammet av schizofreni. Man begynte derfor å lure på om det kunne være slik at epilepsi-sykdommen kunne beskytte mot schizofreni.

Omtrent samtidig, på 1930-tallet, var det tre ulike teknikker som ble utviklet for å utløse epileptiske anfall: induksjon av hypoglykemi med insulininjeksjoner, kamferinjeksjoner og, til slutt, elektrisitet. Den italienske legen Ugo Cerletti og hans kompanjong, ingeniøren Luigi Bini, gjorde sine første forsøk på en schizofren pasient etter å ha eksperimentert med riktige strømdoser på griser på Romas største slakteri.

Etter de første erfaringene med ECT i Roma, og etter Cerlettis artikkel/presentasjon, spredte kunnskapen om denne nye behandlingsteknikken seg med formidabel fart over hele den vestlige verden. Allerede to år etter at Cerletti og Binis resultater ble kjent, var metoden etablert på Dikemark sykehus, og få år senere var metoden etablert ved mange asyl i Norge.

Cerletti kommenterte selv allerede i

1940 at ECT virket bedre på pasienter med depresjon enn schizofreni (3). I den vestlige verden var det derfor først og fremst for denne pasientgruppen at ECT ble et behandlingstilbud. Opprinnelig ble ECT gitt med bitemporal elektrodeplassing (elektroder over begge tinning-områder) og gitt uten bedøvelse. Det var flere forhold ved dette som bekymret helsepersonell i behandlings tidlige historie; innledning av behandlingen som ble oppfattet som sterkt angstprovoserende for mange pasienter, erfaringer med relativt omfattende skader i form av brudd i store knokler og en til dels betydelig påvirkning av kognitive funksjoner, spesielt hukommelse. På 40-tallet (og fram til i dag) ble det eksperimentert med ulike elektrodeplasseringer, som kunne tenkes å gi mindre kognitive bivirkninger uten å påvirke behandlingseffekten. Ted Liberson i Connecticut testet ut andre typer elektriske bølger (enn strømmettets sinusbølger). De to svenske legene Holmberg og Thesleff introduserte muskelrelaksantia (succinylcholine) i 1952, i den hensikt å redusere frakturrisiko. Omtrent samtidig ble det forsøkt med introduksjon av anestetika for å gjennomføre behandlingen på pasienten i søvn.

Etter introduksjonen av psykofarmaka, med både antipsykotika og antidepressiver på 50-tallet, falt interessen for ECT betraktelig i den vestlige verden. Det var også politiske og samfunnsmessige strømninger som satte et kritisk blikk på psykiatrien generelt og biologisk behandling spesielt, først og fremst lobotomi og ECT. ECT ble av flere sett på som en inhuman behand-

lingsform, ikke minst illustrert i Ken Kesey's bok *One Flew Over the Cuckoo's Nest* fra 1962, senere filmatisert av Milos Forman i 1975.

Likevel, på tross av både samfunnets motstand, og intern faglig uenighet om behandlingens plass i psykiatrien, var det klinikere på 60- og 70-tallet som sverget til ECT som et behandlingstilbud for de alvorligst syke, og som publiserte kasuistikker som beskrev hvordan ECT hadde hjulpet pasienter med behandlingsrefraktære depresjoner.

I 1975 nedsatte den amerikanske psykiatriforeningen en arbeidsgruppe som skulle gi retningslinjer for ECT-behandling, og i 1978 ga foreningen ut den første «Task Force on ECT». Året etter kom den første læreboken *Convulsive Therapy. Theory and Practice* skrevet av en av fagets pionerer, Max Fink. Interessen for ECT tok seg opp utover 80-tallet, men hovedbekymringen knyttet til behandlingen var den gang, som nå, risiko for kognitive bivirkninger. Dette ledet til mange banebrytende forskningsprosjekter som i stor grad brakte behandlingsteknikk og -apparatutrustning der vi er i dag. Man fant at både strømbølgens morfologi og pulsbredde, ladningens styrke, samt elektrodeplassing kunne påvirke effekt av behandling og bivirkninger.

Hvem har nytte av ECT?

Pasienter med alvorlige depresjoner med eller uten psykose har ofte effekt av depresjon og ECT kan endog tilbys som førstevalgsbehandling ved spesielt alvorlige tilstander der liv og helse står i fare, eller der spesielt rask respons er ønskelig (4–6). Også pasienter med depresjoner som ikke responderer på farmakologisk behandling, såkalt behandlingsresistent depresjon, kan ikke kalles behandlingsresistent før man har vurdert og eventuelt forsøkt ECT (7). Det er ingen aldersgrense oppad, og alderspsykiatrien i Norge er kanskje den delen av



Behandling fra tiden rundt første verdenskrig. Stolen (Bergonic chair) ble brukt for å gi elektrisk behandling for å lindre psykonevrotiske tilstander.



BECT-apparat produsert av Siemens, og brukt ved Eg Asyl i Kristiansand fra 1960- til 1980-årene. NORSK TEKNISK MUSEUM. FOTO: ERLEND BJØRTVEDT



Moderne ECT apparat med EMG, EEG og EKG registrering på utskrift. Denne modellen benyttes ved flere norske sykehus.

psykiatrien som i størst grad tilbyr sine pasienter ECT. På den annen side har Helse- og omsorgsdepartementet slått fast at ECT ikke bør tilbys ungdom under 16 år.

Det er holdepunkter for at ECT også kan ha en antipsykotisk effekt i seg selv, men psykoselidelser som schizofreni, er ikke en vanlig indikasjon i Norge, med mindre det mistenkes en underliggende komorbid depresjon. Selv om ECT reduserer suicidale tanker hos pasienter med alvorlig depresjon, har behandlingen ikke plass ved suicidalitet uten samtidig depresjon.

ECT – ikke bare én behandlingsform

ECT kan gis på mange måter og til ulike pasientgrupper. Selv om indikasjonen for ECT i den vestlige verden i all hovedsak er moderate til alvorlige depresjoner, er det i Øst-Europa, Afrika og Asia fortsatt slik at ECT brukes som antipsykotisk behandling hos pasienter med kroniske psykoselidelser, som schizofreni. I Norge varierer praksis lite. De aller fleste sentre tilbyr ECT med 0,5 ms pulsbredde, høyresidig unilaterale elektrodeplassering, aldersbasert doseberegning og behandling to til tre ganger pr. uke. Enkelte behandlingssteder avviker litt fra denne praksisen, som Sykehuset Innlandet, der doseberegning utføres etter stimulustitreringsmetoden, eller alderspsykiatrisk avdeling på Diakonhjemmet sykehus som administrerer ECT med bifrontal elektrodeplassering. Dersom pasienter som trenger ECT har en spesiell bekymring for hukommelsesproblemer i forbindelse med ECT, kan det være aktuelt å tilby behandling med ultrakort pulsbredde. Slik behandling har mindre kognitive bivirkninger, men sannsynligvis er behandlingen mindre effektiv med tanke på å bedre depresjon. Derfor har ikke denne behandlingsmåten slått ordentlig rot i klinisk hverdag. I klinisk praksis er det nok slik at ved de ulike sentrene varierer pulsbredde og elektrodeplassering relativt lite,

og klinikken kunne nok være flinkere til å ha et batteri av ulike administreringsmåter som kunne tilpasses den enkelte pasients preferanser.

Virkningsmekanisme

Virkningsmekanismene for ECTs antidepressive effekt er ikke klarlagt. Mye av vår kunnskap om biologiske effekter kommer ikke fra ECT-studier direkte, men fra dyrestudier (elektrokonvulsiv stimulering, ECS). Bildeudier har vist at behandling med ECT er relatert til økt volum temporalt, i hippocampus og parahippocampus (8) og at i alle fall noe av denne volumøkningen kan skyldes økt dendrittforgreining og celleproliferasjon (9,10). Det er også indikasjoner på at elektrokonvulsiv stimulering i studier med forsøksdyr kan initiere nydannelse av nerveceller i hjernen og på den måten stimulere hjernens nevroplastisitet. Også nevrotransmittorer påvirkes under ECT/ECS, men betydningen av slike effekter på depresjon er ikke klarlagt (11). Depresjon er av flere blitt betraktet som en psykoimmunologisk tilstand med visse inflammatoriske karakteristika. Funn tyder på at ECT kan normalisere dysfunksjon i hypofyse-hypotalamus-binyre-aksen (HPA-aksen), samt autoimmune markører som Tumornekrosefaktor α , Interleukin (IL) 1 beta og IL6 (12–14). Videre har flere forskere funnet at genuttrykk kan endres under ECS (11). Betydningen av disse funnene er usikre. Sannsynligvis er effekten multifaktoriell.

Bivirkninger

ECT er fortsatt omdiskutert. Med ujevne mellomrom vil medieoppslag berette om pasienters erfaringer med ECT. Ofte er fokuset kritisk. Som regel dreier kritikken seg om langvarige eller permanente kognitive bivirkninger etter behandlingen. En

oversiktsstudie konkluderte med at så mye som 1/3 av pasienter som hadde fått ECT kunne rapportere om vedvarende hukommelsesvansker etter ECT (15). Studien ble imøtegått av en av norsk psykiatri mest fremtredende ECT-eksperter, Per Bergsholm (16). Imidlertid finnes det andre studier som ikke konkluderer med langvarige kognitive bivirkninger, snarere at målbare kognitive bivirkninger går tilbake i løpet av de første 14 dagene etter avsluttet behandling (17, 18). En norsk studie viste at selv om det var endringer i kognitiv funksjon hos eldre pasienter som fikk ECT, så var disse endringene neglisjerbare ved kontroll etter tre måneder (19–21).

Vi har per i dag ikke noe verktøy som på en hensiktsmessig og troverdig måte kan måle kognitive bivirkninger og risiko for langvarige bivirkninger.

I klinisk praksis ser vi ofte at pasienter med depresjon har kognitive vansker. Dette kan være spesielt tydelig hos eldre pasienter med depresjon. Det er også sannsynlig at fremtredende kognitiv svikt hos eldre med depresjon der de kognitive symptomene bedres når depresjonen bedres (såkalt «pseudo-demens») kan være et prodromaltegn for senere utvikling av demens (22). Vi ser imidlertid at under ECT-serien vil slike kognitive symptomer ofte forverres, først og fremst i form av hukommelsesvansker. Slike vansker går som regel tilbake i ukene etter avsluttet behandling.

Helsedirektoratet pålegger nå klinikken å evaluere effekt og bivirkninger av ECT under serien og senest seks måneder etter avsluttet serie.

Kvalitet, kompetanse og opplæring

I juni 2017 publiserte Helsedirektoratet den første Nasjonale faglige retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling (4). Arbeidsgruppen var bredt sammensatt av spesialister i psykiatri, klinisk nevropsykologi, metodeforskere og brukerrepr-

sentanter. Selv om retningslinjen ikke er en lærebok i ECT (det mangler fortsatt i Norge), gir den mange tydelige anbefalinger som vil sikre oppfølging av pasienter som får ECT og at de delene av helsevesenet som tilbyr ECT skal tilfredsstillende visse krav til apparatur og romlig utforming. Helt siden slutten av 90-tallet tilbød en av nestorene i norsk ECT-klinikk, Kjell Martin Moksnes svært populære kurs for ECT-klinikere. Da han sluttet med dem rundt 2010, overtok vi i Sykehuset Innlandet stafettstaven og har siden den gang arrangert årlige to til tre dagers kurs for ECT-klinikere (LIS, overleger og ECT-sykepleiere). Siden 2015 har leger i spesialisering i psykiatri fått obligatorisk opplæring i ECT i form av et emnekurs. Noen steder er det krav om sertifisering, og helsepersonell med interesse for ECT kan ta et e-læringskurs i ECT, godkjent av Legeforeningen. Alle disse tiltakene er med på å sikre at behandlingens kvalitet og status bedres.

ECT – nå og fremover

ECT som behandlingsform lever i beste velgående på tross av sine kjente svakheter. Så lenge vi ikke kan tilby en like effektiv behandling uten de kognitive bivirkningene, må vi og pasientene våre leve med denne usikkerheten. Et psykisk helsevern uten ECT som en del av behandlingstilbudet for mennesker med alvorlige depresjoner er, etter mitt syn, et svakt helsevern. I Norge og de nordiske landene står ECT sterkt. I andre deler av Europa er det mer varierende. Ironisk nok, i Italia, ECT-behandlingens fødeland, er behandlingstilbudet fullstendig marginalisert (23).

REFERANSER

- Devinsky O, Lai G. Spirituality and religion in epilepsy. *Epilepsy & behavior*. E&B. 2008; 12(4): 636-43.
- Kennedy A. A Critical Review: The Treatment of Mental Disorders by Induced Convulsions. *J Neurol Psychiatry*. 1940; 3(1): 49–82.
- Shorter E, Healy D. Shock therapy: a history of electroconvulsive treatment in mental illness. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press; 2007. XII, 382 s. p.
- Helsedirektoratet, editor. Elektrokonvulsiv behandling (ECT): Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
- Waite J, Easton A. The ECT handbook. 3rd. ed. ed. London: RCPsych Publications; 2013.
- Charles H. Kellner, Robert M. Greenberg, James W. Murrough, Ethan O. Bryson, Mimi C. Briggs, Rosa M. Pasculli. ECT in Treatment-Resistant Depression. *American Journal of Psychiatry*. 2012; 169(12): 1238–44.
- Khalid N, Atkins M, Tredget J, Giles M, Champney-Smith K, Kirov G. The effectiveness of electroconvulsive therapy in treatment-resistant depression: a naturalistic study. *The journal of ECT*. 2008; 24(2): 141–5.
- Ota M, Noda T, Sato N, Okazaki M, Ishikawa M, Hattori K, et al. Effect of electroconvulsive therapy on gray matter volume in major depressive disorder. *Journal of affective disorders*. 2015; 186: 186–91.
- Smitha JS, Roopa R, Sagar BK, Kutty BM, Andrade C. Images in electroconvulsive therapy: ECS dose-dependently increases cell proliferation in the subgranular region of the rat hippocampus. *The journal of ECT*. 2014; 30(3): 193–4.
- Smitha JS, Roopa R, Khaleel N, Kutty BM, Andrade C. Images in electroconvulsive therapy: electroconvulsive shocks dose-dependently increase dendritic arborization in the CA1 region of the rat hippocampus. *The journal of ECT*. 2014; 30(3): 191–2.
- Anderson IM, Fergusson GM. Mechanism of action of ECT. In: Waite J, Easton A, editors. *The ECT Handbook*. College Report. 3 ed. London: RCPsych Publications; 2013. p. 1–7.
- Merkel A, Heuser I, Bajbouj M. Antidepressant electroconvulsive therapy: mechanism of action, recent advances and limitations. *Exp Neurol*. 2009; 219(1): 20–6.
- Burgese DF, Bassitt DP. Variation of plasma cortisol levels in patients with depression after treatment with bilateral electroconvulsive therapy. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2015; 37(1): 27–36.
- Lehtimäki K, Keränen T, Huuhka M, Palmio J, Hurme M, Leinonen E, et al. Increase in plasma proinflammatory cytokines after electroconvulsive therapy in patients with depressive disorder. *The journal of ECT*. 2008; 24(1): 88–91.
- Rose D, Fleischmann P, Wykes T, Leese M, Bindman J. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *Bmj*. 2003; 326 (7403): 1363.
- Bergsholm P. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: a reevaluation of the review by Rose et al on memory loss after electroconvulsive therapy. *The journal of ECT*. 2012; 28(1): 27–30.
- Semkovska M, McLoughlin DM. Objective cognitive performance associated with electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Biological psychiatry*. 2010; 68(6): 568–77.
- Semkovska M, Keane D, Babalola O, McLoughlin DM. Unilateral brief-pulse electroconvulsive therapy and cognition: effects of electrode placement, stimulus dosage and time. *Journal of psychiatric research*. 2011; 45(6): 770–80.
- Dybedal GS, Tanum L, Sundet K, Gaarden TL, Bjølseth TM. Cognitive side-effects of electroconvulsive therapy in elderly depressed patients. *Clinical Neuropsychologist*. 2014; 28(7): 1071–90.
- Dybedal GS, Tanum L, Sundet K, Bjølseth TM. The Role of Baseline Cognitive Function in the Neurocognitive Effects of Electroconvulsive Therapy in Depressed Elderly Patients. *Clinical Neuropsychologist*. 2015; 29(4): 487–508.
- Dybedal GS, Bjølseth TM, Benth JS, Tanum L. Cognitive Effects of Bifrontal Versus Right Unilateral Electroconvulsive Therapy in the Treatment of Major Depression in Elderly Patients: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of ECT*. 2016; 32(3): 151–8.
- Alexopoulos GS, Barnett SM, Young RC, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with «reversible dementia»: a controlled study. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150: 1693–9.
- Buccelli C, Di Lorenzo P, Paternoster M, D'Urso G, Graziano V, Niola M. Electroconvulsive Therapy in Italy: Will Public Controversies Ever Stop? *The journal of ECT*. 2016; 32(3): 207–11.

■ EIVIND.AAKHUS@GMAIL.COM



27. OUS-symposium 8. og 9. november 2018

Tittel: «Fordøysessykdommer; fra topp til bunn. Fra forskning til praktisk medisin»

Læringsmål: Etter kurset skal deltagerne ha de nødvendige kunnskaper om medisinske og kirurgiske tilstander i fordøysessykdommerområdet for å kunne iverksette diagnostikk og behandling. Ha kjennskap til nyere screening- og overvåkningsprogram for risikogrupper, å vite noe om kost-nytte effekt av endoskopiske undersøkelser og behandling av fordøysessykdommer.

Symposiet er godkjent av: Den norske legeforening, Norsk Sykepleierforbund, Norsk psykologforening, Norsk Fysioterapeutforbund, Norges Farmaceutiske Forening

Program, detaljerte læringsmål og påmelding:

<https://oslo-universitetssykehus.no/arrangementer/27-ous-symposium-fordoyelsessykdommer-fra-topp-til-bunn-2018-11-08>

Målgruppe: Allmennpraktikere og spesialister, leger under utdanning og spesialisering, sykepleiere, psykologer, fysioterapeuter, farmasøyter, ernæringsfysiologer, sosionomer og annet helsepersonell med interesse for temaet. Kurset vil være nyttig for alle som arbeider i allmennpraksis, med indremedisinske fag og kirurgi. Kurset vil også være nyttig for helsepersonell som jobber inne på sykehus og i privat praksis, og har fokus på samarbeid og henvisningslogistikk og praksis mellom første og andre-linje tjeneste.

Kursarrangør: Faglig ansvarlig: Avdeling for fordøysessykdommer (medisin og kirurgi). Teknisk ansvarlig: Stab forskning, innovasjon og utdanning (OUS).

Et kappløp med tiden

Avansert diagnostikk av akutt hjerneslag med CT og standardisert klinisk undersøkelse i spesialbygget ambulanse

■ MAREN RANHOFF HOV • Seniorforsker ved stiftelsen Norsk luftambulanse, og LIS i nevrologi ved OUS Ullevål

Hjerneslag rammer rundt 12 000 nordmenn årlig og er forårsaket av en blodpropp (drøyt 85 prosent) eller en blødning (knappt 15 prosent) som hindrer blodsirkulasjonen i hjernen.

En blodpropp (trombe) kan løses opp medikamentelt med intravenøs trombolyse eller fjernes mekanisk med kateterbasert trombektomi. Tiden fra blodforsyningen reduseres til den reetableres er avgjørende for pasientens videre liv og funksjon. Ved rask behandling kan mye hjernevev overleve, og mye viktig livsfunksjon dermed bevares. Pasienter som rammes av akutt hjerneslag, bør umiddelbart undersøkes klinisk og radiologisk for å fastslå årsak til slaget og deretter få spesifikk behandling. Det er kun CT- og MR-undersøkelse av

hjernen som kan skille blodpropp fra blødning, og det er derfor avgjørende at slik diagnostikk er raskt tilgjengelig. Med forskningsprosjektet «The Norwegian Acute Stroke Prehospital Project» (NASPP) ønsket vi å undersøke om avansert diagnostikk av hjerneslag med CT-undersøkelse, blodprøver og klinisk skåring kunne flyttes ut av sykehuset til en spesialbygget ambulanse. Alt for å spare den verdifulle tiden i kappløpet mot klokka.

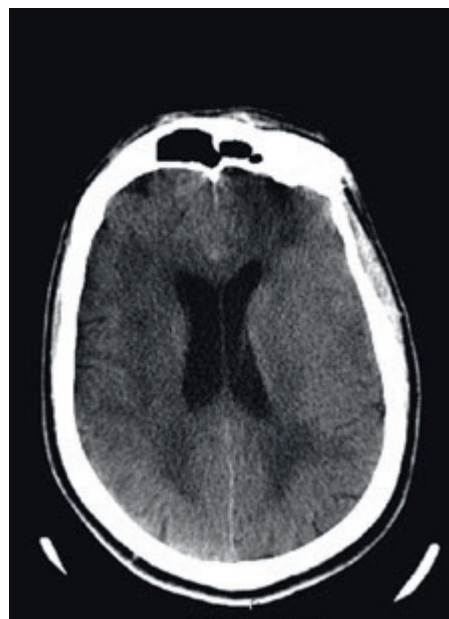
Studerte slagambulanse i Østfold

I NASPP har vi sammenlignet den prehospital kliniske vurderingen og den radiologiske diagnosen med de tilsvarende vurderingene som ble foretatt på sykehuset. Prosjektet ble bygget opp som en preklinisk og deretter en klinisk studie. I den prekliniske studien undersøkte vi om anestesileger fra den norske luftambulansetjenesten kunne

læres opp til å identifisere radiologiske (CT) kontraindikasjoner mot trombolyse hos pasienter som hadde symptomer på hjerneslag. Den kliniske studien ble gjennomført i en spesialbygget ambulanse (slagambulanse) og inkluderte pasienter med symptomer på hjerneslag som hadde tatt kontakt med «113» (AMK-sentralen) i Østfold. I ambulansen ble pasientene undersøkt av en anestesilege med prehospital kompetanse, en sykepleier med ambulansefagbrev og en paramedic. Anestesilegen gjorde umiddelbart en vurdering av de vitale funksjonene og deretter en objektiv vurdering av slagsymptomene med den internasjonalt validerte National Institute of Stroke Scale (NIHSS). En CT-undersøkelse av hjernen ble utført inne i slagambulansen på de pasientene som oppfylte studiens inklusjonskriterier; alder over 18 år, ikke gravid og symptomer på akutt hjerneslag med varighet $\leq$ fire timer.

CT-bilde av hjernen utført i slagambulanse.

MSU-scan





Prehospital behandling ved den spesialbygde ambulansen. FOTO: FREDRIK NEUMANN

Maren Ranhoff Hov. FOTO: MARIANNE WENNESLAND

Etter gjennomført CT-undersøkelse tolket anestesilegen bildene og besluttet om det var indikasjon for trombolysbehandling. Samtidig ble bildene sendt via telenettet til sykehuset i Østfold for vurdering av vakthavende radiolog. Pasienten ble raskt transportert i slagambulansen til sykehuset der vakthavende nevrolog utførte en ny NIHSS og avgjorde videre behandling.

Den radiologiske vurderingen, NIHSS og den kliniske vurdering med henblikk på eventuell indikasjon for trombolys forble «blindet» for både legene på slagambulansen og på sykehuset. Alle studiedata fra akuttfasen ble registrert i digitale studie-skjemaer og deretter analysert med statistiske metoder. Alle pasienter som ble inkludert avga skriftlig samtykke.

I NASPP har vi vist at prehospital avansert diagnostikk av hjerneslag både kan læres (preklinisk studie) og gjennomføres i en slagambulanse bemannet med anestesilege og ambulansarbeidere (klinisk studie). Resultatene fra den prekliniske studien viste at 92 prosent av anestesilegene oppnådde høy grad av enighet (kappa > 0.6) med nevreradiolog i å utelukke radiologiske kontraindikasjoner for trombolys (FIGUR 1). I den kliniske studien fant vi at prehospital undersøkelse med CT kan gjennomføres av anestesileger i en slagambulanse med meget høy grad av enighet (kappa 0.87) sammenlignet med sykehus radiologer samt med nevreradiolog (kappa 0.81) (FIGUR 2). Anestesilegene brukte i gjennomsnitt kun 10 minutter på klinisk undersøkelse, ta CT-bilder og tolke dem. Vi fant

KAPPA STATISTIKK – et mål på samsvar mellom observatører

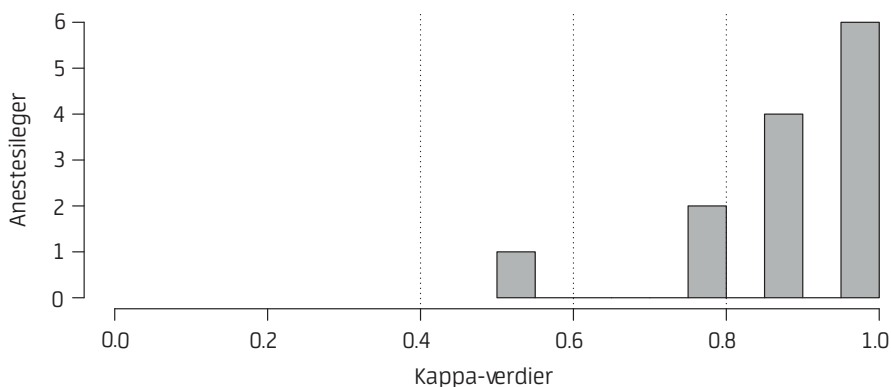
- En statistisk beregning som tar hensyn til tilfeldighetsvariablene mellom to observatører.
- Skala fra -1,0,1 der 1 representerer fullstendig enighet og -1 fullstendig uenighet.

Lydersen, S. Cohens kappa – på samsvar mellom observatører. Tidsskr Nor Legeforen. 2018.

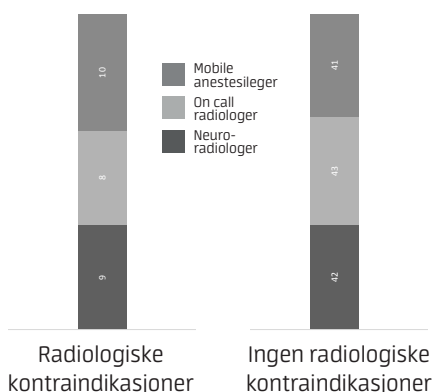
at anestesilegene gjennomgående skåret pasientene med en noe høyere NIHSS verdi (dvs. mer alvorlig slag) enn legene på sykehuset (FIGUR 3). Dette funnet mener vi primært kan forklares av den ofte ustabile og variable sirkulasjonen i hjernen i de første timene etter et hjerneslag.

Resultatene fra NASPP åpner for å flytte spesifikk hjerneslagdiagnostikk ut fra sykehuset og inn i den prehospitaltjenesten. Ved en videre utvikling av vår NASPP-modell kan man i fremtiden forhåpentligvis behandle flere hjerneslagpasienter nærmere symptomdebut, noe som vil kunne føre til en bedre prognose med et bedre videre liv for den enkelte slagrammete.

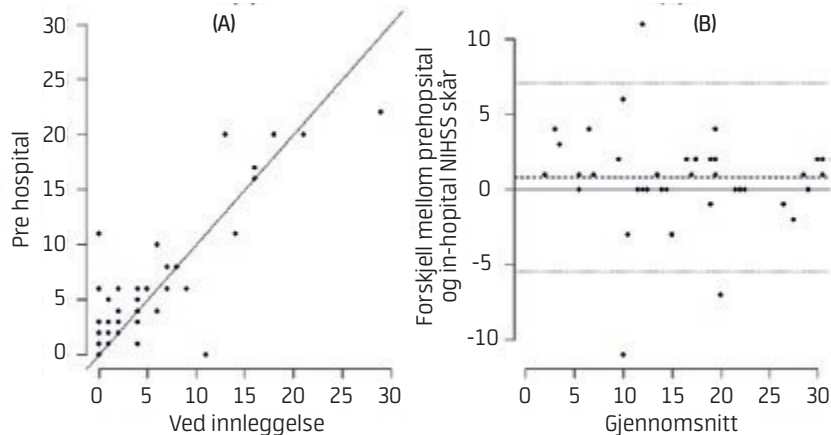
■ MAREN.RANHOFF.HOV@
NORSKLUFAMBUSANSE.NO



FIGUR 1. Radiologiske kontraindikasjoner mot trombolys ved akutt hjerneslag.



FIGUR 2. Påvisning av radiologiske kontraindikasjoner for trombolys i prehospital tolkning av CT-scan (n = 51).



FIGUR 3. Enighet mellom slagskåring vurdert prehospitalt og ved sykehusinnleggelse.



Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA) (HAB) vaksine (adsorbert)

Beskyttelse mot hepatitt A og B

Twinrix er en kombinasjonsvaksine mot hepatitt A og hepatitt B til bruk hos barn fra fylte 1 år og voksne for å forebygge sykdom med hepatitt A og B.

Hepatitt A og B er alvorlige leverinfeksjoner som forekommer i mange deler av verden, til og med i Europa.^{1,2,3} Hepatitt A-viruset kan forekomme i forurenset vann og rå eller utilstrekkelig tilberedt mat. Hepatitt B smitter gjennom blod og andre kroppsvæsker. Derfor kan besøk på sykehus/legekontor, urene nåler (sprøyter, kroppspiercing, tatovering) og ubeskyttet sex utgjøre en risiko.²

Vanligste bivirkninger er smerte og rødhet på injeksjonsstedet, tretthet og hodepine. Twinrix er kontraindisert ved kjent allergi mot innholdsstoffer i vaksinen eller alvorlig reaksjon etter tidligere vaksinedose. Vaksinasjon skal utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Les preparatomtale før forskrivning av Twinrix.

Twinrix Paediatric «GlaxoSmithKline» **Twinrix Adult «GlaxoSmithKline»** **Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA), (adsorbert).** ATC-nr: J07BC20 **INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Twinrix Paediatric:** 1 dose (0,5 ml) inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 360 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HBsAg) 10 µg, aluminiumfosfat 0,2 mg, aluminiumhydroksid 25 µg, formaldehyd maks. 50 µg, neomycinsulfat maks. 10 ng, natriumklorid 4,5 mg, vann til injeksjonsvæsker.

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Twinrix Adult: 1 dose (1 ml) inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 720 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HBsAg) 20 µg, aluminiumfosfat 0,4 mg, aluminiumhydroksid 50 µg, formaldehyd maks. 0,1 mg, neomycinsulfat maks. 20 ng, natriumklorid 9 mg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** *Twinrix Paediatric:* For bruk til ikke-immune barn fra 1 år t.o.m. 15 år som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. *Twinrix Adult:* For bruk til ikke-immune voksne og ungdom ≥16 år, som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Dosering:** *Twinrix Paediatric:* Barn og ungdom fra 1 år t.o.m. 15 år: Doser på 0,5 ml anbefales. *Twinrix Adult:* Voksne og ungdom ≥16 år: Doser på 1 ml anbefales. **Skjema for primæraksinasjon:** Standard skjema for primæraksinasjon med Twinrix Paediatric og Twinrix Adult er 3 doser. 2. dose gis 1 måned etter 1. dose, og 3. dose 6 måneder etter 1. dose. Når vaksinasjonen er påbegynt, bør den sluttføres med samme vaksine. Det anbefalte skjemaet bør følges. I spesielle tilfeller, når avreise er forventet minst én måned etter påbegynt primæraksinasjon med Twinrix Adult, men uten at det er nok tid til å fullføre standard skjemaet for primæraksinasjon, kan de 3 dosene Twinrix Adult gis til voksne etter følgende hurtigskjema: 2. dose gis 7 dager etter 1. dose, og 3. dose 21 dager etter 1. dose. Når dette skjema benyttes anbefales en 4. dose 12 måneder etter 1. dose. **Boosterdose:** Behovet for en boosterdose med hepatitt A- og B-vaksine hos friske individer som har fullført vaksinasjonsskjemaet er enda ikke helt fastlagt. Hos individer som eksponeres for hepatitt B-virus, f.eks. hemodialysepasienter eller pasienter med nedsatt immunforsvar, bør et beskyttende antistoffnivå >10 IE/liter sikres. Retningslinjer for boosteraksinasjon mot hepatitt A er basert på antagelsen om at antistoff er nødvendig for beskyttelse; anti-HAV antistoff er beregnet å være i minst 10 år. **Tilberedning/Håndtering:** Under oppbevaring kan et fint, hvitt bunnfall med et klart, fargeløst lag over, sees. Vaksinen må resuspenderes (ristes godt) for bruk. Når vaksinen er resuspendert, vil den ha et ensartet, hvitaktig utseende. Vaksinen skal kontrolleres visuelt mtp. fremmedlegemer og/eller unormalt utseende for bruk. Dersom slike forandringer oppdages, skal vaksinen kastes. Vaksinen skal ikke blandes med andre legemidler (inkl. vaksiner) i samme sprøyte. **Administrering:** Gis i.m., helst i overarmsmuskelen (deltoidområdet) hos voksne, ungdom og barn, eller anterolateralt i låret hos spedbarn. Til pasienter med trombocytopeni eller blødningsproblemer kan vaksinen unntaksvis gis s.c. selv om dette kan gi suboptimalt immunsvær. Intradermal eller i.m. injeksjon i glutealmuskelen skal unngås. Skal ikke under noen omstendigheter injiseres intravaskulært. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Tegn på overfølsomhet etter tidligere vaksinasjon med Twinrix Paediatric eller Twinrix Adult eller monovalent hepatitt A- eller hepatitt B-vaksine. Vaksinasjon skal utsettes ved akutt sykdom med høy feber. **Forsiktighetsregler:** Besvarelse kan forekomme for eller etter vaksiner, spesielt hos ungdom, som en psykisk reaksjon på injeksjonen. Dette kan etterfølges av flere neurologiske tegn, som forbigående visuelle forstyrrelser, parestesi og tonisk-kloniske bevegelser i ben og/eller armer når man kommer til bevissthet igjen. Det er viktig å prosedyrer på et plass slik at skader unngås ved besvarelse. Pasienter kan være innenfor inkubasjonstiden for hepatitt A- eller hepatitt B-infeksjon ved tidspunktet for vaksinasjon. Det er ukjent om vaksinen beskytter mot hepatitt A og hepatitt B i slike tilfeller. Anbefales ikke som profylakse etter eksponering. Hemodialysepasienter, personer med nedsatt immunforsvar og pasienter som får immunosuppressiv behandling oppnår ev. ikke adekvate antistoffnivå etter primærimmunisering. Disse pasientene kan derfor behøve flere vaksinedoser. Adekvat respons kan likevel utebli hos immunsvakke pasienter. Fedme (definert som BMI ≥30 kg/m²) kan redusere immunresponsen mot hepatitt A-vaksiner. Det er observert en rekke faktorer som kan redusere immunresponsen etter hepatitt B-vaksinering og disse omfatter høy alder, hankjønn, fedme, røyking, administreringsvei og noen kroniske underliggende sykdommer. Serologisk testing bør vurderes for de personer som kan stå i fare for å ikke oppnå beskyttelse etter en fullstendig vaksineringsplan med Twinrix Adult. Tilleggsdoser bør vurderes til de personer som ikke responderer eller som ikke oppnår optimal respons etter fullstendig vaksineringsplan. Hensiktsmessig medisinsk behandling og overvåking skal alltid være lett tilgjengelig ved vaksinasjon i tilfelle en sjelden

anafylaktisk reaksjon skulle oppstå etter injeksjon av vaksinen. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. *Twinrix Paediatric:* Vaksinen kan gis samtidig med Cervarix. Det anbefales ikke at vaksinen gis sammen med andre vaksiner. *Twinrix Adult:* Vaksinen kan gis samtidig med andre vaksiner dersom forskjellige sprøyter og ulike injeksjonssteder benyttes.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Data fra dyrestudier samt data fra et begrenset antall vaksinerte gravide indikerer ingen skadelige effekter på svangerskapet eller på helsen til fosteret/det nyfødte barnet. Selv om ingen skadelige effekter er forventet, anbefales utsettelse av vaksiner til etter fødsel, med mindre det er spesielt viktig å beskytte moren mot hepatitt B-infeksjon. *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent. Det må avgjøres om amming skal opphøre eller vaksinasjon avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering.

Bivirkninger: Barn 1-15 år: Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Smerte og rødhet på injeksjonsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Gastrointestinale symptomer, kvalme. Neurologiske: Søvnighet, hodepine. Psykiske: Irritabilitet. Stoffskifte/ernæring: Redusert matlyst. Øvrige: Hevelse og reaksjoner (blåmerker) på injeksjonsstedet, tretthet, utplasshet, feber (≥37,5°C). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, oppkast, magesmerter. Hud: Utslett. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blodlymf: Lymfadenopati. Hud: Urticaria. Neurologiske: Svimmelhet. Voksne >15 år: Svært vanlige (≥1/10): Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte og rødhet på injeksjonsstedet, tretthet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Gastrointestinale symptomer, diaré, kvalme. Øvrige: Hevelse og reaksjoner (hematom, kløe og blåmerker) på injeksjonsstedet, utplasshet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Oppkast. Infeksjoner: Øvre luftveisinfeksjon. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Feber (≥37,5°C). Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blodlymf: Lymfadenopati. Hjerne/kar: Hypotensjon. Hud: Utslett, kløe. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Neurologiske: Hypestesi, parestesi. Stoffskifte/ernæring: Redusert matlyst. Øvrige: Influensalignende sykdom, frysninger. Svært sjeldne (<1/10 000): Hud: Urticaria. **Rapportert etter markedsføring etter bruk av Twinrix eller monovalent hepatitt A- eller B-vaksine fra GlaxoSmithKline:** Blodlymf: Trombocytopeni, trombocytopenisk purpura. Hjerne/kar: Vaskulitt. Hud: Angionevrotisk ødem, lichen planus, erythema multiforme. Immunsystemet: Anafylaksi, allergiske reaksjoner inkl. anafylaktoide reaksjoner og serumsyknelignende symptomer. Infeksjoner: Meningitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelsvakhet. Neurologiske: Encefalitt, encefalopati, nevritt, neuropati, paralyse, krampet. Etter omfattende bruk av de monovalente vaksinerne mot hepatitt A og/eller hepatitt B, er i tillegg følgende uønskede hendelser rapportert svært sjelden i tidsmessig sammenheng med vaksinasjon: Neurologiske: Multipel sklerose, myelitt, facialisparese, polynevritt som f.eks. Guillain-Barré syndrom (med ascenderende paralyse), optikusnevritt. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonsverdi. Øvrige: Umiddelbar smerte på injeksjonsstedet, stikkende og brennende følelse. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kombinasjonsvaksine av renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B-virus overflateantigen (HBsAg), separat adsorbert til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulturer. HBsAg er fremstilt av gjærceller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Det er påvist antistoffer mot hepatitt A-virus hos ca. 89% (Twinrix Paediatric) og ca. 94% (Twinrix Adult) av de vaksinerte 1 måned etter 1. dose og hos 100% 1 måned etter 3. dose (dvs. 7. måned). Antistoffer mot hepatitt B-virus er påvist hos ca. 67% (Twinrix Paediatric) og 70% (Twinrix Adult) etter 1. dose og 100% (Twinrix Paediatric) og ca. 99% (Twinrix Adult) etter 3. dose. Ved bruk av hurtigskjemaet for primæraksinasjon av voksne er andelen som er seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus 100%, 99,5% og 100% etter hhv. 1, 2 og 3 måneder etter den 1. dosen. Beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus etter 3. dose er påvist hos 82% etter 1 uke og hos 85% etter 5 uker. 3 måneder etter 1. dose er beskyttelsesgraden mot hepatitt B 95,1%. 1 måned etter den 4. dosen hadde alle vaksinerte beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus, og alle var seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus. I to langtidsstudier med Twinrix Adult hos voksne, 15 år etter primæraksinasjon, var 100% seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus, og beskyttende antistoffnivåer mot hepatitt B-virus ble påvist hos hhv. 89,3% og 92,9%. For ytterligere informasjon, se SPC. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C) og i originalpakningen for å beskytte mot lys. Skal ikke fryses. Destruer vaksinen dersom den har vært utsatt for frost.

Pakninger og priser: Twinrix Paediatric: Injeksjonsvæske: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 355,70 **Twinrix Adult: Injeksjonsvæske:** 1 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 506,30 10 × 1 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 4737,10 **Sist endret:** 10.01.2017.

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Referanser: 1. WHO, hepatitis A Factsheet <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/> Last accessed March 2017. 2. WHO, Hepatitis B Factsheet <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/> Last accessed March 2017. 3. Eurosurveillance, Volume 20, Issue 16, 23 April 2015 <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21101> Last accessed March 2017. 4. Twinrix adult preparatomtale, avsnitt 4.1. 10.11.2016 5. Twinrix paediatric preparatomtale, avsnitt 4.1. 10.11.2016

©2018 GSK group of companies or its licensor. NOR/TWI/0002/17(1). September 2018

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies

GSK, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon: 22 70 20 00, gskpro.com/nb-no



Hvordan møte utfordringer for fastlegetjenesten i

■ MARGRETE GASKI • Seniorforsker NSDM (Nasjonalt senter for distriktmedisin)

■ BIRGIT ABELSEN • Forskningsleder, NSDM

En god fastlegetjeneste er viktig, ikke minst der det er lang avstand til sykehus. I Nord-Norge er avstandene store, og gjennomsnittlig reisetid fra de 87 kommunesentra i Nord-Norge til nærmeste sykehus er to timer og seks minutter. Denne artikkelen beskriver fastlegetjenesten i Nord-Norge og drøfter utfordringer knyttet til rekruttering, spesialisering, helhet i fastlegens arbeid og jobbforventninger.

Det har i perioden 2010–17 blitt relativt sett flere fastlegelister å fordele befolkningen på både i Nord-Norge og i landet som helhet. Gjennomsnittlig fastlegelistelengde i Nord-Norge var knapt 300 lavere enn landsgjennomsnittet (TABELL 1). I Nord-Norge hadde mannlige fastleger i gjennomsnitt lengre lister enn kvinnelige fastleger, fastleger som var 60 år eller eldre hadde lengre lister, og gjennomsnittlig listelengde var dobbelt så lang i de mest sentrale kommunene sammenlignet med de minst sentrale kommunene (Statistisk sentralbyrås nye seksdelte inndeling inn i fire sentralitetsnivå).

Mens kvinneandelen blant fastlegene var 41,7 prosent på landsbasis (2), var den 46,4 prosent i Nord-Norge (1).

Rekruttering til distrikt

De to dominerende hypotesene i forskningslitteraturen om hva som bidrar til å rekruttere leger til arbeid i distrikt handler om det å ha oppveksterfaringer fra distrikt, og det å møte pasienter og lære i distriktsmedisinske settinger. Medisinstudiet ved Norges arktiske universitet (UiT) har vært fremhevet som et unntak i europeisk sammenheng, med nordnorsk inntakskvote (60 prosent av studentene) og med underavdelinger av medisinstudiet lokalisert andre steder enn på campus i Tromsø (Bodø og

Hammerfest/Alta/Karasjok) for å gi studentene praktisk erfaring fra arbeid på disse stedene. UiT-utdannede leger bemannet 44 prosent av fastlegestillingene i Nord-Norge (pr. 2013), men disse fastlegene var sterkt sentralisert rundt utdanningsstedet Tromsø. Leger utdannet andre steder i Norge eller i utlandet utgjør en stor del av fastlegene i Nord-Norge (reanalyse av data fra (3)).

Nord-Norge skiller seg fra Gjennomsnitt-Norge

Nøkkelen til å redusere rekrutteringsbehovet i fastlegetjenesten i Nord-Norge er å øke stabiliteten blant fastlegene, da det ikke er «forgubbing» men turnover blant yngre leger som er den store utfordringen. Reanalyse av data fra de 13 første årene med fastlegeordning (1.5.2001–1.5.2013) viser betydelige stabilitetsforskjeller i fastlegetjenesten mellom Nord-Norge og landsgjennomsnittet (4). Mens den mediane lengden på en fastlegeavtale i Nord-Norge var 3,8 år, var den på landsbasis 5,9 år. Varigheten av fastlegeavtaler i Nord-Norge varierte med kommunenes sentralitet og var kortest i minst sentrale kommuner. Samtidig økte den årlige utskiftningsandelen (turnover-andelen) blant fastleger i Nord-Norge med 1,4 prosent fra 2002 til 2013, og lå på et høyere nivå enn utskift-

ningsandelen på landsbasis, som også økte (4) (TABELL 2).

15,4 prosent av fastlegene i Nord-Norge var 60 år eller eldre pr. oktober 2017. Dette er en lavere andel enn for hele landet (24 prosent), og variasjonen mellom regionene i Nord-Norge var stor. I Ofoten var andelen hele 45,4 prosent. Ingen andre av de 14 regionene i landsdelen hadde større andel fastleger 60 år eller eldre enn 21,6 prosent. Vi fant ingen klar sammenheng mellom andelen eldre fastleger og kommunenes sentralitet (1).

Det var vikar på 81 av de 532 listene med fastlege i Nord-Norge pr. oktober 2017. I tillegg var 26 lister uten fastlege i Nord-Norge, hvorav 11 hadde vikar. Det vil si at 81 prosent av de nordnorske fastlegelistene var betjent med fastlegen som var inneha-ver av listen (1).

Data fra NSDM sine spørreundersøkelser viser at antall ledige fastlegestillinger i Nord-Norge hadde økt fra 1.1.2015 til

TABELL 2. Årlig utskiftningsandel i prosent blant fastleger. Nord-Norge og hele landet.

	2002	2013
Nord-Norge	11,4	12,8
Hele landet	6,4	7,3

TABELL 1. Listelengde i Nord-Norge og hele landet. Kjønn, eldre fastleger og sentralitet.

	KVINNER	MENN	TOTALT	FASTLEGER 60 ÅR +	MINST SENTRALE KOMMUNER	MEST SENTRALE KOMMUNER	ANTALL LISTER
Nord-Norge (1)	785	902	834	909	587	1184	558
Hele landet (2)	1 045	1 174	1 120	–	–	–	4 746

inger distriktene?



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

I.1.2017; fra 32 til 43. I 2015 var de fleste ledige stillingene i de minst sentrale kommunene, mens det i 2017 også var ledighet i de mest sentrale kommunene. Denne tendensen gjaldt for hele landet.

Under ulike gitte forutsetninger har vi estimert et årlig rekrutteringsbehov i Nord-Norge på 94 nye fastleger for å betjene eksisterende lister, og i tillegg en ytterligere ikke-tallfestet økning på grunn av en større eldreandel i befolkningen, en større andel kvinnelige fastleger og nye leger med andre preferanser som erstatter de eldste legene med lange lister. Videre har vi gjort beregninger som viser hvordan rekrutteringsbehovet øker hvis fastlegens listelengde reduseres. Oppsummert finner vi at ved henholdsvis 5, 10 og 15 prosent reduksjon i listelengde, er rekrutteringsbehovet beregnet til ytterligere 15, 31 og 48 fastleger, og vil hovedsakelig være i de kommunene i Nord-Norge som er sentrale.

Spesialister er et knapphetsgode

Nye kompetansekrav gjør spesialisering i allmennmedisin så å si obligatorisk for fastleger. 48 prosent av fastlegene i Nord-Norge var pr. oktober 2017 spesialister i allmennmedisin (1), mot 57 prosent på landsbasis (5) (TABELL 3). Spesialister i allmennmedisin er et knapphetsgode, særlig i mindre sentrale kommuner. Andelen spesialister i allmennmedisin var høyest jo mer sentral kommunen er; nesten dobbelt så høy andel i de mest sentrale kommunene (Tromsø og Bodø) som i de minst sentrale kommunene, som omfatter 58 av de 87 kommunene i Nord-Norge. I kun fem av landsdelens kommuner var alle fastlegene spesialister i allmennmedisin, og alle disse kommunene hadde kun en til tre fastleger hver.

Forskjellen i spesialistandel mellom kvinner og menn var større i Nord-Norge enn på landsbasis; andelen spesialister i allmennmedisin blant kvinnelige fastleger

i Nord-Norge var 38 prosent, som er noe lavere enn på landsbasis, og kun 22 prosent i de minst sentrale kommunene.

Kommunene er tildelt en mer sentral rolle i spesialiseringsforløpet, og dette innebærer en mulighet, alene eller i samarbeid, til å sikre gode spesialiseringssløp i allmennmedisin. Sykehusåret er av mange sett på som en bryg å få gjennomført, og våre resultater antyder at dette i større grad kan gjelde kvinner enn menn i distriktet. Det må i samarbeid med helseforetakene satses på gode og fleksible løsninger for sykehusåret, slik at dette blir gjennomførbart også for fastleger som er bosatt langt fra sykehus.

Ta grep om helheten i fastlegens arbeid

Når arbeidsbelastning vurderes og stillinger utformes, må det tas grep om helheten i fastlegens arbeid. I offentlig statistikk om fastlegeordningen er det bare arbeidet med egen listepopulasjon som synliggjøres. Vi argumenterer for at også annet lege- og legevaktarbeid må legges til grunn for å synliggjøre helheten i fastlegearbeidet. Legeårsverk pr. 10 000 innbyggere til annet allmennlegearbeid steg fra 2,7 årsverk i 2002 til 3,3 årsverk i 2016 i de nordnorske kommunene. Det var vekst i årsverksomfanget i alle sentralitetskategorier, og de

TABELL 3. Andel spesialister i allmennmedisin i Nord-Norge og hele landet. Kjønn og sentralitet.

	MINST SENTRALE KOMMUNER			MEST SENTRALE KOMMUNER		TOTAL
	ANDEL KVINNELIGE SPESIALISTER	ANDEL KVINNELIGE SPESIALISTER	TOTAL	ANDEL KVINNELIGE SPESIALISTER	TOTAL	
Nord-Norge	38 %	22 %	33 %	55 %	60 %	48 %
Hele landet	50 %	-	-	-	-	57 %

minst sentrale kommunene hadde det høyeste årsverksomfanget og også størst variasjon. Deltidsstilling for fastlegenes utførelse av andre allmennlegeoppgaver lønnes av kommunen, men registreringen av dette arbeidet er mangelfull og varierende.

Det er grunn til å anta at deler av annet allmennlegearbeid (for eksempel medisinsk faglig rådgivning og deltagelse i administrative møter) i noen grad er uavhengig av kommunens innbyggertall. Det kan også tenkes at et lavt innbyggertall kan gjøre at annet allmennlegearbeid dimensjoneres opp for å fylle en fastlegestilling.

For å få til levelige vaktordninger for legene og tilgang til legevakt uten for store avstandsutfordringer for kommunens innbyggere, har mange mindre folkerike og usentrale kommuner relativt mange fastleger og tilhørende lister med få listeinnbyggere. Pr. juni 2016 var det 52 legevakter i Nord-Norge. 63 prosent var kommunale, noe som var en langt høyere andel enn på landsbasis (45 prosent). I de nord-norske kommunene deltok 79 prosent av alle fastleger i legevaktordningen pr. 1.1.2017, mot 64 prosent på landsbasis. NSDMs studie med data fra 2014 viste at andelen kommunale legevakter som hadde leid inn vikar kun for å dekke legevakt, var kun 11 prosent i Nord-Norge mot 25 prosent i hele landet. Den økonomiske kompensasjonen for legevakt varierer mye mellom legevaktene. Legevakter for små populasjoner kan innebære mye bundet tid med lav kompensasjon for legene.

Krav og forventninger til fastlegejobben

I Nord-Norge, som i landet for øvrig, er privat næringsdrift etter hovedmodellen den mest vanlige driftsformen, tett fulgt av privat næringsdrift med kommunal leieavta-

le for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell. Fastlønnssavtaler er mer vanlig i takt med redusert sentralitet for kommunen. Pr. 1.1.2015 var det ikke noen private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen i fire av landsdelens 14 regioner, inkludert hele Finnmark fylke. I Tromsøregionen hadde en stor majoritet private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen.

En studie har avdekket betydelige kjønnsforskjeller i inntektssystem-preferansene blant unge leger, gitt at de skal jobbe som fastleger med fritt valg av inntektssystem (6). De unge kvinnelige legene, som i fremtiden vil utgjøre majoriteten av de nye fastlegene, har en sterkere preferanse for fast lønn enn de unge mannlige legene. En relativt liten andel blant de unge kvinnelige legene har preferanse for dagens inntektssystem i privat næringsdrift. Et eksperiment (7) viste at nær 20 prosent av unge leger ville foretrekke en fastlegejobb i distrikt framfor i en by, hvis de kunne sikres arbeidsforhold hvor muligheten til å kontrollere arbeidstiden var *svært god*, mulighet for faglig utvikling var *svært god*, praksisstørrelsen lå på mellom *tre og fem* leger og inntekten lå på nivå med *gjennomsnittlig lønn blant unge sykehusleger*. Alle de tre første forholdene måtte være til stede for å velge distrikt.

Oppsummering og videre lesning

Vi har pekt på at nøkkelen til å redusere rekrutteringsbehovet er å øke stabiliteten blant fastlegene, da det ikke er «forgubbing» men turnover blant yngre leger som er den store utfordringen i fastlegetjenesten i Nord-Norge. Videre er det viktig å sikre gode spesialiseringsløp i allmennmedisin som er gjennomførbare også for

fastleger bosatt langt fra sykehus, ta hensyn til både listelengde, legevaktarbeid og annet allmennlegearbeid når arbeidsbelastning vurderes og stillinger utformes, utvikle modellen med å gi medisinstudentene praktisk erfaring fra arbeid lokalisert utenfor campus, og tilby alternative driftsformer for nye fastleger.

Studien som ligger til grunn for denne artikkelen er basert på data fra offentlig statistikk og nettsider, i tillegg til reanalyse av allerede innsamlet data fra andre studier ved NSDM. For detaljer som gjelder metoder og data, og for en mer utførlig presentasjon av resultatene, henviser vi til rapporten som denne artikkelen er basert på (8).

REFERANSER

1. Min fastlege. Data per 16. og 17.10.2017 <https://minhelse.helsenorge.no/bytte-fastlege/>
2. Helsedirektoratet. Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2016.
3. Gaski M, Halvorsen P, Aaraas I, Aasland OG. Ut-danner Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet leger til å arbeide i distrikter? Tidsskrift for den norske legeforening. 2017. DOI: 10.4045/tidsskr.16.1024
4. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskrift for den norske legeforening. 2015; 135: 2045–9. DOI: 10.4045/tidsskr.15.0003
5. Legeforeningen 2017. Prosent av fastlegene med gyldig spesialistgodkjenning i allmennmedisin. Legeforeningens medlemsregister 2010–2017. DNLF 21.2.2017.
6. Abelsen B, Olsen JA. Young Doctors' Preferences for Remuneration Systems: The influence of gender and personality traits. Human Resources for Health, 2015, 13:69. doi:10.1186/s12960-015-0060-0
7. Holte JH, Kjaer T, Abelsen B, Olsen JA. The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. Social Science & Medicine. 2015b, 128, 1–9.
8. Gaski M, Abelsen B. Fastlegetjenesten i Nord-Norge. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Mai, 2018. <https://www.nsdsm.no/wp-content/uploads/2018/05/Endelig-versjon-3-mai-2018-Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.pdf>

■ BIRGIT.ABELSEN@UIT.NO



Når kommunehelsetenesta vaklar

■ HANS JOHAN BREIDABLIK • Kommuneoverlege Lærdal kommune. Seniorrådgjevar/Leiar A-teamet, Fag og utviklingsavdelingen, Helse Førde HF



ILLUSTRASJON: OTTO CALDERBACH

Fastlegane har dei siste åra fått stadig fleire oppgåver dei skal ivareta. Arbeidsdagen til fastlegen har blitt krevjande, og yrket er ikkje så attraktivt som det burde vere. Det er færre søkarar til ledige stillingar, og dette er særlig gjeldande for mindre kommunar i Utkant-Noreg.

Paradoks

Sett frå eit overordna perspektiv er norsk helseteneste prega av tilsynelatande klare paradoks:

- Ein har ei frisk og lengelevande befolkning og samstundes høge andelar både for sjukemeldingar og uførepensjon.
- Trass i helsepolitiske mål om lik helseteneste for alle, ser vi store geografiske

skilnader i diagnostikk og behandling, og dei sosiale ulikheitene i helse aukar.

- Ein har høg dekningsgrad både av legar og anna fagpersonell, og likevel vert det opplevd som krise, og at ein ikkje har nok tid til pasientkontakt.
- Ein har ei fastlegeordning som ein er svært fornøgd med, samstundes kan den være på veg til å bryte saman grunna arbeidsmengdene.
- Vi har ei stor kø av nyutdanna legar som ventar på norsk turnusteneste, samstundes som det ikkje finst søkarar til norske utkantkommunar.
- Mykje av merksemda er konsentrert omkring allmennlegetenesta, medan det truleg er innanfor omsorgssektoren den store krisa vil melde seg framover.

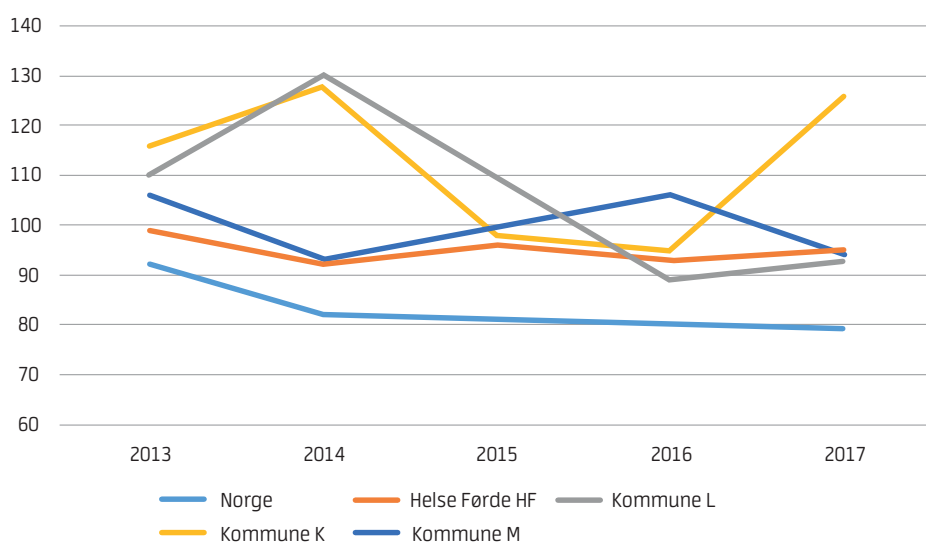
Fastlegeordninga

Mykje av debatten i seinare tid har handla om fastlegeordninga og legevakt, og også

politiske parti har engasjert seg i dette. Stikkorda er veksande mengde med oppgåver for fastlegen, behov for å redusere listestørrelsen, strukturert utdanning til spesialist i allmennmedisin (såkalla ALIS), meir midlar til tenesta og eventuelt reduksjon av oppgåver. Samhandlingsreforma skulle gje grunnlag for meir utgreiing og behandling i kommunehelsetenesta, utan at det er lett å påvise at presset på spesialisthelsetenesta har avteke i noko grad.

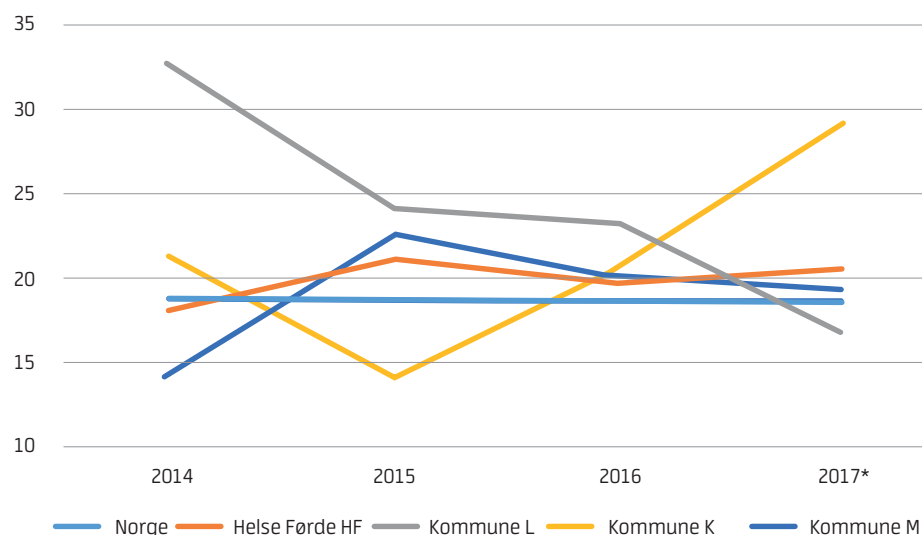
Forventningskrise

Petter Øgar, som tidlegare var fylkeslege i Sogn og Fjordane, snakka tidvis om at krisa i norsk helseteneste i noko grad var ei forventningskrise, og eg trur at denne erkjenninga kanskje er enno meir aktuell i dag. Eg trur at denne forventningskrisa eksisterer både i samfunnet, mellom pasientar og mellom helsepersonellet sjølve. Fastlegane møter ikkje berre det dei kan best; definerte



FIGUR 1. Akuttinnlegging i spesialisthelsetenesta pr. 1000 innbyggjarar (medisinske DRG).

KJELDE: SAMHANDLINGSBAROMETERET/HELSEDIREKTORATET.



FIGUR 2. Reinnlegging innan 30 dagar etter utskrivning pr. 1000 innbyggjarar.

KJELDE: SAMHANDLINGSBAROMETERET/HELSEDIREKTORATET.

sjukdommar, men i stor grad plager og utfordringar knytt til mange sider av livet som menneske. Ved sidan av dette har mange moderne pasientar eit konglomerat av lidningar og plager som universiteta i liten grad underviser i eller har kompetanse på sjølve.

Når det slik blir ei rekke tilstandar og utfordringar som kjem på legen sitt kontor, og han/ho manglar kunnskap og reiskapar til å møte dette med, blir det lett frustrasjonar på begge sider av bordet. Resultatet blir at ein brukar dei reiskapar ein har; pillar, sjukemeldingar og ein runddans med tilvisingar og undersøkingar i spesialisthelsetenesta. Vi får ein aukande medikalisering av menneskelivet sine tyngre sider, og dette blir lett ein sjølvforsterkande prosess der fleire fagpersonar ikkje nødvendigvis alltid er løysingar.

Konsekvensar også for spesialisthelsetenesta

I debatten om fastlegeordninga har ikkje konsekvensane for spesialisthelsetenesta når 1. linja vaklar, vore så mykje framme i debatten. Underteikna har over snart eit år vore engasjert som kommuneoverlege i ein mindre kommune (K) med svære utfordringar, og vil bruke nabokommunane L og M som samanlikningsgrunnlag. K hadde tre faste legar og turnuslege på starten av 2017, der den eine privatpraktiserande legen hadde rundt halvparten av dei om lag 2200 innbyggjarane på si liste. Han avvika praksisen grunna alder, og kommunen valde å slå saman tenesta til eit legekontor og med fast tilsetjing (fastløn). Den andre legen søkte seg over til nabokommunen, og den tredje vart langtidssjukemeld. Tenesta var i praksis på bristepunktet. Den måtte baserast på vikarar som ein kunne skaffe på ulike måtar. Desse var unge og difor med avgrensa erfaring, og alle hadde ikkje norsk turnusteneste. Likevel greidde desse ved ein svært heiderleg innsats å halde tenesta flytande i kommunen. Etterkvart kom kommunen med i det såkalla ALIS-prosjektet og fekk tildelt to slike stillingar. Det var svært sparsamt med søkarar, men ein fekk til slutt tilsett to legar. Men i løpet av eit par månader avslutta begge på same dag av ulike grunnar. Rettleiing og supervisjon blir heller ikkje lett å organisere under slike forhold. I dag har ein nettopp greidd å få inn to nye legar som ein sjølv sagt vonar skal bli over noko tid.

Eg har vald å sjå på utviklinga av tre variablar i denne perioden. Den første variabelen er akuttinnlegging i spesialisthelsetenesta. Frå 2016 av og utover 2017 får vi ein stor auke i akuttinnleggingar frå kommune K i høve til nabokommunar og regio-



nen (FIGUR 1). Den neste variabelen er antal reinnleggingar innan 30 dagar etter utskrivning. For kommune K stig andel reinnleggingar frå 2015 og ligg i 2017 langt over landet, regionen og nabokommunane (FIGUR 2). Den tredje variabelen eg har sett på er driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbyggjar i 2017. Samla sett ligg kostnadane i Sogn og Fjordane rundt 50 prosent over landssnittet, men kommune K sine utgifter er svært mykje høgare (TABELL 1).

TABELL 1. Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbyggjar i 2017. KJELDE: SAMHANDLINGSBAROMETERET/KOSTRA

Noreg:	Kr. 1789
Sogn og Fjordane	Kr. 2698 (+ 51 %)
Kommune K:	Kr. 5064 (+ 183 %)
Kommune L:	Kr. 3451 (+ 93 %)
Kommune M:	Kr. 4868 (+ 172 %)

Kva kan gjerast

Kvifor er det så vanskeleg å rekruttere til ein mindre kommune som har eit allsidig tilbod både når det gjeld kultur, fritidsmuligheter og arbeidsmarknad, som ligg sentralt til i Sør-Noreg, som også har lokalsjukehus nært ved og som kan tilby korte listelengder (rundt 800), som har høg fastløn, velutstyrte lokaler, godt med hjelpepersonell, og som har 12-delt legevakt utan mykje pasientpågang?

Underteikna trur difor at det ikkje er listelengde og liknande som det handlar om i norske utkantar. Landet har rikeleg tilgang på legar, men manglar legar som vil arbeide i allmennlegepraksis og særleg i utkantar.

Dette kan bety at ein også må sjå på ei prioritering mellom oppgåvene for fastlegane, men også våge seg inn i ein vidare debatt om organiseringa av norsk primærhelseteneste.

Eit av områda med mange og veksande oppgåver, inkludert møteverksemd, er knytt til fastlegen si rolle som medisinsk premissgjevar i høve NAV. Å gjere endringar i denne vil difor frigjere ikkje berre tid til anna pasientbehandling, men fastlegen kjem også her lett i ei dobbeltrolle mellom det å være advokat for pasienten og premissgjevar for tildeling av økonomiske velferdsgoder. NAV kunne her vurdere å tilsette eigne legar og gje desse høgare kompetanse innan trygdemedisin.

Men truleg bør ein også gripe til regulering av jobbmarknaden for nye legar ved:

- å stoppe tilsettingar av nye legar i spesialisthelsetenesta framover, eventuelt kombinert med
- å gje fortrinnsrett på LIS 1-stillingar (turnuslegestillingar) til dei som er villige til å arbeide i utkantkommunar til dømes to år etter ferdig turnusteneste.

■ HANS.JOHAN.BREIDABLIK@HELSE-FORDE.NO

5.–6. november 2018
Scandic Nidelven Hotel, Trondheim

RELIS

RELIS Midt-Norge arrangerer for 19. gang fagseminar om riktig legemiddelbruk.

Årets tema er:

Vanedannende legemidler

Kurset (32906) er godkjent for følgende spesialiteter:

ALLMENNMEDISIN (klinisk emnekurs, 15 timer)

KLINISK FARMAKOLOGI (valgfritt kurs, 15 timer)

PSYKIATRI (valgfritt kurs, 15 timer)

Også søkt godkjent for

RUS- OG AVHENGIGHETSMEDISIN

Målgruppe: Leger som jobber innenfor allmennmedisin. Øvrige leger, farmasøyter.

På RELIS Fagseminar 5.–6. november presenteres oppdatert kunnskap om riktig bruk av vanedannende legemidler. Kom og hør om opioid-epidemien i USA. Er den på vei til Norge? Er vanedannende legemidler et helseproblem, og hvordan endre bruken av vanedannende legemidler i allmennpraksis? Hvordan trappe ned benzodiazepiner og andre GABA-erge legemidler? Hvordan behandle søvnproblemer, og hvordan møter vi smertepasienten? Svarene får du i Trondheim i november! Velkommen!

For fullstendig program og påmelding, se: www.relis.no/fagseminar.

Påmeldingsfrist: 22. oktober 2017

Velkommen til spennende fagdager i Trondheim!

Samhandling i nord

– status, utfordringer og muligheter

■ FINN HENRY HANSEN • Direktør, Helse Nord RHF

Helseforetakene må være på tilbudssiden overfor første-linjen – og understøtte kommunenes evne til å ivareta sitt oppdrag. På den måten vil man også sikre spesialisthelsetjenestens framtidige evne til å ivareta sitt formål.

Samhandlingsfeltet ble satt på dagsorden i Helse Nord allerede de første årene etter foretaksreformen i 2002, og da med særlig fokus på storskala-implementering av elektroniske løsninger for henvisninger og epikriser. Etter hvert ble det også utviklet møteplasser og arenaer for feltet, både på RHF-nivå og foretaksnivå, men tiltak for å styrke samhandling med førstelinjen fikk ikke noe større kraft før 2012. De påfølgende årenes entusiasme og utvikling er imidlertid de senere årene blitt avløst av en svekket oppmerksomhet og prioritering, både ledelsesmessig og operasjonelt. Det er dels store forskjeller i hvordan helseforetakene har prioritert og utviklet samhandlingsfeltet innen somatikk, psykisk helse og rus.

Status i 2018 kan kort oppsummeres slik:

- Praksiskonsulentordningen og opprettelsen av et samhandlingsutvalg mellom helseforetakene og primærlegene ble etablert raskt etter foretaksreformen kom.
- I samtlige helseforetaksområder er det etablert overordnede samarbeidsutvalg (OSO'er) som den viktigste arena for samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenester. Dette samarbeidet er best utviklet i Troms/Ofoten-området.
- Samarbeidsutvalget mellom Helse Nord RHF og KS (kommunenes sentralforbund), som ble forsøkt etablert i forkant av samhandlingsreformen, kom aldri i gang, men er i løpet av det siste året reetablert under ledelse av Helse Nord RHF.
- Andelen utskrivningsklare pasienter ble betydelig redusert i etterkant av samhandlingsreformen, men har i flere kommuner økt igjen de siste årene. Dette skaper utfordringer for flere av helseforetakene.
- De kommunale øyeblikkelig hjelp-plas-

sene (KAD) har generelt en relativt dårlig utnyttelsesgrad, om enn med noen variasjoner mellom kommunene. Det har vært begrenset samarbeid mellom kommunene om felles etablering av slike plasser.

- Systematiske tiltak for mer samordnet og helhetlig håndtering av kronisk syke har ikke fått den oppmerksomhet som var intendert i forarbeidene til samhandlingsreformen.
- Det har skjedd en betydelig forbedring i arbeidet med å utvikle mer strukturerte pasientforløp innen helseforetakene, men fortsatt er disse forløpene for dårlig tilpasset førstelinjen.
- Riksrevisjonens påpekning av mangler i fastlegenes henvisninger motsvares av for sene og mangelfulle epikriser og polikliniske notater. Manglende epikriser er særlig kritisk for kommunenes håndtering av utskrivningsklare pasienter.
- Manglende elektroniske systemer, med tilgang fra begge nivåer for håndtering av avvik, bidrar til å svekke avvikshåndteringen, både i helseforetakene og i kommunene.
- Gjennom FUNNKe-prosjektet lyktes Helse Nord godt i arbeidet med å implementere PLO-meldinger mellom helseforetakene og samtlige kommuner, men fortsatt er det stor variasjon i samhandlingen med de enkelte kommunene mht. bruken av disse meldingene.
- Det mangler fortsatt storskala-implementering av e-helseløsninger (video-konsultasjoner, dialogmeldinger mv.) mellom kommuner og helseforetak
- Helse Nord RHF har – i samarbeid med Helse Vest og UNN HF – etablert samhandlingsbarometeret som et nyttig verktøy for dokumentasjon, planlegging

og evaluering av tilstander og tiltak i kommuner og helseforetak.

- Spesialisthelsetjenesten preges fortsatt av at søyleorganiseringen, i kombinasjon med en svakt utviklet samhandlingskultur, begrenser evnen til helhetlig ivaretagelse av pasienter med sammensatte lidelser.
- Helse Nord RHF har initiert og fått utarbeidet rapporter om demografiske utviklingstrekk, utfordringer i landsdelens fastlegetjenester og har – i samarbeid med OSO'ene – kartlagt kommunenes vurderinger av utfordringene innen egen helse- og omsorgstjeneste.

Behov for forbedringer

Helse Nord RHF ønsker en sterkere kultur for samhandling, både internt i foretakene og i relasjon til primærhelsetjenesten og andre samarbeidspartnere. Det er en ledelsesoppgave å sørge for at en samhandlingskultur utvikles på en måte som forplikter medarbeidere på alle nivåer og som kan bygge broer på tvers av enheter og nivåer. God samhandling, med vekt på helhetlige pasientforløp, skal være en ledetråd i alt pasientrettet arbeid og ligge til grunn for alt kollegialt samarbeid, både internt i helseforetakene og eksternt. Disse overordnede målene skal legges til grunn for tiltak for å skape mer helhet og sammenheng i pasientens helsetjeneste.

Overføringen av nye oppgaver til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en særlig utfordring i Nord-Norge, med mange små kommuner med betydelige avstander til nærmeste sykehus. Denne utfordringen forsterkes av demografiske utviklingstrekk, som viser at mange av landsdelens kommuner vil få en fordeling av yrkesaktive og pensjonister som truer bærekraften. Samlet innebærer disse utviklingstrekkene et økt behov for tettere innbyrdes samarbeid mellom kommuner og for bedre samhandling mellom kommuner og helseforetak. Helse Nord har allerede tatt betydelige initiativ til å dokumen-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

tere og analysere disse trendene, og vil i tiden framover overvåke utviklingen. Helseforetakene i Helse Nord må derfor i enda større grad være på tilbudssiden overfor førstelinjen. Ved å understøtte kommunenes evne til å ivareta sitt oppdrag, vil man samtidig sikre spesialisthelsetjenestens framtidige evne til å ivareta sitt formål.

Helse Nord vil videreutvikle desentraliserte spesialisthelsetjenester, distriktsmedisinske sentre og sykestuer. Disse enhetene må gis et faglig innhold som både er til beste for pasientene og som avlastar spesialisthelsetjenesten. Kravet til faglig innhold gjelder også de kommunale ø. hjelp-plasene, som må evalueres mht. kvalitet, belegg og kost/nytte.

Bedre samhandling må kompensere for det faktum at primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er organisert på forskjellig forvaltningsnivå. Det innebærer at samhandlingspartene bør ta i bruk innovative modeller for både organisering og finansiering av tiltak. Primært gjelder dette pasientrettede tiltak, men også på helsepersonellsiden bør man samarbeide mer om rekruttering, utdanning og etterutdanning.

Den digitale revolusjonen vil prege framtidens helsetjeneste. Nye digitale tjenester vil bli et av de viktigste virkemidler for å styrke samhandlingen, både mellom helsetjenesten og den enkelte pasient – og mellom nivåene i helsetjenesten.

Ettersom flere oppgaver overføres til primærhelsetjenesten, blir det stadig viktigere at spesialisthelsetjenesten bidrar til å bygge opp kompetanse i kommunene.

Dette er særlig viktig vis-à-vis de mange små – og personellmessig sett – mest sårbare kommunene. Digitale løsninger som for eksempel e-læring, dialogmeldinger og videokonsultasjoner vil være viktige verktøy. Overføring av kunnskap og erfaring må likevel ikke bli en enveisprosess. Det er viktig at også spesialisthelsetjenesten er åpen for erfarings- og kompetanseoverføring fra kommunehelsetjenesten.

Helse Nord kan bidra til å etablere en felles forståelse for hva som er partenes primære ansvarsområder og legge til rette for godt samarbeid mellom aktørene. For eksempel vil kommunenes økte ansvar innen rus og psykisk helse øke behovet for oppfølging av og samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

I utkastet til utviklingsplan for Helse Nord for perioden 2019–35, er det foreløpig skissert følgende tiltak for forbedring av samhandlingsfeltet:

- Helse Nord RHF vil bidra til at helseforetakene setter samhandling tydeligere på dagsorden, både på ledelsesnivå, klinisk nivå og gjennom saker i styrende organer.
- Helse Nord vil bidra til å sette kommunehelsetjenesten bedre i stand til å ivareta sine pålagte og nye oppgaver, både gjennom å videreutvikle eksisterende samarbeidsfora og gjennom pilotering av alternative modeller for finansiering, samlokalisering og samorganisering.
- Helse Nord RHF vil legge til rette for bedre samarbeid mellom helseforetakene og kommunene om etablering av intermediærtilbud.

- Helse Nord vil – i samarbeid med helseforetakene og kommunene – bidra til å utvikle en normerende praksis for gode henvisninger og epikriser, og for annet samarbeid rundt pasientforløpet.
- Helse Nord RHF vil i samarbeid med helseforetakene og kommunene utvikle tiltak som styrker den faglige dialogen med primærhelsetjenesten, både gjennom etablering av dialogmeldinger mellom fastleger og sykehusleger, og ved å sørge for at alle helseforetak har en lett tilgjengelig vakttelefon 24/7.
- Helse Nord RHF vil i samarbeid med helseforetakene og primærhelsetjenesten søke å redusere sykdom og lidelse, og eventuelle behov for sykehusinnleggelse, både gjennom tiltak for å styrke pasientens egenmestring, og gjennom bedre tidligdiagnostikk og intervensjon.
- Helse Nord RHF vil ta i bruk digital teknologi for å utvikle bedre integrerte og samhandlende journalsystemer.
- Helse Nord vil ta et særlig ansvar for å dokumentere og analysere utviklingstrekkene i kommuner og helseforetak, blant annet gjennom løpende oppdatering, videreutvikling og bruk av samhandlingsbarometeret.

Finn Henry Hansen presiserer overfor Utposten at han alene står ansvarlig for innholdet i artikkelen, selv om de omtalte tiltakene inngår i Helse Nord RHF's utkast til utviklingsplan som nå er sendt på høring.

■ FHH@HELSE-NORD.NO

Sykehjemspasienten, legen og døden

■ ANETTE FOSSE • Fastlege Øvermo legesenter Mo i Rana. Spesialist i allmennmedisin, ph.d

En fersk doktoravhandling om livets slutt i sykehjem viser at pasienter og pårørende forventer en tilgjengelig sykehjemslege som har evne til samtaler om døden og kompetanse i lindrende behandling. Dagens rammebetingelser er ofte til hinder for dette. Sykehjem kan være gode læringsarenaer for utdanning av leger i arbeidet med livets slutt (1).

Livets slutt i sykehjem

Nesten halvparten av alle dødsfall i Norge skjer i sykehjem (2). I nært samarbeid med pleiepersonalet skal sykehjemslegen bidra til at pasientens verdighet ivaretas i livet med døden i sikte. I Norge er gjennomsnittlig legedekning en drøy halvtime pr. uke pr. beboer, med stor variasjon mellom kommuner og mellom ulike typer avdelinger (3). Det er ingen spesielle kompetansekrav til leger som jobber i sykehjem.

I denne avhandlingen har Anette Fosse undersøkt vilkår for at legen skal kunne bidra til verdighetsbevarende behandling og omsorg for pasienter i livets slutfase i sykehjem.

Avhandlingen er basert på tre delstudier som belyste følgende problemstillinger:

- ❶ Hva kan forskningslitteraturen fortelle om pasienters og pårørendes forventninger og erfaringer om hvordan sykehjemsleger kan bidra til god kvalitet på omsorgen ved livets slutt i sykehjem? (4)
- ❷ Hvilke læringserfaringer får nyutdannede leger fra arbeidet med livets slutt i sykehjem, spesielt når det gjelder samtaler om døden? (5)
- ❸ Hvordan vurderer sykehjemsleger i Norge og Nederland barrierer og strategier for legearbeid ved livets slutt i sykehjem? (6)

Pasienter og pårørendes forventninger og erfaringer

Første delstudie var en kvalitativ metasynthese av 14 inkluderte studier analysert med Noblit og Hares syvtrinns prosedyre for metaetnografi (7). Metasynthesen viste at pasienter og pårørende forventer at sykehjems-personell er i stand til å gjenkjenne sykdomsforløp og være i forkant av behov for symptomkontroll og informasjon. Et gjennomgående funn var pårørendes bekymring for mangelfull pleierbemanning, kompetanse og legetilgjengelighet. Både pasienter og pårørende understreket nødvendigheten av en tilgjengelig og deltakende sykehjemslege, og etterlyste samtaler om prognose og behandlingsvalg. Pasientens samtykkekompetanse ble ofte undervurdert av lege og pårørende.

Turnuslegers læring om døden i sykehjem

Delstudie to var en fokusgruppestudie om hvilke læringserfaringer nyutdannede leger

POTENSIELLE STRATEGIER	Norge (N=287)	Nederland (N=159)	
Hovedfunn	%	%	p
SYKEHJEM			
Rutiner for kommunikasjon med pasientens familie	86,7	77,4	0,01
System for vurdering av smerter og symptomer	85,0	79,9	0,17
Retningslinjer for omsorg ved livets slutt	85,0	76,7	0,03
Rutiner for forberedende samtaler	78,4	80,5	0,60
SYKEHJEMSLEGEN			
Videre- og etterutdanning i omsorg ved livets slutt	78,2	87,3	0,02
PLEIEPERSONELL			
Mer utdanning innen omsorg ved livets slutt	74,3	87,3	<0,01

POTENSIELLE BARRIERER	Norge (N=313)	Nederland (N=174)	
Hovedfunn	%	%	p
SYKEHJEM			
Manglende system for smertevurdering	59,1	53,5	0,23
Manglende kommunikasjon med pasientens familie	55,8	58,7	0,53
Manglende rutiner for forberedende samtaler	55,4	55,7	0,95
SYKEHJEMSLEGEN			
Behandling i livets slutfase er tidkrevende	51,6	69,3	<0,01
Jeg er ikke så interessert i lindrende behandling	29,2	31,1	0,67
PLEIEPERSONELL			
For lav pleierbemanning	70,0	84,3	<0,01

TABELL 1 OG 2. Hovedfunn ved potensielle strategier og barrierer.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

får gjennom arbeidet med livets slutt i sykehjem, spesielt når det gjelder samtaler om døden. Vi gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer med henholdsvis tre, fem og åtte turnusleger i Nordland. Intervjuene ble gjort i forbindelse med siste veilednings-samling i distriktsturnus. I analysearbeidet brukte vi metoden systematisk tekstkon-densering (8). En temateori kan forsterke og fokusere det analytiske arbeidet og bidra til å spisse resultatene. Vi brukte Lave & Wengers teori om situert læring og legitim perifer deltakelse som teoretiske briller (9). Denne temateorien beskriver hvordan læring foregår i interaksjon mellom individer i et praksisfellesskap, snarere enn 1:1-læringen i et mester-svennforhold. I analysen la vi størst vekt på turnuslegenes positive læringserfaringer, fordi vi ønsket å fokusere på hvilket potensial som finnes i sykehjem som læringsarena.

Studien viste at turnuslegene lærte nye sider ved legerollen i møte med døende pasienter. De erfarte at legens rolige tilstedeværelse ved et dødsleie kunne være viktigere enn hektisk medisinsk aktivitet og livredning som de var vant med fra sykehuset. Turnuslegene opplevde hvordan vanskelige samtaler og medisinske avgjørelser kunne bli mindre utfordrende når de hadde fått innsikt i historien til pasient og pårørende. De fikk trening i å snakke om vanskelige og tidvis konfliktfylte tema, og lærte hvordan de kunne tilpasse ord og informasjon til den enkelte pasient og familie for å lette dialogen. Turnuslegene var på den ene siden høyt medisinskfaglig utdan-

net, men hadde på den annen side liten praktisk legeerfaring, spesielt fra sykehjem. Dette innebar å være både ansvarshavende og under veiledning. Tverrfaglige rollemodeller lærte dem å balansere usikkerhet og kompetanse i legerollen.

Sykehjemsleger i Norge og Nederland

I den tredje delstudien undersøkte vi hvordan sykehjemsleger i Norge og Nederland vurderer barrierer og strategier for legearbeid ved livets slutt i sykehjem. Vi ønsket å finne ut om ulik organisering av sykehjem og sykehjemslegeutdanning kunne ha betydning. Norge og Nederland er ganske sammenlignbare land, men har noen ulikheter når det gjelder sykehjemstjenesten. I Nederland er sykehjemslegene stort sett ansatt i full stilling, og de er spesialister eller i spesialistutdanning i alders- og sykehjemsmedisin. I Norge er det vanlig at fastlegene har sykehjemslegejobben som en bistilling, og det er ingen krav om kompetanse i sykehjemsmedisin.

Vi tok utgangspunkt i et spørreskjema fra en kanadisk studie om legerapporterte barrierer og strategier (10). Det ga oss et spørreskjema som allerede var utprøvd, og muligheten til å sammenligne våre funn med de kanadiske. Invitasjon ble sendt pr. e-post, og besvarelse av skjemaet ble gjort elektronisk. Vi fikk svar fra 435 norske og 244 nederlandske sykehjemsleger. Svarene ble analysert med SPSS, og sammenligning mellom Norge og Nederland ble gjort med khi-kvadrat-test og t-test.

Spørreskjemastudien viste at det var større likheter enn forskjeller mellom norske og nederlandske sykehjemsleger til tross for vesentlige ulikheter i utdanning og organisering av legetjenesten. Viktige barrierer var lav pleierbemanning og mangelfull kompetanse, samt tidsnød for legen. Foretrukne strategier for å forbedre arbeidet med livets slutt var rutiner for involvering av familie, protokoller for monitorering av smerter og andre symptomer, rutiner for forhåndssamtaler og målrettet utdanning av leger og pleiere.

Verdighetsbevarende behandling og omsorg

I avhandlingen ble funnene fra de tre delstudiene analysert i lys av eksisterende forskning og psykiateren Chochinovs konsept om verdighetsbevarende behandling og omsorg (11).

Tid, kompetanse og interesse er nøkkel-elementer når sykehjemsleger og pleiepersonell skal yte verdighetsbevarende omsorg i livets slutfase. Forhåndssamtaler bør være en del av sykehjemslegens verktøykasse, men upersonlig og sjekklisterpreget bruk kan krenke pasientens verdighet. Forhåndssamtaler med behandlingsbegrensning som formål kan medføre en utilsiktet underbehandling av sykehjemspasienter. Legeutdanningen bør legge større vekt på refleksjon rundt døden, og sette leger i stand til å tåle eksistensielle og faglige dilemma i livets slutfase. Analysen viser at sykehjem egner seg godt som læringsa-

rena. Møter med pasienter i livets siste fase gir kommende leger en mer nyansert innsikt i legerollen, og deltakelse i praksisfellesskapet gir erfaring i tverrfaglig samarbeid. I avhandlingen er det sykehjemslegens rolle som er undersøkt, men analysene av legers forhold til døden og arbeid med mennesker i livets siste fase har relevans for alle leger.

Hva betyr dette for praksis?

Ansvarlige myndigheter må sikre tilstrekkelig pleierbemanning, legetilgjengelighet og kompetanse for at sykehjemspasienter i livets sluttfase skal få verdighetsbevarende behandling og omsorg.

Veiledningsmateriell og rutiner må understøtte personlig tilpassede forhåndssamtaler, og behandlingsplaner må gjenspeile at ønsker og forløp kan endre seg.

Legeutdanningen kan med fordel ta i bruk sykehjem som læringsarena. Sykehjemsmedisin og arbeid med livets slutt må inn i læreplanene med egne læringsmål.

REFERANSER

1. Fosse A. «Livets slutt i sykehjem - pasientens ønsker og legens rolle». Bergen: Universitetet i Bergen; 2018.
2. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregisteret 1986–2016. <http://statistikkbank.fhi.no/dar/> (15.01.2018).
3. Statistisk sentralbyrå. Omsorgstjenester (2016). <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie> (20.01.2018).
4. Fosse A, Schaufel MA, Ruths S, Malterud K. End-of-life expectations and experiences among nursing home patients and their relatives—a synthesis of qualitative studies. Patient education and counseling. 2014; 97: 3–9.
5. Fosse A, Ruths S, Malterud K, Schaufel MA. Doctors' learning experiences in end-of-life care - a focus group study from nursing homes. BMC Med Educ. 2017; 17(1): 27.
6. Fosse A, Zuidema S, Boersma F, Malterud K, Schaufel MA, Ruths S. Nursing Home Physicians' Assessments of Barriers and Strategies for End-of-Life Care in Norway and The Netherlands. J Am Med Dir Assoc. 2017; 18(8): 713–8.
7. Noblit GW, Hare RD. Meta-ethnography synthesizing qualitative studies. Newbury Park, CA: Sage Publications 1988.
8. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scandinavian journal of public health. 2012; 40(8): 795–805.
9. Lave J, Wenger E. Situated learning: Legitimate peripheral participation. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1991.
10. Brazil K, Bedard M, Krueger P, Taniguchi A, Kelley ML, McAiney C, et al. Barriers to providing palliative care in long-term care facilities. Canadian family physician Medecin de famille canadien. 2006; 52: 473–78.
11. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. Soc Sci Med. 2002; 54(3): 433–43.

■ ANETTFOS@ONLINE.NO

▼ Bexsero «GlaxoSmithKline»

C Meningokokkvaksine.

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 1 dose (0,5 ml) inneholder: Neisseria meningitidis gruppe B NHBA fusjonsprotein^{1, 2, 3} 50 µg, Neisseria meningitidis gruppe B NadA protein^{1, 2, 3} 50 µg, Neisseria meningitidis gruppe B fHbp fusjonsprotein^{1, 2, 3} 50 µg, yttermembranvesikler (OMV) fra Neisseria meningitidis gruppe B stamme NZ98/254 målt som mengde av totalprotein som inneholder PorA P1.4 2 25 µg, natriumklorid, histidin, sukrose, vann til injeksjonsvæsker.

1 Produsert i E. coli-celler med rekombinant DNA-teknologi.

2 Adsorbent på aluminiumhydroksid (0,5 mg Al³⁺).

3 NHBA (neisseria-heparinbindende antigen), NadA (neisseria adhesin A), fHbp (faktor H-bindende protein).

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥2 måneder mot invasiv meningokokksykdom forårsaket av Neisseria meningitidis gruppe B. Følgene av invasiv sykdom i forskjellige aldersgrupper samt variasjonen i antiepidemiologi for gruppe B-stammer i forskjellige geografiske områder bør overveies ved vaksinerings. Se SPC for informasjon om beskyttelse mot bestemte gruppe B-stammer. Brukes i samsvar med offisielle anbefalinger. **Dosering: Spedbarn 2-5 måneder:** 3 doser à 0,5 ml, der 1. dose gis ved 2 måneders alder. Intervall mellom primærdosene skal minst være 1 måned. Påfyllingsdose gis 12-15 måneder etter primærvaksinerings. Ved forsinkelset skal påfyllingsdosen gis senest 24 måneder etter primærvaksinerings.

Behov og tidspunkt for påfyllingsdoser er ikke fastslått. Sikkerhet og effekt hos spedbarn <8 uker er ikke fastslått. **Uvaksinerte spedbarn 6-11 måneder:** 2 doser à 0,5 ml. Intervall mellom primærdosene skal minst være 2 måneder. Påfyllingsdose 2. levedår med et intervall på minst 2 måneder mellom primærserie og påfyllingsdose. Behov og tidspunkt for påfyllingsdoser er ikke fastslått. **Uvaksinerte barn 12-23 måneder:** 2 doser à 0,5 ml. Intervall mellom primærdosene skal minst være 2 måneder. Påfyllingsdose med et intervall på 12-23 måneder mellom primærserie og påfyllingsdose. Behov og tidspunkt for påfyllingsdoser er ikke fastslått. **Barn 2-10 år:** 2 doser à 0,5 ml. Intervall mellom primærdosene skal minst være 2 måneder.

Behov for påfyllingsdose er ikke fastslått. **Ungdom (≥11 år) og voksne:** 2 doser à 0,5 ml. Intervall mellom primærdosene skal minst være 1 måned. Behov for påfyllingsdose er ikke fastslått. **Voksne >50 år:** Ingen data. **Tilberedning/Håndtering:** Ved oppbevaring kan en fin off-white avleiring sees. Før bruk skal sprøyten ristes godt for å få homogen suspensjon. Vaksinen skal inspiseres visuelt mht. partikler og misfarging. Vaksinen skal kasseres ved observasjon av fremmedpartikler og/eller variasjon i fysisk utseende. **Administrering:** Vaksinen gis ved dyp i.m. injeksjon, fortrinnsvis i anterolateral del av låret hos spedbarn eller i deltamuskelen området av overarmen hos eldre personer. Skal ikke injiseres intravaskulært. Separate injeksjonssteder skal brukes ved administrering av flere vaksiner samtidig. **Kontraindikasjoner:**

Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Vaksinerings skal utsettes ved alvorlig, akutt febersykdom. Ved mindre infeksjoner, f.eks. forkjølelse, skal vaksinerings ikke utsettes. Eget medisinsk behandling og tilsyn skal alltid være lett tilgjengelig i tilfelle anafylaktisk reaksjon etter administrering. Nervøse reaksjoner, inkl. besvimelse, hyperventilering eller stressrelaterte reaksjoner kan forekomme ved vaksinerings, som psykogen respons på injeksjonen (se Bivirkninger). Det er viktig å ha prosedyrer for å unngå skade som følge av besvimelse. Skal ikke gis ved trombocytopeni eller annen koagulasjonsforstyrrelse som kontraindicerer i.m. injeksjon, med mindre potensiell fordel uten tvil overgår risikoen. Beskyttelse vil ikke nødvendigvis oppnås hos alle vaksinerte. Vaksinen forventes ikke å gi beskyttelse mot alle sirkulerende meningokokkgrupper B-stammer.

Temperaturøkning kan forekomme etter vaksinerings av spedbarn og barn (<2 år). Profylaktisk administrering av antipyretika samtidig med og rett etter vaksinerings kan redusere incidensen og intensiteten av febrile reaksjoner. Antipyretika skal brukes i tråd med lokale retningslinjer hos spedbarn og barn (<2 år). Individuer med svekket immunrespons, som enten skyldes immunsuppressiv behandling, en genetisk sykdom eller andre årsaker, kan ha redusert antistoffrespons ved aktiv immunisering. Immunogenisitetdata er tilgjengelig for individer med komplementdefekter, aspleni eller manglende milffunksjon. Ingen data fra bruk hos personer >50 år, og begrenset med data fra bruk hos pasienter med kroniske medisinske tilstander. Potensiell apnærisk og behovet for respiratorisk overvåking i 48-72 timer må vurderes når primær immuniseringsserie administreres til svært premature spedbarn (født i ≤28. svangerskapsuke), og spesielt ved tidligere respiratorisk umodenhet. Ettersom fordelene ved vaksinerings er høy for denne gruppen, skal vaksinerings ikke tilbakeholdes eller utsettes. Sprøyteheten kan inneholde naturgummilæte. Selv om risikoen for å utvikle allergiske reaksjoner er svært liten, skal nytte/risiko vurderes før administrering ved tidligere kjent lateksoverfølsomhet. Kanamycin brukes tidlig i produksjonsprosessen og fjernes senere i prosessen, og kanamycinivået i ferdig vaksine er <0,01 µg/dose. Sikkerhet ved bruk hos kanamycin-sensitive personer er ikke fastslått.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Bexsero kan gis samtidig med følgende vaksineantigener, enten som monovalente eller kombinerte vaksiner: Difteri, stivkrampe, acellulær kikhoste, Haemophilus influenzae type B, inaktivert poliomyelitt, hepatitt B, heptavalent pneumokokk konjugat, meslinger, kusma, røde hunder, vannkopper og meningokokk gruppe C-CCRM-konjugat. Immunresponsen på koadministrerte rutinevaksiner påvirkes ikke av samtidig administrering av Bexsero. Motstridende resultater er observert mht. respons på inaktivert poliovirus type 2 og pneumokokk konjugat serotype 6B, og lavere antistoffnivå mot kikhosteantigenet pertaktin er også registrert, men dataene tyder ikke på klinisk signifikant interferens. Pga. økt risiko for feber, ømhet på injeksjonsstedet, endring i spisevaner og irritabilitet ved administrering sammen med ovenfor nevnte vaksiner, kan separat vaksinerings vurderes, hvis mulig. Profylakse med paracetamol påvirker ikke immunogenisiteten for Bexsero eller rutinemessige vaksiner. Virkningen av andre antipyretika er ikke studert. Samtidig administrering av Bexsero og andre vaksiner enn de som er nevnt ovenfor, er ikke studert. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Utilstrekkelige data. Mulig risiko for gravide er ukjent. Vaksinerings skal unnsatt ikke tilbakeholdes når det foreligger klar risiko for eksponering for meningokokkinfeksjon. Det er ikke funnet holdepunkter for toksisitet hos mor eller foster, og ingen virkning på graviditet, morsfærd, fertilitet hos hunner eller postnatal utvikling hos hunnkaniner eksponert for ca. 10 ganger tilsv. humandose basert på kroppsvekt. **Amming:** Ingen tilgjengelig informasjon om sikkerhet hos kvinner og barn under amming. Nytt/risiko må vurderes før man beslutter å vaksinere under amming. Skadelige effekter er ikke observert hos vaksinerte morkaniner og deres avkom t.o.m. dag 29 med diegiving. Vaksinen er immunogen hos morkaniner vaksinert før diegiving, og antistoffer er funnet hos avkom, men antistoffnivå i melk er ikke fastslått. **Fertilitet:** Ingen data. Fertilitetspåvirkning hos hunner i dyrestudier er ikke sett. **Bivirkninger: Spedbarn og barn (opp til 10 år):** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Diaré, oppkast (mindre vanlig etter påfyllingsdose). Hud: Utslett (barn 12-23 måneder, mindre vanlig etter påfyllingsdose). Nevrologiske: Søvnighet, uvanlig gråt. Stoffskifte/ernæring: Spiseforstyrrelser. Øvrige: Feber (≥38°C), ømhet på injeksjonsstedet (inkl. alvorlige tilfeller definert ved gråt når injisert lem bevegtes), erytem/hevelse/indurasjon på injeksjonsstedet, irritabilitet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hud: Utslett (barn 2-10 år). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hjerter/kar: Blekhet (sjelden etter påfyllingsdose). Hud: Eksem. Nevrologiske: Krampeanfoll (inkl. feberkramper). Øvrige: Feber (≥40°C). **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (inkl. anafylaktiske). Nevrologiske: Hypoton-hyporesponsiv episode. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødder på/rundt injeksjonsstedet, nodul som kan vare i >1 måned og omfattende hevelse av vaksinert lår/overarm). **Ungdom (fra 11 år) og voksne:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artalgi. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte på injeksjonsstedet (inkl. alvorlige tilfeller definert ved manglende evne til å utføre normal daglig aktivitet), hevelse/indurasjon/erytem på injeksjonsstedet, sykdomsfølelse. **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (inkl. anafylaktiske). Nevrologiske: Synkope eller vasovagal respons på injeksjon. Øvrige: Feber, reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødder på/rundt injeksjonsstedet, nodul som kan vare i >1 måned og omfattende hevelse av vaksinert lår/overarm). **Overdosering/Forgiftning:** Begrenset erfaring. **Behandling:** Overvåking av vitale funksjoner og ev. symptomatisk behandling. **Egenskaper: Klassifisering:** Meningokokk gruppe B vaksine (rDNA, komponent, adsorbent). **Virkningsmekanisme:** Effekten er ikke evaluert i kliniske utprøvinger. Vaksinen effekt er utledet gjennom påvisning av fremkalte bakteriedrepende serumantistoffresponser på vaksinsens antigener. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjølekap (2-8°C). Skal ikke fryses. Oppbevares i originalpakningen for beskyttelse mot lys. **Andre opplysninger:** Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav. **Pakninger og priser:** 1 stk. (ferdigfylt sprøyte) kr 999,10.

Sist endret: 02.10.2017

Basert på SPC godkjent av SLV: 06.07.2017

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf. 22 70 20 00

Referanse: 1. Bexsero preparatomtale, avsnitt 9 (06.07.2017)



GSK, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.

Telefon: 22 70 20 00. www.gsk.no

©2018. GSK group of companies or its licensor licensor.

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.

NOR/BEX/0002/18. August 2018



.....fra spedbarnsalder til ungdomstid

Mer enn
5 års
erfaring i Europa¹

Bexsero – vaksine mot smittsom hjernehinnebetennelse, meningokokk serogruppe B. Vaksinen kan gis fra 2 måneders alder

Indikasjon

Aktiv immunisering av personer ≥ 2 måneder mot invasiv meningokokksykdom forårsaket av *Neisseria meningitidis* gruppe B. Følgene av invasiv sykdom i forskjellige aldersgrupper samt variasjonen i antigenepidemiologi for gruppe B-stammer i forskjellige geografiske områder bør overveies ved vaksinerings. Se SPC for informasjon om beskyttelse mot bestemte gruppe B-stammer. Brukes i samsvar med offisielle anbefalinger.

Refusjon

Meningokokk B-vaksine utleveres på §4 blåreseptforskriften til personer med nedsatt eller manglende miltfunksjon, med alvorlig medfødt eller ervervet komplementdefekt og til nærkontakter av personer med meningokokk B-sykdom.

Viktig sikkerhetsinformasjon

- Kontraindisert ved overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Beskyttelse vil ikke nødvendigvis oppnås hos alle vaksinerte. Vaksinerings skal utsettes ved alvorlig, akutt febersykdom.
- Temperaturreaksjon kan forekomme etter vaksinerings av spedbarn og barn (<2 år). Profylaktisk administrering av antipyretika samtidig med og rett etter vaksinerings kan redusere insidensen og intensiteten av febrile reaksjoner.
- Hos spedbarn og barn (yngre enn 2 år) var ømhet og erytem på injeksjonsstedet, feber og irritabilitet de vanligste bivirkningene. Hos ungdom og voksne var smerte på injeksjonsstedet, sykdomsfølelse og hodepine de vanligste bivirkningene. Individuer med svekket immunrespons, pga immunsuppressiv behandling, en genetisk sykdom eller andre årsaker, kan ha redusert immunrespons ved bruk av Bexsero
- Det foreligger ikke tilstrekkelige kliniske data på bruk under graviditet. Vaksinerings skal uansett ikke tilbakeholdes når det foreligger klar risiko for eksponering for meningokokkinfeksjon.

Les preparatomtale før forskrivning!



BEXSERO

Vaksine mot meningokokk B

Med Giardia som forskningstema

■ JULIE KALVELAND • frilansjournalist

Da en gravid kvinne med kraftig diare oppsøkte Knut-Arne Wensaas, ble det starten på en forskerkarriere.

Forsker Knut-Arne Wensaas har vist at Giardia-epidemien i Bergen på begynnelsen av 2000-tallet har ført til langvarige plager for mange. Hans mål for egen forskning er å bedre helsevesenet.

– Du hadde kanskje aldri blitt forsker om ikke så mange hadde kommet til deg høsten 2004 med magetrøbbel?

– Sannsynligvis ikke. Jeg hadde en liten bistilling på Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen, men det var for å undervise medisinstudenter. Jeg hadde ikke egentlig tenkt seriøst på å begynne å forske.

– Når visste du sikkert at noe var i gjære?

– Jeg fikk inn en pasient i slutten av svangerskapet som hadde så kraftig diaré at hun ble dehydrert og måtte legges inn på sykehus. Da jeg fikk den foreløpige rapporten viste den at hun hadde Giardia. Smiten påvises vanligvis blant personer som har vært i utlandet, men pasienten hadde bare vært i Bergen. Siden vi hadde sett flere pasienter med diaré, tenkte jeg at dette kunne være stort, at 20–30 personer kunne være smittet. Det var et kraftig understatement, skulle det vise seg.

– Ifølge en rapport som ble utarbeidet for Bergen kommune i etterkant fikk nærmere 1400 personer påvist giardiasis, infeksjon med Giardia lamblia, som kjennetegnes av diaré, magesmerter og luftoppstøt med råten lukt. Årsaken var forurenset drikkevann. Du så at symptomene ved akutt giardia-infeksjon har vært godt beskrevet tidligere, men at det var lite kunnskap om eventuelle langvarige plager?

– Ja, basert på det man visste fra før, tenkte vi at pasientene ville bli bra etter behandling. På 1900-tallet var det faktisk lenge et spørsmål om Giardia i det hele tatt var årsak



ken til symptomene man fant hos dem som hadde hatt infeksjon, eller om de kom av andre sykdommer. Nå har studier vist at Giardia-infeksjon kan gi symptomene. Man kan ha diaré i lang tid etter at man har blitt smittet. Så vi visste at Giardia kunne gi sykdom, men det var ingen forskning som viste at man ikke skulle bli bra igjen etter hvert.

– Du bestemte deg for å følge pasientene over lengre tid og i 2011 disputerte du ved Universitetet i Bergen med avhandlingen *Giardiasis in Bergen. Outbreak and clinical consequences*. Hva fant du?

– Vi så at en stor andel av pasientene hadde vedvarende diaré og magesmerter. Derfor kontaktet vi alle som hadde fått bekreftet giardiasis via avføringsprøve. Jeg så på plager etter tre år i min avhandling. Etter dette har andre sett på plager etter seks år og ti år.

– Hva har skjedd?

– Over 40 prosent oppfyller kriterier for irriterbar tarm-syndrom helt fram til ti år etter. Det er mer enn tre ganger så mange som i normalbefolkningen. Vi har også sett på opplevd utmattelse i over seks måneder. 40 prosent oppga dette etter tre år. Etter ti år hadde andelen falt til 26 prosent, men andelen er fremdeles klart høyere enn i kontrollgruppen.

– Hva tenker du om at folk ikke ble helt friske?

– Jeg ble overrasket over at folk ikke ble bra igjen. At pasientene er veldig plaget mer enn ti år etterpå, er ikke kjekt å tenke på. På den andre siden var det mange som ikke fikk plager i det hele tatt. Det sier noe om hvor tilfeldig verden er.

– Du har jobbet med mange ulike felt: fra Giardia til urinveisinfeksjoner og brudd hos kvinner som er over overgangsalderen. Hva er det mest spennende du har jobbet med?

– Å jobbe som fastlege. Det er drivkraften bak alt. Det er fantastisk å ha et yrke hvor man hver dag møter folk som kommer med små og store plager, og kan bidra til at folk får det bedre. Mitt engasjement bunner i at jeg vil utvikle allmennlegetjenesten og helsevesenet i Norge.

– Hva har overrasket deg som forsker?

– Jeg har sett at både pasienter og kollegaer på legekontoret er veldig positive til å delta i forskning. At pasientene synes det er kjekt å være med og bidra, tror jeg er uttrykk for at vi er et sosialt innstilt folkeferd. Det er stort fokus på å bidra til fellesskapet i det norske samfunnet. Det er en gledelig refleksjon mer enn en overraskelse.

Gjør kloke valg

– kampanje mot overdiagnostikk og overbehandling

■ BENTE KRISTIN JOHANSEN • Fagsjef i Medisinsk fagavdeling, Legeforeningen

■ SIGRID RØD • Spesialrådgiver i Medisinsk fagavdeling, Legeforeningen

Legeforeningen og flere fagmedisinske foreninger samarbeider om kampanjen *Gjør kloke valg* som lanseres i disse dager. Målet er å redusere overdiagnostikk og overbehandling. Kjernebudskapet er «mer er ikke alltid bedre», og dialogen mellom pasient og lege er selve navet i kampanjen.

Leger og pasienter oppfordres til å samtale om hvordan for mye medisin *kan* ha uheldige sider og i verste fall gjøre skade. I kampanjen skal legene, gjennom sine fagmedisinske foreninger, lage anbefalinger over undersøkelser, prosedyrer eller behandling som det bør stilles spørsmål ved. Likeledes oppfordres pasientene til å stille grunnleggende, kritiske spørsmål ved undersøkelser og behandling.

Globalt initiativ

De siste årene har det vært økt oppmerksomhet omkring overdiagnostikk og overbehandling. Ledende tidsskrifter har belyst problemet i flere artikkelserier og temanumre, for eksempel «Too much medicine» i *BMJ* (1) og «Less is more» i *JAMA* (2, 3). Norsk Forening for Allmennmedisin har i lengre tid engasjert seg i debatten, og NFAs policydokument om temaet er spredd globalt gjennom WONCA (World Organization of Family Doctors) på både engelsk og spansk (4, 5, 6). I høringsarbeidet til Prioriteringsutvalget (7) oppga flere fagmedisinske foreninger at overdiagnostikk og overbehandling var et betydelig problem innen deres fagområder. Geografisk variasjon i bruk av helsetjenester i Norge er godt dokumentert gjennom helseatlasene, som utgår fra SKDE – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (8). Variasjonsatlasene har vist at det er betydelig geografisk variasjon i bruk av helsetjenester innen for eksempel eldre helse, nyfødtmedisin og dagkirurgi.

Landsstyret i Legeforeningen har engasjert seg i tematikken, og i 2016 ga foreningen ut rapporten *For mye, for lite eller akkurat passe? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten* (9). Rapporten drøfter

begreper som over- og underdiagnostikk, over- og underbehandling og variasjon, og identifiserer drivere for disse fenomenene. Som oppfølging av rapporten vedtok sentralstyret at sekretariatet skulle arbeide for en norsk versjon av den internasjonale kampanjen «Choosing Wisely» (10), kalt *Gjør kloke valg*.

Choosing Wisely-initiativet ble lansert i USA i 2012 av the American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation i samarbeid med Consumer Reports (10). Choosing Wisely har siden spredt seg til mer enn 20 land gjennom flere kanaler, men først og fremst via de kliniske fagmiljøene, der det ser ut til at kampanjen har fått størst resonans (11).

Foreninger som deltar fra ulike land, sier seg enige i grunnprinsippene for kampanjen (12), men de lager egne versjoner som er tilpasset det enkelte lands helsevesen og som finner gjenklang i de nasjonale fagmiljøene. Felles for de nasjonale Choosing Wisely-initiativene er at rammene defineres av klinikere, og at pasientene inviteres inn. Dette er med andre ord profesjonsdrevde kampanjer med et tydelig «bottom up»-design og med to grunnpilarer – legen og pasienten. Det er dialogen mellom pasienten og legen som er selve navet i kampanjen.

Den norske versjonen av Choosing Wisely – *Gjør kloke valg* – bygger på prinsippene for det globale initiativet og har lånt mye fra den kanadiske kampanjen (13). Det overordnede målet er å redusere overdiagnostikk og overbehandling ved å oppmuntre klinikere og pasienter til å velge trygge og gode helsetjenester som har *solid kunnskapsgrunnlag, ikke påfører skade og virkelig er nødvendig*. Det hele rammes inn av et budskap om at «mer ikke alltid er bedre».

SENTRALE BEGREPER

Overbehandling: Overbehandling er behandling som ikke gir nytte, eller som kan føre til mer skade enn nytte

Overutredning: Diagnostikk eller henvisning som rimelig sikkert ikke vil gi betydningsfull informasjon

Legenes selvransakelse

President Marit Hermansen i Legeforeningen har beskrevet kampanjen som

... fagmiljøenes varslingskampanje overfor seg selv og en erkennelse av at pasienten ofte blir testet, utredet og behandlet for mye (14).

De fagmedisinske foreningene som deltar i kampanjen, lager lister med fem anbefalinger over undersøkelser, prosedyrer eller behandling som ofte er unyttige og unødvendige, eller som potensielt kan skade pasienten. Anbefalingene innledes med ordene *Unngå å...* og pasienten og legen oppfordres til å ha en samtale enten om de enkelte anbefalingene spesielt, eller om overdiagnostikk og overbehandling generelt.

Et vesentlig element i kampanjen er at den enkelte fagmedisinske forening lager anbefalinger om diagnostiske tester, prosedyrer eller behandlinger innen *egens* spesialitet, som er *ofte brukt* og som kan utsette pasienten for *belastning eller skade*. For hver anbefaling må det foreligge et kunnskapsgrunnlag som skal dokumenteres gjennom referanser. Når anbefalingene er laget, sendes de på høring, først internt i den fagmedisinske foreningen og deretter til foreninger i tilgrensede fagområder. Anbefalingene blir så justert i henhold til høringsinnspillene. Hele listen med anbefalinger følges av en redegjørelse for hvordan anbefalingene er laget og hvilken høringsprosess som er gjennomført. Anbefalingene med begrunnelser, evidensgrunnlag og beskrivelse av høringsprosess publiseres på nettsiden til *Gjør kloke valg*.

Anbefalingene bør revideres jevnlig, helst årlig. Prosessen bak anbefalingene kan synes omstendelig, men det er viktig at de holder høy faglig kvalitet, er troverdige og at brede lag av fagmiljøene stiller seg bak. Det er også et poeng at hele prosessen

bak tilblivelse av hver anbefaling er åpen og gjennomslutlig.

Til nå har over 20 fagmedisinske foreninger deltatt på workshops. Sju foreninger har fullført lister med anbefalinger, blant disse er Norsk forening for allmennmedisin. De øvrige har påbegynt arbeidet med å lage anbefalinger eller signalisert at de vil gå i gang.

Pasientenes spørsmål

Dialogen mellom lege og pasient er navet i kampanjen; sammen skal lege og pasient gjøre kloke valg. Parallelt med arbeidet i de fagmedisinske foreningene tar man sikte på at *Gjør kloke valg* skal bli en kampanje rettet mot befolkningen, med et budskap om at overdiagnostikk og overbehandling i beste fall er bortkastet, og i verste fall skadelig – kfr. illustrasjonen fra den kanadiske kampanjen.

Et av de viktigste virkemidlene er å invitere pasienter og pårørende til å stille fire spørsmål ved tester, prosedyrer og/eller behandling:

- ❶ Trenger jeg denne testen, prosedyren eller behandlingen?
- ❷ Hva er risiko og bivirkninger?
- ❸ Finnes det alternativ?
- ❹ Hva skjer hvis jeg ikke gjør noe?

Formidling av de fire spørsmålene og budskapet om at mer helsetjenester ikke alltid er av det gode, skal skje ved utforming av en visuell profil og formatering av kjernebudskapet som så formidles gjennom sosiale og tradisjonelle medier ved hjelp av kampanjemateriell som plakater, flyers, informasjonskanaler osv. Nettsiden med anbefalingene fra de fagmedisinske foreningene skal være en side som pasienter og pårørende kan bruke. Nettsiden vil også inneholde relevant informasjonsmateriale og fagartikler for helsepersonell.

Tverrfaglighet og pasientinvolvering

Gjør kloke valg er vel så mye en holdningskampanje og en arena for å sette overdiagnostikk og overbehandling på dagsorden, og er en start mot et langsiktig mål om å redusere unødvendige helsetjenester som i beste fall ikke har noen nytte og i verste fall kan skade. Når det er sagt, vil det likevel gjøres en innsats for at kampanjen blir evaluert og målt gjennom spørreundersøkelser, ved bruk av kvalitetsregistre og pasientadministrative systemer – og langs følgende tre dimensjoner:

- legers kunnskap om og holdninger til overdiagnostikk og overbehandling
- legers rekvireringsadferd

- pasienters kunnskap om og holdning til overdiagnostikk og overbehandling
- Undersøkelser og analyser skjer i samarbeid med lokale og nasjonale forskningsmiljøer, som for eksempel SKIL (Senter for kvalitet i legekontor) og SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering).

To grunnleggende prinsipper i Choosing Wisely-initiativet er tverrfaglighet og pasientinvolvering. Legeforeningen samarbeider med Norsk pasientforening samt andre pasientforeninger og helseprofesjonsforeninger. Medisinstudentene er invitert inn i kampanjen på lik linje med de fagmedisinske foreningene. En viktig grunn til å engasjere studentene er å forme holdninger til god klinisk praksis tidlig. Kanadiske studenter og turnusleger har laget anbefalinger om hva de bør stille spørsmål ved, og en av disse lyder (15):

«Don't suggest ordering tests or treatments pre-emptively for the sole purpose of anticipating what your supervisor would want.»

Norske studenter vil lage lignende anbefalinger, men også jobbe med å innføre variasjonstemaet, inkludert overdiagnostikk og -behandling, i grunnutdanningen.



REFERANSER

1. <https://www.bmj.com/too-much-medicine>
2. Grady, Deborah, & Redberg, Rita F. (2010). Less is more: How less health care can result in better health. *Archives of Internal Medicine*, 170(9), 749
3. <https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more>
4. Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(22), 1903–1905.
5. <http://legeforeningen.no/PageFiles/253324/Policydokument%20overdiagnostikk.pdf>
6. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/09/05/over-og-underforbruk-av-helsetjenester/>
7. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/>
8. <https://helseatlas.no/>
9. http://legeforeningen.no/PageFiles/277634/For%20nye_for%20lite%20eller%20akku-rat%20passe.pdf
10. <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2017/10/Choosing-Wisely-at-Five.pdf>
11. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2679354>
12. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2679354>
13. <https://tidsskriftet.no/2018/05/aktuelt-i-foreningen/choosing-wisely-har-kommet-til-norge>
14. <http://tidsskriftet.no/2017/03/aktuelt-i-foreningen/om-variasjon-og-kloke-valg>
15. <https://choosingwiselycanada.org/medical-students/>

Spørsmål om kampanjen kan rettes til klokevalg@legeforeningen.no

Kloke valg i allmennmedisin

■ STEFÁN HJÖRLEIFSSON

Norsk forening for allmennmedisin og Legeforeningens styringsgruppe for kampanjen Gjør kloke valg

Tidlig og intensiv behandling er ikke alltid det beste for pasienten. Omfattende utredning er ikke alltid å foretrekke. Dette er noe alle allmennleger vet. Likevel oppstår situasjoner der vi behandler eller utreder for mye, til skade for pasienten.

Kampanjen *Gjør kloke valg* skal gjøre det lettere for legene og pasientene å unngå slike overdrivelser. De fem anbefalingene som Norsk forening for allmennmedisin har utarbeidet for kampanjen, så vel som anbefalinger fra andre fagmedisinske foreninger, skal være til støtte i situasjoner der allmennlegene noen ganger handler mot bedre viten. Det samme gjelder de fire spørsmålene som kampanjen anbefaler pasientene å stille til legene.

Indikasjon – et sentralt begrep

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) bidrar til Legeforeningens kampanje *Gjør kloke valg*, som lanseres nå i september. Målet med kampanjen er å redusere overdiagnostikk og overbehandling. Kampanjens overordnede budskap er at *mer er ikke alltid bedre*. Hver fagmedisinsk forening som deltar i kampanjen lager anbefalinger for å redusere skadelig bruk av diagnostiske tester, prosedyrer eller behandling innen egen spesialitet.

De fem anbefalingene som NFA har utviklet for kampanjen vil neppe vekke stor overraskelse blant medlemmene (TABELL 1). Både klinikere og pasienter skal få en påminnelse om at undersøkelser kun bør utføres når riktig indikasjon foreligger, at overdreven jakt på risikofaktorer kan være skadelig, og at medikamenter har bivirkninger.

Alle leger bør jo egentlig vite dette fra før. Godt allmennmedisinsk håndverk handler ikke minst om å gjøre passe mye, om å finne dem med alvorlig sykdom uten å utrede befolkningen over en lav sko, om å gi behandling som gagnar helsen uten at de medisinske inngrepene tar overhånd i pasientens liv. NFA har valgt å fokusere på fem områder der enten vi selv eller befolkningen likevel kan ha overdrevne forventninger om nytten av «å handle».

Utviklingen av anbefalingene

Det var NFAs faggruppe (tidligere 'referansegruppe') mot overdiagnostikk som tidlig i 2017 fikk i oppdrag å utarbeide forslag til allmennmedisinske anbefalinger. Disse forslagene ble vurdert og videreutviklet av NFAs styre. Forslagene ble også sendt på høring til andre fagmedisinske foreninger og til NFAs egne faggrupper. De fem anbefalingene som til slutt ble valgt ut har solid støtte i forskningslitteraturen (TABELL 2, SE NESTE SIDE) – og styret tror medlemmene vil oppleve dem som nyttige i hverdagen. Flere av disse anbefalingene er også kjent fra *Choosing Wisely*-kampanjen i andre land.

Faggruppen mot overdiagnostikk og NFAs styre vurderte også en rekke andre forslag. Disse handler blant annet om antibiotika ved øvre luftveisinfeksjoner, bimanuell bekkenundersøkelse ved forskrivning av p-piller, rutinemessig måling av D-vitamin, og hjemmemessig måling av blodsukker ved mild diabetes type II. Noen av disse forslagene vil antakelig bli videreutviklet og inkludert i kampanjen etter hvert.

Norsk allmennmedisin og medisinsk overaktivitet

Mulige skadevirkninger av 'for mye medisin' har lenge vært kjent blant norske allmennleger. Utdanningen og fagutviklingen har handlet om å gi allmennlegene gode redskaper til å vurdere hvor mye som er passe mye utredning og behandling for pasientene.

Forebyggende behandling mot hjerte- og karsykdom har i stor grad vært allmennlegenes oppgave, og vi har bidratt sterkt til å utvikle kunnskap og retningslinjer på dette feltet. Det er ikke sannsynlig at det å gjøre hele befolkningen til «risikanter» vil bedre folkehelsen. I boken *Diagnose: Risiko* – redigert av Elisabeth Swensen og publi-

ANBEFALINGER

FRA NORSK FORENING FOR ALLMENNMEDISIN I KAMPANJEN GJØR KLOKE VALG

- 1 Unngå å foreta «pakke-bestilling» av blodprøver – vurder spesifikk indikasjon for hver enkelt prøve
For hver blodprøve er det fem prosent sannsynlighet for patologisk svar som ikke skyldes sykdom. Jo flere prøver, desto større fare for falskt positive resultater som kan føre til bekymringer, videre utredning og i verste fall overbehandling.
- 2 Unngå å oppfordre friske mennesker uten symptomer eller kjent risikotilstand til regelmessig helseundersøkelse
Helseundersøkelse av friske i betydning å screene for mer enn én sykdom eller risikofaktor genererer diagnoser og kostnader uten å bedre helsen. Ifølge en kunnskapsoppsummering i 2012 basert på 16 studier og opplysninger om utfall for 182 880 deltakere, reduserer ikke helsesjekk morbiditet eller mortalitet, verken totalt sett eller relatert til kreft eller hjerte- og karsykdom. Det ble heller ikke funnet nedgang i sykehusinnleggelser, funksjonstap, bekymringer, konsultasjoner hos lege eller fravær fra arbeid.
- 3 Ikke start medikamentell primærforebygging før totalrisiko er vurdert og fordeler og ulemper ved behandling er drøftet med pasienten
Individuell primærforebygging med medikamenter har fordeler og ulemper. Vanligvis bør man ikke behandle på grunnlag av enkeltstående risikofaktorer.
- 4 Unngå å måle PSA uten først å vurdere risiko og indikasjon ved hjelp av anamnese og klinisk undersøkelse
Screening med PSA fører til betydelig overdiagnostikk. Mange av svulstene som oppdages ved screening vil aldri skade pasienten. Behandling medfører betydelig risiko for komplikasjoner. Hvis lege eller pasient vurderer screening, bør pasienten gis tilstrekkelige opplysninger til å kunne ta en informert beslutning sammen med legen.
- 5 Ikke forskriv NSAID uten at det foreligger spesifikk grunn og risikoen for bivirkninger er vurdert
NSAID har bivirkninger i form av magesår og blødninger i fordøyelseskanalen og kardiovaskulær sykdom. Eldre og de med hjerte-kar-risiko, nedsatt nyrefunksjon og de som bruker ACE-hemmere, All-blokkere, diuretika, antikoagulantia eller antitrombotika er spesielt utsatt.

TABELL 1

sert i 2000 – diskuteres 'risikoepidemien'. Perspektiver fra denne boken var medvirkende til NFAs policydokument om forebyggende medisin som ble publisert i 2011, der det blant annet oppfordres til edruelighet i individrettet sykdomsforebygging. Noen år senere, i 2016, publiserte NFA et policydokument om overdiagnostikk og relatert medisinsk overaktivitet. Dokumentet om overdiagnostikk var det første i sitt slag som er vedtatt av en nasjonal fagmedisinsk forening. Begge policydokumentene står sentralt i NFAs fagutvikling. Begge har også dannet utgangspunkt for andre nordiske lands strategidokumenter på de samme feltene. NFAs innsats har vært med på å sette uønsket praksisvariasjon og overdiagnostikk på Legeforeningens dagsorden, noe som nå har ført til kampanjen *Gjør kloke valg*.

Klinisk beslutningslære har en sentral plass både i Steinar Hunskaars lærebok *Allmennmedisin*, i grunnutdanningen og i spesialitetsutdanningen i allmennmedisin. Det innebærer blant annet at man fremhever behovet for å begrense forekomsten av falskt positive funn. Både legestudenter i Norge og spesialistkandidater i allmennmedisin læres opp i bruk av allmennmedisinske arbeidsmetoder som trinnvis diagnostikk, få og utvalgte undersøkelser, og ekspektans. På den måten innebærer den allmennmedisinske utdanningen i Norge en bevisstgjøring om de samme fenomenene som vektlegges i kampanjen *Gjør kloke valg*.

Andre spesialiteter

Mange av de andre fagmedisinske foreningenes anbefalinger i kampanjen angår problemstillinger som er vanlige også i allmennpraksis, på legevakst eller på sykehjem (se egen sak om dette). Dette gjelder for eksempel geriatriens anbefaling om å unngå

antibiotika til eldre med asymptomatisk bakteriuri, pediatriens anbefaling om ikke å ta blodprøver av barn for å utrede med tanke på allergi mot matvarer uten først å gjennomgå sykehistorien grundig, og radiologenes anbefaling om ikke å utføre CT-undersøkelse ved lette hodeskader med lav risiko. NFA har vært med på å tilpasse disse anbefalingene slik at de skal være relevante også i primærhelsetjenesten.

Ved oppstart av kampanjen *Choosing Wisely* i USA og Canada så man at noen spesialiteter hadde lettere for å belære andre enn å feie for egen dør. Dette kan slå uheldig ut, ikke minst i allmennmedisin. Derfor legges det nå stor vekt på at hver spesialitet først og fremst skal ta ansvar for sitt eget fagområde. Det gjelder både i *Choosing Wisely* og i den norske kampanjen. Og anbefalinger som berører flere spesialiteter skal være basert på faglig enighet.

Usikkerhet og faglig skjønn

Kampanjen *Gjør kloke valg* skal styrke dialogen mellom klinikere og pasienter om utredning og behandling. Medisinske beslutninger er forbundet med usikkerhet. De fagmedisinske foreningenes anbefalinger og de fire spørsmålene som pasientene oppfordres til å stille til sin lege skal styrke bevisstheten om at for mye medisin kan ha uheldige sider og i verste fall gjøre skade. Det er den enkelte legen og pasienten som sammen skal ta stilling til dette. Anbefalingene i kampanjen skal gi økt plass til faglig skjønn, ikke erstatte det. Anbefalingene og pasientspørsmålene skal gjøre det lettere å dele den medisinske usikkerheten med pasienten på en måte som øker tilliten mellom pasient og lege, og øker kvaliteten på vårt arbeid.

■ STEFAN.HJORLEIFSSON@UIB.NO

TABELL 2

SENTRALE REFERANSER TIL GRUNN FOR DE ALLMENNMEDISINSKE ANBEFALINGENE

- Explaining laboratory test results to patients: what the clinician needs to know BMJ 2015; 351: h5552.
- General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2012; 345: e7191.
- Avoiding the Unintended Consequences of Growth in Medical Care: How Might More Be Worse? JAMA 1999; 281 (5):446–453.
- Forebyggende helsearbeid. Policydokument for Norsk forening for allmennmedisin, 2011.
- Screening for prostate cancer. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Task Force, 2012.
- Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. Lancet 2013; 382 (9894): 769–7.
- Riktigere bruk av NSAIDs, KUPP, St Olavs Hospital, Avdeling for klinisk farmakologi, www.stolav.no/farma.

Utvalgte an Gjør kloke

Unngå beroligende midler og sovemedler som førstevalg ved søvnproblemer hos eldre

Studier har vist at risikoen for fall og hoftebrudd er mer enn doblet hos gamle som behandles med benzodiazepiner eller andre sedativa. Fall og hoftebrudd er forbundet med risiko for sykehusinnleggelse og død. Dette må tas med i betraktningen når man behandler søvnproblemer hos eldre, og ikke-medikamentelle tiltak bør derfor foretrekkes.

Unngå antipsykotika som førstevalg ved atferdsvarianser hos eldre med demens

Atferdsendringer, slik som aggresjon, utagerende atferd og motstand mot omsorg og behandling, er vanlige symptomer hos personer med demens. Forskning viser at bruk av antipsykotika ved slike problemstillinger kun gir moderat effekt, mens det er høy risiko for bivirkninger som fall og kognitiv forverring. Det er også vist økt dødelighet og økt forekomst av hjerneslag ved bruk av antipsykotika i denne pasientgruppen. Bruk av slike medisiner skal derfor begrenses til de tilfeller hvor ikke-medikamentelle tiltak har vært forsøkt uten tilstrekkelig effekt, og hvor det er umiddelbar risiko for skade på pasient eller andre. Ved å identifisere og behandle årsaken til atferdsendring, kan antipsykotisk medikasjon ofte unngås.

Unngå bruk av antibiotika ved asymptomatisk bakteriuri hos eldre

Eldre med asymptomatisk bakteriuri og pasienter med urinveiskateter uten symptomer skal ikke behandles med antibiotika. Overflødig antibiotikahandling kan medføre at urinveiene blir kolonisert med mer resistente eller virulente bakterier enn de opprinnelige. Studier har vist at asymptomatisk bakteriuri ikke har gitt økt sykkelighet eller dødelighet. Screening og behandling av asymptomatisk bakteriuri er kun indisert før urologiske prosedyrer som medfører slimhinneblødning.

befalinger i kampanjen

valg fra andre spesialiteter

Unngå bruk av antidepressiva hos eldre uten først å gjennomføre adekvat utredning, og vurdere ikke-medikamentelle tiltak

Antidepressiva er i utstrakt bruk, ofte uten at adekvat utredning er gjennomført, og uten oppfølging under pågående behandling. Studier har vist at antidepressiva har begrenset effekt, og kun hos enkelte pasienter. Samtidig er bivirkninger vanlig, blant annet viser forskning at risikoen for fall og hoftebrudd er økt hos gamle som behandles med antidepressiva. Ikke-medikamentelle tiltak som lysbehandling og kognitiv adferdsterapi virker like godt eller bedre mot depresjon – og har færre bivirkninger. Dersom man velger å gjøre medikamentelt behandlingsforsøk av diagnostisert depresjon, må pasienten følges opp slik at virkning og bivirkninger kan monitoreres og dosering og behandlingsvarighet tilpasses.

Spedbarn med gulping/oppkast som ellers viser normal vekst og utvikling skal ikke utredes med pH-registrering eller behandles med syrehemmere eller motilitetsendrende medikamenter

Gulping og oppkast forekommer hos opp til 75 prosent av spedbarn (< ett år). En grundig sykehistorie og klinisk undersøkelse vil i de fleste tilfeller avklare om det dreier seg om en normal refluks eller om barnet kan ha gastroøsofageal reflukssykdom. Før 1-årsalder er 24-timers pH-registrering lite egnet til å skille mellom normal refluks og sykdom. Undersøkelsen bør derfor kun gjøres unntaksvis i denne aldersgruppen. Syrehemmende behandling eller medikamenter som virker på motilitet har ingen effekt ved fysiologisk refluks hos spedbarn, og bruk av protonpumpemhemmere kan ha uheldige bivirkninger på beinbygning og forekomst av luftveisinfeksjoner.

Ikke test med paneler eller spesifikk IgE for mulig allergi mot matvarer uten en grundig gjennomgang av barnets sykehistorie

Allergiprøver (spesifikk IgE) mot matvarer kan ikke alene gir svar på om et barn er al-

lergisk mot denne matvaren. Både paneler og spesifikk IgE mot enkeltallergener kan være positive selv om barnet ikke har allergi. Å ta slike tester uten riktig grunnlag fra sykehistorien, kan føre til at barn feilaktig blir diagnostisert med allergi og får fjernet matvarer fra kosten. Dette kan i verste fall føre til mangelsykdommer og veksthemning. Grunnlag for å ta tester er:

- ❶ Typiske symptomer på straksallergi som kommer minutter til timer etter inntak av en matvare. Vanligvis testes da bare det på aktuelle allergen, ev. benyttes panel ved reaksjon på ukjent allergen.
- ❷ Moderat til alvorlig atopisk eksem. Paneler kan da benyttes som screening, men svarene må tolkes med forsiktighet.

Systemiske steroider til barn med infeksjoner i nedre luftveier bør begrenses til moderate/alvorlige former for laryngitt og akutt bronkopulmonal obstruksjon hos yngre barn med klare holdepunkter for atopisk astma

Systemiske steroider (tabletter, oppløselige tabletter, injeksjoner) gis til et stort antall barn med nedre luftveisinfeksjon, men bør på grunn av manglende effekt og mulighet for bivirkninger begrenses til følgende indikasjoner:

- ❶ Akutt laryngitt: ved moderat eller alvorlig luftveisobstruksjon, primært for å redusere behovet for innleggelse i sykehus.
- ❷ Akutt bronkopulmonal obstruksjon: hos yngre barn med betydelige symptomer der det er klare holdepunkter for at barnet har atopisk astma. Systemiske steroider skal ikke gis til barn med bronkiolitt eller obstruktivitet utløst av virus uten mistanke om atopisk astma. Foreldre bør ikke utstyres med systemiske steroider til egenbehandling av barn i hjemmet.

Unngå å gjøre CT-undersøkelse ved lette hodeskader med lav risiko

Brekninger eller forbigående bevissthets-tap er ikke i seg selv indikasjon for CT. Økt risiko omfatter: Glasgow Coma Scale < 13 (moderat hodeskade), GCS: 14–15 og en av

de følgende: posttraumatisk epilepsianfall, fokale nevrologiske utfall, tegn til skallebrudd, shuntbehandlet hydrocephalus eller koagulasjonsforstyrrelse/ antikoagulasjonsbehandling (lett hodeskade – høy risiko) eller GCS 14–15 og alder > 65 år og platehemmende medisiner (lett hodeskade – middels risiko).

Unngå å gjøre bildediagnostikk ved korsryggsmelter uten varsel-symptomer

Varselsymptomer omfatter: feber eller andre infeksjonstegn, sykehistorikk på skade eller nylig spinalpunksjon, ledsagende allmennsymptomer, ferske vannlatingsvan-sker eller andre alvorlige eller progredierende nevrologiske utfall (som kan gi mistanke om epiduralabscess eller annen infeksjon, epiduralhematom, fraktur, cancer eller cauda equina-syndrom). Ved mistanke om ukomplisert skiveprolaps eller ukomplisert spinalstenose er bildediagnostikk kun indisert etter fire til seks uker konservativ behandling og dersom kirurgi overveies.

Unngå å gjøre bildediagnostikk ved ukomplisert hodepine uten varselssymptomer

Begynn utredningen med hodepinedag-bok. Varselsymptomer omfatter: akutt debut, raskt økende frekvens og alvorlighet av hodepine, hodepine som vekker pasien-ten, svimmelhet, tap av koordinasjon, parestesier eller nummenhet, nye nevrologiske utfall, sykehistorie med cancer eller immunsvikt.

Unngå avansert bildediagnostikk ved fremre knesmerter dersom pasienten ikke har hydrops, låsning eller har forsøkt fysikalsk behandling uten bedring

Fremre knesmerter har oftest patellofemorale årsaker. Konservativ behandling med veiledet styrketrening av korsrygg, bekken og underekstremiteter er førstevalg. Ved manglende bedring, hevelse, klikking eller låsing kan MR være nyttig.

GJØR KLOKE VALG

▼ Gardasil 9

MSD Vaccins

Vaksine mot humant papillomavirus.

Står ikke på WADAs dopingliste

ATC-nr.: J07B M03

C INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 30 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 60 µg, type 18 L1-protein ca. 40 µg, type 31 L1-protein ca. 20 µg, type 33 L1-protein ca. 20 µg, type 45 L1-protein ca. 20 µg, type 52 L1-protein ca. 20 µg, type 58 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 0,5 mg, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥9 år mot følgende HPV-sykdommer: Premaligne lesjoner og kreft i livmor, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typene som vaksinen dekker. Kjønnsvorter (condyloma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typene. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet bør følge offentlige anbefalinger.

Dosering: Brukes iht. offisielle retningslinjer. Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Personer 9-14 år:** Vaksinasjonsplan med 2 doser (0,5 ml ved måned 0 og måned 5-13). Dersom 2. dose gis tidligere enn 5 måneder etter 1. dose skal det alltid gis en 3. dose. Alternativt følg vaksinasjonsplan med 3 doser (0,5 ml ved måned 0, 2 og 6). 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. **Personer ≥15 år:** Vaksinasjonsplan med 3 doser (måned 0, 2 og 6). 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. Personer som tidligere er vaksinert med kvadrivalent HPV-vaksine kan få 3 doser med Gardasil 9. Sikkerhet og effekt for kvinner ≥27 år er ikke studert. Effekt av Gardasil er vist hos kvinner 27-45 år. Basert på sammenlignbar immunogenitet forventes det at Gardasil 9 også har effekt i denne aldersgruppen. **Spesielle pasientgrupper:** **Barn <9 år:** Sikkerhet og effekt er ukjent, ingen tilgjengelige data.

Tilberedning/Håndtering: Ferdigfylt sprøyte klar til bruk. Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før bruk. Kast vaksinen dersom partikler eller misfarging oppdages. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Passende kanylen velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Fest kanylen til sprøyten ved å vri den med klokken. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel og avfallsmateriale skal destrueres iht. lokale krav. **Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltarmuskul eller i det øvre anterolaterale området på låret. Skal ikke injiseres intravaskulært, s.c. eller intradermalt.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet skal det ikke gis flere doser. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine. Vaksinasjon utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber.

Forsiktighetsregler: Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktiske reaksjoner. Synkope, iblant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinasjon, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke nevrologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk-kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert for behandling

av cervix-, vulva-, vaginal- og analkreft, høygradige cervix-, vulva-, vaginal- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virusstyper i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinenes sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsviktivirus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Skal gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenitets- eller effektivitetsdata støtter bytte til andre HPV-vaksiner, derfor er det viktig at samme vaksine forskrives for hele doseregimet.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B M03. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt, uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Tilgjengelige data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinasjon bør utsettes til etter fullført graviditet. **Amming:** Kan brukes til mødre som ammer. **Fertilitet:** Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonstoksisitet i dyrestudier.

Bivirkninger: **Svært vanlige (≥1/10):** Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme. Nevrologiske: Svimmelhet. Øvrige: Pruritus og blåmerker på injeksjonsstedet, feber, tretthet. **Ukjent frekvens:** Blod/lymf: Idiopatisk trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner, bronkospasme og urticaria. Infeksiøse: Cellulitt ved injeksjonsstedet. Muskel-skjelett-systemet: Artralgi, myalgi. Nevrologiske: Akutt disseminert encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom, synkope, iblant etterfulgt av bevegelses- og tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, frysninger, uvelhet.

Overdosering/Forgiftning: Ingen tilfeller rapportert.

Egenskaper: **Klassifisering:** Ikke-infeksiøs, rekombinant 9-valent vaksine med adjuvans, laget av høyrensedde viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de 9 HPV-typene i vaksinen. Basert på epidemiologiske studier, forventes beskyttelse mot HPV-typene som forårsaker ca. 90% av tilfellene av livmorhalskreft, >95% av tilfellene av AIS, 75-85% av CIN 2/3, 85-90% av HPV-relatert vulvakreft, 90-95% av VIN 2/3, 80-85% av HPV-relatert vaginalkreft, 75-85% av VaIN 2/3, 90-95% av HPV-relatert analkreft, 85-90% av AIN 2/3 og 90% av tilfellene av kjønnsvorter. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinasjonstidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke fastslått. 99,6-100% var seropositive for antistoffer mot alle 9 vaksinetypene i 7. måned i alle testgrupper. GMT var høyere hos jenter og gutter 9-15 år enn hos kvinner fra 16 til og med 26 år, og høyere hos gutter enn hos jenter og kvinner. Eksakt varighet av immunitet etter primæraksinasjon er ikke fastslått. Hos gutter og jenter 9-15 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 3 år, og avhengig av HPV-type er 93-99% seropositive. Hos kvinner 16-26 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 3,5 år, og avhengig av HPV-type er 78-98% seropositive.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Administreres så snart som mulig etter uttak fra kjøleskap.

Pakninger og priser: **INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) kr. 1384,80.

Sist endret: 23.05.2017

Referanser:

1. Regjeringen.no <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/gutter-far-tilbud-om-gratis-hpv-vaksine/id2552726/> (sist lest 10.09.18).

2. Juvet L K, Sæterdal I, Couto E, et al. Effect of HPV-vaccination of boys. Report from Kunnskapssenteret (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services) No 1-2015.



HPV-vaksine, også for gutter. Har du vaksinert deg/sønnen din?

Fra i høst får alle gutter i sjuende klasse tilbud om HPV-vaksine i skolevaksinasjonsprogrammet¹. Men hva med resten? Også gutter i andre aldersgrupper kan ha nytte av HPV-vaksine².



UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR GARDASIL 9

KONTRAINDIKASJONER:

Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene. Personer med overfølsomhet etter tidligere administrering av Gardasil 9 eller Gardasil/Silgard bør ikke få Gardasil 9.

FORSIKTIGHET:

Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom.

Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen

Utenforskap – til hvilken

■ **UNE TANGEN** • Seniorrådgiver innovasjon, KS Avdeling: FID Forskning, innovasjon og kvalitetsutvikling

■ **HILDE RAVNAAS** • Rådgiver forskning og utvikling, KS Avdeling: FID Forskning, innovasjon og kvalitetsutvikling



ILLUSTRASJONSFOTO: MIKAEL DAMMER/SCANSTOCKPHOTO



Altfor mange barn som spent møter opp i skolegården første skoledag, vil senere falle ut av skolen, være utenfor arbeidslivet, og stå utenfor samfunnet vi andre er en del av. Måltrettet forebyggende arbeid kan hindre at det skjer. Men da må vi ta oss råd til det, og se forebygging som en investering i mennesker og ikke bare som en utgift i budsjettene.

Nye tall fra OECD viser at rundt ni prosent av alle mellom 15 og 29 år i Norge verken er i arbeid, utdanning eller i annen opplæring (internasjonalt betegnes gruppen som NEET – Not in employment, education or training). Andelen unge uten fullført videregående skole er høyere i Norge enn det gjennomsnittet er for OECD-landene, og tallet er stigende. Ofte vet vi hvem som er i risikozonen for å falle utenfor, men for sjeldent klarer vi å forhindre at det skjer. Det er utfordrende å prioritere forebygging innenfor trange budsjettammer. Og når samfunnet først reagerer settes tiltak ofte inn for sent, de er preget av et gammelt tankesett, og hjelpeapparatet er ikke samkjørt. Samtidig vet vi at forebygging lønner seg, selvsagt menneskelig, men også økonomisk. Vi trenger bedre verktøy som beviser det. Derfor utvikler KS i samarbeid med kommuner og fylkeskommuner nå en økonomisk beregningsmodell som viser hvor mye vi som samfunn kan spare dersom vi klarer å forhindre utenforskap.

Verdien av deltakelse

Utenforskap har store konsekvenser. De menneskelige, i form av ødelagt livskvalitet og tapte muligheter, kan vi ikke sette noen pris på, men vi kan regne ut hva det koster oss som samfunn. Flere studier viser at det lønner seg å vri ressursbruken fra reparasjon til forebygging. Det er god samfunnsøkonomi. Hvorfor forebygger vi da ikke mer?

Forebygging er ofte taperen når offentlige budsjetter vedtas. Årsakene er flere. Gevinstene kommer som regel ikke før etter lang tid, effektene av tiltak er usikre, og det er ikke nødvendigvis det samme budsjettet som har hatt utgiftene som får besparelsene. Det er enklere å bevilge penger til noe som gir raske gevinster og resultater, selv om det ikke er den beste investeringen i det lange løp.

Ved å synliggjøre hvordan utgiftene ved utenforskap fordeler seg på ulike offentli-

ge budsjetter, skal beregningsmodellen vise hvilke kostnader som kan unngås ved å legge større trykk på forebygging. Den samfunnsøkonomiske kostnaden av at en gruppe mennesker står utenfor samfunnet representerer samtidig det økonomiske potensialet som ligger i å satse på forebyggende tiltak. Mer kunnskap om sammenhenger mellom forebygging og samfunns-kostnader gir et bedre grunnlag for å prioritere forebygging.

Å se helheten

Modellen som utvikles skal sørge for at vi ser offentlige budsjetter på tvers og samlet – både internt i kommunene og mellom forvaltningsnivåer, noe som sårt trengs. I dag er tiltaksapparatet sektorinndelt og opererer ofte adskilt fra hverandre. Det gjør det vanskelig å se helheten i problemene og sette inn de rette tiltakene som faktisk kan forhindre utenforskap. Det er et mål at modellen skal bidra til at kommunene og staten kan se ulike sektorer samlet, og sammen kan identifisere felles problemer og sette inn koordinerte tiltak.

En tilleggsambisjon er at bruken av modellen vil stimulere til at vi tenker nytt, både når vi nærmer oss komplekse problemstillinger, og når vi snakker om hvilke tiltak vi kan utvikle og ta i bruk for å løse dem. Kan vi få diskusjoner om forebygging til å bli konkrete og tallfestede klarer, vi forhåpentligvis å åpne opp for muligheter som vi ellers ikke ser.

Fokus på barn og unge

Den budsjettøkonomiske modellen KS er i ferd med å utvikle skal vise hvordan kostnader ved utenforskap og tapte skatteinntekter fordeles på kommune, fylkeskommune og stat. Modellen er foreløpig begrenset til kostnader og tiltak knyttet til barn og unge. Det er kommunene selv som

pris?

Rapport fra et besøk på sykehuset i Ilulissat på Grønland

■ TROND DAAE-JOHANSEN • Fastlege og spesialist i allmenmedisin, Lillegrensens Legesenter, Oslo

har kommet frem til hvilke målgrupper som skal inkluderes, og som har identifisert kostnader knyttet til disse. Eksempler på målgrupper som skal være med i første versjon er ungdom som står i fare for å slutte på videregående skole eller allerede har sluttet, barn som er utsatt for omsorgssvikt, og barn og unge med psykiske lidelser. Etter hvert vil modellen kunne utvides til å gjelde flere målgrupper og tiltak. Det vil bli laget beregninger for både korte og lange tidsperspektiver. Modellen beregner ikke effekten av tiltak, men viser besparelser gitt en antatt effekt av et forebyggende tiltak eller en investering. Hovedmålsetningen for KS og for kommunene som deltar i utviklingen av den økonomiske beregningsmodellen er at vi som samfunn – og som sektor – klarer å prioritere riktigere og snu en del av ressursbruken fra reparasjon til forebygging.

Modellen blir lansert høsten 2018. Parallelt med modellutviklingen lages det en opplæringspakke som skal gjøre det enklere for kommunene å beregne hvor mye det lønner seg å investere i forebyggende tiltak. Etter lanseringen går KS også ut med et tilbud til om å delta i nettverk der modellen prøves ut, og kommuner og fylkeskommuner kan lære av hverandre.

Vi må forebygge mer for å reparere mindre. Et fjell som står i fare for å rase, blir sikret. Hvorfor gjør vi ikke det samme med våre barn og unge?

KILDER

- Investing in Youth: Norway, OECD-rapport: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/investing-in-youth-norway_9789264283671-en
- Informasjon om modellen på nettsiden til KS: <http://www.ks.no/arrangementer/ks-pa-arendalsuka-2018/teller-vi-det-som-virkelig-teller/>
- KS er kommunesektorens organisasjon. Alle norske kommuner og fylkeskommuner er medlemmer i KS, samt et stort antall kommunale foretak. KS visjon er en selvstendig og nyskapende kommunesektor. KS arbeider for å sikre kommunesektoren best mulig rammebetingelser for å kunne utvikle gode lokalsamfunn med lokalt tilpassede velferdstjenester.

■ UNE.TANGEN@KS.NO
■ HILDE.RAVNAAS@KS.NO

Spennende besøk på Grønland inspirerte til å jobbe som allmenmedisiner på verdens største øy.

Jeg ble invitert til Grønland av en bekjent fra Danmark, som jobber der som konsulent innenfor ledelse og organisasjonsutvikling i helsevesenet. I den forbindelse var jeg på besøk på sykehuset i Ilulissat på Vest-Grønland. Der fikk jeg omvisning og en god samtale med den ledende regionslege for region Nord, Peter Vedsted.

Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk er hovedsykehuset for hele Grønlands befolkning.

Jeg besøkte Kangerlussuaq på Vest-Grønland. Sykehuset i Kangerlussuaq har regionansvar for den nordlige delen av Grønland, deriblant sykehuset i Ilulissat som jeg besøkte. Sykehuset som drives av allmennleger og en kirurg, har ansvar for ca. 4600 innbyggere. Sykehuset har et laboratorium som tar de vanligste prøver, vanlig røntgenapparat og ultralyd. Sykehuset har 22 senger og fødselsberedskap med to jordmødre. Det er ca. 150 fødsler om året på sykehuset. Språket er grønlandsk, men halvparten av innbyggerne snakker og forstår dansk. Sykehusansatte har tilgang til tolk hele tiden og kommunikasjonen gikk greit, også for meg.

Sykehuset får av og til spesialister fra Danmark som er der en uke av gangen. Da samler man opp pasienter som får tilpasset utredning og behandling. Legene har tilgang til telemedisin enten til Nuuk, København eller Aarhus. Foruten sykehuset i Ilulissat, har legene ansvar for å dekke opp for såkalte Sundhetssentre langs kysten nordover i Qaanaaq, Upernavik og Uummannaq. Helsepersonell blir fløyet opp til disse små stedene for å jobbe i kortere perioder.

Jeg ble fullstendig fascinert av Grønland og ikke minst av grønlandere. De er utrolig hyggelige og takknemlige for leger som kommer og jobber i kortere eller lengre perioder. Det er hele tiden behov for vikarer. Inntjeningen er god. Flybilletten blir dekket, og man betaler selv for leie av leilighet. Jeg har selv tenkt å jobbe der som allmenlege i en seks ukers periode i nærmeste fremtid. Dersom noen er interessert, kan dere kontakte meg eller regionslege Peter Vedsted.

■ VEDS@PEQKIK.GL
■ TRONDDAAE@GMAIL.COM

Sykehuset i Ilulissat på Grønland.



FAKTA OM GRØNLAND

- GRØNLANDSK NAVN: Kalaallit Nunaat («menneskenes land»)
- Hovedstaden er Nuuk (Godthåb)
- Grønland er verdens største øy
- Is dekker 81 prosent av øya
- Folketall er 56 000
- Det er store sosiale problemer
- Alkoholmisbruk er omfattende
- Turisme er viktig for samfunnsøkonomien

Grundig og god lærebok i psykiatri



Ulrik Fredrik Malt, Ole A. Andreassen m.fl.

Lærebok i psykiatri

4. utg. 1060 s, tab, ill. Oslo:

Gyldendal Akademisk, 2017

Pris NOK 1049

ISBN 978-82-05-49463-3

Dette er den mest omfattende læreboken i psykiatri i Norge. Målgruppen er alle som ønsker og trenger en grundig innføring i fagfeltet. Boken er essensiell for psykiatere og vil være nyttig å ha på fastlegekontoret. Allmenn- og samfunnsmedisinere som jobber med psykiatriske problemstillinger vil også kunne ha glede av boken.

Boken er på nærmere 1000 effektive sider og består av 32 kapitler. Den har et fylldig stikkordsregister som det er lett å finne frem i. Det er mer et oppslagsverk der man fordyper seg i det man til enhver tid trenger, enn en bok man leser fra perm til perm. Ved sistnevnte strategi vil boken kunne oppleves som noe tung å komme gjennom.

Allmennlegene har fått sitt eget kapittel: «Akuttpsykiatri i allmennpraktisk». Her er gode råd for akuttmedisinering og praktisk og enkelt om vilkår for tvangsinnleggelse, prosedyre ved akuttinnleggelse og transport til sykehus.

Det er lett å orientere seg i kapitlene om de spesifikke psykiske lidelsene og raskt få oversikt over det som står om diagnostikk, differensialdiagnostikk og behandling av f.eks. bipolare affektive lidelser eller angstlidelser. Det er et godt grep å starte kapitlene med kliniske case og avslutte med kommentarer til sykehistoriene.

Et eget kapittel er viet psykofarmakologisk behandling, og dette har høy praktisk nytteverdi. Eksempler på dette er tabell med håndtering av vanlige problemer ved bruk av antidepressiva, retningslinjer for litiumbehandling av gravide og omtale av førerkortkrav ved bruk av psykofarmaka.

Det er fire spesialkapitler jeg finner særlig nyttige: alderspsykiatri fordi det blir stadig viktigere kunnskap i en aldrende befolkning, selvmord fordi de fleste av oss får det nært inn på livet i en eller annen form og lovverk fordi man ikke kan jobbe med psykiatriske problemstillinger uten god forståelse og kompetanse på dette området. Det siste er sammenhengen mellom somatisk sykdom og psykiske lidelser i det interessante kapittelet om konsultasjon-liaison psykiatri. ECT-behandling er tilgodesett med noen sider under «andre biologiske behandlingsformer».

Det jeg har å utsette er ikke mye. Siden

boken er så omfattende kunne kapittelet på 20 sider om psykiatriens historie med fordel blitt tatt ut. Det samme gjelder historiske anekdoter og betraktninger i andre kapitler. Etter min mening blir det historiske her mer fyll enn nyttig saksinformasjon. Jeg irriterer meg over plutselige endringer i skrifttype og det virker noe tilfeldig hva som får liten skrift og hva som får normal skrift. Mulig dette er gjort for å spare plass? I tilfelle kunne systematikken vært bedre.

Kapittel 7 om den psykiatriske undersøkelsen er nyttig å lese, men noen av påstandene burde nyanseres mer og oppdateres til vår tid. F.eks. «Typisk er det vanligere at menn angir konen som den eneste man «kan snakke med om personlige ting». Kvinner vil oftere også kunne anføre et par venninner.» Forholder det seg virkelig slik i dagens samfunn? Påstanden om at leger bør unngå å ta imot pasienter i T-skjorte «uten krave» med mindre pasientene går kledd på samme måte oppleves noe belærende. Forfatterne av kapittelet legger flere steder normative føringer for den psykiatriske undersøkelsen og møtet med pasienten som mer ser ut til å være uttrykk for deres private syn enn allmenngyldige regler. Dette kapittelet burde vært bedre redigert. Men dette er bagateller i den store sammenheng.

Oppsummert er dette en grundig og god lærebok i psykiatri som jeg absolutt vil anbefale.

INGER MARIE FOSSE

Spesialist i samfunnsmedisin og psykiatri

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode **primærmedisin**

Leger leser hver dag, journaler, rapporter, epikriser og fagblader. Men hva leser legen utenom faglig relatert litteratur? Og når leser legen dette – om kvelden, i helgene, i feriene, lydbok i bilen på vei fra jobb? I denne spalten ønsker vi å lese om akkurat det, om boka legen leser og hvorfor akkurat den boka ble valgt.

HVA LESER..

Anne Grethe Olsen?

Hva leser du nå Anne Grethe Olsen, allmennlege og samfunnsmedisiner, og Kvalitets- og utviklingssjef i Finnmarkssykehuset?

– Jeg er akkurat ferdig med boka «Mare» av Kristin Sørdsdal. Den handler om båtflyktningers første møte med Europa. Mottagelsen de får etter den farefulle og dramatiske reisen er alt annet enn god. En tankevekkende bok hvor vi får ta del i flere menneskeskjebner og i dramaet som fortsatt utspiller seg langs Sør-Europas yttergrense. «Mare» handler også om havet, som tittelen tilsier, og om å svømme langt og nesten ut dit hvor en båt med over 300 mennesker gikk ned. Om å undre seg over hvordan det skjedde og å sørge over livene som gikk tapt.

Hvorfor valgte du denne boka?

– Jeg er med i en lesering, og en av de andre som er med foreslo «Mare», og den passet jo godt akkurat nå. Båtflyktningene

betaler dyrt for en livsfarlig reise, i håp om å få et bedre liv. Det er mange triste skjebner i dette, og noens ønsker om profit opprettholder denne farlige og uverdige transporten av mennesker, hvor det befinner seg både kvinner og barn.

Hvor leser du?

– Jeg leser stort sett når jeg er på reise og på hytta. Har lest mange gode bøker på flyplasser og ombord i fly. Det er fin avkobling og korter ned reisen. Akkurat denne boka var ikke avslappende lesing, men jeg leste den fort, og den satt. Og den skapte selvsagt diskusjon i leseringen.

Hvilke bøker vil du helst lese?

– Jeg liker best bøker med gode fortellinger, som er så fengende eller gripende at jeg ikke vil legge boka fra meg. Åsne Seierstad, Orhan Pamuk, José Saramago, Helga Flatland og Roy Jacobsen leser jeg gjerne.

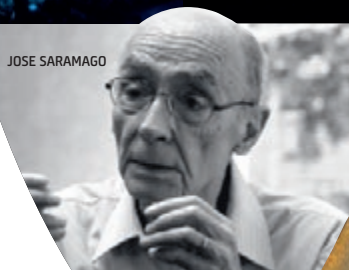


De drar meg inn i bøkene sine og der blir jeg til siste

side. Når en bok er god, så leser jeg den fort, og kan bli litt overrasket når fortellingen plutselig er over.

Har du en bokanbefaling til Utpostens lesere?

– Alle de forfatterne jeg har nevnt har skrevet mange gode bøker, men hvis jeg skal nevne en bok som jeg husker godt og likte å lese, og som jeg ønsket kunne vare mye lenger, så var det *Girl with a pearl earring* av Tracy Chevalier. En annerledes kjærlighetsroman basert på et av maleren Johannes Vermeers mesterverk. Det er mange år siden jeg leste den, men jeg husker fremdeles den spesielle stemningen i boka.



Bivirkningsrapportering nytter: pregabalin

Norske leger og annet helsepersonell har gjennom bivirkningsmeldinger og henvendelser til RELIS bidratt til å avdekke at pregabalin har et betydelig misbruks- og avhengighetspotensial som ikke var kjent da legemidlet ble markedsført (1).

Statens legemiddelverk har fulgt opp signalene, og har etter en grundig gjennomgang av innrapporterte bivirkningsmeldinger og publisert litteratur besluttet å flytte pregabalin (Lyrica) fra reseptgruppe C til reseptgruppe B. Endringen trådte i kraft 1. juni 2018 (2). Hensikten med endring av reseptgruppestatus er å tydeliggjøre risikoen for misbruk og avhengighet både for forskriver og pasient (2, 3).

Høyt forbruk hos enkelte brukere

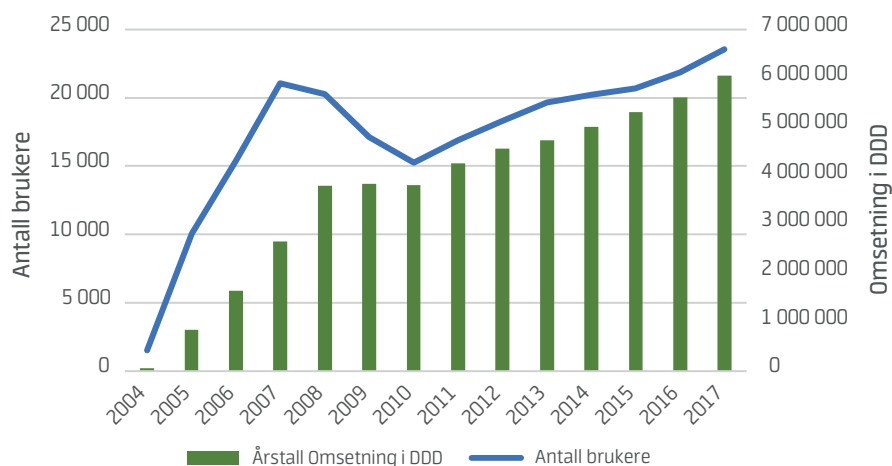
Lyrica fikk markedsføringstillatelse i Norge i 2004. Preparatet er godkjent for bruk ved nevropatisk smerte, epilepsi og generalisert lidelse, men brukes også en del off-label ved andre indikasjoner (1, 2). Maksimale anbefalte døgndoser er 600 mg (4). Forbruket har økt opp gjennom årene, og tall fra Reseptregisteret viser at om lag 23 500 norske pasienter fikk forskrevet og utlevert pregabalin i 2017 (FIGUR 1) (5). Den

forbigående nedgangen etter 2007 kan skyldes endring i refusjonsreglene (3). Omsetningen målt i form av definerte døgndoser (DDD, 300 mg/døgn for pregabalin) gikk ikke tilsvarende ned i denne perioden, noe som må skyldes økt forbruk blant brukerne som helhet eller i enkelte subgrupper. Flere senere publikasjoner har indikert bruk av supratherapeutiske doser hos enkelte pasienter, noe skandinaviske forbruksdata bekrefter:

- Norge (6):
 - 0,6 prosent av pregabalinbrukerne fikk forskrevet minst fem ganger DDD
 - 0,01 prosent fikk minst ti ganger DDD
- Sverige (7):
 - 8,5 prosent av pregabalinbrukerne fikk forskrevet doser >600 mg/dag
- Danmark (7):
 - 9,6 prosent av brukerne fikk forskrevet >600 mg/dag
 - 0,65 prosent fikk >1200 mg/dag.

Illegale omsetning er ikke medregnet i disse tallene.

FIGUR 1. Utvikling av antall norske brukere av pregabalin og DDD (definerte døgndoser) fra preparatet kom på markedet i 2004 og frem til nå. Med brukere menes pasienter som har fått forskrevet og utlevert legemidlet. Tallene er hentet fra Reseptregisteret (5).



Signalgenerering og oppfølging av signalene

RELIS fikk allerede i 2005 det første signalet om at pregabalin kunne ha et misbruks- og avhengighetspotensial (8), og dette ble etterfulgt av flere titalls bivirkningsmeldinger med mistanke om eufori, misbruk, avhengighet, toleranseutvikling og/eller seponeringsreaksjoner ved bruk av pregabalin. Signalet i de norske rapportene ble etter hvert også styrket av rapporter fra andre land, og i 2010 ble preparatomtalen oppdatert med informasjon om at tilfeller på misbruk av pregabalin var registrert, at forsiktighet bør utvises hos pasienter med kjent rusmisbruk, samt at man bør overvåke for symptomer på misbruk hos pasienter som bruker pregabalin (1).

Ruseffekt

Det er i de siste årene også publisert flere studier og oversiktsartikler om temaet, som levner liten tvil om at pregabalin har et betydelig misbruks- og avhengighetspotensial (7, 9, 10). Pasienter har beskrevet rus symptomer blant annet i form av «å være høy», noen har sammenlignet det med ruseffekten de får av benzodiazepiner, amfetamin eller alkohol, og flere har angitt at de har brukt pregabalin for å potensere effekten av andre rusmidler. Det er rapportert om alternative administrasjonsmåter i form av injeksjon og sniffing, samt illegal omsetning av legemidlet. Preparatet er også omtalt i diverse internettfora, der erfaring med legemidlets ruseffekter deles (1, 3, 7–11).

Hvem er i risikogruppen?

De fleste rapportene og studiene viser misbruk av pregabalin hos pasienter med kjent rusmisbruk, og risikoen for misbruk synes dermed å være klart størst i denne brukergruppen (1, 7, 9, 10). Det foreligger også et fåtall rapporter om misbruk av pregabalin hos pasienter uten tidligere historikk på rusmisbruk (1). Forskrivere bør der-

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

er flyttet til reseptgruppe B



for være årvåkne for tegn til misbruk hos alle som bruker legemidlet, for eksempel dersom pasienten etterspør økende forskrivning. Det er vist toleranseutvikling for den euforiske effekten av pregabalin, og flere rapporter beskriver pasienter med selvinitierte doseøkninger til over 2000 mg daglig, og i noen tilfeller enda høyere (1, 7–11).

Ubehagelige seponeringsreaksjoner

Mange rapporter beskriver seponeringsreaksjoner etter bruk av pregabalin, og insidens og alvorlighetsgrad av reaksjonene synes å være doserelatert (4, 12). Det er blant annet rapportert om insomni, hodepine, kvalme, diaré, angst, influensasymptomer, nervøsitet, rastløshet, depresjon, smerte, kramper, hyperhidrose og svimmelhet. Noen pasienter har hatt behandlingskrevende seponeringsreaksjoner og behov for innleggelse på institusjon for nedtrapping og seponering. Enkelte rusmisbrukere har gitt uttrykk for at seponering av pregabalin har vært svært krevende (1, 12). For å redusere risiko for seponeringsreaksjoner er det i preparatomtalen anbefalt gradvis nedtrapping over minst en uke. (4) Seponeringsreaksjoner er også rapportert til tross for gradvis nedtrapping, både hos pasienter som har misbrukt pregabalin og etter vanlig terapeutisk bruk (1). Det er derfor grunn til å anbefale individuell nedtrappingsplan, med lengre ned-

trappingstid jo lengre pasienten har brukt legemidlet (12).

Fare for misbruk avdekket av bivirkningsmeldinger

Da pregabalin kom på markedet, tydet dokumentasjon som lå til grunn for markedsføringstillatelsen på lavt avhengighets- og misbrukspotensial (11). Slike bivirkninger er imidlertid vanskelig å avdekke i kontrollerte studier utført på et begrenset antall og sterkt selekterte pasienter som følges nøye opp. Overvåkning etter markedsføring er derfor viktig. Ved hjelp av årvåkne helsepersonell som har meldt fra om sine mistanker om at preparatet ble misbrukt og førte til avhengighet har man altså avdekket at dette kan være et problem ved bruk av pregabalin, noe endringen av reseptgruppe understreker. Dette viser at det nytter å melde fra om mistenkte bivirkninger.

Meld bivirkninger!

Har du observert problemer med misbruk eller seponeringsvansker knyttet til legemidler eller andre alvorlige eller uventede bivirkninger? Da oppfordrer vi deg til å melde det som bivirkning til RELIS. For å kunne avdekke potensielt nye bivirkninger og identifisere risikofaktorer er vi avhengig av årvåkne leger som melder fra om sine observasjoner. Denne type bivirkninger er ikke

alltid kjent når nye legemidler blir markedsført. Økt kunnskap om legemidlenes sikkerhetsprofil vil komme både deg som forskriver og dine pasienter til gode.

REFERANSER

1. Nordmo E, Vorren S. Lyrica – norske bivirkningsmeldinger om misbruk. www.relis.no (Publisert: 16. september 2014).
2. Statens legemiddelverk. Pregabalin (Lyrica) flyttes til reseptgruppe B. www.legemiddelverket.no (Publisert: 9. mai 2018).
3. Statens legemiddelverk. Høringsbrev – endring av reseptgruppe for pregabalin. www.legemiddelverket.no (Publisert: 3. september 2014).
4. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Lyrica. <http://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 12. januar 2018).
5. Reseptregisteret. www.reseptregisteret.no (Søk: 12. juni 2018).
6. Landmark CJ, Fossmark H et al. Reseptregisteret og misbruk av pregabalin. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131 (3): 223.
7. Evoy KE, Morrison MD et al. Abuse and misuse of pregabalin and gabapentin. *Drugs* 2017; 77(4): 403–26.
8. Widnes SF, Bakkebø T. Pregabalin og rus. www.relis.no (Publisert: 27. september 2007).
9. Bonnet U, Scherbaum N. How addictive are gabapentin and pregabalin? A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017; 27(12): 1185–215.
10. Schjerning O, Rosenzweig M et al. Abuse potential of pregabalin: a systematic review. *CNS Drugs* 2016; 30(1): 9–25.
11. RELIS database 2014; spm.nr. 3594, RELIS Nord-Norge (www.relis.no).
12. RELIS database 2017; spm.nr. 4997, RELIS Nord-Norge (www.relis.no).

ELISABET NORDMO
cand.pharm., RELIS Nord-Norge
SOLVEIG VORREN
cand.pharm., RELIS Nord-Norge

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

Velkommen og lykke til! ➡ Tove Rutle – lagleder

'Ferdaminne frå sumaren 1860'

Det er 200 år sidan Åsmund Olavson Vinje vart fødd.

Eirik farbror, fjellbonden, siterte store deler av diktsyklusen *Storegut* utanboks. Der fann han tankegods han kjende seg att i. Me fem brør skifte på å vera drengjer. Drifta var på gamlemåten, og den gjekk føre seg med lå, rive, børatau og lauvkniv. Blakken med høysleden gjorde sitt, ei lita 12 år gamal tohjult slåmaskin var nyvinninga! Inneforinga vara lenge, heile sumaren gjekk med til slått, høyturk og høyberging.

Bonden søkte livd frå mas og dei lange arbeidsdagar i heia. På laurdagen la me i veg opp dei frodige bratte liar, over skura granitt og ned røsslyngmoar til støls. Den lange Remingtonhagla, dei granne snøre og små onglar baud på spenning, fjella på estetikk og mystikk. Fjellheimen skifte ham etter lys og verlag. Me vart kjende med og glade i liar og nutar, trødde mjukt i lyng og hoppa på steinar over bekken. Påskeveke budde me på stølen og rende heia rundt på ski.

Diktet, hymnen til fjell-Noreg, er å finna i *Ferdaminne frå sumaren 1860*. Det er råd å leggja bort nasjonalromantikken og gi strofene eit varare uttrykk.

Kvar gong eg ser att «mine» fjell, løyser kjenslene ut opningsstrofa. Eg kviskrar orda til meg sjølv og finn meg att.

Eg utfordrar Hildegunn Hals Bjelland til neste innlegg i lyrikkstafetten.

Helsing frå
ASLAK BRÅTVEIT

Ved Rundarne

No seer eg atter slike Fjell og Dalar,
som deim eg i min første Ungdom saag,
og sama Vind den heite Panna svalar;
og Gullet ligg paa Snjo, som før det laag.
Det er eit Barnemaal, som til meg talar,
og gjer meg tankefull, men endaa fjaag
Med Ungdomsminne er den Tala blandad:
Det strøymmer paa meg, so eg knapt kan anda.

Ja, Livet strøymmer paa meg, som det strøymde,
naar under Snjo eg saag det grøne Straa.
Eg drøymmer no, som før eg altid drøymde,
naar slike Fjell eg saag i Lufti blaa.
Eg gløymmer Dagsens Strid, som før eg gløymde,
naar eg mot Kveld af Sol eit Glimt fekk sjaa.
Eg finner vel eit Hus, som vil meg hysa,
naar Soli heim mot Notti vil meg lysa.

Alt er som før, men det er meir forklaarat,
so Dagsens Ljos meg synes meire bjart,
og det, som beit og skar meg, so det saarat,
det gjever sjølv Skuggen mindre svart:
sjølv det, som til at synda tidt meg daarat,
sjølv det gjer harde Fjellet mindre hardt.
Forsonad' koma atter gamle Tankar:
det sama Hjarta er, som eldre bankar.

Og hver ein Stein eg som ein Kjenning finner,
for slik var den, eg flaug ikring som Gut.
Som det var Kjæmper spyr eg, hvem som vinner
af den og denne andre haage Nut.
Alt minner meg; det minner, og det minner,
til Soli ned i Snjoen sloknar ut.
Og in i siste Svevn meg eingong huggar
dei gamle Minne og dei gamle Skuggar.

En enkel blodprøve oppdager hjertesvikt!

NT-proBNP – den diagnostiske testen ved hjertesvikt brukes over hele verden. Men visste du at den er norsk?

Tekst og foto: Julie C. Knarvik

Mye takket være en utradisjonell sjef som oppmuntret til å tenke ukonvensjonelt, viste Christian Hall, som da var forsker ved Institutt for kirurgisk forskning på Rikshospitalet, en bruk av det biologisk inaktive peptidhormonet NT-proBNP for å diagnostisere hjertesvikt på en rask, enkel og sikker måte.

I dag er måling av NT-proBNP, gjennom en blodprøve, et viktig verktøy for å diagnostisere hjertesvikt. Ved hjelp av et håndholdt apparat (cobas h 232) kan fastlegen få svar på minutter, istedenfor å sende inn en blodprøve til et klinisk-kjemisk laboratorium. Testen brukes i dag av leger i hele verden.

- Jeg stod for mye av forskningen rundt biomarkøren NT-proBNP, sier Christian Hall, Overlege, Kardiologi, Ringerike Sykehus og professor ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo.

Dette forskningsarbeidet foregikk hovedsakelig på 90-tallet og ble et viktig fremskritt i diagnostiseringen av hjertesvikt.

- Å diagnostisere hjertesvikt med blodprøve den gangen var ikke rasjonelt. Det passet ikke inn i måten man tenkte på hjertesykdom. Men miljøet på instituttet elsket frem en uvant måte å tenke på. Via nordmannen Johan Sundsfjord, ved Universitetet i Tromsø, ble jeg klar over disse hormonene som ble beskrevet på 80-tallet som natriuretiske hjertepeptider. En av de er proBNP, forklarer Christian.

En unik oppdagelse

Etter nitidig arbeid i laboratoriet så han og medarbeiderne hvordan peptidene kunne brukes.

- På den tiden var hormonelle mekanismer ved hjertesvikt et hett forskningstema. Jeg hadde en forskningsgruppe med flotte medarbeidere som dro lasset sammen med meg. Vi jobbet med en eksperimentell modell på hjertesvikt og tok blodprøver av dyr i narkose før og under hjertesvikten. Så analyserte vi ulike hormoner i blodet. Vi fant store endringer og så at dette forandret seg under hjertesvikt. Slik kom vi på sporet av at dette kunne være en ny diagnostisk test for hjertesvikt, forteller Christian.



Fra laboratoriet og ut i verden!

Det er en lang vei fra man gjør en betydningsfull oppdagelse til den kommer leger og pasienter til gode. Det første som måtte på plass var patentering. En annen viktig faktor var en interessert partner.

- Det fant vi i Roche. Jeg møtte en representant fra Roche på en kongress, Bhuvnesh Agrawal. Han hørte et foredrag jeg holdt og tok kontakt. Jeg sa at vi har en kjempeinteressant biomarkør som jeg ikke har nevnt i foredraget. Han tente på ideen. Roche så et behov og et marked. Etter lange forhandlinger lisensierte Roche biomarkøren. For å få markedsført et nytt medisinsk verktøy må det store muskler til. Uten Roche, som et verdensomspennende selskap, hadde vi ikke vært der vi er i dag! Vi begynte i Norge, som første sted i verden, å tilby det til allmennlegene, forteller Christian.

Et stykke norsk hjerteforskningshistorie!

Internasjonale forskningsmiljøer så til Norge. Dr. Braunwald sa: *"So you have invented the creatinine of heart failure!"*

- Tidlig i fasen presenterte jeg ideen for en av verdens fremste kardiologer, Eugene M. Braunwald. Han så med en gang mulighetene. Det er når du får uventede resultater at de er verdifulle. I dag bruker vi ofte denne testen som en innledende diagnostisk test. Er det utslag, går vi videre og gjør ultralyd. Er testen normal, er det stor sannsynlighet for at hjertet er friskt. Er den forhøyet, må legen finne ut hvorfor den er det, sier Christian.

- Verdien av ett prøveresultat er svært høy, sier sønnen, Trygve S. Hall, lege ved medisinsk klinikk på Ullevål sykehus.

Da han startet som lege i 2007, var ikke bruken så utbredt som idag.

- Nå er det i guidelines for hjertesvikt diagnostikk og behandling. Det betyr at det internasjonale miljøet mener at dette skal brukes. Nå er det en standard test legene bruker hos pasienter med hjertesykdom, sier Christian.

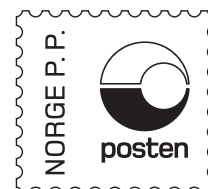
Verdien av et raskt prøveresultat

Med et håndholdt analyseapparat på kontoret, kan legen på få minutter få analysert prøven.

- Hovedgevinsten er å utelukke hjertesykdom. Det er bra å bruke denne testen hvis man vurderer hjertesvikt som årsak til pasientens symptomer. Du kan komme tidlig inn siden testen er sensitiv. I mange tilfeller kan det føre til at oppstart av behandling skjer på et tidligere stadium. En større styrke for allmennleger er nok allikevel en negativ test, siden dette betyr at hjertesvikt som årsak til symptomene er svært usannsynlig. Ved bruk av testen kan en og identifisere pasienter som bør vurderes for videre undersøkelser.

Ønsker du å lese hele det spennende intervjuet med Trygve og Christian Hall, ta kontakt med oss i Roche: Liv-Janne Øvrebust /Tove Ofstad

Roche Diagnostics Norge AS, Postboks 6610 Etterstad, 0607 Oslo, tlf: 23 37 33 00



Avsender:
RMR Utposten
Sjøbergveien 32
2066 Jessheim



Hove
Total



Nyhet! Hove Total

Vi leverer en unik skyløsning hvor du får tilgang til journalsystemet System X samt andre produkter og tjenester. Effektiviser ditt legekantor med Hove Total!

Kontakt oss for mer informasjon

tlf: 48 22 57 80

mail: salg@hovemedical.no



Hove
Medical