



Utposten

6 2018
ÅRGANG 47

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Bli kjent med
Einars metoder

Kronisk fatigue
Pneumokokkvaksine
Møteplass Oslo

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: Kai Krog Halse

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER: Samhandling uten bakkekontakt
Dag-Helge Rønnevik

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:
Einars metoder
Einar Braaten intervjuet av Tom Sundar

7 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:
Kronisk fatigue – ei utfordring i klinisk praksis
Roald Omdal og Geir Sverre Braut

12 'Preventing overdiagnosis' – konferanse i København
Kjell-Arne Helgebostad

16 Pneumokokkvaksine til eldre og risikogrupper
Brita Askeland Winje og Didrik Frimann Vestrheim

22 Hvem tar initiativ til henvisninger?
Olav Thorsen

24 Møteplass Oslo – en arena for utvikling
av medisinsk samhandling i hovedstadsområdet
Bente Thorsen, Kari Skredsvig og Ellen Anita Fagerberg

28 Hurra for sukkeravgift som virkemiddel!
Knut-Inge Klepp

32 Steril prosedyre ved sårlukking i allmennpraksis og legevakt?
Knut Steen, Tone Morken og Steinar Hunsbår

38 Hva var det med denne Julian Tudor Hart?
Steinar Westin

41 BOKANMELDelse:
En sjeldent vakker bok
«Schizofreni – en forstyrrelse av selvet» anmeldt av Eli Berg

42 BOKANMELDelse:
En perle for leger
«Vitenskapsteori for helsefagene» anmeldt av Eli Berg

44 BOKANMELDelse:
Pensumkandidat?
«Å bli frisk» anmeldt av Eli Berg

45 FASTE SPALTER

LEGEN LESER **45**

RELIS **46**

LYRIKKSTAFETTEN **48**

Samhandling uten bakkekontakt

I kjølvannet av samhandlingsreformen har det i hele landet blitt etablert omfattende samhandlingsstrukturer for oppfølging av de nye lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak (1). Organiseringen kan variere litt fra region til region, men er tuftet på en nasjonal veileder (2) slik at alle har en felles grunnstruktur. F.eks. er *topplederforum* og *samhandlingsutvalget* i Helse Fonna HF noenlunde det samme som *partnerskapsmøter* og *administrativt samhandlingsutvalg* ved Sykehuset Østfold HF.

Felles for de fleste av disse utvalgene er at fastlegene ikke har fått (eller tatt) en plass rundt bordet. De har dermed ikke vært involvert i å planlegge og avtale hvem som skal gjøre hva av medisinske oppgaver etter samhandlingsreformen. Samarbeidet har mange steder vært preget av ensidige beslutninger fra sykehuset uten involvering av eller systematisk informasjon til fastlegene. Samhandlingen har i så måte hatt manglende bakkekontakt. Men vi ser nå tegn til bevegelse på gras-rot. Ved St. Olavs hospital HF er det etablert et eget legeutvalg (3), og et annet skal være i ferd med å konstituere seg i Sør-Trøndelag. Vi følger også med på erfaringene fra SUFF (samhandlingsutvalg for fastleger) i Helse Sør-Øst, og hva som skjer med praksiskonsulentordningen (PKO) som trenger en tydeligere forankring og profil enn den har i dag.

Dette er en utvikling *Utposten* er opptatt av å følge med på. Vi har derfor fått Bente Thorsen til å skrive for oss i dette nummeret. Hun er samhandlingsoverlege og praksiskoordinator i PKO ved UiO. Hun har sammen med to kolleger skrevet en artikkel om *Møteplass Oslo*, en ny arena for leger i og utenfor sykehus i hovedstadsområdet. Dette er arbeid som bør være av interesse for alle som er opptatt av utviklingen av primærhelsetjenesten og

fastlegers deltakelse i samhandling og utviklingsarbeid. Møteplass Oslo har blant annet gitt opphav til *anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus*, som senere har blitt videreutviklet til en nasjonal mal i regi av en ny faggruppe for samhandling i Legeforeningen (4). Dette kan inspirere til liknende prosesser i andre deler av landet, der målet må være at de som sitter tett på pasientforløpene og vet hvor skoen trykker faktisk får være med på å bestemme.

På ulikt vis, men alltid med medisinsk kunnskap i bunn, har vi som leger et felles samfunnsoppdrag med den samme befolkningen som målgruppe. Samtidig som vi fanger opp og behandler nye tilfeller, må vi forsøke å demme opp for sykdom, også med virkemidler utenfor helsevesenet. Det beste pasientforløpet er tross alt, å ikke bli pasient. Kan vi trekke en rød tråd fra Møteplass Oslo til for eksempel den nye sukkeravgiften? Ja, la oss prøve. Et av områdene helseforetak og kommuner skal inngå samarbeidsavtale på handler om forebygging (punkt 10 i § 6-2 i helse- og omsorgstjenesteloven). Kommuner og helseforetak kan, om de vil, for eksempel bli enige om hvordan de kan samarbeide for å forebygge for eksempel økende forekomst av overvekt og diabetes i befolkningen.

Som universelt tiltak er myndighetenes avgiftspolitikken et viktig virkemiddel. Men hvor godt treffer de ulike avgiftene? Knut Inge Klepp ved Folkehelseinstituttet har i dette nummeret skrevet en artikkel om den omdiskuterte sukkeravgiften: Hvorfor reageres det så sterkt på den nye sukkeravgiften, og hvorfor er prisvirke-middelet et godt tiltak for å redusere sukkerinntaket spesielt blant barn og unge? Kanskje finner du gode argumenter du kan bruke når du havner i diskusjoner om norsk avgiftspolitikken? Mange mener visst sukkeravgiften er tullete, men slik

var det også da røykeloven kom. Hva vil vi tenke om ti år fra nå? NRKs program *Folkeopplysningen* satte nylig fokus på sukker og kan supplere vår forståelse av sukker som næringskilde og potensiell årsak til sykdom. Hva tenker *du* om sukker, forekomst av diabetes, overvekt og den nye sukkeravgiften? Kanskje er det et godt tema for diskusjon i lunsj-pausen på arbeidsplassen din.

Samhandling i helsetjenestene bør handle om det pasient- og befolkningsnære; det er der verdiskapingen i skjer. Fra avgifts-politikk og rutiner om samhandling til behandling av diabetikere; vi trenger leger langs hele linja som sørger for bakkekontakt. En med en solid porsjon bakkekontakt er kommuneoverlege Einar Braaten i Øvre og Nedre Eiker. I en årrekke har bloggen hans vært det nærmeste vi har kommet en lærebok i praksisnær kommunal samfunnsmedisin. Da han sist hadde kommuneoverlegepermisjon, var han vikar i Vei og park og kjørte opp skiløyper. Den røde tråden er lang, og Braaten er vårt intervjuobjekt i dette nummeret.

Med det går vi inn for landing.

God fornøyelse!

DAG-HELGE RØNNEVIK

REFERANSER

1. Lov om helse- og omsorgstjenester, §§ 6-1–6-6. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_6
2. Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
3. Utviklingsplan St. Olavs hospital HF. <https://stolav.no/Documents/Utviklingsplan/Utviklingsplan%20vedtatt%2022.02.2018.pdf>
4. Mal for avtale om samarbeid mellom fastleger og sykehus. <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/4c680a9c307640eaffda379b98f7528/anbefalinger-om-samarbeid-mellom-fastleger-og-sykehus-faggruppe-samhandling.pdf>

Einars metoder

Einar Braaten ■ INTERVJUET AV TOM SUNDAR

En ting er å hospitere i ny og ne i ulike kommunale etater, men det må sies å være utenom det vanlige at en kommuneoverlege jobber i parkvesenet sommerstid eller som løypekjører vinterstid – mange uker i strekk. Einar Braaten har brukt sin overlegepermisjon på høyst utradisjonelt vis.

– Noen hevet nok øyebrynet da de hørte jeg jobbet som løypekjører. For hva slags etterutdanning er nå det? Men for meg er svaret innlysende: Skal jeg jobbe med folkehelse-tiltak i kommunen, bør jeg kjenne mitt lokalsamfunn og vite hvordan ting fungerer, for eksempel hvordan de som driver med praktisk folkehelsearbeid utfører jobben sin og opplever arbeidsdagen, sier Einar Braaten.

Fra sin tidligere, fremskutte posisjon som leder for Norsk samfunnsmedisinsk

forening i 2005–09, har han de siste årene trukket seg tilbake i kulissene. Nå vier han sin tid til samfunnsmedisinsk arbeid på lokalplanet, som kommuneoverlege i Øvre og Nedre Eiker i Buskerud. Men som nettverksbygger, foredragsholder og blogger er han fortsatt en markant røst i norsk samfunnsmedisin.

Utposten tar togturen til Hokksund i Buskerud en ettermiddag i september for å møte den ukonvensjonelle kommuneoverlegen. Intervjuet finner sted inne på hans



Kolleger som fra tid til annen har stått fast i vanskelige saker, har opplevd å få både tips og trøst av den erfarne kommunelegen i Øvre- og Nedre Eiker.

kontor i en av fløyene i det store, rommelige og etter hvert tilårskomne kommunehuset.

Å dele og meddele

Braaten er en mann som tenker og skriver og tar i bruk moderne medier for å dele og meddele sine 'grublerier' og 'skriverier' – som han selv sier det. Vi sikter naturligvis til den etter hvert så navngjetne *Kommunelegens blogg*, hvor han i årevis har skrevet om sitt arbeid og virke, filosofert over små og store spørsmål, fra turglede til samfunnsmedisinsk rolleforståelse og helsediplomati, og hvor han sist vinter delte sine erfaringer fra helt nye roller i de månedene han hadde overlegepermisjon. Da han ut på våren annonserte at nå var det slutt for bloggen, kom det nok som en overraskelse på mange.

UTPOSTEN: Mange spør hvorfor du har gitt deg som blogger, nå som du hadde over 1500 følgere? Det må da sies å være mange til denne bransjen å være?

– Jeg må vedgå at jeg nå – etter et halvt år – kjenner at det rykker litt i skrivehanda. Det skjer så mye spennende som jeg gjerne skulle skrive om! Men la meg si det slik: Jeg har gitt bloggen en pause, så får vi se hva det blir til. Det kan hende jeg tar den opp igjen, sier intervjuobjektet og smiler underfundig.

Han forteller om hvordan bloggen ble til: – Det begynte rundt 2005, da jeg underviste medisinstudenter ved Universitetet i Oslo. Noen av dem utfordret meg: «Du som har så mye å fortelle; kan ikke du skrive en blogg?» Jeg ante ikke hva en blogg var for noe, så jeg spurte sønnen min til råds. Han viste meg hva det var og hvordan jeg kunne lage min egen blogg. Og da jeg kom i gang med å skrive, var det nesten som om bloggen dro av gårde av seg sjøl! minnes 62-åringen.

I de neste 13 årene jobbet han jevnt og trutt med å publisere blogginnlegg. Intet mindre enn 826 innlegg er det blitt, det vil altså si mer enn ett innlegg pr. uke i snitt – ferier og høytider inkludert.



– Som kommuneoverleger er vi med på alt fra å organisere tjenester til å tilrettelegge for enkeltmennesker. I denne spennvidden av oppgaver finner jeg min motivasjon, sier Einar Braaten.

UTPOSTEN: Noen har sagt at 'Einars blogg' er noe av det nærmeste vi kommer en lærebok i praktisk samfunnsmedisin? Det er jo smigrende?

– Først og fremst begynte jeg å skrive for studenter. Etter hvert kom det også leger til, spesielt etter at jeg koblet bloggen med Facebook. Jeg har alltid vært opptatt av å gi tips og råd til kolleger som starter opp i ny stilling som kommuneoverlege – og *det* ville jeg bruke bloggen til. Men jeg vil understreke at det som har stått i bloggen har vært mine meninger og oppfatninger. Jeg har aldri ment den skulle være en form for lærebok.

UTPOSTEN: Hva har vært din drivkraft i skrivearbeidet?

– Å dele med andre. Samtidig er jeg opptatt av å formidle at mine synspunkter er knyttet til den konteksten jeg er i. Kommuner er forskjellige. Det er ikke gitt at én måte å gjøre noe på er den rette. Dersom det jeg skriver kan brukes av andre, er jeg glad for det – så lenge folk ikke oppfatter det som noen fasit!

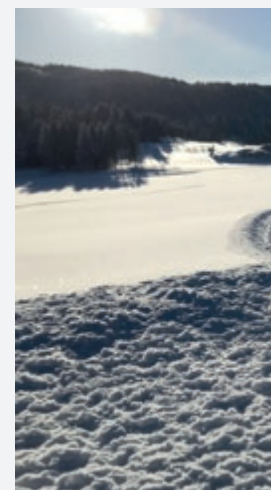
Å gjøre seg kjent med tjenestene

I mange år har Einar Braatens fokus vært samfunnsmedisin i kommunene. Det er kommunesektoren som er hans tumleplass. I en artikkel i *Michael* utdyper han dette når han skriver (1):

«I lokalmiljøene er tjenestene mer avhengige av hverandre enn i den sentrale forvaltningen. Dette viser seg for eksempel når jeg samarbeider med lokalt politi ved akutte hendelser eller rundt kriminelle med rus- og/eller psykiatriproblemer. Politibetjentene er ofte de første som blir oppmerksomme på rusmisbrukere og psykiatriske pasienter som blir dårligere. I den andre enden av hjelpeapparatet kan samfunnsmedisineren være med på å utvikle miljørettet helsevern i skoler og barnehager, fordi vi kan jobbe direkte sammen med verneombud og teknisk personale.»

UTPOSTEN: Hva er det med samfunnsmedisin i lokalsamfunnet som har slik appell til deg?

– Da min nåværende stilling ble utlyst i 2002, hadde jeg jobbet noen år i Helsetilsynet – og før det vært kommunelege på



Kongsberg. Det var en spennende tid i den sentrale helseforvaltningen, men jeg hadde et sterkt ønske om å ha en jobb der jeg kunne bety noe mer for enkeltmennesker og innbyggere. Og akkurat *det* får man så til de grader gjort ute i kommunene, når man er så heldig som det vi er her i distriktet – hvor vi har kommuner som etterspør vår kompetanse. Som kommuneoverleger er vi med på alt fra organisering av tjenester til tilretteleggingstiltak for enkeltmennesker. I dette spekteret ligger min motivasjon.

UTPOSTEN: Du har brukt din overlegepermisjon til å jobbe som løypekjører og snuse på andre aktiviteter i ulike kommunale etater. Det er noe utenom det vanlige. Hva motiverte deg til det?

– Ettersom jeg har jobba i helseforvaltningen tidligere – både på Folkehelse og i Helsetilsynet – hadde jeg ikke behov for å gjøre noe sånt i permisjonstida. En annen ting er at mine største opplevelser fra et faglig ståsted har vært sammen med andre faggrupper på kommunalt nivå, for eksempel med teknisk etat og med Vei og park, hvor jeg sitter i den ene enden og gir uttalelser til reguleringsplaner og arealplaner. Og så er det andre folk som faktisk utfører de praktiske tingene ute i lokalsamfunnet. Jeg ville se hvordan disse folka jobber og lære mer om hvordan de tenker og argumenterer.

UTPOSTEN: Altså en måte å bli kjent med lokalsamfunnet på?

– Ja, rett og slett. Og sist vinter, med masse snø og fokus på folkehelse – som jeg jobber med i eninga, men som regel på overordnet, teoretisk plan – ville jeg se hvordan ting foregikk i praksis. For er det noen som virkelig bidrar til folkehelse, så er det de

som tilrettelegger for skigåing. Her i regionen har vi fantastiske skiløyper i Lier, Drammen, Nedre og Øvre Eiker, Kongsberg, Modum – og de er koblet sammen i et løypenett. Da jeg først spurte om å få lov å være med løypekjørerne, var reaksjonen: «Hæ? Har du tenkt deg å være med vårs?». Ja, sa jeg, men jeg understreket at jeg ville jobbe praktisk og være sammen med dem over tid, som om jeg var en vanlig vikar.

– Og så gir det mange sideeffekter. En ting er å oppleve hvordan folk jobber. Jeg lærte for eksempel at mye av arbeidet med å gjøre i stand skiløypene foregår om sommeren og høsten. Når snøen kommer er det i hovedsak å kjøre maskiner. Dessuten har hospiteringen gitt meg kontakter i etatene – og masse motivasjon. Og så er det jo gøy å kjøre snøscooter da; å kjøre fullt lovlig i skauen og over jorder med løypekall bak. Det er morsomt! Og enda morsommere er det å kjøre opp ei lita løype på 100–200 meter utenfor en barnehage og se ungene stå klare med skia når vi er ferdige!

UTPOSTEN: Det ligger mye helse i det?

– Ja visst. Det er helse i hvert eneste minutt, både for meg og de ungene, sier Einar Braaten. Han forteller at han var løypekjører i over en måned. Han fulgte ordinær turnus, møtte opp kl 07.00 om morgenen, tok på seg arbeidstøy, fylte drivstoff på scooteren, fikk med seg kart – og dro så ut for å kjøre. Noen ganger måtte han kjøre ekstra, og da kunne det bli seint. Da han kom hjem til kona, bemerket hun at det lukta diesel: – Akkurat som de andre løypekjørerne, ler han.

– Men de var også innfule og holdt litt gjøn med meg, tilføyer han. Han forteller en liten historie fra sin første arbeidsdag i Veg og park, da han ble satt til å hente elgvom som lå igjen i veikanten etter jakta:

– De andre mente det måtte være en jobb for doktor'n. Så måtte jeg bare gjøre det, da! medgir kommuneoverlegen. Antakelig var det verdt både stanken og bryderiet, for saken førte til et humoristisk innslag på distrikts-TV i Buskerud!

Å ha et samfunnsengasjement

Kolleger omtaler Einar Braaten som en ildsjel, en som er nytenkende, nysgjerrig og samtidig løsningsorientert. For ti år siden skrev han – i egenskap av sin daværende rolle som leder for Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam) – to artikler i *Utposten* hvor han delte sine vyer og visjoner for det han kalte 'den nye og moderne samfunnsmedisinen' (2, 3). På den tiden jobbet han tett på fagutviklingen og spesialistutdanningen.

UTPOSTEN: Hva la du egentlig i begrepet 'den nye samfunnsmedisinen'?

– Jeg siktet til revitaliseringen av samfunnsmedisinen som vi opplevde på den tida. Går vi enda lenger tilbake i tid, til begynnelsen av 1990-årene da jeg tok spesialisering og gikk på Bygdøy-kurset i regi av Folkehelse, så var det en nokså depressiv stemning i fagmiljøet. I mange år var det så å si ingen nyrekruttering til samfunnsmedisinen. Men så kom sykehusreformen i 2002, og ting begynte å skje. Det ble økende etterspørsel etter samfunnsmedisinsk kompetanse, både i helseforetakene og i helseforvaltningen. I kommunene hadde samfunnsmedisinsk kompetanse lenge vært lovpålagt, det nye var at den også ble interessant for spesialisthelsetjenesten. Vi så at samfunnsmedisinere fikk stillinger i både regionale og lokale helseforetak. Rundt 2005 – samme år som Norsam ble stiftet – opplevde jeg for alvor at stemningen snudde, og i ettertid har vi sett et oppsving for faget og spesialiteten.



UTPOSTEN: – Du har uttalt at samfunnsmedisinere bør være samfunnsengasjert og ha interesse for samfunnsutviklingen. Hvor viktig mener du det er å ha et samfunnsengasjement for å fungere i rollen?

– La meg si det slik: Har du lyst til å slippe til i en kommune, må du by deg fram på de arenaene hvor ting skjer. Gjør du ikke det, blir du heller ikke med – og toget går videre uten deg. I dette ligger det at du må ha et engasjement der hvor du jobber, påpeker Einar Braaten. Han nevner et møte tidligere på dagen hos fylkesmannen, der han og de andre kommunelegene i Buskerud var invitert til å snakke om den nye LIS1-ordningen. På møtet var det mye engasjement, ikke minst blant de yngre kollegene.

– Generelt synes jeg vi er flinke til å engasjere oss lokalt i våre kommuner og organisasjoner, men jeg savner mer aktivitet utover våre egne fora og egne rekker. Vi bør i større grad ta våre samfunnsmedisinske problemstillinger ut i media og ut i det offentlige rom. På dette området er vi ikke flinke nok, meg sjøl inkludert, sier han med et tilforlatelig smil.

Han legger til: – Vi trenger en ny Per Fugelli, en som kan sette ord på ting og er villig til å stå på barrikadene og skape litt røre for sine saker. Jeg må si at jeg egentlig er litt forbauset over samfunnsmedisinerens taushet i forbindelse med debatten om fastlegekrisen. Vi vet veldig mye om hvordan fastlegene har det, mange av oss er jo kombileger og deltids-fastleger. I denne debatten burde LSA (RED.ANM.: Leger i samfunnsmedisinsk arbeid) og Norsam vært mye mer på banen.

Skaft deg nettverk!

Igen dreier samtalen over på samfunnsmedisinerens rolle på den kommunale

arena. Braaten har nemlig også skrevet at samfunnsmedisineren ikke kan være 'Superdoktor', men «må jobbe sammen med andre; tålmodig og tverrfaglig, for å oppnå resultater» (3).

UTPOSTEN: Det tar tid å finne sin plass i en kommune eller en organisasjon og etablere et godt samarbeid med andre aktører. Har du tips til ferske samfunnsmedisinere om hvordan de kan bli trygge i rollen?

– Skaft deg et faglig nettverk! Det er mitt beste råd. Da har du noen å spørre om problemstillinger du møter i hverdagen, om de vanskelige sakene. Jeg vil raskt legge til: Kom i gang med spesialisering og bli med i en veiledningsgruppe. Jeg gikk sjøl i veiledning for mange år siden – og vi i gruppa bestemte oss for å fortsette å møtes også etter at den formelle veiledningsperioden var over. Vi har møtet den dag i dag, sjøl om noen er blitt pensjonister. Det gir meg så mye å ha et slikt nettverk! betyr Einar.

Han reklamerer også for det han kaller støttelege-fora, hvor både erfarne og uerfarne kolleger kan møtes, drøfte saker av felles interesse og lære av hverandre. Selv er han sekretær for *Kommunelegeforum i Buskerud*, som de siste årene har 'tatt av' og rekruttert deltakere fra både fjern og nær: – Fra Skien og til Ski kommer det deltakere. På mailinglista har jeg noen-og-tredve navn, men som regel er vi 15–20 personer på møtene, som vi holder tre til fire ganger i året. Da har vi heldagsmøter, og vi inviterer gjerne eksterne gjester til å holde innlegg om ulike saker, det kan for eksempel være noen fra Folkehelseinstituttet eller Helsedirektoratet. Vi har en uformell møtetrusstruktur og fører ikke referat, forteller han.

Et annet godt råd fra den erfarne samfunnsmedisineren til de uerfarne, er: Når

du er fersk i rollen, ta fatt på noe du har lyst til å jobbe med! Han påpeker at lista over mulige arbeidsoppgaver er så å si utømmelig. Det er rett og slett umulig å rekke over alt sammen. Derfor må man velge ut noen innsatsområder man vil prioritere: – Det har jeg selv gjort. Jeg synes beredskap er spennende, så jeg jobber mye med det. Likeså akuttmedisin og smittevern. Så må jeg jo si at jeg har vært heldig som har fått jobbe i kommuner som er interessert i min kompetanse – og som har gitt meg støtte. Men jeg vet om kolleger som har en annen, negativ opplevelse, og som føler de ikke får brukt sin kompetanse og kunnskap. Da vil jeg si: Vurder å finne deg en annen kommune eller en annen jobb!

UTPOSTEN: Du nevnte beredskap. Si litt om hvordan du jobber med akkurat dette!

– Jeg startet med å gjøre meg kjent med lovverket, og da kommunen for en del år siden, skulle ha ny helseberedskapsplan, laget jeg den. Det gjorde at jeg ble veldig godt kjent med beredskapen i kommunen, problemet var bare at andre ikke leste planen. Da lærte jeg at: Skal du lage en helseberedskapsplan som skal brukes av andre, så må du trekke dem med i arbeidet. Nå jobber jeg sammen med beredskapskoordinator for å involvere tjenestene i planarbeidet – og det blir annerledes enn den første gangen, poengterer Einar Braaten.

Han har vært medlem av politimesterens kollektive redningsledelse, og han har samarbeidet med Sivilforsvaret – noe som har gitt ham faglig påfyll og lært ham hvordan andre sentrale aktører tenker. Han forteller også at kommunelegene i Øvre og Nedre Eiker er tilgjengelige når det skjer alvorlige ting, fra overgrepssaker til storbrann eller flom.

– Eiker-kommunene har eksempelvis

vært rammet av flom flere ganger. Erfaringene tar vi med oss, og når vi snakker om beredskap til andre, så er det ikke bare teori. Poenget mitt er: Det er lett å be seg inn på ulike beredskapsområder – og vår kompetanse blir uten tvil verdsatt!

Forholdet til fastlegene

Braaten er opptatt av relasjonen mellom tvilling-fagene allmennmedisin og samfunnsmedisin – og hvordan de to fagene samvirker i den kommunale helsetjenesten. «Som kommuneoverlege og samfunnsmedisiner mener jeg allmennmedisinen er vår viktigste kommunale helsetjeneste», skrev han i *Utposten* i 2016 (4).

UTPOSTEN: Hva med kommuneoverlegens rolle vis-à-vis fastlegene – bør den ha karakter av å være en lederfunksjon eller bør den være veiledende?

– Min kollega Anne Hilde Crowo sier at vår rolle er å være «oversettere». Vi skal oversette fra byråkratisk språk til fastlege-språk og vice versa. Så er det klart at tjenester må ledes. Ikke styres, men ledes. Skal en tjeneste utvikles, må den ledes – og det gjelder også fastlegeordningen. Men fastlegene er ikke ansatte. Kommunen har et avtaleforhold med dem. Vi bør være på tilbudssiden overfor fastlegene. Sammen kan vi bidra til å utvikle helsetjenesten i bærekraftig retning. Vi kan bli enige om de store linjene, som vi kommuneoverleger så kan ta med oss inn i arbeidet med kommunale planverk. Jeg prøver å være mest mulig tilgjengelig som rådgiver for fastlegene. Har de spørsmål eller vanskeligheter, kan de ta kontakt – det være seg avtalemessige saker eller personlige forhold.

UTPOSTEN: Er fastlegene interessert i det du har å si?

– Ja, de fleste saker avklares i allmennlegeutvalget, som fremdeles heter 'legeråd' her hos oss. Så gammeldagse er vi! Så lenge vi har et åpent og ærlig forhold, preget av gjensidig respekt, så fungerer ordningen med at aktivt ALU og et sovende LSU. Så lenge fastlegene tåler hva jeg – som kommunens part – sier, og jeg tåler å ta de tilbakemeldingene de kommer med, velger vi å fortsette slik vi har det nå. De få gangene vi er uenige, blir vi enige om en «uenighetsprotokoll». Jeg skriver referatene fra møtene som så godkjennes av tillitsvalgt. Jeg møter i alle ALU – og i årenes løp har jeg bare opplevd å bli satt på gangen ved to anledninger!

UTPOSTEN: Du har uttalt at du synes fastlegene er for lite aktive i det offentlige rom.



Erfaringene som løypekjører sist vinter har gitt Einar Braaten nye perspektiver på hva som er godt folkehelsearbeid.

«Enda de ser alle bivirkningene og virkningene av hva som skjer i samfunnet, jobber fastlegene nesten utelukkende inne i sine kontorer med sine pasienter. Vi hører nesten aldri at fastlegene uttaler seg om det som skjer i samfunnet rundt seg», har du skrevet. Hva forventer du egentlig av fastlegene?

– Ingenting. Ikke med de rammene de har nå. Men jeg vet om fastleger som for eksempel er interessert i å se på statistikk; de sitter jo på et unikt statistisk materiale, men de har ikke sjanser til å prioritere det. Jeg ønsker og håper at de kan få en arbeidssituasjon som gjør at de kan løfte blikket og bidra mer til å utvikle helsetjenestene. Tenk bare på hva fastlegene kan bidra med i spørsmål om for eksempel ungdom og prevensjon, ungdom og rusmiddelbruk, antibiotikabruk eller utvikling av forebyggende tjenester som Friskliv. Her ligger det et stort og ubenyttet potensial!

Norsam

Vårt intervjuobjekt er ikke kjent for å oppsøke offentlighetens lys, men det betyr ikke at han ikke vil ha en finger med i spillet når viktige saker skal avgjøres. Han liker å reise problemstillinger og være en premissleverandør i ulike diskusjoner – som i årene han var leder for Norsam. Da var han kjent som en hardt arbeidende organisasjonsentreprenør som bygde opp en robust fagmedisinsk forening. Hva tenker han så om dagens Norsam?

– Norsam må ha en kontinuerlig debatt om hva foreningen vil fokusere på. Hvilke områder i samfunnet mener Norsam at samfunnsmedisinen skal jobbe med? Hvilke områder innenfor fagutviklingen mener Norsam er viktig? Jeg savner en mer synlig Norsam, men når det er sagt, vil jeg berømme det enorme arbeidet som foreningen – og spesielt leder Henning Mørland – har gjort de siste årene for å ivareta og styrke kursutdanningen.

UTPOSTEN: Hva mener du er riktig retning videre for Norsam?

– Jeg ønsker tydelige signaler fra Norsam om hvordan man vil påvirke samfunnsmedisinens fagutvikling og styrke foreningens egen profil innad i Legeforeningen. Vi er en liten forening i Legeforeningens organisasjon. Da jeg var Norsam-leder hadde jeg faktisk et bedre forhold til Helsedirektoratet enn hva jeg hadde til Legeforeningen. Og her vil jeg utfordre Legeforeningen: Norsam og LSA har en medlemsskare som holder viktige posisjoner i Helse-Norge. Vi utgjør et fagområde som er såpass viktig og infiltrert i samfunnet at vi burde synes bedre.

– Ja, det mener jeg! betyr Einar Braaten.

REFERANSER

1. Braaten E. Samfunnsmedisin i lokalsamfunnet. Michael 2016; 13: 126–34.
2. Braaten E. Samfunnsmedisin i utvikling I. Utposten 2008; nr. 6: 22–6.
3. Braaten E. Samfunnsmedisin i utvikling II. Utposten 2008; nr. 7: 23–6.
4. Braaten E. Allmennmedisin i et samfunnsperspektiv. Utposten 2016; nr. 6: 28–9.

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Kronisk fatigue

– ei utfordring i klinisk praksis

■ ROALD OMDAL • Professor, spesialist i indremedisin og revmatologi

■ GEIR SVERRE BRAUT • Professor, spesialist i samfunnsmedisin. Forskingsavdelinga, Stavanger universitetssjukehus

Alle legar i klinisk praksis møter pasientar som fortel at dei er svært trøytte og utmatta. Dei seinare tiåra har denne kombinasjonen ofte blitt omtalt som fatigue. Medisinen har ikkje ein eintydig og allment akseptert modell for å forstå dette fenomenet. Denne artikkelen presenterer ein biologisk forståingsmåte av fatigue. Vi meiner at legar flest bør ha kjennskap til denne, fordi den kan vere til hjelp når ein skal møte desse pasientane på ein forsvarleg måte.

Kva er fatigue?

Både innanfor og utanfor medisinen rår det forvirring og usemje om kva fatigue eigentleg er og kva det skuldast. I den nyaste utgåva av *Medisinsk ordbok* blir det omtalt som 'utmattelse, unormal tretthet som i liten grad påvirkes av hvile' (1). Her blir det også knytt nært opp mot omgrepet *kronisk utmattingsyndrom*, der også myalgisk encefalopati (ME) inngår. I dei rådande diagnosekatalogane, ICD-10 og ICPC-2 er fatigue ikkje spesifikt definert.

I den vitenskapelige litteraturen finn vi ei rekkje forslag til definisjonar av fatigue. Den amerikanske nevrologen Laureen Krupp seier at fatigue er: 'an overwhelming sense of tiredness, lack of energy and feeling of exhaustion' (2). Sjølv om vi ikkje har eit heilt dekkjande ord på norsk, kan vi gjerne seie at fatigue handlar om å vere

både trøytt og utmatta, altså ganske nær omtalen i Medisinsk ordbok.

Det er likevel vesentleg å merke seg at fatigue er uttrykk for ein *abnorm tilstand*, og såleis monaleg meir omfattande enn berre eit symptom. Mange pasientar kjenner ei slag «hjernetåke», kombinert med manglande initiativ og ei kjensle av å vere fysisk utslitne, sjølv om dei har hatt høve til å kvile ut. Dei som er plaga av fatigue, seier at tilstanden alltid er til stades, i større eller mindre grad. Det er typisk at dei ikkje kan kontrollere eller føreseie når kraftige anfall av fatigue kjem i løpet av dagen (3).

Fatigue er likevel ikkje ein klårt avgrensa tilstand. Overgangane er flytande til depresjon, anhedoni (manglande evne til å glede seg), apati (likesæle) og letargi (unormal svevnug).

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Kven får fatigue?

Fatigue kan vi sjå ved alle former for kroniske, inflammatoriske sjukdommar (leddgikt, Bechterews sjukdom, psoriasis, tarm-
lidningar m.v.), kreft, nevrodegenerative tilstandar, hjerneslag osv.

Sjølv om dette ofte er tilstandar som i seg sjølv påfører både pasientane og samfunnet store laster, er det utan tvil slik at om ein får fatigue i tillegg, blir både lasta større og høvet til rehabilitering svekka.

Dette dreier seg om store pasientgrupper. Vi reknar med at fem til sju prosent har immunologiske sjukdommar, omlag fem prosent har kreft og rundt åtte prosent har nevrodegenerative sjukdommar, irekna Alzheimers og Parkinsons sjukdom. Såleis er bort i mot en femtedel av vaksne folk i «risikogrupper» for fatigue. Det er dessutan vist at rundt halvparten av desse har fatigue i ein grad som påverkar dei i kvardagen (4). Dette er såleis ein av dei vanlegaste grunnane til at pasientar kontaktar allmennlegar for «uspesifikke problemstillingar» (5).

Dei klassiske immunundertrykkjande lækjemidla som har verknad på kroniske, inflammatoriske sjukdommar, slik som kortikosteroidar, azathioprin, salazopyrin mv., har ikkje effekt på fatigue.

Det er ingen gode haldepunkt for at alder, kjønn eller alvorsgrad og varigheit av grunnsjukdommen, påverkar graden av fatigue. Det ser ut til å vere ein samanheng mellom søvnforstyringar og fatigue, men dette er det vanskeleg å finne ut av på grunn problem med å fastslå kva som er årsak og kva som er verknad.

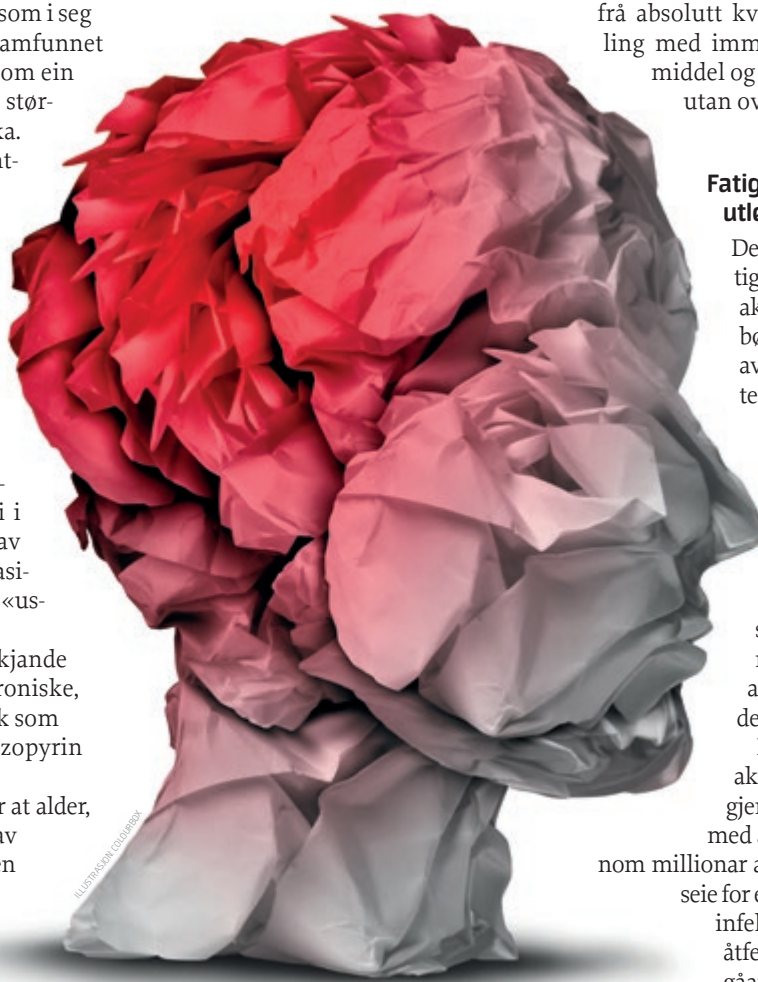
Men alle nyare studiar viser at det er to faktorar som alltid er assosiert med fatigue, nemleg *smerte* og *depresjon*. Her kan det vere ein nøkkel til ei djupare forståing av det biologiske grunnlaget for fatigue.

Kor står då ME i dette?

Myalgisk encefalo(myelo)pati, ME, er ein tilstand prega av fatigue, utan at ein har makta å påvisa ein openberr grunnsjukdom. Det er mange oppfatningar om kva

funne høgare prevalens, t.d. 0,24 prosent i Kansas, USA (7). Fatigue knytt til ME er såleis langt sjeldnare enn fatigue knytt til påvist somatisk grunnsjukdom.

Som kjent er det også veldig sprikande oppfatningar om behandling av ME. Alt frå absolutt kvile til svært aktiv behandling med immunundertrykkjande lækjemiddel og cytostatika blir prøvd, men utan overtydande verknad.



Fatigue som del av biologisk utløyst sjukdomsårferd?

Det er mykje som tyder på at fatigue er ein del av eit større reaksjonsmønster, og såleis ikkje bør sjåast på som eit isolert og avgrensa fenomen. Ein hypotese som kan forklare fatigue ved dei fleste somatiske tilstandane, er knytt til fenomenet *sjukdomsårferd* (*sickness behaviour*) (8).

Sjukdomsårferd ser ut til å vere årferd med eit genetisk grunnlag, som blir utløyst ved infeksjonar eller andre stimuli som aktiverer det innate (medfødde) immunsystemet.

Dette ser ut til å vere ein reaksjonsmåte som har overlevd gjennom heile evolusjonen. I og med at den er så godt bevart gjennom millionar av år, må den ha hatt noko å seie for evna til å overleve. Ved akutte infeksjonar og skadar er denne årferda føremålstenleg og forbigående. Kaninen som får ein forbigående infeksjon, trekkjer seg tilbake for ikkje å bli angripen av predatorar medan han er sjuk. Men ved kroniske sjukdommar hos menneske er den slett ikkje føremålstenleg, ikkje minst fordi den hindrar fornuftig rehabilitering.

Mennesket kan ikkje motstå den, like lite som dyr kan. Hos menneske er den karakterisert av at ein blir trøyt og depriert, kjenner ikkje svolt og tørst og dreg seg tilbake frå andre. Fatigue blir eit dominerande element i denne årferda.

I dag trur vi at spesifikke gen styrer denne årferda. Desse gena blir aktiverte både hos menneske og dyr ved infeksjonar, men også ved kroniske inflammatoriske og autoimmune sjukdommar. Eit særskilt viktig signalmolekyl for fatigue ser ut til å vere cytokinet *interleukin-1* (IL-1 β). Dette bind seg til spesifikke reseptorar på hjerneceller, og vi trur at det er då fatigue blir utløyst, sjå figuren øvst på motstående side.

DET INNATE IMMUNSYSTEMET

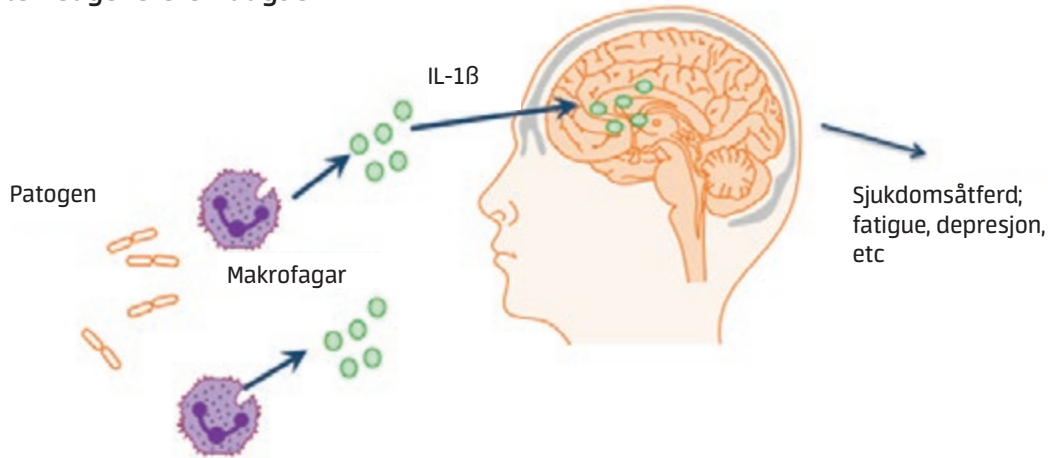
er den delen av immunsystemet som er medfødd. Innate betyr ganske enkelt medfødd. Det er såleis ikkje utvikla som svar på eller tilpassing til dei mogelege truslane som det einskilde individet er blitt utsett for. Den individuelt tilpassa delen blir ofte kalla det adaptive eller spesifikke immunsystemet.

Det innate systemet er eit sett med forsvarsmekanismer som vi ikkje berre finn hos menneske og dyr. Det ser ut til å vera det dominerande forsvarssystemet hos plantar,

insekt og enklare organismar som til dømes sopp.

Ein sentral mekanisme er å sikre at allmenne forsvarsceller, som ulike kvite blodceller, blir «tilkalla» til stader i kroppen med forsvarsbehov ved hjelp av kjemiske stoff, slik som cytokin. Ein annan mekanisme er å aktivere biokjemiske prosessar for å drepe skadelege celler (t.d. bakteriar) og deretter rydde bort døde celler og andre avfallsstoff.

Aktivering av det innate immunsystemet genererer fatigue.



FIGUR. Det innate immunsystemet

Dyr der ein har fjerna reseptoren for IL-1 gjennom genetisk «knock-out» utviklar ikkje fatigue. Også hos menneske kan mykje tyde på at blokkering av denne reseptoren har positiv verknad på fatigue (10, 11).

Vidare er det genetiske studiar som tyder på at auka IL-1-aktivitet gir depresjon. Ved fatigue i samband med kreft og hjerneslag viser også genetiske studiar at IL-1-systemet spelar ei rolle.

Kva då med sjukdommar utan vesentleg inflammasjon?

Dersom vi legg til grunn at fatigue gjennom evolusjonen har vore (og er?) ein viktig overlevingsstrategi, er det rimeleg at det også har utvikla seg alternative signalvegar for regulering av fatigue. Mykje tyder på at nedregulering av inflammasjon, immunreaksjonar og cellulære forsvarsmekanismer kan vere andre måtar å trigge fatigue på. Det er nyleg vist at *heat shock protein 90* (HSP90α) er auka i blodet hos pasientar med primært Sjögrens syndrom som har fatigue (9). Vi trur at dette kan skuldast at HSP90α passerer blod-hjernebarrieren og bind seg til det som blir kalla *toll-like-reseptor4* (TLR4) på mikroglia-cellerne i hjernen.

TLR4 er «LPS-reseptoren», lipopolysakkarid-reseptoren. Denne har ei vesentleg rolle i mange fysiologiske mekanismer og sjukdomsprosessar, som til dømes regulering av kroppstemperatur og utløysing av septisk sjokk. I vår samanheng er det interessant å sjå at aktivering av TLR4 fører til intracerebral produksjon av IL-1. Heilt vanlege cellulære forsvarsmekanismer kan såleis vere ein alternativ signalveg for å

framkalle fatigue. I dette perspektivet framstår fatigue som ein type «normalrespons» hos dei menneska som har genetisk anlegg for det. Det bør kunne ha noko å seie både for korleis ein møter desse pasientane, og etter som kunnskapen veks, også for korleis ein behandlar dei ut frå individuelle føresetnader. Her kan kanskje «individtilpassa medisin» verkeleg finne ein arena for suksess?

Kva veit vi om behandling i dag?

I dag har vi ingen kjent, effektiv behandling for fatigue. Vanlege immunundertrykkjande lækjemiddel og cytostatika ser ikkje ut til å verke. Men i ei rekkje studiar med fatigue som definert endepunkt, kan det sjå ut til at biologiske medikament, irekna IL-1 hemjing, har ein viss effekt. Vidare veit vi at god smertelindring reduserer fatigue.

Sjølvs om kondisjonstrening er vanskeleg å gjennomføre på pasientane på grunn av symptombletet, er det vist at dette har positiv effekt. Styrketrening ser ikkje ut til å verke. Kva type biologiske mekanismer som er i spel her, veit vi ikkje. Kognitiv åtferdsterapi verkar på folk som har utvikla varige og lite føremålstenlege mestringsstrategiar for fatigue.

Uansett er dette eit klinisk kunnskapsfelt som er i kjapp utvikling. Ikkje minst allmennmedisinane bør følgje godt med i timen her. Det er slett ikkje alltid at det er så mykje meir å hente ved å sende pasienten vidare til spesialisthelsetenesta. Men om ein skal ta ansvar for pasienten i allmennpraksis, bør ein vite kor kunnskapsfronten står i dag.

REFERANSAR

1. Nylenna M. Medisinsk ordbok. 8. utgave. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2017.
2. Krupp LB, Pollina DA. Mechanisms and management of fatigue in progressive neurological disorders. *Curr Opin Neurol* 1996; 9: 456–60.
3. Mengshoel AM, Norheim KB, Omdal R. Primary Sjögren's syndrome - Fatigue is an everpresent, fluctuating and uncontrollable lack of energy. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014; 66: 1227–32.
4. Grimstad T, Norheim KB, Isaksen K, et al. Fatigue in newly diagnosed inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2015; 9: 725–30.
5. Morgan S, Henderson KM, Tapley A, et al. Investigation of fatigue by Australian general practice registrars: a cross-sectional study. *J Prim health Care* 2015; 7: 109–16.
6. Vincent A, Brimmer DJ, Whipple MO, et al. Prevalence, incidence, and classification of chronic fatigue syndrome in Olmsted County, Minnesota, as estimated using the Rochester Epidemiology Project. *Mayo Clin Proc* 2012; 87: 1145–52.
7. Reyes M, Nisenbaum R, Hoaglin DC, et al. Prevalence and incidence of chronic fatigue syndrome in Wichita, Kansas. *Arch Intern Med* 2003; 14: 1530–6.
8. Dantzer R, Heijnen C, Kavelaars A, Laye S, Capuron L. The Neuroimmune Basis of Fatigue. *Trends in neurosciences*. 2014; 37(1): 39–46. doi:10.1016/j.tins.2013.10.003.
9. Bårdsen K, Nilsen MM, Kvaløy JT, Norheim KB, Jonsson G, Omdal R. Heat shock proteins and chronic fatigue in primary Sjögren's syndrome. *Innate Immunity*. 2016; 22 (3): 162–167. doi: 10.1177/1753425916633236.
10. Omdal R, Gunnarsson R. The effect of interleukin-1 blockade on fatigue in rheumatoid arthritis – a pilot study. *Rheumatol Int*. 2004; 25: 481–4.
11. Norheim, KB, Harboe E, Gøransson LG, Omdal R. Interleukin-1 Inhibition and Fatigue in Primary Sjögren's Syndrome – a Double Blind, Randomised Clinical Trial *PloS One* 2012; 7(1): e30123. doi:10.1371/journal.pone.0030123. Epub 2012 Jan 10. PMID: 22253903.

■ EVJEGUTEN@GMAIL.COM
■ GEIR.SVERRE.BRAUT@SUS.NO

'Preventing over – konferanse i København

■ KJELL-ARNE HELGEBOSTAD • Medredaktør i Utposten

«Hvorfor er vi så redde for å være normale?» var åpningsspørsmålet fra den britiske legen Iona Heath på den tredje i rekken av årlige konferanser med tittelen «Preventing Overdiagnosis».

Overdiagnostikk, overbehandling og medikalisering skaper økt belastning på helsevesenet og bekymringer og skade for pasienter over hele verden. En annen av hovedgjestene ved konferansen, den amerikanske psykiateren Allen Frances, kalte overdiagnostikk for «den viktigste historien innenfor helse akkurat nå» og mener allmennpraktikerne utgjør en viktig del av løsningen.

«Preventing Overdiagnosis» gikk av stabelen i København 20.–22. august og hadde som formål å belyse overdiagnostikk og hva som kan og bør gjøres for å bremse og reversere utviklingen på ulike nivå, fra den enkelte konsultasjonen mellom lege og pasient til omfattende strukturelle tiltak fra politikere, organisasjoner og myndigheter. Arrangørene av konferansen var BMJ, Wisser Healthcare, the University of Oxford's Centre for Evidence Based Medicine og Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. I tillegg var Verdens helseorganisasjon (WHO) kosponsor.

Utfordringer på flere nivå

På konferansens første dag kom den norske allmenn- og samfunnsmedisineren

Gisle Roksund med flere eksempler fra klinisk praksis på ulike former for overdiagnostikk. Han presenterte hvordan Norsk forening for Allmennmedisin (NFA) har laget et policydokument om overdiagnostikk som nå har blitt spredd gjennom WONCA Europe, foreningen for europeiske allmennpraktikere (1). Dagens andre hovedtema var hvordan vanlige folk lett kan bli konvertert til pasienter. Velmenende pasientorganisasjoner kan bidra til overdiagnostikk med opplysningskampanjer for enkeltsykdommer, det samme kan myndigheter gjennom for eksempel screeningprogrammer. Det franske brystkreftscreeningprogrammet har vært gjennom en omfattende revisjonsprosess der blant annet et representativt utvalg av kvinner i målgruppen har fått uttale seg

En av hovedgjestene ved konferansen var den amerikanske psykiateren Allen Frances. Ved siden av ham sitter Olga Runciman.



Henrik Vogt under sin presentasjon på konferansen.



diagnosis'

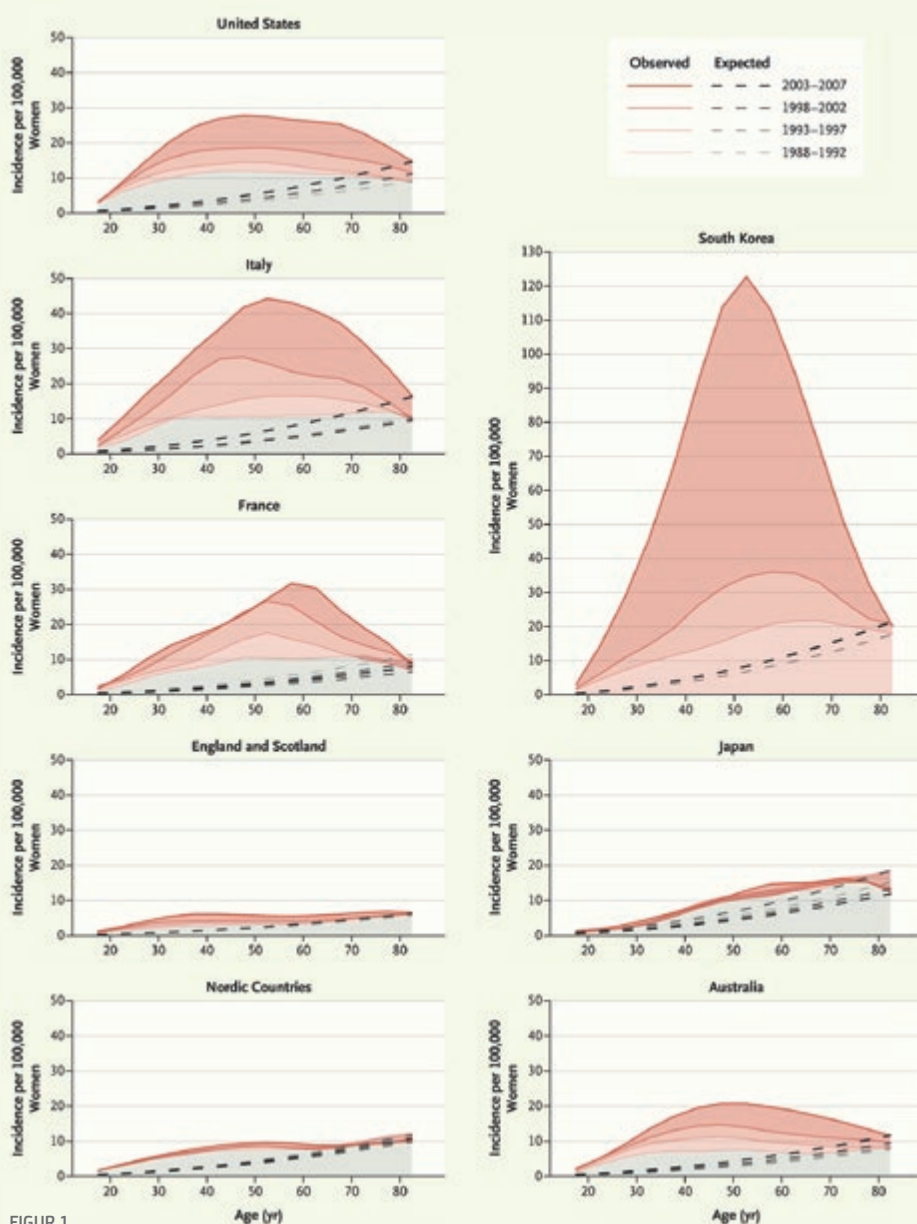


om hvordan screeningprogrammet oppleves.

Hovedtema på dag to var rollen til politikere og offentlige myndigheter. Salvatore Vaccarella representerte WHO, og brukte thyroideakreft som eksempel på en sykdom der variasjonen i forekomsten i enkelte land har økt mye mer enn beregningene skulle tilsi (FIGUR 1), mens dødeligheten av thyroideakreft har variert lite. Mye av dette skyldes overdiagnostikk og representerer en utfordring for forskere, klinikere og helsemyndigheter (2). Et konkret tiltak for å bremse denne uheldige utviklingen har vært å endre navn på den vanligste typen av celleforandringer i thyreoidea, slik at de ikke lenger skal kalles kreft (3). Søren Brostrøm, direktør for Sundhedsstyrelsen i Danmark, fortalte hva danske helsemyndigheter har gjort for å forsøke å takle problemet, blant annet et arbeid med å kvalitetssikre og samle nasjonale retningslinjer på et felles nettsted.

Hvordan endre tankegang, vaner og praksis?

Kampanjen «Choosing Wisely» har i flere land utfordret medisinske fagmiljøer til å komme med eksempler på tiltak vi i helsevesenet bør unngå, fordi det ikke fører til dokumentert gevinst for pasientene våre. I Norge har Legeforeningen nylig lansert den norske versjonen, *Gjør kloke valg*. På konferansen i København ble flere initiativer for såkalt deimplementering presentert, blant annet et kanadisk prosjekt kalt «Practicing Wisely», som gjennom gruppeundervisning av allmennpraktikere har som mål å skape forståelse for fenomenet overdiagnostikk og redusere overforbruk av medikamenter og diagnostiske tester (4). I Norge har Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) lansert flere lignende tiltak, blant annet et klinisk emnekurs i legemiddelgjennomgang, som i tillegg gir deltagerne tilbakemelding på egen praksis (5).

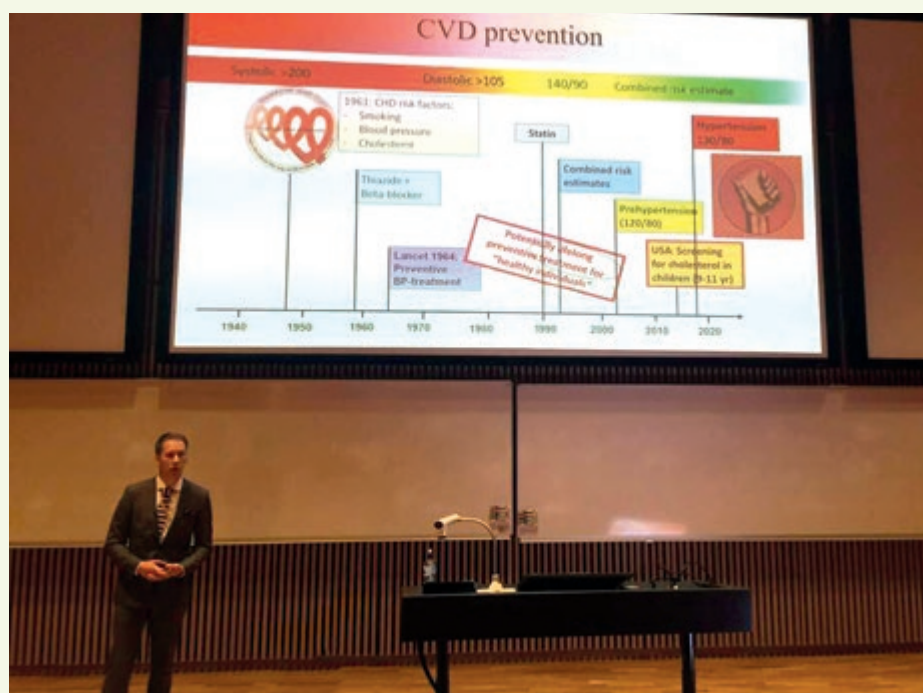


FIGUR 1

Teknologi som driver av overdiagnostikk

På konferansens tredje dag snakket Henrik Vogt fra NTNU om hvordan teknologi kan

bidra til en ny skrekk-æra med overdiagnostikk. Stadig flere og mer avanserte tekniske sensorer, programmer og apper kom-



Den islandske legen Halfdan Petursson, fortalte på konferansen om sitt arbeid som forsker.

mer på markedet og gjør at alle som ønsker det, til enhver tid kan overvåke kropp og sinn og spåne etter sykdom eller risiko. Den stadig voksende informasjonsmengden gjør at både pasienter og klinikere kan ende opp i en myr av «bog data», og de aller fleste av oss kan få påvist en risiko for en eller flere sykdommer.

De teknologiske mulighetene for genetiske analyser utvikles svært hurtig, men så langt har det vært vanskelig å bruke analyser av enkeltgener til å forutse risiko for sykdom. Det var tankevekkende da Vogt refererte til en studie der forskerne lette etter et «supergen» for aldring blant personer som var blitt over 110 år, og endte opp med å finne ut at en av de kvinnelige studiedeltakerne hele sitt liv hadde levd med et gen som ga høy risiko for plutselig hjertedød.

En ærlig prediktiv verdi

Vi er vant til å tenke på positiv prediktiv verdi som et uttrykk for risiko for reell sykdom dersom en test er positiv. Statistikeren Claus Ekstrøm lanserte behovet for å ta overdiagnostikk med inn i ligningen: Det er nemlig slett ikke sikkert at sykdommen noen gang vil føre til symptomer, plager eller et kortere liv for pasienten. Han lanserte begrepet «honest positive predictive value» med formelen:

$$hPPV: (1-OD) * PPV$$

Både pasienter og leger er vant til å tenke at behandling alltid må til for å løse proble-

met dersom en pasient får påvist en sykdom. Ekstrøm mente at vi må supplere denne tankemodellen med alternativet om at det kan være like bra eller bedre å la ting få være i fred («No treatment – no problem»).

Diagnoser som bør skrives med blyant

Den amerikanske psykiateren Allen Frances ledet prosessen med å revidere det amerikanske diagnosetystemet DSM-IV i 1994. Etter dette har han markert seg som en kritiker av amerikansk psykiatri, blant annet med boka *Saving Normal* (6). Han fikk stående applaus etter sitt innlegg «Confusing Sad, Mad and Bad» der han oppfordret klinikere til å skrive psykiatriske diagnoser med blyant og ikke med tusj. Han påpekte også det enorme paradokset i at svært mange alvorlig psykisk syke amerikanere bor på gata eller sitter i fengsel uten noe tilbud om psykiatrisk behandling, samtidig som stadig flere vanlige mennesker i USA spiser piller mot psykiske plager – som kunne blitt bedre av seg selv eller med økt støtte fra pasientens nettverk, psykoterapi og andre ikke-medikamentelle tiltak. Frances deltok i en interessant paneldebatt sammen med blant annet Olga Runciman, som i dag jobber som psykolog i Danmark, til tross for at hun selv tidligere har vært pasient i psykiatrien, og da fikk diagnosen schizofreni og beskjed om at hun kom til å være alvorlig syk og kanskje innlagt resten av livet. Salen brøt ut

i spontan jubel da Frances proklamerte at «Det beste tiltaket for å redusere overdiagnostikk i psykiatrien er å gi allmennleger bedre tid med pasientene sine.»

Hvor går blodtrykksgrensa?

Konferansen ble avsluttet med en sesjon om hjerte- og karsykdommer. Flere tidligere innledere hadde i en lett oppgitt tone referert til de nye retningslinjene fra American College of Cardiology (ACA) som anbefaler å senke grensen for hypertensjon til 130/80 mm Hg – noe som vil skape flere millioner nye blodtrykkspasienter (7). Den islandske legen Halfdan Petursson, fortalte om sitt arbeid som forsker tilknyttet NTNU der han med data fra helseundersøkelsen HUNT har vist at størstedelen av den voksne befolkningen i Nord-Trøndelag kan ende opp med å bli definert som risikanter (8). Han kritiserte også de nye amerikanske retningslinjene for at de anbefaler svært hyppige kontroller (også personer som får påvist normalt blodtrykk anbefales kontroll etter ett år) til tross for at studiene det refereres til ikke har sett på hyppigheten av kontroller som eget forskningsspørsmål.

Nesten alle som var til stede på konferansen var iherdig overbevist om at overdiagnostikk er et reelt og stort problem. Det var mange som humret i salen da Paul Whelton, som har vært med å utforme de nye blodtrykksretningslinjene fra ACA, fikk ros for sitt mot fra debattlederen. Whelton argumenterte for at de nye retningslinjene og bedre blodtrykksbehandling ville bidra til bedre folkehelse, og nevnte flere ganger at han personlig mente det var viktig å gjøre flest mulig personer oppmerksomme på at de har en risikotilstand de selv kan gjøre noe med i form av å endre livsstil. Han fortalte også hvordan ACA-samarbeidet med myndigheter og andre aktører for å løse de store folkehelseutfordringene i USA. Usunn mat finnes i overflod overalt, også i København; Whelton fortalte at han kvelden før hadde sendt en fiskerett tilbake til kjøkkenet på restauranten fordi han mente den var altfor salt og «extraordinarily not healthy».

Norge sterkt til stede

Det var stort sett akademikere som hadde tatt turen til København, men også noen helsepolitikere, byråkrater og klinikere. Fra Norge stilte representanter fra Helsedirektoratet, Legeforeningen, SKIL og flere sentrale personer i det allmennmedisinske fagmiljøet som lenge har vært opptatt av

overdiagnostikk og bidratt til artikler og bøker om temaet.

Flere av innleiderne på konferansen nevnte behovet for å kommunisere, både til de medisinske fagmiljøene, men også til myndighetene og den generelle befolkningen, at overdiagnostikk er et problem som bør håndteres bedre i fremtiden. Anna Stavdal, leder i WONCA Europe, snakket på en workshop om at medisinen kanskje trenger hjelp til å finne en ny historie som inkluderer at for mye faktisk kan være skadelig. Ironisk nok foregikk det helt samtidig, i samme bygning på Københavns universitet, en annen konferanse: Genetikere fra hele verden var samlet for å diskutere hvilke muligheter som ligger i full-genom-screening av alle danske nyfødte (9).

REFERANSER

1. Gisle Roksund, John Brodersen, Georg Espolin Johnson, Stefán Hjörleifsson, Morten Laudal, Elisabeth Swensen. Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. Tidsskr Nor Legeforen. 2016, Vol. 136, 22.
2. Salvatore Vaccarella, Silvia Franceschi et al. Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic? The Increasing Impact of Overdiagnosis. N Engl J Med. 2016.
3. Yuri E. Nikiforov, et al. Nomenclature Revision for Encapsulated Follicular Variant of Papillary Thyroid Carcinoma A Paradigm Shift to Reduce Overtreatment of Indolent Tumors. JAMA Oncology. 2016.
4. Ontario College of Family Physicians. Practicing Wisely. ocfp.on.ca/. [Online] <https://ocfp.on.ca/cpd/practising-wisely/>.
5. Senter for kvalitet i legekortor (SKIL). skilnet.no. Kurs i legemiddelgjennomgang. [Online] 2018. <https://www.skilnet.no/kurs/lmg/>.
6. Frances, Allen. Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life. s.l.: Harper Collins, 2013.
7. Rohan Khera, et al. Impact of 2017 ACC/AHA guidelines on prevalence of hypertension and eligibility for antihypertensive treatment in United States and China: nationally representative cross sectional study. BMJ. 2018.
8. Halfdan Petursson, Linn Getz, Johann A Sigurdsson, Irene Hetlevik. Can individuals with a significant risk for cardiovascular disease be adequately identified by combination of several risk factors? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. J Eval Clin Pract. 2009.
9. Københavns universitet. Symposium: Future perspectives, beyond whole genome sequencing in neonatal screening. [Online] https://www.lom.ku.dk/previous_events/2018-ny/open-international-symposium-future-perspectives-beyond-whole-genome-sequencing-in-neonatal-screening/.
10. American College of Cardiology. American College of Cardiology. 2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. [Online] 2017. <https://www.acc.org/education-and-meetings/image-and-slide-gallery/media-detail?id=BDA0F36F3160426FAB2E784B82E2629A>.

■ HELGEBOS@GMAIL.COM



Utposten

annonseinfo 2019

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer sju ganger årlig med dobbelt julenummer. Åtte primærleger er redaktører.

ABONNEMENT: Kr 580,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Tove og Karianne Rutle

RMR, Sjøbergvn. 32, 2066 Jessheim

☎ 913 08 747 ✉ karianne.rutle@gmail.com | rmrtove@online.no

MATERIELL:

Elektronisk (e-post/07 filoverføringstjeneste, se: www.07.no)

FORMAT: A4, 210 x 297 mm + 3 mm for utf. helside

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

TRYKKERI: 07 Media – 07.no, Aurveien 14, 1930 Aurskog

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs ☎ 916 98 412 ✉ morten.hernaes@07.no

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	9. januar	24. januar	4. februar
②	13. februar	28. februar	11. mars
③	13. mars	28. mars	8. april
④	8. mai	28. mai	11. juni
⑤	14. august	29. august	9. september
⑥	25. september	10. oktober	21. oktober
⑦/⑧	30. oktober	21. november	2. desember

ANNONSEINFO

FORMAT	MÅL	MÅL UTF.	4-FARGER	S-HV
1/1	185 x 238,2	210 x 297*	10 800,-	6 200,-
4. omslag	–	210 x 237*	14 500,-	–
2/3	↕ 122 x 238,2	136 x 297*	9 100,-	5 500,-
1/2	↔ 185 x 122	210 x 147,5*	7 300,-	3 900,-
1/3	↕ 59 x 238,2	73 x 297*	6 700,-	3 300,-
1/3	↔ 185 x 92	210 x 117*	6 700,-	3 300,-
1/4	↔ 185 x 61	210 x 87*	5 900,-	2 500,-

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

RABATT: Annonsebestilling i hver utgave – siste annonse gratis.

Pneumokokkvaksine til

■ BRITA ASKELAND WINJE • Forsker, i Avdeling for vaksineforebyggbare sykdommer, Folkehelseinstituttet

■ DIDRIK FRIMANN VESTRHEIM • Avdelingsdirektør, i Avdeling for vaksineforebyggbare sykdommer, Folkehelseinstituttet

Bakgrunn

Infeksjon med *Streptococcus pneumoniae* er en viktig årsak til sykelighet og dødelighet i Norge. Invasiv pneumokokksykdom som bakteriemisk pneumoni, sepsis og menin-gitt er mest alvorlig. Risikoen for invasiv pneumokokksykdom er høyest blant små barn, eldre og hos personer med økt sårbarhet som følge av andre sykdommer (1). Selv med antibiotikabehandling er dødeligheten høy (2). Europeiske studier anslår at 20 prosent av alle med invasiv pneumokokksykdom og ti prosent av pasienter med invasiv pneumokokkpneumoni dør innen 30 dager etter diagnosen (3). Ikke-invasiv pneumokokksykdom som pneumoni, sinusitt og ørebetennelser er mindre alvorlig, men er hyppig forekommende og er årsak til betydelig helsetjenestebruk og foreskrivning av antibiotika (4, 5).

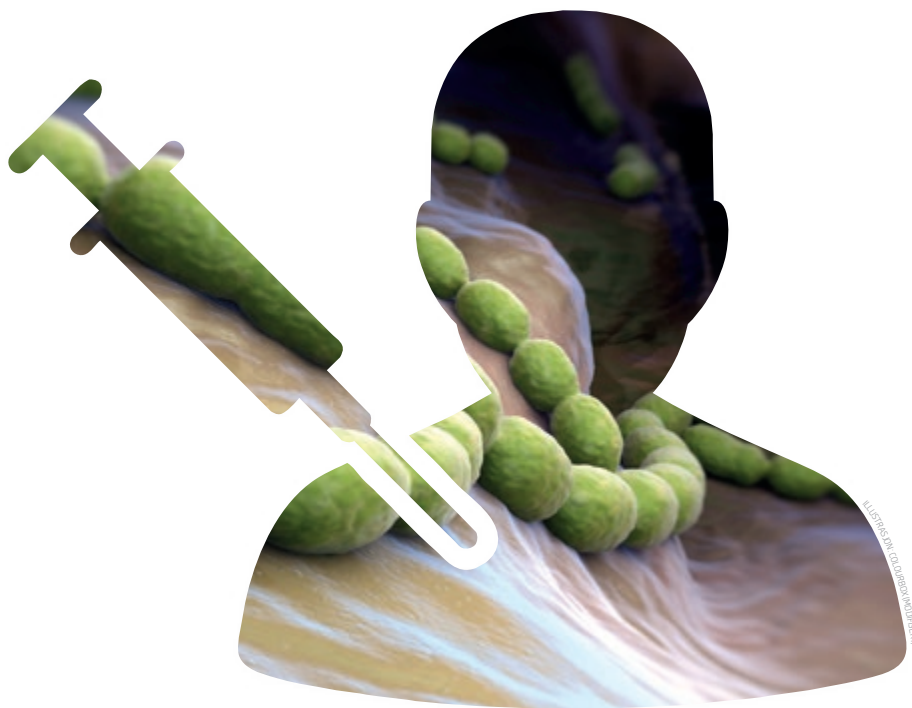
S. pneumoniae er en grampositiv bakterie. Den er omgitt av en polysakkaridkapsel som er bakteriens viktigste virulensfaktor. Bakterien deles inn i serotyper etter kapsel-typen. Det finnes mer enn 90 ulike serotyper, der noen er hyppigere årsak til alvorlig sykdom enn andre. Forekomsten av serotyper varierer med geografi, over tid og i ulike aldersgrupper. Vaksinasjon mot pneumokokksykdom stimulerer en immun-respons mot antigener i polysakkaridkapselen og forebygger sykdom mot serotyper som inngår i vaksinen.

Pneumokokker utgjør en vanlig del av normalfloraen hos mennesker. De fleste barn vil være bærere av pneumokokker en eller annen gang før fylte seks år. Bærerskap er hyppigst rundt tre års alder (6). Asymptomatisk bærerskap av pneumokokker bidrar til naturlig immunitet med økende alder, og bærerskap er derfor lavere hos voksne enn hos barn (6). Hvorfor noen som bærer pneumokokker blir alvorlig syke, mens andre ikke blir det, er ikke fullstendig klarlagt, men det skyldes et samspill mellom sårbarhetsfaktorer hos dem som blir syke og bakteriens virulens (7).

Barn er altså det viktigste smittereservoaret for pneumokokksykdom både hos barn og voksne. Det illustreres tydelig gjennom den betydelige reduksjonen i invasiv pneumokokksykdom som er rapport-

HOVEDBUDSKAP

- Friske barn med pneumokokker i nese og svelg utgjør det viktigste smittereservoaret for pneumokokker
- Introduksjon av pneumokokkvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet har hatt betydelig effekt på forekomsten av invasiv pneumokokksykdom i vaksinerte og i ikke-vaksinerte aldersgrupper som følge av flokkeffekt
- Å opprettholde høy vaksinasjonsdekning i barnevaksinasjonsprogrammet er et av de viktigste smitteverntiltakene for å forebygge alvorlig pneumokokksykdom i alle aldersgrupper
- Redusert forekomst av serotyper som inngår i den 13-valente konjugatvaksinen (PKV13) gjør denne vaksinen mindre aktuell for bruk utenfor barnevaksinasjonsprogrammet



tert i alle aldersgrupper etter innføring av pneumokokkvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet (8). Det skyldes vaksinens effekt på bærerskap hos barn. Studier om bærerskap av pneumokokker blant barnehagebarn i Norge viser en signifikant reduksjon etter innføring av vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet. I 2013 var 62 prosent av barna bærere av pneumokokker og kun sju prosent av isolatene var typer som forebygges av PKV13 (9). Anbefa-

ling om vaksinasjon til voksne og risikogrupper henger derfor nøye sammen med hvilken vaksine som tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet. Når noen serotyper reduseres kraftig eller nærmest forsvinner, åpnes en nisje for andre serotyper. Dette omtales som serotypeerstatning. Forekomsten av de ulike serotypene er i endring, og valg av vaksine til voksne og risikogrupper vil i stor grad styres av hvilke serotyper som gir sykdom i disse gruppene.

eldre og risikogrupper

Det er stor internasjonal oppmerksomhet knyttet til pneumokokksykdom hos eldre og hos personer med underliggende sykdommer, som følge av den betydelige sykdomsbyrden og alvorligheten av sykdommen hos disse. I denne artikkelen vil vi belyse noen av utfordringene knyttet til anbefaling om pneumokokkvaksine utenom barnevaksinasjonsprogrammet.

Vaksiner

To ulike typer pneumokokkvaksine er tilgjengelig på markedet, pneumokokkonjugatvaksine (PKV) og pneumokokkpolysakkaridvaksine (PPV). De to vaksinetypene stimulerer immunapparatet via ulike mekanismer og dekker et ulikt antall serotyper (SE TABELL 1) (10).

PKV består av kapselpolysakkarid koblet kovalent (konjugert) til et bærerprotein. Det er utviklet tre ulike konjugatvaksiner som beskytter mot hhv. 7, 10 og 13 av pneumokokkserotypene. PKV7 (Prevenar) ble introdusert i det norske barnevaksinasjonsprogrammet i 2006. Den ble i april 2011 erstattet av PKV13 (Prevenar 13). PKV10 (Synflorix) har ikke vært brukt i det norske barnevaksinasjonsprogrammet. Pr. i dag er kun PKV13 tilgjengelig i Norge og inngår i barnevaksinasjonsprogrammet med anbefalt vaksinasjon ved 3, 5 og 12 måneder. I 2009 ble PKV13 godkjent for bruk i alle aldersgrupper fra seks ukers alder for invasiv sykdom, og i 2015 ble indikasjonen utvidet til ikke-invasiv pneumoni (11). Hos eldre har PKV13 vist signifikant

og rundt 50 prosent effekt for all invasiv sykdom og 76 prosent for invasiv sykdom forårsaket av vaksineserotyper (3, 12). Effekt mot ikke-invasiv pneumokokksykdom (alle serotyper) er 22 prosent (3, 12). En viktig egenskap ved konjugatvaksinen er dens evne til å gi slimhinneimmunitet. PKV vil gi boosterrespons (raskere og sterkere respons enn primærresponsen) ved revaksinasjon.

PPV23 (Pneumovax) består av rensede kapselpolysakkarid fra 23 ulike pneumokokkserotyper. Den har vært tilgjengelig på det norske markedet siden 1984. Den stimulerer en B-cellerrespons, gir ikke immunologisk hukommelse, og er ikke immunogen hos barn yngre enn to år. PPV23 er godkjent for bruk blant personer over to år med økt risiko for alvorlig pneumokokksykdom. PPV23 har vist 50–75 prosent effekt mot invasiv pneumokokksykdom, men usikker effekt mot ikke-invasiv pneumokokkpneumoni (3). PPV23 gir ikke slimhinneimmunitet og påvirker derfor ikke bærerskap. Revaksinasjon vil gi immunrespons som ligner primærresponsen, men dersom intervallet mellom vaksinasjoner er kortere enn fem år kan immunresponsen bli lavere enn før vaksinasjon (hypprespons).

En belgisk kunnskapsoppsummering konkluderte med at PKV13 viser noe bedre beskyttelse mot invasiv pneumokokksykdom enn PPV23 hos eldre, men grunnlaget for PKV13-estimatet var basert på et yngre og friskere utvalg enn grunnlaget for PPV23. Begge vaksinene viste bedre effekt

mot invasiv enn ikke-invasiv pneumoni (samfunnsservervet pneumoni), bedre effekt hos friske personer enn hos personer med immunsvekkelse og fallende beskyttelse med økende alder. Ingen av vaksinene viste signifikant beskyttelse mot all type pneumoni (ukjent agens) (3).

Overvåking og meldingssystem

Invasiv pneumokokksykdom er meldingspliktig til MSIS som gruppe A sykdom. I tillegg skal alle invasive isolater av *S. pneumoniae* sendes til referanselaboratoriet for pneumokokker ved Folkehelseinstituttet for type- og resistensbestemmelse. I 2017 var 99 prosent av isolater tilgjengelige for serotyping. Det finnes ingen systematisk innsamling av data om ikke-invasiv pneumokokksykdom i Norge. Vaksinasjoner som er omfattet av barnevaksinasjonsprogrammet registreres i SYSVAK og melde dekningen er høy. Vaksinasjoner utenom barnevaksinasjonsprogrammet kan registreres dersom den vaksinerte samtykker til registrering. Meldedekningen for disse er mer usikker.

Forekomst av invasiv pneumokokksykdom i Norge

Invasiv pneumokokksykdom i Norge er betydelig redusert etter innføring av PKV7 og senere PKV13 i barnevaksinasjonsprogrammet, både i vaksinerte og uvaksinerte aldersgrupper. Vaksinasjon med konjugatvaksine gir en viss slimhinneimmunitet og

TABELL 1. Oversikt over pneumokokkvaksiner og deres egenskaper.

VAKSINE ¹		BESKYTTER MOT FØLGENDE SEROTYPER ²	STIMULERER T-CELLER OG INDUSERER IMMUNOLOGISK HUKOMMELSE	INDUSERER SLIMHINNE-IMMUNITET (EFFEKT PÅ BÆRERSKAP)	IMMUNOGEN HOS BARN <2ÅR
PKV7 ³	Prevenar	4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F	Ja	Ja ⁵	Ja
PKV10 ³	Synflorix	4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F, 1, 5, 7F	Ja	Ja ⁵	Ja
PKV13	Prevenar13	4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F, 1, 5, 7F, 3, 6A ⁴ , 19A	Ja	Ja ⁵	Ja
PPV23	Pneumovax	4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F, 1, 5, 7F, 3, 19A, 2, 8, 9N, 10A, 11A, 12F, 15B, 17F, 20, 22F, 33F	Nei	Nei	Nei

¹ PKV7, Prevenar (Pfizer, Ltd); PKV10, Synflorix (Glaxo Smith Klein); PKV13, Prevenar13 (Pfizer, Ltd); PPV23, Pneumovax (Sanofi Pasteur, MSD).

² Uthevet skrift indikerer serotyper som inngår i tillegg med økende valens.

³ Ikke tilgjengelig i Norge pr. i dag

⁴ Serotype 6A inngår kun i PKV13 og ikke noen av de øvrige vaksinene

⁵ Vist hos barn, usikkert for voksne og eldre

har dermed effekt på bærerskap. Dette er årsak til den betydelige flokkeeffekten vi ser for sykdom forårsaket av vaksineserotyper i uvaksinerte aldersgrupper (FIGUR 1A-C).

I 2017 ble det meldt totalt 560 tilfeller med invasiv pneumokokksykdom til MSIS. Eldre utgjorde mer enn halvparten av tilfellene, 59 prosent (331) var ≥ 65 år. Barn under fem år utgjorde kun 2,5 prosent (14) av tilfellene. I 2017 var den totale insi-

densraten (IR) av invasiv pneumokokksykdom elleve tilfeller pr. 100 000 innbyggere. I MSIS er det informasjon om sykdomsmanifestasjon hos om lag åtte av ti meldte tilfeller og blant disse var bakteriemi (57 prosent), pneumoni (28 prosent) og meningitt sju prosent) vanligst (13). Siden informasjon mangler for mange av tilfellene, bør tallene tolkes med forsiktighet. Det er begrenset resistens knyttet til pneumokokk-

bakterien i Norge. De aller fleste isolatene er følsomme for vanlig penicillin, selv om resistens mot penicillin er økende andre steder (13).

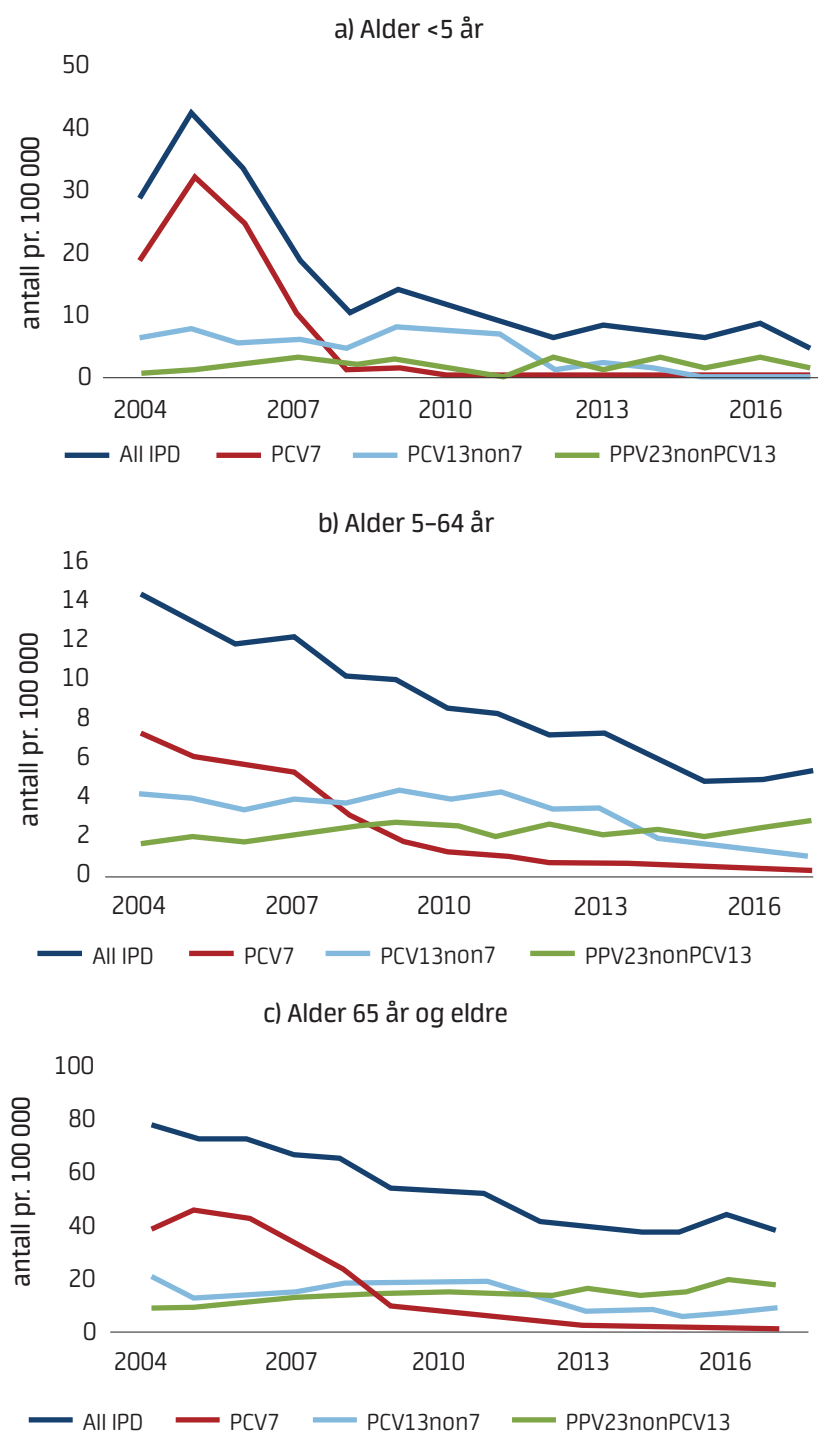
Invasiv pneumokokksykdom hos personer ≥ 65 år

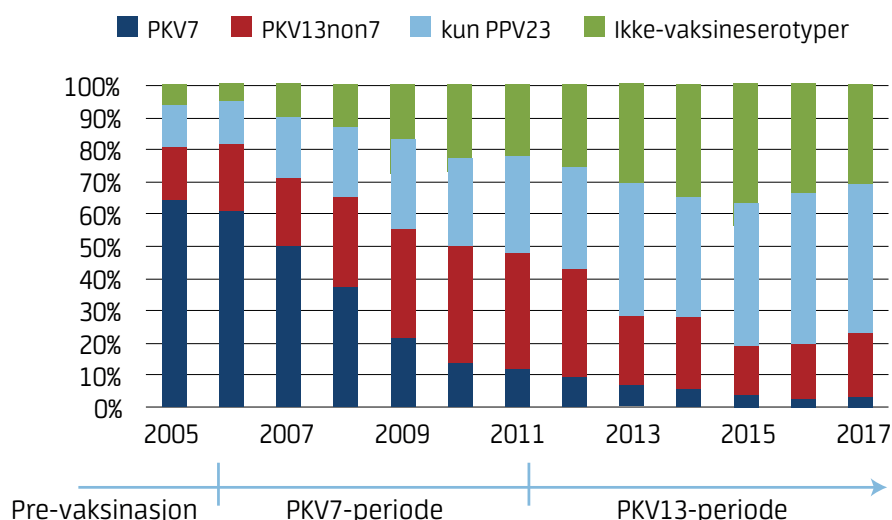
I Norge var IR av invasiv pneumokokksykdom hos eldre ≥ 65 år 38 tilfeller pr. 100 000 innbyggere i 2017. Det er en halvering fra årene før konjugatvaksinen ble introdusert i barnevaksinasjonsprogrammet (2004/2005), IR 76/100 000 versus IR 38/100 000, insidens rate ratio [IRR] 0,5. Reduksjonen var nærmest 90 prosent for sykdom forårsaket av serotyper som inngår i PKV13, IR 59/100 000 versus 8,5 pr. 100 000, IRR 0,14. Parallelt har det vært en dobling av invasiv pneumokokksykdom forårsaket av serotyper som ikke inngår i PKV13, 15/100 000 versus 29/100 000, IRR 2,0. I 2005 utgjorde isolater med serotyper som inngår i PKV7 og PKV13 hhv 63 prosent og 80 prosent av sykdomstilfellene i aldersgruppen ≥ 65 år. I 2017 er tilsvarende andel redusert til hhv 3 prosent og 23 prosent (SE FIGUR 2). Andelen som blir syke med serotyper som inngår i PPV23 var 69 prosent og andelen som kun inngår i PPV23 og ikke PKV13 var 47 prosent i 2017. Den betydelige indirekte effekten på invasiv pneumokokksykdom hos eldre som følge av barnevaksinasjonsprogrammet er derfor delvis utlignet av sykdom forårsaket av andre serotyper. Økningen i serotyper som ikke inngår i PKV13 etter 2011 tyder på serotypeerstatning.

Ikke-invasiv pneumokokksykdom hos personer ≥ 65 år

Vi har mangelfull kunnskap om forekomst av ikke-invasiv pneumokokksykdom blant eldre til tross for at dette utgjør en betydelig sykdomsbyrde og krever høy ressursbruk i helsetjenesten. Fra andre land er det estimert at pneumokokkbakterien samlet er opphav til om lag én av fem pneumonier utenfor sykehus (samfunnsservervet pneumoni), og at ikke-invasiv pneumokokkpneumoni er tre ganger så vanlig som invasiv pneumokokkpneumoni hos voksne som er sykehusinnlagte med pneumoni (14). Det er få land som har gode epidemiologiske data på ikke-invasiv pneumokokksykdom. Det skyldes dels svake overvåkings- og meldingssystemer, og dels utfordringer knyttet til presis diagnostikk av slik sykdom. Det er vanskelig å skille ikke-invasiv pneumokokkpneumoni fra pneumoni forårsaket av andre agens. Det er antatt at den indirekte effekten av barnevaksinasjonsprogrammet er tilsvarende for invasiv og ikke-invasiv pneumokokksykdom (15).

FIGUR 1 A-C. *Insidens av invasiv pneumokokksykdom i Norge 1977–2017, i ulike aldersgrupper og fordelt etter vaksineserotype (verdien på y-aksen er ulik for figurene).*





FIGUR 2. Distribusjon av serotyper som årsak til invasiv pneumokokksykdom hos personer > 65 år i Norge i 2005–2017, fordelt etter vaksinetype.

Vaksinasjon utenom barnevaksinasjonsprogrammet

Kunnskap om hvilke pneumokokkserotyper som forårsaker sykdom i Norge, samt egenskapene ved vaksinene, er avgjørende for valg av pneumokokkvaksine utenfor barnevaksinasjonsprogrammet. Den indirekte effekten fra barnevaksinasjonsprogrammet gjør at andelen som blir syke med serotyper som inngår i PKV13 blir stadig lavere. Tilleggs effekten av å vaksinere med PKV13 i denne gruppen er derfor begrenset. Det er også konklusjonen i en stor europeisk studie der Norge deltar (16). PPV23 dekker langt flere av serotypene som er årsak til sykdom hos voksne og risikogrupper. Begrensninger med PPV23 er at den beskyttende effekten er noe lavere, og det er usikker effekt på ikke-invasiv pneumoni. En rekke land står overfor tilsvarende dilemmaer, og land med lignende epidemiologi som i Norge anbefaler i all hovedsak PPV til eldre. Det er også nye vaksiner i utvikling som gjør at konjugatvaksiner med beskyttelse mot andre eller flere serotyper kan bli tilgjengelige i fremtiden. Fortsatt god og kontinuerlig overvåking av serotyper som er årsak til pneumokokksykdom i Norge er derfor et viktig grunnlag for vaksineanbefalinger.

Vaksineanbefalinger

Pneumokokkvaksinasjon utenom barnevaksinasjonsprogrammet anbefales i dag til personer ≥ 65 år og til personer med tilstander og grunnlidelser som gir økt risiko for invasiv pneumokokksykdom (SE FAKTABOKS).

For personer over to år med behov for

pneumokokkvaksine anbefales PPV23. En kombinasjon av PKV13 og deretter vaksiner med PPV23 er anbefalt til personer med anatomisk eller funksjonell miltmangel, hiv positive og stamcelletransplanterte. Likeledes kan PKV13 gis i kombinasjon med PPV23 til personer som etter en samlet vurdering anses å ha høy risiko for invasiv pneumokokksykdom. Eventuell bruk av PKV13 bør være i kombinasjon med PPV23, der PKV13 gis først og PPV23 gis etter et intervall på minimum 8 uker. Det er ikke grunnlag for bruk av PKV13 i kombinasjon med PPV23 til personer over 65 år uten andre risikofaktorer enn alder. Til denne gruppen bør det gis PPV23. Detaljerte anbefalinger om vaksinasjon finnes i *Rapport 2015:7 Anbefalinger for bruk av pneumokokkvaksine utenfor barnevaksinasjonsprogram i Norge* (17).

Vaksinasjonsdekning utenom barnevaksinasjonsprogrammet

Det finnes ingen fullstendig oversikt over bruk av pneumokokkvaksine til eldre og risikogrupper i Norge. Det er antatt at det er en underreportering av vaksinasjoner i denne gruppen i SYSVAK. Basert på antagelser om størrelsen på risikogruppene, anbefalinger om vaksinasjon og salgstall for vaksinen er det estimert at vaksinasjonsdekningen av PPV hos eldre og i risikogruppene er i størrelsesordenen 15–25 prosent.

Folkhelseinstituttet har siden 2015 deltatt i to europeiske forskningsprosjekter om effekt av pneumokokkvaksinasjon hos personer henholdsvis under og over 65 år, SpIDnet II og I-MOVE+. Som en del av det-

SYKDOMMER OG TIL- STANDER SOM GIR ØKT RISIKO FOR INVASIV PNEUMOKOKKSYKDOM

Spesielt høy risiko

- Anatomisk og funksjonell miltmangel
- Cerebrospinalvæske-lekkasje
- Hivinfeksjon/AIDS
- B-cellesvikt
- Stamcelletransplantasjon
- Hematologisk kreft
- Organtransplantasjon

Høy risiko

- Kronisk lever- eller nyresykdom
- Primær eller medfødt immunsvikt-tilstand (uten B-cellesvikt)
- Kreft (unntatt hematologisk)
- Cochleaimplantat
- Hjemløse og rusmisbrukere (unntatt alkoholisme)
- Alder ≥ 65 år

Moderat risiko

- Iatrogen immunsuppresjon (unntatt ved kreft eller organtransplantasjon)
- Diabetes mellitus
- Cøliaki
- Nedsatt ventilasjonskapasitet
- Kronisk lunge- eller hjertesykdom
- Tidligere gjennomgått IPD
- Alkoholisme
- Røyking
- Yrkesutøvelse (sveisere, laboratoriepersonell)

FAKTABOKS

te har vi innhentet informasjon om vaksinasjonsstatus for alle meldte tilfeller med invasiv pneumokokksykdom i Norge i årene 2015–2017. Vi fant at 35 prosent av vaksinedosene var satt etter at personen hadde vært syk med invasiv pneumokokksykdom. Det tyder på at en episode med invasiv pneumokokksykdom fungerer som en påminnelse om pneumokokkvaksiner i risikogruppene. Disse kunne ha vært satt tidligere og dermed bidratt til å unngå sykdom.

Som en del av EPJ-løftet for kvalitetsheving av dagens elektroniske pasientjournaler har Direktoratet for e-helse utarbeidet en funksjonalitet som skal hjelpe fastleger til å identifisere hvilke av deres pasienter som bør tilbys influensa- og pneumokokkvaksinasjon og hvor mange av disse som er tilfredsstillende vaksinert. Funksjonaliteten er i piloteringsfasen og forventes å være fullt tilgjengelig i løpet 2019. Vi håper det kan bidra til høyere vaksinasjonsdekning hos eldre og i risikogruppene.



Anbefalinger om bruk av pneumokokkvaksine og risikogrupper for pneumokokkvaksinasjon vurderes fortløpende av Folkehelseinstituttet, basert på tilgjengelig kunnskapsgrunnlag og den epidemiologiske situasjonen i Norge. Valg av vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet får betydning for vaksineanbefalinger til voksne og risikogrupper. Råd og anbefalinger vil til enhver tid være oppdatert på fhi.no.

REFERANSER

- O'Brien KL, Wolfson LJ, Watt JP, et al. Burden of disease caused by *Streptococcus pneumoniae* in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet* 2009; 374(9693): 893–902. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61204-6.
- Wroe PC, Finkelstein JA, Ray GT, et al. Aging population and future burden of pneumococcal pneumonia in the United States. *J Infect Dis* 2012; 205(10): 1589–92. doi: 10.1093/infdis/jis240.
- Blommaert A, Hanquet G, Lander W, et al. Use of pneumococcal vaccines in the elderly: an economic evaluation. Health Technology Assessment (HTA). In: Belgian Health Care Knowledge Centre, ed. KCE Report 274. Brussels, 2016.
- Petratiene S, Alasevicius T, Staceviciene I, et al. The influence of *Streptococcus pneumoniae* nasopharyngeal colonization on the clinical outcome of the respiratory tract infections in preschool children. *BMC Infect Dis* 2015; 15: 403.
- Greenberg D, Givon-Lavi N, Newman N, et al. Nasopharyngeal carriage of individual *Streptococcus pneumoniae* serotypes during pediatric pneumonia as a means to estimate serotype disease potential. *The Pediatric infectious disease journal* 2011; 30(3): 227–33.
- Bogaert D, De Groot R, Hermans PW. *Streptococcus pneumoniae* colonisation: the key to pneumococcal disease. *The Lancet infectious diseases* 2004; 4(3): 144–54.
- Sleeman KL, Griffiths D, Shackley F, et al. Capsular serotype-specific attack rates and duration of carriage of *Streptococcus pneumoniae* in a population of children. *J Infect Dis* 2006; 194(5): 682–8.
- Steens A, Bergsaker MA, Aaberge IS, et al. Prompt effect of replacing the 7-valent pneumococcal conjugate vaccine with the 13-valent vaccine on the epidemiology of invasive pneumococcal disease in Norway. *Vaccine* 2013; 31(52): 6232–8.
- Steens A, Caugant DA, Aaberge IS, et al. Decreased Carriage and Genetic Shifts in the *Streptococcus pneumoniae* Population After Changing the Seven-valent to the Thirteen-valent Pneumococcal Vaccine in Norway. *The Pediatric infectious disease journal* 2015; 34(8): 875–83.
- Folkehelseinstituttet. Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell (Vaskinasjonsboka) Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015 [updated 11.12.2017. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/> accessed 10.09.2018.
- European Medicines Agency (EMA). European public assessment report (EPAR) for Prevenar 13. London, 2015.
- Bonten MJ, Huijts SM, Bolkenbaas M, et al. Vaccine against Pneumococcal Pneumonia in Adults. *N Engl J Med* 2015; 373(1): 93.
- Berg AS, Berild J, Caugant DA, et al. Årsrapport for 2017 – Invasive infeksjoner In: Folkehelseinstituttet, ed. Oslo, 2018.
- Said MA, Johnson HL, Nonyane BA, et al. Estimating the burden of pneumococcal pneumonia among adults: a systematic review and meta-analysis of diagnostic techniques. *PLoS One* 2013; 8(4): e60273.
- Rodrigo C, Bewick T, Sheppard C, et al. Impact of infant 13-valent pneumococcal conjugate vaccine on serotypes in adult pneumonia. *Eur Respir J* 2015; 45(6): 1632–41.
- Hanquet G, Krizova P, Valentiner-Branth P, et al. Effect of childhood pneumococcal conjugate vaccination on invasive disease in older adults of ten European countries. Implications for adult vaccination. *Thorax* 2018; Accepted
- Folkehelseinstituttet. Anbefalinger for bruk av pneumokokkvaksine utenfor barnevaksinasjonsprogram i Norge. In: Folkehelseinstituttet, ed. 2 ed. Oslo, 2015.

■ BRITA.WINJE@FHI.NO

■ DIDRIKFRIMANN.VESTRHEIM@FHI.NO

Hvem tar initiativ til henvisninger?

■ OLAV THORSEN • Fastlege, spesialist i allmennmedisin, ph.d.
Seniorforsker, Stavanger Universitetssjukehus • Førsteamanuensis ved UiS

Norske fastleger henviser pasientene sine til spesialisthelsetjenesten i ulik grad. Olav Thorsen har i denne studien sett nærmere på hvem som egentlig tar initiativ til henvisningene, og i hvilken grad pasientene påvirker hva som står i dem.

Bakgrunn

Mange studier viser at henvisningsratene mellom allmennleger varierer betydelig, både nasjonalt og internasjonalt (1–3). Henvisninger til spesialisthelsetjenesten blir brukt ved forskjellige oppgaver og behov: Spesialundersøkelser og behandlinger som fastlegene selv ikke kan utføre, spørsmål om vurderinger og delt ansvar for en vanskelig medisinsk problemstilling og annet (4). Mange pasienter tar i dag selv initiativ til å bli henvist til en sykehusspesialist, og i noen tilfeller føler fastlegene seg presset av pasienten til å sende en henvisning (5). Hvordan pasientene selv opplever denne situasjonen er det forsket lite på (6, 7). Studier på dette har ikke tidligere vært utført i Norge.

Materiale og metode

Studien ble utført ved at et spørreskjema ble delt ut til pasienter som ventet på å komme inn til en konsultasjonstid på tre avdelinger (ortopedisk, hud og urologisk) på Stavanger Universitetssjukehus i løpet av mai måned i 2013. Skjemaene ble delt ut til de som hadde time på poliklinikken, og

pasientene ble bedt om å fylle ut skjemaet mens de ventet. For mindre barn ble foreldre eller foresatte bedt om å fylle ut skjemaet på vegne av dem. SPSS Statistics 24 ble brukt som analyseverktøy.

Etikk

Ingen navn eller fødselsdato på pasienter ble notert, og datainnsamlingen er godkjent av Pasientombudet og REK. Det var ingen mulighet for å kople opplysningene til navn på pasientene.

Resultater

I alt 103 pasienter fylte ut skjema, hvorav fem var personer under 15 år. Ni skjema manglet alder, kjønn eller opplysninger om henvisningsprosessen, slik at i alt 94 skjema var komplette og ble brukt i analysene. Pasientene var i alderen 5–98 år med en gjennomsnittsalder på 50 år, hvorav 53 (56 prosent) var menn. De fleste (68 prosent) henvisningene var initiert av fastlegen, mens i 19 prosent var det pasienten selv som hadde tatt initiativet til å bli henvist (TABELL 1).

Pasientene skåret på fem utsagn om henvisningsprosessen og ventetiden de hadde opplevd for å komme til sykehuset. Resultatene ses i tabell 2.

Kvinner og menn skåret ganske likt på alle utsagn, det var ikke signifikant forskjell mellom kjønnene.

Diskusjon

Resultatene viste at de fleste henvisningene ble initiert av fastlegene, og at pasientene sjelden opplevde at de måtte presse fastlegene til å bli henvist til sykehuset. De fleste svarte også at de ble tatt med på beslutningen om å bli henvist. Når det gjelder innholdet i henvisningen, skåret de fleste over middels på at de fikk være med å påvirke dette. Også når det gjaldt ventetid på sykehuset svarte over halvparten at de er fornøyd.

I Tyskland, hvor pasienter kan oppsøke spesialister uten henvisning, viste en studie fra 2006 at både pasienter, allmennleger og sykehusleger var positive til fastlegens portvaktfunksjon. Pasientene var mest tilfreds når allmennlegen hadde initiert henvisningen (8). I artikkelen *What patients want: A content analysis of key qualities that influence patient satisfaction* (9) fra 2007 konkluderer forfatterne med at de kvalitetene pasienten rangerer høyest hos sin lege er evnen til å gi pasienten en opplevelse av god kommunikasjon og oppfølging – begreper som omfatter empati, innlevelse

TABELL 1. Pasienters svar på hvem tok initiativ til henvisningen til sykehus (n=94).

HVEM TOK INITIATIVET TIL HENVISNINGEN?	ANTALL	PROSENT	KUMULATIV PROSENT
Ikke angitt	1	1,1	1,1
Pasienten	18	19,1	20,2
Fastlegen	64	68,1	88,3
Andre	9	9,6	97,9
Sykehuslege	2	2,1	100,0
Total	94	100,0	

TABELL 2. Pasienters skår på utsagn om henvisningsprosessen (n=94).

UTSAGN OM HENVISNINGSPROSESSEN SKÅR PÅ EN SKALA FRA 0–10 HVOR 0 = HELT UENIG, 10 = HELT ENIG	GJENNOMSNIITSSKÅR (KVINNER/MENN) OG SD
Jeg måtte presse på fastlegen for å få en henvisning	1,8 (1,6/1,9) SD 2,7
Jeg følte at jeg ble tatt med på beslutningen om at jeg skulle henvises	8,3 (8,1/8,4) SD 2,3
Jeg fikk være med å påvirke innholdet i henvisningen	6,0 (5,3/6,6) SD 3,6
Ventetiden til undersøkelse på sykehuset var som forventet	6,3 (6,6/6,1) SD 3,1
Jeg var fornøyd med ventetiden jeg fikk til undersøkelse på sykehuset	6,1 (6,1/6,1) SD 3,4

SD = standard deviasjon



ILLUSTRASJON OG FOTO: COLOURBOX

og fokus på den enkelte pasients problem. Dette er i samsvar med en artikkel fra 2016 *Typologies in GPs' referral practice* (5), hvor kvinnelige, erfarne leger som har en pasientsentrert praksis kommer best ut i henvisningsprosessen. Fastlegene i studien var positive til at pasientene deltok i henvisningsprosessen, og pasientene burde få se innholdet i henvisningene før disse ble sendt.

Pasientene i denne studien deltok frivillig, og vi har ikke tall på hvor mange som takket nei til å delta. Det er derfor ikke mulig å angi noen svarprosent eller vite noe om hva de som ikke deltok ville ha svart på spørsmålene. Ettersom skjemaet ikke inneholdt navn eller identifiserbare persondata må man kunne anta at svarene er representative for pasienter som venter på tid på disse poliklinikkene.

Konklusjon

Denne undersøkelsen tyder på at de fleste som henvises til sykehus blir henvist etter initiativ fra sin fastlege og at et fåtall opplever at de må presse fastlegene til å bli henvist. De fleste opplever også at de blir tatt med i beslutningsprosessen og får anledning til å påvirke innholdet i henvisningen.

REFERANSER

1. Førde OH, Breidablik HJ, Øgar P. Truar skilnadene i tilvisningsrater målet om likeverdige helsetenester? *Tidsskr Nor legefor* 2011; 131: 1878–81.
2. Ringberg U, Fleten N, Deraas TS, Hasvold T, Forde O. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. *BMC health services research* 2013; 13: 147.
3. O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Family practice* 2000; 17(6): 462–71.

4. Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A. General practitioners' reflections on referring: an asymmetric or non-dialogical process? *Scand J Prim Health Care* 2012; 30(4): 241–6.
5. Thorsen O, Hartveit M, Johannessen JO, Fosse L, Eide GE, Schulz J, et al. Typologies in GPs' referral practice. *BMC family practice* 2016;17:76.
6. Jarve RK, Dool DW. Simple tools to increase patient satisfaction with the referral process. *Fam Pract Manag* 2011; 18(6): 9–14.
7. Wahlberg H, Braaten T, Broderstad AR. Impact of referral templates on patient experience of the referral and care process: a cluster randomised trial. *BMJ open* 2016;6:e011651.
8. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health serv res* 2006; 6: 5.
9. Anderson R, Barbara A, Feldman S. What patients want: A content analysis of key qualities that influence patient satisfaction. *J Med Pract Manage* 2007; 22(5): 255–61.

■ OLAV.THORSEN@SUS.NO

Møteplass Oslo

– en arena for utvikling av medisinsk



■ BENTE THORSEN • Samhandlingsoverlege/praksiskoordinator ved Oslo universitetssykehus

■ KARI SKREDSVIG • Leder i avdeling samhandling ved Oslo universitetssykehus

■ ELLEN ANITA FAGERBERG • Praksiskonsulent ved Oslo universitetssykehus og fastlege ved Abildsø legekantor i bydel Østensjø

Fastlegene har blitt stående på utsiden av samhandlingsstrukturene som ble etablert etter samhandlingsreformen. Det trengs nå arenaer der leger i og utenfor sykehus kan møtes for å bli enige om fordeling av ansvar og oppgaver. Møteplass Oslo er i ferd med å bli en slik arena.

Fra fastlegeordningen ble etablert i 2001, har det vært en felles erkjennelse fra mange aktører i helsetjenesten at fastlegenes tilknytning til øvrig kommunehelsetjeneste og sykehus må styrkes. Behovet for bedre tilknytning er blitt forsterket etter samhandlingsreformen. For å etterleve *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*, har kommunene hatt hovedfokus på omsorg og ivaretagelse. Behov for medisinsk behandling og legetjenester er i liten grad omtalt i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom sykehusene og kommunene. Dette er bekreftet i sentrale evalueringer av samhandlingsreformen (1–3) og også av Riksrevisjonen (4). Oslo kommune gjennomførte i 2015 en revisjon knyttet til utskrivning av pasienter etter samhandlingsreformen. Blant annet bekymret man

seg for en høy forekomst av reinnleggelser. Legetjenesten ble ikke revidert og heller ikke nevnt i rapporten (5).

Kompleks struktur

Hovedstadsområdet og Oslo kommune har en kompleks samhandlingsstruktur (TABELL 1 SIDE 25 OG TABELL 3 PÅ SIDE 27).

Oslo har 525 fastleger fordelt på 160 legekantor. Med unntak av Lovisenberg har alle sykehusene praksiskonsulentordning (PKO). Samhandlingsreformen påla kommuner og helseforetak å etablere definerte samarbeidsorganer og møtefora (TABELL 3, SE SIDE 27). I noen sykehusområder deltar praksiskonsulentene i slike fora, men fastlegene er ikke representert ut over dette. De 15 bydelene har, som før reformen, sine

allmennlegeutvalg (ALU), med varierende aktivitet.

I alle sykehusområdene har det vært samhandlingsprosjekter etter samhandlingsreformen. Noen av disse har involvert praksiskonsulenter og fastleger, men samarbeidsrelasjoner og samarbeidskulturer varierer i ulike sykehusområder og bydeler. På generelt grunnlag kan man hevde at dagens organisering ikke legger godt nok til rette for å dele gode erfaringer.

«Stille samhandlingsreform»

Fastlegene i Oslo har ikke vært involvert i å planlegge og avtale hvem som skal gjøre hva av medisinske oppgaver etter samhandlingsreformen. De har imidlertid, i likhet med fastleger i store deler av landet, opplevd en massiv overføring av oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten – uten å ha en felles plan eller felles avtale. Fastlegeordningen har kommet under press. Da PKO startet opp igjen ved Oslo universitetssykehus (OUS) i 2015 – etter en kort pause – strømmet henvendelsene inn.

Samhandling i hovedstadsområdet



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

SYKEHUS	BYDELER* OG LOKAL SEKTORTILHØRIGHET	OSLO KOMMUNE SENTRALT**
Oslo universitetssykehus (OUS), omfatter Ullevål, Aker, Rikshospitalet og Radiumhospitalet	• Bjerke • Nordre Aker • Nordstrand • Søndre Nordstrand • Østensjø • Sagene (deler med Lovisenberg)	Sykehjemsetaten, ansvar for 42 langtidssykehjem og 4 korttids- sykehjem (helsehus) Kommunal legevakt for hele Oslos befolkning, i Storgata og på Aker Kommunal akutt døgnetenhet (KAD) for hele Oslos befolkning Kommunal rehabiliteringsenhet på Aker
Diakonhjemmet sykehus	• Frogner • Ullern • Vestre Aker	
Lovisenberg diakonale sykehus	• Gamle Oslo • Grünerløkka • St. Hanshaugen • Sagene (deler med OUS)	
Akershus universitetssykehus (AHUS)	• Alna • Grorud • Stovner • Kommuner i Akershus	

* Bydelene forvalter fastlegeordningen, helsestasjons- og skolehelsetjeneste og pleie- og omsorgstjenester med bestillerenheter

** Oslo kommune sentralt har ca. 130 legeårverk i sykehjem, legevakt og KAD

TABELL 1. Sektorsykehus og bydelstilhørighet i Oslo. Oversikt over helsetjenester organisert sentralt i Oslo kommune

Fastleger og sykehuskolleger tok kontakt. Det var uklart hvem som skulle gjøre hva og hvordan det medisinske ansvaret skulle overleveres i pasientforløpene. Uenigheten førte til et dårlig samarbeidsklima og gikk ut over pasientene. Selv om bekymringene i hovedsak var knyttet til oppgaveoverføring fra sykehus til kommune, så vi i PKO at en del oppgaver sykehusene tok

hånd om burde kunne løses i primærhelsetjenesten, forutsatt at felles avtaler, planer og ressurser kom på plass.

Medisinsk samhandling

Det er behov for å løfte fram og strukturere den medisinske delen av samhandlingsreformen. Fastlegens rolle må komme tydeli-

gere fram. Det samme må legearbeid i helsetjeneste og sykehjem. Samarbeidet mellom sykehus og primærleger må bli mer systematisk og likeverdig. Det er også behov for å utvikle en likeartet samhandlingspraksis for hele hovedstadsområdet. For å klare det trenger vi en felles arena hvor sykehusets leger og annet helsepersonell kan møte kommunens leger, og da særlig fastlegene.

Møteplass Oslo – fra idé til oppstart

Tanken om «Møteplass Oslo» ble lansert i 2016 av samhandlingsoverlegen på OUS i et foredrag for tillitsvalgte fastleger i Oslo legeforening. Ideen fikk overraskende positiv tilslutning, og vi fikk tro på at dette var et tiltak fastlegene ville slutte opp om. Kommunen var imidlertid skeptisk i starten og fryktet at legene skulle trekke seg unna andre samhandlingsparter og lage sin egen agenda i «lukkede fora». Det ble en krevende forankringsprosess. Vi skrev brev, holdt dialogen med kommunen varm og organiserte informasjonsmøter. Blant annet inviterte vi praksiskonsulentene i Østfold til å dele sine erfaringer med å etablere sitt samarbeidsutvalg for fastleger (SUFF) (7). De hadde også måttet bruke lang tid på forankring. Avgjørende for å komme i mål var støtten fra OUS' leder i avdeling for samhandling. I januar 2017 besluttet samarbeidsutvalget for hovedstadsområdet å opprette Møteplass Oslo.

Mandat for Møteplass Oslo

Mandatet vi fikk fra samarbeidsutvalget er gjengitt nedenfor. Aktiviteten er utviklet i henhold til mandatet. Det bredt sammensatte arbeidsforumet har en sentral rolle som driver av Møteplass Oslo.

Samarbeidet mellom fastleger og sykehus

I 2016–17 startet leger i OUS, sammen med inviterte fastleger og praksiskonsulenter fra alle fire sykehussektorer, arbeidet med utvikling av anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus i hovedstadsområdet. Anbefalingene ble godkjent av arbeidsforum for Møteplass Oslo i mars 2017 (8). Anbefalingene gir «kjøreregler» for det daglige samarbeidet mellom legene. Tilsvarende anbefalinger om samarbeid mellom leger i helsehus/sykehjem, legevakt, kommunal akutt døgnenhet (KAD) og sykehus i hovedstadsområdet godkjennes i løpet av høsten 2018.

Vi arbeider for at anbefalingene skal få status som retningslinjer knyttet til tjenesteavtale 2 (9). ALU får besøk enten av praksiskonsulent eller annen fastlege fra arbeidsforumet. Direktørmøtene skal også behandle anbefalingene. Til sist godkjennes de i samarbeidsutvalget for hovedstadsområdet. Prosessen tar tid, men vurderes som viktig med tanke på forankring og felles eierskap.

Samarbeidsrutiner for multidosepasienter

I 2018 leder sekretæren for Møteplass Oslo

et arbeid med å utvikle *Anbefaling for samarbeid om multidosepasienter i hovedstadsområdet*. Initiativet kom fra leger i og utenfor sykehus som bekymret seg for pasientsikkerheten i multidoseordningen. Arbeidet er forankret i samarbeidsutvalget for hovedstadsområdet, og foregår i en tverrfaglig, bredt sammensatt arbeids- og referansegruppe. Gruppen avga 22. juni 2018 høringsvar med løsningsforslag til *Nasjonale faglige råd for multidose fra Helsedirektoratet* (10). Arbeidet blir sluttført når endelige råd foreligger fra Helsedirektoratet.

Temamøter

I 2018 arrangerer vi fire store ettermiddagsmøter på Møteplass Oslo. Vi har innlegg fra sykehus, fastleger og andre berørte leger eller brukere. I tillegg til faglig oppdatering settes det av tid til debatt om ansvarsdeling og samarbeid. Invitasjon til møtene sendes ut i samarbeid med Oslo legeforening. Det har vært mellom 40 og 80 deltakere på møtene, de fleste fastleger. Møtene er godkjente som tellende møteserie med fire poeng pr. møte. De er gratis og med enkel servering. Evaluering av møtene (Questback) har vært positive.

TABELL 2. Mandat for møteplass.

Målgruppe	- Fastleger og allmennleger i Oslo - Praksiskonsulenter ved de ulike sykehusene - Bydelsoverleger, ledere av legevakt, KAD, etatsoverlegen i sykehjemsetaten - Sykehusleger - Relevante samhandlingsparter fra alle profesjoner inviteres til møteplassen alt etter hvilke saker som står på agendaen
Formål	Møteplass Oslo skal være en arena hvor leger og annet helsepersonell - deler fagkunnskap og forståelse for pasientenes behov i helsetjenesten - utarbeider anbefalinger for samarbeid og arbeidsdeling knyttet til medisinsk behandling og samlet ivaretagelse av pasientene - utarbeider anbefalinger om hvordan legene skal samarbeide med kommunens øvrige tjenester, herunder pleie- og omsorgstjenesten og andre relevante tjenester Møteplass Oslo skal ha samlende og rådgivende funksjon, bidra til deling av anbefalinger og fremme kultur for samarbeid, slik at praksis blir mest mulig likeartet i hovedstadsområdet. I tillegg kan Møteplass Oslo være en arena for debatt, for eksempel om etikk og prioriteringer i helsetjenesten.
Organisering og drift	Møteplass Oslo organiseres som et nettverk. For å sikre tilstrekkelig bredde, legitimitet og forankring opprettes et arbeidsforum for Møteplass Oslo. Arbeidsforum skal ivareta følgende representasjon: - Fastlege fra alle fire sykehusområder - Deltagelse fra alle fire sykehus, enten ved praksiskonsulent eller annen lege - Oslo kommune deltar med tre allmennleger: en fra helsehus og en fra KAD og en fra legevakt, samt to bydelsoverleger Arbeidsforum kan ta imot og behandle forslag og fremme anbefalinger om samarbeid. Alle som har aktuelle saker, kan melde dem til Arbeidsforum. Arbeidsforum kan også selv ta initiativ til å utvikle anbefalinger der dette ansees nødvendig. Arbeidsforum har ansvar for at anbefalinger blir formidlet til rette instanser, og at informasjon blir delt på relevante nettsider i sykehus og kommunehelsetjeneste. I tillegg skal arbeidsforum for Møteplass Oslo organisere temamøter åpne for alle i målgruppen, minst tre i året. Arbeidsforum lager en årlig handlingsplan og årsrapport for Møteplass Oslo.
Arbeidsforum Temamøter	
Finansiering	Møteplass Oslo er finansiert av samarbeidsutvalget. Fastleger som deltar i arbeidsgrupper får honorar for medgått tid som offentlig allmennmedisinsk arbeid. Det honoreres ikke for deltagelse i de store temamøtene. Temamøtene er gratis, med enkel servering. De er godkjente som tellende møteserie med 4 timer pr. møte.
Evaluering	Møteplass Oslo skal evalueres ved utgangen av 2018

NAVN	DELTAKERE
Regionalt samarbeidsmøte	Helseledelsen i Oslo kommune møter administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
Samarbeidsutvalget for hovedstadsområdet	Ledere i OUS, AHUS, Lovisenberg og Diakonhjemmet Helseledere i Oslo kommune En bydelsdirektør fra hver sektor for Legeforeningen og Sykepleierforbundet Brukerrepresentant
Direktørmøte (ett for hver sykehussektor)	Ledere i sentrale klinikker/avdelinger på sykehuset Bydelsdirektørene i sykehusets sektor Helseledere i Oslo kommune
Samarbeidsfora (I OUS: to for psykisk helse og avhengighet, ett for somatikk)	Tjenesteledere fra kommune Avdelingsledere i relevante avdelinger i lokalsykehuset. Bydelsoverleger Praksiskoordinator deltar i foraene til OUS, ellers varierende
Allmennlegeutvalg (ALU)	Hver bydel har eget ALU. Fastlegene har møteplikt i allmennlegeutvalget. De fleste allmennlegeutvalg inviterer bydelsoverlegen med i hele eller deler av møtene. I noen bydeler arrangeres møtene i et samarbeid mellom tillitsvalgte og bydelsoverlege. Andre samarbeidsparter inviteres til ALU etter behov.
Lokalt samarbeidsutvalg (SU)	Hver bydel har et lokalt SU hvor bydelens ledelse møter representanter for fastlegene.

TABELL 3. Samarbeidsorganer i Hovedstadsområdet etter samhandlingsreformen.

Et bedre samarbeidsklima

Møteplass Oslo og anbefalingene om samarbeid har vakt interesse hos fastlegene. Oslo legeforening er positiv til aktiviteten på Møteplass Oslo og samarbeider om de store møtene. Gradvis har samarbeidet med kommunen bedret seg, og preges nå av gjensidig tillit. PKO ved Diakonhjemmet har gjort en stor innsats med informasjon om Møteplass Oslo og implementering av anbefalingene i sykehuset og tilhørende bydeler. PKO ved AHUS arbeider nå i et eget prosjekt for å utvikle møteplassen *AHUS forum* for hele sitt opptaksområde. Det er mindre aktivitet i Lovisenberg sektor. Vi savner en PKO ved Lovisenberg som drivkraft i arbeidet.

Forankring er en suksessfaktor

Å forankre Møteplass Oslo i samarbeidsutvalget for hovedstadsområdet har gitt medisinsk samhandling et løft og en legitimitet som vi i PKO har savnet tidligere. Vi ser nytten av at vi ikke ga opp, selv om prosessen var tung en periode. Møteplass Oslo støttes av ledelsen ved OUS og vil være en viktig sak på ledermøtene framover. Anbefalingene om samarbeid har status som nivå 1-rutine i sykehuset og brukes nå av PKO og andre som en referanse ved relevante henvendelser.

Ringvirkninger på nasjonalt nivå

Norsk forening for allmennmedisin (NFA)

etablerte i november 2017 en faggruppe for samhandling. Gruppen har videreutviklet anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus til en nasjonal standard som kan tilpasses lokalt. (11). Dette skjer nå i mange sykehusområder, i regi av PKO. Helsedirektoratet og helseministeren er gjort kjent med anbefalingene og har vist til dem som et godt samhandlingsverktøy.

Samarbeid om den enkelte sykdom

Et mål framover er å utvikle gode modeller for arbeids- og ansvarsdeling innen ulike fagområder. Arbeidsforum for Møteplass Oslo utgjør en ny type møtearena, hvor berørte parter kan rådsle om medisinsk oppgavefordeling med mål å komme fram til omforente anbefalinger. Arbeidet må være strukturert og kunnskapsbasert. En sjekkliste til dette bruk er under utvikling, og vil bli publisert på NFA sin hjemmeside i løpet av høsten 2018. Overordnede råd om oppgavefordeling bør imidlertid utvikles i et likeverdig samarbeid på nasjonalt nivå, for eksempel i regi av Helsedirektoratet, for deretter å tilpasses lokalt, slik at oppgavefordelingen kan bli mest mulig likeartet i ulike sykehusområder.

Oppsummering og konklusjon

Møteplass Oslo er en arena som skal bidra til å utvikle en likeartet medisinsk samhandlingspraksis i hovedstadsområdet.

Fastleger, øvrige leger i Oslo kommune samt sykehusleger er primære målgrupper. Andre faggrupper inviteres, avhengig av hva som står på agendaen. Forankring på høyt samhandlingsnivå er avgjørende for legitimitet og drivkraft i arbeidet. Møteplass Oslo har ikke vedtaksmyndighet, men søker konsensus og gir anbefalinger. Formalisering av avtaler og retningslinjer skjer i etablerte samarbeidsorganer.

Møteplass Oslo har bidratt til å rette oppmerksomhet mot medisinsk samhandling både lokalt og nasjonalt.

PKO ved OUS tok initiativet til å etablere Møteplass Oslo. Praksiskonsulentene er drivere i arbeidsforumet for møteplassen. Uten å ha en samhandlingsoverlege/praksiskoordinator i 100 prosent stilling ved OUS hadde det ikke latt seg gjøre å utvikle Møteplass Oslo. En styrking av PKO i hovedstadsområdet vil ha stor betydning for å lykkes i arbeidet framover.

REFERANSER

1. Riksrevisjonen: En undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3: 5 (2015–2016).
2. Rapport fra Forskningsrådet juni 2016: Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM).
3. Rapport fra Helsetilsynet 1/2016: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.
4. Januar 2018: Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten.
5. Oslo kommune – kommunerevisjonen Rapport 11/2015 Samhandlingsreformen – utskrivning av pasienter.
6. Veiviser for helsepersonell: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/samhandling/veiviser-for-helsepersonell>.
7. Informasjon om SUFF (Samarbeidsutvalg for fastleger) i Østfold: <https://or.fastlegeportalen.no/>.
8. Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus i hovedstadsområdet: <http://ehandboken.ous-hf.no/document/120854/fields/23>.
9. Tjenesteavtale 2, samarbeidsavtale mellom det enkelte sykehus og Oslo kommune: <http://ehandboken.ous-hf.no/document/108863>.
10. Høringsutkast, nasjonale faglige råd for multidoser: <https://helsedirektoratet.no/horinger/multidose-nasjonale-faglige-rad>.
11. NFA: Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus: <https://beta.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/faggrupper/samhandling/>.



■ THOBEN@OUS-HF.NO
■ UXARDS@OUS-HF.NO
■ ELLFAG@OUS-HF.NO

Hurra for sukkeravgift

■ **KNUT-INGE KLEPP** • Direktør, psykisk og fysisk helse, Folkehelseinstituttet og professor i samfunnsnærings, Universitetet i Oslo

Som del av budsjettforliket sist høst, økte Stortinget avgiften på brus, sjokolade og sukkervarer. Dette har ført til skarpe reaksjoner fra næringslivet. NHO Mat og drikke brøt samarbeidet med myndighetene om å redusere sukkerinntaket, og avgiftsøkningen er klaget inn for EØS-avtalens tilsynsorgan ESA. Hvorfor reageres det så sterkt, og hvorfor er prisvirkemiddelet et godt tiltak for å redusere sukkerinntaket spesielt blant barn og unge?

Sukkerforbruket

I Norge har forbruket av sukker gått ned fra om lag 43 til 27 kilo pr. innbygger pr. år siden år 2000. Innholdet av tilsatt sukker er redusert fra 17 til 12 energiprosent i samme periode (1), men fortsatt er sukkerinntaket høyere enn anbefalt. Helsedirektoratet anbefaler at maks 10 prosent av energien kommer fra tilsatt sukker. I følge WHO vil en reduksjon til under fem prosent av totalt energiinntak fra tilsatt sukker gi ytterligere helsemessige fordeler (2). Barn og unge har spesielt høyt sukkerinntak, samtidig som de også er mest utsatt for de negative helsekonsekvensene ved å få i seg mye energi gjennom næringsfattig mat og drikke.

Resultatene fra de nasjonale kostundersøkelsene viser at de største kildene til tilsatt sukker blant barn og ungdom er søtsaker og søtet drikke (inkludert saft, nektar og brus). Disse to matvaregruppene alene utgjorde mellom 50 og 70 prosent av tilsatt sukker for niåringer (4.-klassinger) og 13-åringer (8.-klassinger) i 2015–2016 (3). Allerede blant 4-åringer ser vi at dette er de to viktigste kildene til sukker (4).

Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold 2017–2021: Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle!, har som mål å redusere befolkningens inntak av tilsatt sukker. Målet er å halvere andelen 15-åringer som ofte (fem ganger i uken eller oftere) spiser godteri eller drikker sukkerholdig drikke (5).

Norske sukkeravgifter

Det som gjerne omtales som «sukkeravgiften» er i dag egentlig tre ulike avgifter:

- Avgift på sjokolade og sukkervarer ble innført allerede i 1922 som en ren luksusavgift.
- To år senere fikk vi en avgift på kullsyreholdige alkoholfrie drikkevarer. I 1987 ble det også innført avgift på kullsyrefrie søtende drikkevarer, og fra 2007 omfatter avgiften på alkoholfrie drikkevarer alle drikkevarer som er tilsatt sukker eller søtstoff.
- I 1981 ble det innført en sukkeravgift som først og fremst omfatter sukker til husholdningsformål, inkludert storhusholdninger.

Innføring av disse avgiftene var begrunnet i statens behov for inntekter, og 'luksusprodukter' som sjokolade og kullsyreholdig drikke var gode kandidater. Men allerede i 1975, i den første stortingsmeldingen om mat og ernæring, drøftes pris som et viktig virkemiddel i ernæringspolitikken (6). Dette følges opp i meldingen fra 1981, og det pekes der på at sukkeravgiften som foreslås innført, vil kunne bidra til å dempe forbruket (7).

Sukkeravgiftene er ved flere anledninger justert, og som del av budsjettforliket høsten 2017 vedtok Stortinget å øke disse særavgiftene. Fra og med 1.1.2018 ble avgiften på sjokolade og sukkervarer satt opp med 82,9 prosent (fra kr. 20,19 pr. kg til kr. 36,92), avgiften på alkoholfrie drikkevarer økte

med 42,2 prosent (fra kr. 3,34 pr. liter til kr. 4,75), mens sukkeravgiften gikk opp med 1,5 prosent (fra kr. 7,81 pr. kg til kr. 7,93) (8).

Effekten av avgiftene

Det er i dag omfattende forskning som peker på den positive effekten avgifter kan ha for å redusere forbruket av produkter som tobakk, alkohol og sukkerholdig drikke, og dermed forebygge sykdom og for tidlig død. Konklusjonen er at avgifter er et «underused instrument for the prevention of premature death and disease» (9). Når det gjelder kosthold, er det etter hvert omfattende internasjonal forskning på effekten av å innføre avgifter på sukkerholdig drikke. En systematisk gjennomgang av tilgjengelig litteratur konkluderte i 2016 med at økt avgift på sukkerholdig drikke bidrar til å øke prisen på slik drikke, og at det fører til et redusert energiinntak som vil forebygge økt overvekt på befolkningsnivå (10). WHO kom til tilsvarende konklusjon: dersom avgiften økes slik at utsalgsprisen økes med 20 prosent eller mer, vil det føre til mer enn en proporsjonal reduksjon i forbruket av sukkerholdig drikke og bidra til forbedret ernæring og redusert overvekt, fedme og ikke-smittsomme sykdommer (11). Nyere studier viser at avgift på sukkerholdig drikke når ut til bredere befolkningsgrupper og med større effekt enn individbaserte intervensjoner med mål om å endre atferd (i eller utenfor helsesektoren) (12), og tiltak som kombinerer skatter og subsidier reduserer sosial ulikhet i spisevaner (13).

Selv om det pekes på behovet for flere studier, spesielt på langtidseffekten av avgiftsøkninger, løfter WHO, inkludert deres kommisjon for «Ending Childhood Obesity», fram avgift som et av de viktigste virkemidlene for å redusere overvekt, fedme og ikke-smittsomme sykdommer (14). World Cancer Research Fund International, som nylig

som virkemiddel!



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

kom med sine oppdaterte kostråd for å forebygge kreft og andre ikke-smittsomme sykdommer, slår også fast at «SSB [Sugar Sweetened Beverage] taxes have been shown to be effective and should be a key component of a comprehensive approach to prevent and control diet-related NCDs» (15).

Bruk av sukker i matvareindustrien

Gitt de tydelige anbefalingene om redusert inntak både nasjonalt og internasjonalt, samt langvarige forsøk på å engasjere og ansvarliggjøre matvareindustrien, kan det virke pussig at bruken av sukker er så omfattende i framstilling av ferdigmat, og at sukkerholdige produkter i så sterk grad er det som markedsføres – også overfor barn. WHO la i fjor fram en rapport der de belyste hva som er driverne for den omfattende bruken av sukker (16). Undersøkelsen inkluderte intervju av representanter fra produksjonskjeden, det vil si fra produksjon, handel og foredling av sukker, samt mat- og drikkeproduksjon og fra detaljhandelen. Her ble det blant annet pekt på at:

- Sukker vurderes som «gullstandarden» for søt smak: Nye søtstoffer kan pr. i dag ikke konkurrere med sukker når det gjelder smak blant forbrukerne, og spesielt barn har en sterk preferanse for det søte.
- Konkurransesevnen blant produsenter og forhandlere: Den tøffe konkurransen i bransjen gjør at det vurderes som risikabelt å redusere sukkerinnholdet. Flere ser behovet for regulering slik at konkurransevilkårene blir de samme for alle aktørene, og at en unngår at de som går foran og frivillig reduserer sukkerinnholdet, taper i konkurransen.
- Man vil opprettholde valgmuligheten for forbrukeren: En stor andel av kundene er ikke opptatt av helse og sunt kosthold, og disse foretrekker ofte søtere produkter. Dermed reduseres sukkerinnholdet først

og fremst i produkter som appellerer til de som er opptatt av å spise sunt.

- Sukker bidrar med viktige funksjonelle kvaliteter i matvarer: Foruten smak, påvirker tilsatt sukker både matens tekstur og utseende, og det påvirker holdbarhet og grad av fermentering. Dermed er det også vanskeligere å finne gode alternativer som dekker alle disse funksjonene.
- Sukker er billig og lett tilgjengelig fra en rekke ulike kilder.
- Bekymring blant forbrukerne knyttet til kunstig søtning: Både når det gjelder smak, funksjonelle kvaliteter og regulering er det en rekke forhold som gjør bruk av kunstige søtningsstoffer mindre attraktivt for industrien enn bruk av sukker. I tillegg er det mange forbrukere som er skeptiske til helseeffekten av kunstige søtningsstoff, og blant de mer helsebevisste går trenden i retning av naturlige ingredienser og ikke det som oppleves som kunstig (16).

Fra priskrig på smågodt til krig om avgift

I 2014 etablerte helse- og omsorgsministeren en næringslivsgruppe med de største aktørene innen matvarebransjen, inkludert representanter for næringsorganisasjonene, dagligvarebransjen og produsentene av mat og drikke. Målet var å identifisere og samarbeide om gjennomføring av tiltak for å bedre kostholdet i tråd med nasjonale anbefalinger og internasjonale forpliktelser. I desember 2016 signerte aktørene en intensjonsavtale med konkrete mål for reduksjon av sukker, salt og mettet fett i mat og drikke (17).

Tidligere samme år hadde det vært omfattende prisdumping på godteri til påske, og bransjen ble sterkt kritisert fra helsehold, ikke minst fra frivillig sektor. Overraskelsen var derfor stor da det allerede høsten 2017 i forbindelse med Halloween

på nytt ble priskrig og billigsalg på godteri. Ernærings- og folkehelsemiljøene var oppgitt over dagligvarebransjens dobbeltmoral, og sentrale fagfolk uttalte blant annet at smågodt til gi-bort-priser utgjør en stor fare for mange utsatte barn som ennå ikke har utviklet fedmeproblemer.

Støyen omkring priskrigen på smågodt ble imidlertid puslete i forhold til den stormen som kom da budsjettforliket ble presentert i november 2017. Avgiftsøkningen – og spesielt omfanget – kom overraskende på næringslivet, som reagerte med sjokk og vantro. At regjeringen valgte å balansere budsjettet ved hjelp av disse avgiftene ble sett på som et brudd på samarbeidet mellom matbransjen og helsemyndighetene. NHO Mat og drikke valgte derfor å bryte samarbeidet med myndighetene om å redusere sukkerinntaket (18), og avgiftsøkningen er klaget inn for EØS-avtalens tilsynsorgan ESA.

Hovedinnvendingen er at økte norske avgifter bidrar til økt konkurranse fra Sverige med økt grensehandel og direkte import via internett. Kravet fra NHO Mat og drikke er derfor å reversere avgiftsøkningen til regjeringens opprinnelige 2018-forslag og at 350-kronersgrensen for avgiftsfri privatimport avvikles.

Det rettes også kritikk mot utformingen av avgift på sjokolade og sukkervarer. Matmarkedet har endret seg siden denne ble innført i 1922, og den treffer i dag bare en del av de matvarene som bidrar med tilsatt sukker i kostholdet. Videre argumenteres det fra ulike hold at ettersom sukkerfri brus ikke bidrar til økt overvekt, bør den ikke rammes av avgiften på alkoholfrie drikkevarer.

På denne bakgrunn har NHO Mat og drikke formulert følgende kriterier som de mener bør ligge til grunn for særavgifter (19):

- De må være forutsigbare for næringslivet, og ikke svekke bedriftenes konkurransevne.



Tilbudsplakat ved en Bunnpris-butikk i Møre og Romsdal ved skolestart 2018. ILLUSTRASJONS FOTO

- Avgiftene må være harmonisert med avgiftssystemet og nivået i EU-landene. Med særlig vekt på Norges naboland.
- Avgiftene må ha en vitenskapelig og/eller faglig begrunnelse og virkning.
- Avgiftene må ha en ikke-fiskal begrunnelse (det vil si et formål utover det å skaffe inntekter til staten).

Mens det i det siste halvår har vært en rekke oppslag i media om konsekvensene av avgiftsøkningene, ikke minst på grensehandel og direkte import, er realiteten at vi i dag ikke har data som dokumenterer omfanget av en eventuell konkurransevridning. Et bedre datagrunnlag for å kunne følge endringene i forbruk samt kildene til forbruket bør derfor være høyt prioritert. En hypotese kan være at sukkeravgiften bidrar til redusert forbruk av sukker i befolkningen totalt sett, men at dette til dels veies opp av at et mindretall handler mer i Sverige og på internett. Vi trenger mer dokumentasjon som belyser både nå-situasjonen og utviklingen over tid før vi gjør antakelser om konsekvensen av økte sukkeravgifter.

Folkehelseperspektivet

Særaggiftene, også den siste avgiftsøkningen, har først og fremst til formål å skaffe inntekter til staten. Samtidig gis de en helsepolitisk begrunnelse ved at de er en kostnadseffektiv måte å redusere forbruket på, ikke minst blant utsatte grupper som barn og unge og blant høykonsumentene. Avgifter har vist seg å være et langt mer effektivt tiltak enn individbaserte tiltak som retter seg mot å endre forbrukeratferd. Mens pedagogiske tiltak ofte bidrar til å øke de sosiale forskjellene i kostholdet, virker avgiftene utjevnende på sukkerinntaket.

Prisen på sukret brus i butikker i Norge ligger på omkring kr. 20,- pr. liter (varierer

mye – blant annet selges ofte kjedenes egne merkeprodukter langt billigere). Dagens avgift (på kr. 4,75 pr. liter) utgjør dermed omkring de 20 prosentene økning som WHO setter som nedre grense i sin anbefalte avgift på sukret drikke. Denne avgiften bør med andre ord ikke være lavere.

Samtidig er det slik at avgiftene fra et ernærings- og folkehelsefaglig ståsted kunne hatt en mer treffsikker utforming. Avgift på sjokolade og sukkervarer burde vært byttet ut med en avgift på tilsatt sukker på tvers av matvaregrupper. En utfordring til nå har vært at det analytisk har vært krevende, eller umulig, å skille tilsatt sukker fra naturlig sukker. Både retningslinjene for å redusere markedsføring av usunn mat og drikke overfor barn (www.mfu.as) og ordningen med nøkkelhullsmerket er i dag etablert med veldefinerte kriterier for tilsatt sukker. Disse ordningene vil kunne bidra til å løse utfordringen med å definere hvilke matvaregrupper denne avgiften bør inkludere. En slik kopling vil samtidig kunne bidra til å øke produktutvikling og nøkkelhullsmerking, en merkeordning matvarebransjen ved gjentatte anledninger har vært positiv til.

Også for avgiften på alkoholfrie drikkevarer er det grunn til å vurdere om det bør skilles på produkter med og uten tilsatt sukker. Selv om det er gode grunner til å opprettholde en avgift på kunstig søtet drikke (av hensyn til tannhelse og utvikling av søt smakpreferanser), er det drikke tilsatt sukker som er utfordringen i forhold til å forebygge overvekt og fedme. Fremtidige avgiftsøkninger bør derfor primært legges på sukret drikke.

Konklusjon

Overvekt og fedme representerer et sammensatt problem hvor det ikke finnes en enkel løsning. Tunge faglige organisasjoner anbefaler avgift på sukkerholdig drikke som et viktig virkemiddel i det befolkningsrettede forebyggende arbeidet. Det er godt dokumentert at dette har god effekt. En rekke land innfører derfor i disse dager slike avgifter. I Norge har vi lang tradisjon og erfaring med bruk av særaggifter på matområdet. Disse utgjør en viktig del av virkemiddelapparatet i ernæringspolitikken. Avgiftene kan med fordel utformes slik at de får en enda tydeligere helsefaglig begrunnelse, samtidig som næringen sikres forutsigbarhet.

Derfor: Et rungende HURRA for sukkeravgift som virkemiddel, men et litt mer reservert hurra for dagens sukkeravgifter.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet: Utviklingen i norsk kosthold 2017. Oslo: Rapport IS-2680. 2017.
2. World Health Organization Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: WHO, 2015.
3. Hansen LB, Myhre JB, Johansen AMW, Paulsen MM, Andersen LF: UNGKOST 3. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant elever i 4. og 8. klasse i Norge, 2015. Oslo: Universitetet i Oslo, Rapport 2016.
4. Hansen LB, Myhre JB, Andersen LF: UNGKOST 3. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 4-åringer i Norge, 2016. Oslo: Universitetet i Oslo, Rapport 2017.
5. Departementene: Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021): Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle! Oslo: Handlingsplan, 2017.
6. Landbruksdepartementet: St. meld. nr. 32 (1975–76): Om norsk ernærings- og matforsyningspolitikk. Oslo, 1975.
7. Sosialdepartementet: St. meld. Nr. 111 (1981–82). Om oppfølging av norsk ernæringspolitikk. Oslo, 1981.
8. Statsbudsjettet 2018: <https://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2018/Artikler/Avgiftssatser-2018/>
9. Summers LH: Taxes for health: evidence clears the air. *Lancet* 2018 May 19; 391(10134): 1974–1976. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30629-9. Epub 2018 Apr 5.
10. Nakhimovsky SS, Feig AB, Avila C, O'Sullivan G, Macgregor-Skinner E, Spranca M: Taxes on Sugar-Sweetened Beverages to Reduce Overweight and Obesity in Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLOS ONE*, doi: 10.1371/journal.pone.0163358 September 26, 2016.
11. World Health Organization: Fiscal Policies for Diet and Prevention of Non-communicable Diseases. Geneva: WHO, Technical Meeting Report 5–6 May 2015, 2016.
12. Basu S, Madsen K: Effectiveness and equity of sugar-sweetened beverage taxation. *PLOS Medicine*, doi: 10.1371/journal.pmed.1002327 June 27, 2017.
13. McGill R, Anwar E, Orton L, Bromley H, Lloyd-Williams F, O'Flaherty M et al.: Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact. *BMC Public Health* 2015; 15: 457.
14. World Health Organization: Report from the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva: WHO, 2016.
15. World Cancer Research Fund International: Building momentum: lessons on implementing a robust sugar sweetened beverage tax. 2018. www.wcrf.org/buildingmomentum
16. World Health Organization: Incentives and disincentives for reducing sugar in manufactured foods. An exploratory supply chain analysis. A set of insights for Member States in the context of the WHO European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. Copenhagen: WHO, 2017.
17. Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernevern/intensjonsavtalen-for-et-sunnere-kosthold#malsetninger-og-innsatsomrader>
18. NHO Mat og drikke: <https://www.nhomd.no/politikk/bedre-kosthold/innsatsomrade-sukker/>
19. NHO Mat og drikke: <https://www.nhomd.no/politikk/skatt-og-avgiftspolitik/saravgifter/>

■ KNUT-INGE.KLEPP@FHI.NO

Steril prosedyre ved sår i allmennpraksis og lege

■ KNUT STEEN

Fastlege ved Krambua legesenter i Bergen og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research

■ TONE MORKEN

Forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research

■ STEINAR HUNSKÅR

Professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research

Steril prosedyre er vanlig ved lukking av traumatiske hudsår i allmennpraksis og legevakt. Vi har undersøkt praksis på dette området ved norske legevakter, med vekt på bruk av sterile hansker, munnbind og hullduk. På bakgrunn av en gjennomgang av det vitenskapelige grunnlaget for disse hygienetiltakene gir vi noen råd og anbefalinger.

Ved operasjoner og mindre kirurgiske inngrep i sykehus er det rutine med «steril prosedyre». Dette omfatter bruk av sterile instrumenter og steril nål og tråd, og i tillegg vanligvis blant annet tildekking av operasjonsfelt med steril selvklebende duk (sterile adhesive drape), bruk av munnbind, hette, operasjonsfrakk og sterile hansker. Dette er i tråd med anbefalingen til WHO (1) og oppslagsverket UpToDate (2). Tilsvarende vil «steril prosedyre» ved småkirurgi i allmennpraksis og legevakt vanligvis omfatte bruk av sterile instrumenter og steril nål og tråd, samt bruk av sterile hansker, steril hullduk og munnbind.

Det foreligger imidlertid ikke nasjonale eller internasjonale retningslinjer for hygienetiltak ved sutur av traumatiske hudsår eller annen småkirurgi i allmennpraksis eller le-

gevakt. Den norske nasjonale veilederen for håndhygiene anbefaler bruk av sterile hansker ved stell av akutte sår, uten å skille mellom ulike nivåer i helsetjenesten, som allmennpraksis, legevakt eller sykehus (3). Også den nasjonale rettlederen til forskrift om smittevern anbefaler bruk av sterile hansker når hud eller slimhinnebarriere er brutt, og den skiller heller ikke mellom de ulike nivåene i helsetjenesten (4). Vi har ikke funnet offisielle anbefalinger eller retningslinjer for bruk av hullduk eller munnbind ved småkirurgi i allmennpraksis. Basert på egne erfaringer bruker mange allmennleger og legevaktleger rene, og ikke sterile, hansker ved småkirurgi. Bruken av hullduk og munnbind synes også å være svært individuell, og i liten grad prosedyrebestemt ved det enkelte legekontor eller legevakt.

Nasjonalt legevaktregister

Nasjonalt legevaktregister drives av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin som en nettbasert undersøkelse til alle norske legevakter hvert andre år. Undersøkelsen fra i 2016 (5) hadde en egen bolk om hygiene, der vi tidligere har skrevet en artikkel i *Utposten* om generelle hygienetiltak på legevakt (6). I den samme undersøkelsen spurte vi også legevaktene om spesifikke hygienerutiner knyttet til sutur av traumatiske sår. Formålet med den foreliggende artikkelen er å rapportere om praksis på dette området ved norske legevakter, med vekt på bruk av sterile hansker, munnbind og hullduk. Vi diskuterer så det vitenskapelige grunnlaget for disse hygienetiltakene, før gir vi noen råd og anbefalinger.

Resultater

På tidspunktet for undersøkelsen var det 182 legevakter i Norge, og samtlige legevakter besvarte undersøkelsen. Ikke alle legevaktene svarte på alle spørsmålene, slik at for enkelte variabler kan antallet svar være noe lavere. I analysen av dataene

På tidspunktet for undersøkelsen var det 182 legevakter i Norge, og samtlige legevakter besvarte undersøkelsen.



ILLUSTRASJONSFOTO: RF SANGNES / SCANDINAVIAN STOCKFOTO

Lukking legevakt?



ble legevaktene inndelt i store (mer enn 100 000 innbyggere, n=9), mellomstore (10 000–100 000, n=88) og små (mindre enn 10 000, n=85).

Et flertall av legevaktene hadde som rutine å bruke sterile hansker ved sutur av traumatiske sår (68 prosent), og oftere ved store enn små legevakter (88 prosent versus 65 prosent). Et flertall av legevaktene (59 prosent) brukte munnbind etter en vurdering i hvert enkelt tilfelle. Vel en tre-

del av store legevakter (38 prosent) brukte rutinemessig munnbind ved lukking av hudsår, mens få mellomstore og små legevakter brukte dette rutinemessig (fem prosent og seks prosent). Flertallet av store legevakter brukte alltid hullduk ved sutur av sår (67 prosent), mens flertallet av mellomstore og små legevakter vurderte dette i hvert enkelt tilfelle (55 prosent og 61 prosent). Tabell 1 på side 34 gir en samlet oversikt over resultatene fra undersøkelsen.

Diskusjon

I forhold til den store utbredelsen av de ulike hygienetiltakene ved småkirurgi på legevakt og i allmennpraksis foreligger det forbausende lite vitenskapelig basert kunnskap om effekten av, og dermed nødvendigheten av, de ulike tiltakene. Prosedyrene er trolig overført mer eller mindre direkte fra sykehus til allmennpraksis og legevakt. Smittepresset på legevakter er imidlertid betydelig lavere enn i sykehus,

- Bruk av hullduk, munnbind og sterile hansker ved småkirurgi i allmennpraksis og legevakst bør være vurderingsbasert i hvert enkelt tilfelle
- Infeksjonsrisiko både for pasient og behandler skal vektlegges i vurderingen
- I de fleste tilfeller vil rene hansker være akseptabelt og bruk av hullduk og munnbind ikke nødvendig

og enda lavere i allmennpraksis. Pasientene i sykehus er oftest sykere enn på legevakst og på allmennlegekontorene, bakteriefloaraen er mer virulent i sykehus, pasientene oppholder seg lengre i sykehus enn på legevakst og ved allmennlegekontorene, og de kirurgiske inngrepene er større og mer traumatiske. Det er således ikke åpenbart at hygienetiltakene i sykehus er nødvendige for å forhindre postoperativ sårinfeksjon på legevakst eller i allmennpraksis.

Hansker

Bruk av sterile hansker skal hindre overføring av bakterier fra helsearbeidernes hender til pasienten, og dermed redusere frekvensen av postoperative infeksjoner. Sterile hansker ved operasjoner ble innført for over 100 år siden, og sammen med andre aseptiske tiltak førte det til et betydelig fall i postoperative infeksjoner. Sterile hansker er i dag rutine under operasjoner ved sykehus. Bruk av sterile eller rene hansker ved kirurgi i sykehus i forhold til infeksjonsfrekvens er derfor en uaktuell problemstilling i våre dager. Vitenskapelige studier fra nyere tid som undersøker dette foreligger derfor ikke. Men det er vist at hanskeper-

forasjon under kirurgi øker den postoperative infeksjonsfrekvensen, men bare dersom det ikke er gitt adekvat antibiotika-profylakse før operasjonen (7, 8). Det er nylig publisert en systematisk oversiktsartikkel i Tidsskriftet om effekten av sterile hansker som hygienetiltak (9).

Fra allmennpraksis og legevakst foreligger det tre randomiserte, prospektive studier som undersøker bruken av rene versus sterile hansker i forhold til postoperativ infeksjonsfrekvens. Ingen fant noen forskjell i infeksjonsfrekvens ved bruk av rene eller sterile hansker ved småkirurgi (10–12). Heller ikke de aller fleste andre studier med samme problemstilling (småkirurgi og hanskebruk versus infeksjonsfrekvens) fra andre deler av medisinen (hudlegepraksis, tannlegepraksis) fant noen forskjell i infeksjonsfrekvens ved bruk av sterile eller rene hansker (13). En av årsakene til dette kan være at hansker synes å være et dårlig vekstmedium for bakterier, og rene hansker har for lav bakteriemengde til å kunne forårsake infeksjon hos de aller fleste pasientene i allmennpraksis (14). Noen studier viser at bakteriemengden heller ikke øker vesentlig over tid, selv om boksen med rene hansker er påbegynt for en tid siden og er nes-

ten tom (15,16), men økende bakteriemengde over tid er også funnet (17). Det er også uklart om bruk av hansker i det hele tatt er nødvendig for å redusere infeksjonsrisiko ved lukking av traumatiske sår (18, 19). Men hansker skal i dag likevel alltid brukes, da hansker er en barriere mellom helsearbeider og pasient, og beskytter således både helsearbeider og pasient fra smitte.

Ut fra en totalvurdering synes det derfor rimelig å konkludere med at bruk av sterile eller rene hansker ved småkirurgi i allmennpraksis er et vurderingsspørsmål knyttet til den enkelte pasient. Ved sannsynlig økt infeksjonsrisiko hos pasienten synes det fornuftig å bruke sterile hansker. Eksempler på forhold som bør vektlegges, er både pasientfaktorer (kronisk sykdom, bruk av kortikosteroider etc.) og sårfaktorer (store sår, forurensede sår etc.). For øvrig er det i de aller fleste tilfeller tilstrekkelig å bruke rene hansker.

Hullduk

Hensikten med bruk av selvklebende duker (adhesive drapes) ved kirurgi er å lage en barriere mellom pasientens normale hud og operasjonssåret, for dermed å redusere frekvensen av postoperative infeksjoner. En Cochrane-gjennomgang fant imidlertid at bruk av slike sterile duker under operasjoner ikke reduserte infeksjonsfrekvensen sammenlignet med å avstå fra å bruke slike duker, men faktisk ga en ca. 20 prosent økning i infeksjonsrisiko (20). Forfatterne mente at ved adekvat desinfeksjon av huden rundt operasjonsfeltet, blir bakteriemengden uansett så liten at infeksjon i utgangspunktet er lite sannsynlig. Ved bruk av operasjonsduker blir det varmt og fuktig under disse, noe som skaper et gunstig miljø for bakterievekst og dermed øket infeksjonsrisiko (20). I de siste retningslinjene fra Center of Disease Control i USA fra 2017 er det tatt hensyn til dette, og man angir her at bruk av sterile selvklebende duker ved kirurgi ikke er nødvendig for å hindre postoperativ sårinfeksjon (svak anbefaling, kategori II) (21).

Tanken bak bruk av steril hullduk ved småkirurgi i allmennpraksis og legevakst er at den hindrer suturtråden å komme i kontakt med huden og dermed kontamineres av hudfloraen til pasienten. Hvis dette skjer, kan bakteriene inokuleres i pasienten under sutureringen, med påfølgende fare for postoperativ infeksjon. Det er uvisst om dette skjer i praksis i en slik grad at det har betydning for den postoperative infeksjonsfrekvensen. Vi er ikke kjent med

TABELL 1. Hygienerutiner ved sutur av sår: Resultater i absolutte tall med tilhørende prosenter (N=182*).

	STOR LEGEVAKT N = 9	MELLOMSTOR LEGEVAKT N = 88	LITEN LEGEVAKT N = 85	TOTALT N = 182
Bruk av hansker				
Sterile	7 (88 %)	58 (67 %)	55 (65 %)	120 (68 %)
Rene	0 (0 %)	8 (9 %)	8 (9 %)	16 (9 %)
Vurdering	1 (13 %)	20 (23 %)	19 (22 %)	40 (23 %)
Bruk av munnbind				
Alltid	3 (38 %)	4 (5 %)	5 (6 %)	12 (7 %)
Vurdering	3 (38 %)	46 (53 %)	55 (65 %)	104 (59 %)
Mangler rutiner	2 (25 %)	37 (43 %)	22 (26 %)	61 (35 %)
Bruk av hullduk				
Alltid	4 (67 %)	11 (13 %)	19 (23 %)	34 (20 %)
Vurdering	2 (33 %)	46 (55 %)	50 (61 %)	98 (57 %)
Mangler rutiner	0 (0 %)	27 (32 %)	13 (16 %)	40 (23 %)

* En stor legevakst og en mellomstor behandlet ikke sårskader og disse er ekskludert fra analysen. Ikke alle legevakter har svart på alle spørsmål.



Hensikten med bruk av selvklebende duker (adhesive drapes) ved kirurgi er å lage en barriere mellom pasientens normale hud og operasjonssåret, for dermed å redusere frekvensen av postoperative infeksjoner. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

studier fra allmennpraksis eller legevakt som ser isolert på denne problemstillingen.

Studiene som inngår i Cochrane-oversikten omtalt ovenfor (20), inkluderte kirurgiske prosedyrer som keisersnitt, abdominalkirurgi, hjertekirurgi og hoftekirurgi, og der dukene ble limt på huden i operasjonsfeltet og kirurgen skjærer gjennom disse. Overføringsverdien til bruk av hullduk ved småkirurgi i allmennpraksis og legevakt blir dermed veldig usikker, men risikobildet skulle i utgangspunktet være mye mildere. Selv om den vitenskapelige dokumentasjonen er svak, synes det rimelig å konkludere med at bruk av hullduk ved småkirurgi i allmennpraksis neppe er et viktig infeksjonsreducerende virkemiddel, og at det dermed blir et vurderings-spørsmål i det enkelte tilfelle. Dersom hullduk i det hele tatt skal brukes, er det sannsynligvis tilstrekkelig å bruke det hvor det foreligger betydelig infeksjonsrisiko. Både pasientfaktorer og sår faktorer må vektlegges i denne vurderingen, slik som vi har omtalt under vurderingen av sterile hansker overfor. God huddesinfeksjon av operasjonsområdet skal uansett alltid utføres for å redusere smitterisikoen.

Munnbind

I likhet med hansker har munnbind vært i bruk ved operasjoner i over 100 år. Vi har ikke funnet noen studier fra nyere tid som

har vist at bruk av munnbind reduserer den postoperative infeksjonsfrekvensen i sykehus (22). Blant annet er det usikkert om bruk av munnbind ved operasjoner reduserer bakteriemengden i luften på operasjonssalen (22). I overensstemmelse med dette fant en Cochrane-oversikt ingen reduksjon av infeksjonsfrekvens ved bruk av munnbind ved operasjoner utført i sykehus. Konklusjonene baserer seg på bare tre studier, men med totalt ca. 2100 pasienter (23).

For allmennpraksis og legevakt, med mye lavere infeksjonspress enn i sykehus, blir effekten på infeksjonsrisikoen ved bruk av munnbind enda mer usikker. Vi har bare funnet en liten og eldre studie som undersøkte bruken av munnbind i forhold til infeksjonsrisiko. Hos pasienter som fikk sutur av hudsår på legevakt (emergency department) kunne det ikke påvises noen forskjell i infeksjonsfrekvens med eller uten munnbind (24).

I tillegg til å beskytte pasienten mot smitte fra helsearbeideren, skal munnbindet også beskytte helsearbeideren mot smitte fra pasienten. Munnbind bør derfor brukes hvis det foreligger kjent eller sannsynlig fare for smitte fra pasient til helsearbeider. Om bruk av munnbind for øvrig er nødvendig ved småkirurgi i allmennpraksis og på legevakt er ikke endelig vitenskapelig avklart, men framstår som mindre sannsynlig. Vårt råd blir også her at det må foretas individuell risikovurdering,

men at man i de aller fleste tilfeller kan avstå fra bruken av munnbind.

Kombinasjoner av tiltak

En studie fra legevakt (emergency department) fant ingen forskjell i infeksjonsrisiko med eller uten bruk av både operasjonshette og munnbind i kombinasjon ved sutur av sår (25). En liten canadisk studie fant faktisk at risikoen for sårinfeksjon økte ved bruk av steril prosedyre (sterile hansker, munnbind, sterile duker og skylning med sterilt vann) ved sutur av sår i allmennpraksis, i forhold til å avstå fra disse tiltakene (26).

Konklusjoner

Vi har funnet stor variasjon i bruken av de ulike hygienetiltakene som inngår i «steril prosedyre» ved norske legevakter. Situasjonen er trolig den samme i allmennpraksis. Hovedspørsmålet er om mange av hygieneprosedyrene som rutinemessig brukes i dag for å forebygge infeksjon, virkelig er nødvendig ved småkirurgi i allmennpraksis og legevakt. Det foreligger lite vitenskapelig dokumentasjon på effekten av de ulike hygieneprosedyrene på infeksjonsfrekvensen ved småkirurgi i allmennpraksis og på legevakt. Men ut fra den dokumentasjonen som finnes, er det lite sannsynlig at alle er nødvendige til alle pasienter. Vi vet ikke om det er noen stor forskjell



I de fleste tilfeller kan lukking av traumatiske hudsår i allmennpraksis og legevakt skje ved bruk av rene hansker og uten bruk av hullduk og munnbind. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

i infeksjonsrisiko mellom store og små legevakter, om det derfor er forskjell i risikobil- det, og dermed forskjell i nytten og nød- vendigheten av de ulike hygieneprosedy- rene mellom store og små legevakter. Det kan tenkes at større legevakter har høyere infeksjonsrisiko enn mindre legevakter, blant annet som følge av mer virulent bak- terieflora, og at de behandler flere større skader enn mindre legevakter, i mer syke- huslignende omgivelser.

Vi synes det er rimelig å konkludere med at nødvendigheten av bruk av munnbind, hullduk og hansketype skal vurderes i hvert enkelt tilfelle ut fra foreliggende in- feksjonsrisiko hos pasienten. For bruk av munnbind og hullduk synes flertallet av norske legevakter å ha en slik praksis. For hanskebruk (sterile eller rene) kan flertal- let av norske legevakter sannsynligvis en- dre sine rutiner til en mer vurderingsba- sert bruk. I de fleste tilfeller kan lukking av traumatiske hudsår i allmennpraksis og legevakt skje ved bruk av rene hansker og uten bruk av hullduk og munnbind.

REFERANSER

1. WHO guidelines for safe surgery 2009. Geneva : WHO, 2009.
2. Anderson DJ, Sexton DJ. Overview of control measures for prevention of surgical site infec- tions in adults. UpToDate, 2018.
3. Smittevern 23. Nasjonal veileder. Håndhygiene. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.
4. Smittevern 15. Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2006.
5. Morken T, Myhr K, Raknes G et al. Legevaktorga- nisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevakt- register 2016. Rapport nr. 4–2016. Bergen: Nasjo- nalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2016.
6. Steen K, Morken T, Hunskaar S. Hygienetiltak på legevakt. Utposten 2018; 47 (2): 7–10.
7. Misteli H, Weber WP, Reck S et al. Surgical glove perforation and the risk of surgical site infecti- on. Arch Surg 2009; 144: 553–558.
8. Junker T, Mujagic E, Hoffmann H et al. Preventi- on and control of surgical site infections: review of the Basel Cohort Study. Swiss Med Wkly 2012; 142: w13616.
9. Steen K. Sterile eller rene hansker ved småki- rurgi i allmennpraksis. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 885–9.
10. Heal C, Sriharan S, Butler PG et al. Comparing non – sterile to sterile gloves for minor surgery: a prospective, randomised controlled non – in- feriority trial. Med J Aust 2015; 202: 27–31.

11. Perelman VS, Francis GJ, Ruthledge T et al. Steri- le versus nonsterile gloves for repair of uncomplicated lacerations in the emergency depart- ment: a randomized controlled trial. Ann Emerg Med 2004; 43: 362–70.
12. Ghafouri HB, Zoofaghari SJ, Kasnavieh MH et al. A pilot study on the repair of contaminated traumatic wounds in the emergency depart- ment using sterile versus non – sterile gloves. Hong Kong J Emerg Med 2014; 21: 148–52.
13. Brewer JD, Gonzalez AB, Baum CL et al. Compa- rison of sterile vs nonsterile gloves in cutaneous surgery and common outpatient dental proce- dures: a systematic review and meta – analysis. JAMA Dermatol 2016; 152: 1008–14.
14. Creamer J, Davis R, Rice W. Sterile gloves: do they make a difference? Am J Surg 2012; 204: 976–9.
15. Luckey JB, Barfield RD, Eleazer PD. Bacterial co- unt comparisons on examination gloves from freshly opened boxes versus nearly empty boxes and from examination gloves before treatment versus after dental dam isolation. J Endod 2006; 32: 646–8.
16. Rossoff LJ, Lam S, Hilton E et al. Is the use of boxed gloves in an intensive care unit safe? Am J Med 1993; 94: 602–7.
17. Hughes KA, Cornwall J, Theis JC et al. Bacterial contamination of unused, disposable non – ste- rile gloves on a hospital orthopaedic ward. Aust- ralas Med J 2013; 6: 331–8.
18. Maitra AK, Adams JC. Use of sterile gloves in the management of sutured hand wound in the A&E department. Injury 1986; 17: 193–5.
19. Bodiwala GG, George TK. Surgical gloves during wound repair in the accident – and – emergency department. Lancet 1982; 2: 91–2.
20. Webster J, Alghamdi A. Use of plastic adhesive drapes during surgery for preventing surgical site infection. Cochrane Database Syst Rev, 2015, 4.
21. Berios – Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW et al. Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site in- fection, 2017. JAMA Surg 2017; 152: 784–91.
22. Eisen DB. Surgeons garb and infection control: whats the evidence? J Am Acad Dermatol 2011; 64: 960. e 1–20.
23. Vincent M, Edwards P. Disposable surgical face masks for preventing surgical wound infection in clean surgery. Cochrane Database of Syst Rev, 2016, 4.
24. Caliendo JE. Letter: Surgical masks during lace- ration repair. JACEP 1976; 5: 278–9.
25. Ruthman JC, Hendricksen D, Miller RF et al. Effect of cap and mask on infection rates in wounds sutured in the emergency department IMJ III Med J 1984, 165: 397–9.

■ KNUT.STEEN@UNI.NO
■ TONE.MORKEN@UIB.NO
■ STEINAR.HUNSKAR@UIB.NO

Les
Utposten på nett og papir
www.utposten.no

Hva var det med denne

■ STEINAR WESTIN • Mangeårig fastlege og professor i sosialmedisin, NTNU

Vår britiske kollega Julian Tudor Hart døde nå i sommer, 91 år gammel. Han har inspirert mange norske allmennleger, og flere av hans artikler og bøker har en sentral plass på listen over allmennmedisinske klassikere som enhver norsk allmennlege bør kjenne til.



Meldingen som gikk over nettet 1. juli – fra professor Graham Watt, en gang Julians utdanningskandidat.

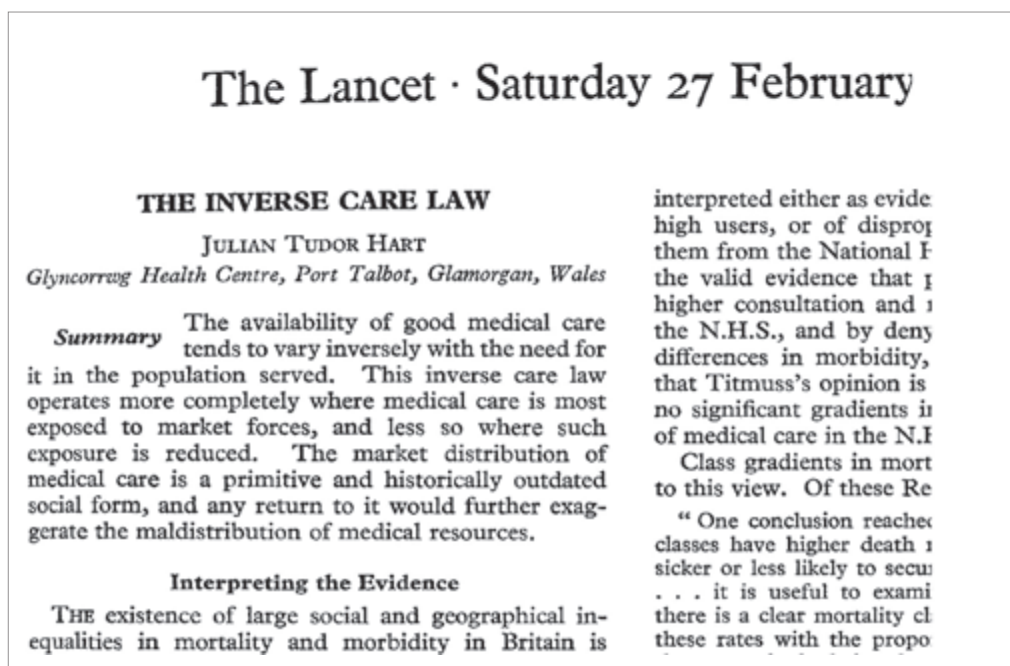
Jeg har bladd meg gjennom gamle nummer av *Utposten*, og fant det jeg lette etter: Referat fra Nidaroskongressen 1990. Jeg mente at dette måtte være året der kongressen hadde invitert Julian Tudor Hart som «Nidarosgjesten», en tradisjon alle senere Nidaroskongresser har videreført. I referatet står det kort (1):

«Nidarosgjesten '90 var en av engelsk allmennmedisins fremste ideologer, Julian Tudor Hart, som var hentet til Norge for å gi oss inspirasjon og entusiasme i vår allmennmedisinske hverdag. Hans hovedbudskap om at vi nå måtte gjøre pasienten til en aktiv medspiller i beslutningene som fattes under konsultasjonen, var en viktig påminnelse».

Jeg hadde i grunnen glemt at dette var hans tema den gangen - over to tiår før ordet «samvalg» fikk plass i ordbøkene første gang i 2015 (2). For riktig nok har Julian Tudor Hart vært talsmann både for å gjøre pasienten til medspiller, og for en aktiv – «proaktiv» som han kalte det – forebyggende helsetjeneste. Men det han i ettertid vil bli husket mest for, er hans berømte artikkel fra 1971 i *The Lancet*, «The inverse care law» (loven om den omvendte omsorg) (3, 4).

Loven om den omvendte omsorg

Riktig nok beklaget han i de senere år at folk flest bare siterte den første setningen i artikkelsammendraget: «Tilgjengeligheten av god helsetjeneste tenderer til å variere inverst med behovet for den i den befolkningen den skal dekke». Det blir av noen tolket som en slags naturlov, sa han,



Faksimile av artikkelen som ble en klassiker. Den ble publisert i *The Lancet* i 1971.

hvis de utelater det som var det viktigste poeng med artikkelen, og som ble uttrykt i neste setning: «Denne loven om den omvendte omsorg virker sterkest der helsetjenesten blir mest eksponert for markedskrefter, og mindre der slik eksponering reduseres». Og for alle som har fulgt den pågående markedsrettingen av den engelske helsetjenesten, National Health Service (NHS), er det god grunn til å merke seg den siste setningen også: «Den markedsbaserte fordelingen av helsetjeneste er en primitiv og historisk utdatert sosial praksis,

og enhver tilbakegang til den vil ytterligere forsterke den urettferdige fordeling av medisinske ressurser».

Dette var i 1971, lenge før Margaret Thatcher, og senere Tony Blair, begynte å introdusere markedsmodeller og telle- og måleregimer i den engelske helsetjenesten (5). I *The Lancet*-artikkelen tar Hart for seg data fra britisk helsetjeneste, og viser hvordan ulike lavstatusgrupper, utkantbefolkninger, arbeidsledige og andre som har høyest sykkelighet og dødelighet, stort sett har den dårligste tilgjengeligheten til «god» helse-

Julian Tudor Hart?



Julian Tudor Hart avbildet i 2007.
FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

tjeneste (3). Dette var et overraskende funn, ettersom England helt siden 1948 hadde hatt gratis offentlig helsetjeneste for alle. Men rester av førkrigstidens helsemarked virket fortsatt. Og det var også andre mekanismer som stadig favoriserte de rikeste og friskeste. Blikket for den sosiale gradienten i helse og dødelighet sto slett ikke høyt på dagsorden i disse etterkrigsårene, da begreper om sosial klasse var blitt umoderne (6). Ulikheten ble på et vis gjenoppdaget på 1980-tallet, og fra 1990-tallet har de uhelsebringende virkningene av voksende sosiale ulikheter vært tydelig erkjent av alle som har øyne å lese med (7, 8).

- He was a communist, you know

I likhet med mange av mine samtidige kolleger har jeg møtt Julian Tudor Hart, både hjemme i Trondheim og ute i verden, ofte

som hovedperson og foredragsholder ved internasjonale kongresser. Men jeg minnes også et indirekte møte som gjorde et visst inntrykk. Det var på 1990-tallet. Jeg skulle holde et foredrag oppe i Herefordshire, og var invitert til mellomlanding i Oxford, hos den gamle vennen av nordisk allmennpraksis, Peter Pritchard (som også døde nå i år, og er nydelig biografert i *BMJ* av Iona Heath (9)). Peter tok imot med all sin vennlighet og viste meg rundt i Oxfords severdigheter. Vi måtte også innom det legendariske Green College, der Sir Richard Doll står på sokkel i bronse, ja ironisk nok – rett ved inngangen til det drivhuslignende røykerommet, som de fortsatt hadde. Det falt meg inn å spørre om ikke også Julian Tudor Hart var adlet og blitt «Sir»? Jeg minnes Peters lune latter: – No, no, he was a communist, you know! Kommunist ble åpenbart ikke adlet.

Også dette er en viktig del av Julian Tudor Harts bakgrunn og oppvekst. Hans far hadde deltatt i den spanske borgerkrigen og var etter krigen aktiv antifascist og medlem av kommunistpartiet. Julian stilte også som kandidat ved et par anledninger, men ble senere aktiv i Labour.

Med Richard Doll som pasient

Da hadde Julian allerede fått sin utdanning ved Queens College i Cambridge, uteksaminert i 1952, og hadde arbeidet som allmennpraktiker i Notting Hill-området i fem år. Her fikk han den allerede kontroversielle epidemiologen Richard Doll som en av sine pasienter. Doll skal ha bemerket at hans fastlege og yngre kollega visstnok hadde gode evner og en personlighet som kunne egne seg for forskning. Ikke lenge etter, fra 1958, var Julian blitt Richard Dolls forskningsassistent ved London School of Hygiene and Tropical Medicine. Dette må ha utviklet hans sans for epidemiologi og befolkningshelse. For bare to år senere flyttet han til Cardiff, tilbake til Wales, for å arbeide videre med epidemiologi hos Archie Cochrane (1909–88) – også han antifascist og tidligere spaniakjemper, og heller ingen ukjent skikkelse for norske leger.

Tilbake til Wales

Med denne tunge ballasten av sans for sosial rettferdighet og kvalifikasjoner som epidemiologisk forsker, overtok Julian i 1961 en nedslitt allmennpraksis i Glyn-corrwg, en gammel gruvelandsby i Wales, sammen med sin andre ektefelle Mary. Hun også lege med erfaring fra epidemiologiske feltarbeid. Her så de sammen på muligheter for å etablere en forskningspraksis, der de kunne iverksette sine tanker om forebygging og en helhetlig helse-tjeneste for en definert befolkning. Med stor entusiasme gikk Julian og Mary i gang med omfattende og bredt anlagte forebyggende tiltak i landsbyen, rettet mot ernæring, saltinntak, røykestopp, alkoholmisbruk, og – som den første allmennlegen som drev med slikt – måling av blodtrykk på alle deres pasienter. I mange år ble denne praksisen i Wales et fyrtårn i britisk primærhelsetjeneste.

I 1990 publiserte Julian med medarbeidere resultater fra 25 års innsats i *BMJ*, og kunne vise at dødeligheten i deres landsby var 30 prosent lavere enn i en sammenlignbar praksis i nærheten (10). Julians gamle turnuskandidat og senere professor i allmennmedisin, Graham Watt, kommenterte at det kanskje ikke bare var blodtrykksintervensjonene, men

«...the main thing, I think, was that he was providing unconditional personalised continuity of care for all his patients» (11).

Dette var lenge før ordet overdiagnostikk kom på dagsorden. Vel verdt noen tanker om at forebygging ikke nødvendigvis behøver å ha den negative valøren den har fått i vår tid, med alle de aspekter som nå rulles opp i de årlige «Preventing overdiagnosis»-kongressene. Men det er en annen historie.

I Oslo for NHS

Julian Tudor Hart var, som vi godt kan tenke oss, en ivrig forkjemper for den offentlige engelske helsetjenesten, NHS. Han har til og med skrevet en bok om noe så sjeldent som Helsetjenestens politiske økonomi (12). Da noen av oss her i Norge begynte å se med skrekk på hvordan ulike politike-



Mary og Julian satte stor pris på besøk i Munch-museet før NHS-seminaret.



Fra NHS-seminaret i Oslo høsten 2011, fra venstre: Allyson Pollock, Steinar Westin, Olaug Lian og Julian Tudor Hart.

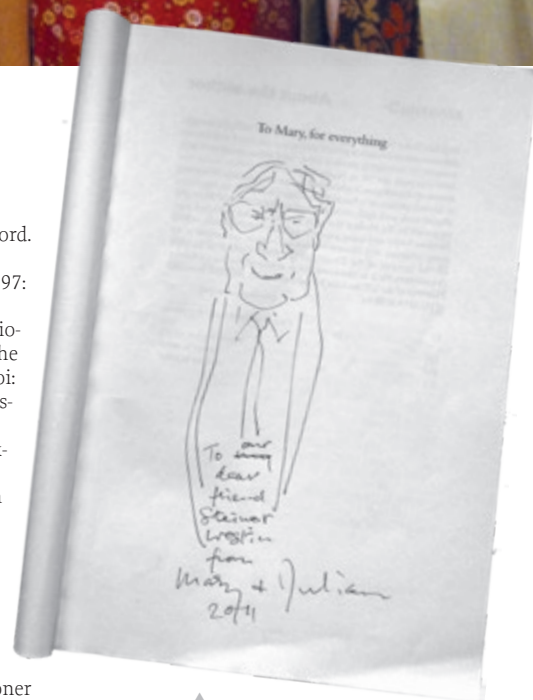
re herjet med denne britenes mest elskede institusjon, fikk vi høsten 2011 arrangert et NHS-seminar i Kunnskapssenteret for helsetjenesten, med Julian Tudor Hart som sentral skikkelse.

Bidragene fra seminaret er behørig dekket i et eget nummer av *Michael Quarterly* (13), også Julians tanker om framtid og muligheter for NHS (14). Men vi skjønte allerede da at helsen hans ikke var på topp. Han ankom Gardermoen i rullestol, med Mary som støtte, og ville helst bare la seg intervjue, ikke selv holde forelesning under seminaret. Ellers var han redd han ville miste tråden og «... just go on and on», som han sa. Men bidraget til seminaret hadde han skrevet selv (14). Senere hadde han bare sjelden offentlige opptredener. Allikevel sendte han oss hyggelige hilsener til jul, med sine egne utrolig uttrykksfulle tegninger og karikaturer. Hans bestefar var en anerkjent billedkunstner. Og kunstner var han selv også, på mange vis.

REFERANSER

1. Johansen T, Kristensen P. Nidaros-kongressen '90 – en oppsummering. *Utposten* 1990; årgang 19 (nr. 6): 200–1.

2. Nylenna M. Om samvalg og andre sam-ord. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 149.
3. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 297: 405–12.
4. Warren P. Obituary: Julian Tudor Hart: visionary general practitioner who introduced the concept “inverse care law”. *BMJ* 2018; 362 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k3052> (Published 11 July 2018).
5. Westin S. Råkjør mot engelsk allmennpraksis. *Utposten* 2015; nr 2: 38–41.
6. Westin S. Sosial klasse – dimensjonen som forsvant? *Tidsskr Nor Legeforen* 1994; 114: 2821–3.
7. Brekke M. Sosial ulikhet – angår det allmennlegen? *Utposten* 2003; nr 2: 16–19.
8. Wilkinson R, Pickett K. Ulikhetens pris. Hvorfor likere fordeling er bedre for alle. Oslo: Res Publica, 2011.
9. Heath I, Peter Pritchard: general practitioner with “legendary” improvisation skills. *BMJ* 2018;360:k676 doi: 10.1136/bmj.k676 (Published 15 February 2018).
10. Hart JT, Thomas C, Gibbons B, et al. Twenty-five years of case finding and audit in a socially deprived community. *BMJ* 1991; 302: 1509–13. <https://doi.org/10.1136/bmj.302.6791.1509> PMID:1855023
11. Watts G. Obituary: Julian Tudor Hart. *Lancet* 2018; 392: 276.
12. Hart JT. The political economy of health care: Where the NHS came from and where it could lead. Bristol: The Policy Press (Second edition), 2010.



Julian var kjent for sine kjappe karikaturer, denne raskt skisset opp, på stående fot under NHS-seminaret.

13. Nylenna M. British health care reforms and Norwegian health care. *Michael Quarterly* 2011; 8: 423–7.
14. Hart JT. Which future for the UK National Health Service (NHS)? *Michael Quarterly* 2011, 8: 442–59.

■ STEINAR.WESTIN@NTNU.NO

En sjeldent vakker bok



Paul Møller
Schizofreni – en forstyrrelse av selvet
 Forståelsens betydning for klinisk virksomhet
 246 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo: 2018
 ISBN 978-82-15-02964-1

Min vurdering er at dette er en sjeldent vakker bok, ikke minst rent lay-out-messig. Det visuelle inntrykket er i seg selv motiverende for å gå fra side til side i denne utgivelsen. For hvert av bokens 18 kapitler er det innledningsvis plassert et helsides bilde av et geometrisk kunstverk, etterfulgt av et sammendrag av tematikken som følger. Kapittel-tekstene er presentert i korte avsnitt, hvert med en talende, kortfattet overskrift.

Det hele innledes med «En kjernesamtale», en dialog mellom en terapeut og en pasient. Både tematikken som gradvis kommer fram i samtalen, og terapeutens måte å forholde seg til pasienten på, peker hen mot bokens sentrale tematikk: menneskets subjektivitet, selvopplevelse og

selvforståelse og betydningen av disse fenomenene for en mulig framtidig utvikling mot psykose. Og ikke minst viktig: Hvordan hjelpe pasienten ut av denne varselfasen.

«Forskere og fagfolk må ta på alvor at det alltid er opplevelsene og livserfaringene som er primærkilder til kunnskap om den menneskelige psyke og psykiske lidelser. Først må det lyttes, dernest kan teorier og modeller utvikles og behandlingsopplegg utprøves,»

skriver forfatteren. Og viktig: Det er sentralt for ethvert menneske å forstå, men hva er det vi søker å forstå hos personer med psykiske lidelser?

Det er her vi ledes inn i et veldig spennende område – menneskets opplevelse av seg selv. I det forfatteren betegner prodromalfasen eller varselfasen for eventuell psykoseutvikling foreligger en situasjon med forstyrret opplevelse av en selv, både kropp, psyke og identitet, og derfor også en forvirrende opplevelse av verden omkring. Og denne fasen vil enhver som utvikler en psykose gå igjennom. Dermed er dette en så viktig periode å komme til i for å forsøke å hjelpe (den ofte helt unge) pasienten og kanskje hindre at vedkommende blir mer alvorlig syk.

Kort sagt:

«Psykosens og schizofreniens kjerne handler om individets og eksistensens kjerne, det som gjør oss til 'oss selv'. Det er denne selvopplevelsen som endres ved schizofreni.»

Forfatteren går så gjennom ulike «skoler» for forståelse og behandling av psykoser, den angloamerikanske (som nok har dominert i Norge) og den kontinentale (som nå får mer og mer plass i forståelse og terapi).

Dette er innsiktsfullt og svært interessant presentert, forståelig forklart og opplysende for å kunne forstå tenkningen bak en del av de behandlingsalternativene som har utviklet seg i vår nære forhistorie.

Under kapittelet «Selvforstyrrelser i en helhet av behandling» skriver forfatteren at «tematisering, det vil si beskrivelse og sortering av de ulike varianter av selvforstyrrelser hos den enkelte, er et naturlig sted å starte arbeidet», noe som kan gi mening knyttet til kjerneopplevelsene. Og her er samtalen helt sentral. Det trengs presise og nyanserte beskrivelser av de fordreide opplevelsene – og her kobles vitenskapsgrenen fenomenologi inn som et svært nyttig og aktuelt redskap, ikke minst for å forstå bedre bakgrunnen for fenomenene, og dermed opplevelse og mening.

Leseren blir også underveis presentert for en modell for undersøkelse av selvforstyrrelser, forkortet EASE. Les og lær!

Til slutt et viktig sitat fra forfatteren:

«Til tross for selvforstyrrelsens dype forankring i bevisstheten, er disse kliniske fenomenene innen rekkevidde for den menneskelige dialogen og terapisaamtalen, for anerkjennelse og gjenklang. Forstå og forandre, lindre og forhindre kan være stikkord for ønskede hovedvirkninger for pasienten... Dette kan virke positivt på handlekraft og lindre ensomhetsfølelse, bidra til aktivisering og vitalisering av selvet og avhjelpe skamfølelse og omgivelsenes empatisvikt.»

Det er ikke vanskelig å anbefale denne boken for *Utpostens* lesere.

ELI BERG

Førsteamanuensis emeritus UiO/campus Åhus,
tidligere allmennpraktiker

UTPOSTEN
 – meldinger om og fra
 den gode primærmedisin

En perle for leger



Åge Wifstad
Vitenskapsteori for helsefagene
 Universitetsforlaget
 Oslo, 2018
 202 sider
 ISBN 978-82-15-02761-6

Åge Wifstad er førsteamanuensis i medisinsk filosofi ved universitetet i Tromsø. Han har mange års erfaring med undervisning av studenter i medisin og andre helsefag. Dette er nok en av grunnene til at denne boken er blitt en «perle» – ikke minst for oss leger. Vi kan ane et stort arbeid bak en såpass kortfattet bok om et så omfattende tema som denne utgivelsen favner. Forfatteren evner både å ta et solid dypdykk i filosofien bak de ulike teoriene for medisinsk tenkning og praksis, samtidig som han har «beina i bakken» med eksempler som gjør at en «alminnelig doktor» kan følge tankerekken og finne dem svært relevante for vår tids medisinske praksis. Ikke minst de uløste dilemmaene i faget vårt får en sentral plass i teksten.

Boken er kanskje ikke «sengelektyre», selv om den har et lett og flytende språk.

Her må i alle fall jeg tenke – og tenke en gang til – ved flere av gjennomgangene av filosofers bidrag til medisinsens utvikling gjennom historien fra Aristoteles og fram til i dag. Dette ment som et kvalitetsstempel.

Boken er delt i tre deler, og jeg siterer fra Åge Wifstads innledning:

«Boka er tenkt som en helhet på den måten at det objektive kunnskapsgrunnlaget i del 1 kompletteres i løpet av del 2 til en mer helhetlig forståelse av kunnskapsmangfoldet. Dette mangfoldet settes så i perspektiv gjennom den allmenne vitenskapsteoretiske drøftingen i del 3.»

Sagt litt mer utdypende: Del 1 omhandler såkalt objektiv kunnskap, noe som kom inn med vitenskapeliggjøringen av faget medisin på 1800-tallet. Blant flere sentrale personer i disse første årene med vitenskapelige studier er kanskje Florence Nightingale mest kjent, ikke minst fordi hun mente at man måtte benytte statistiske metoder for å finne ut hvorfor soldater døde under Krim-krigen. Observasjoner og tallenes tale måtte være førende for helsefaglig forståelse og praksis, mente hun.

I del 1 omtales også ulike oppfatninger av hva som har vært ansett som subjektive og objektive utgangspunkt for forståelse av sykdomsutvikling. Andre sentrale temaer er blant annet refleksjoner omkring sannsynligheter og hvilke vitenskapelige metoder vi i dag benytter for å få gyldig kunnskap.

Kroppen forstått som et objekt er en egen og omfattende tematikk i denne delen av boken. «Maskinfeil-modellen» har mange suksesshistorier å vise til i medisinsk praksis i vår tid. Men kan vi skille

mellom et menneskes kropp og sinn? En solid gjennomgang av ulike teoretiske forsøk på å bygge bro her har så langt kanskje ikke vært så vellykket. Denne delen av boken åpner for flere store dilemmaer når man søker å forene uforenlige ståsteder i forståelsen av hva vi er som mennesker – vårt jeg. Det er jo ikke slik at vi kun har en sykdom, men vi er syke.

I del 2 er dette det gjennomgående temaet belyst blant annet ved hjelp av filosofiske retninger som fenomenologi og hermeneutikk. Sentrale tenkere som omtales er Maurice Merleau-Ponty med sin kropps-fenomenologi og Hans-Georg Gadamer med sine forståelseshorisonter. I hele del 2 presenteres svært interessante utfordringer for vår vestlige medisin. Flere filosofiske refleksjoner kaster lys over mange helseplager som det vestlig medisinske fagfeltet strever med å forstå – og ikke minst hjelpe pasienter med. Og ikke bare de tilsynelatende uforståelige lidelsene, men kanskje rett og slett at vårt faglige ståsted utfordres helt grunnleggende i denne delen av boken.

I del 3 benytter Åge Wifstad tre sentrale tenkere for å belyse hvordan «veien blir til mens vi går», altså hvordan ulike vitenskapelige tilnærminger utgjør viktige steg på veien mot å forstå hvordan vi mennesker søker kunnskap. Og i vårt tilfelle: Kunnskap om sykdom og helse og om hvordan dette kan forstås – hos enkeltmennesket.

David Humes empirisme, Karl Poppers kritiske testing og Thomas Kuhns paradigme-begrep fyller tredje del av boken og er et dypdykk i den filosofiske bakgrunnen for svært mye av det vi kanskje tar for gitt i vår medisinske tenkning og praksis. Her er det mye godt tankegodt for en nysgjerrig lege som ønsker å forstå mer av sine pasienters plager og bekymringer.

Boken anbefales!

ELI BERG

Førsteamanuensis emeritus UiO/campus Ahus,
 tidligere allmennpraktiker

Tidsskrift av og for dagens allmennleger og samfunnsmedisinere

ABONNER PÅ UTPOSTEN

Kontakt Tove Rutle på 907 84 632 / rmrtove@online.no / www.utposten.no



Pensumkandidat?



Maria Alstad Øverås
Å bli frisk
 Veier ut av spiseforstyrrelser
 Universitetsforlaget
 Oslo, 2018
 199 sider
 ISBN 978-82-15-02326-7

4. april 2018 kunne vi lese i *Aftenposten*: «Tidlig oppdagelse og hurtig behandling prioriteres for psykiske lidelser. Men ikke for spiseforstyrrelser». Tre psykologistudenter, Sofie Cappelen, Julie Riise og Ingrid Tangen, avslutter artikkelen sin med at «på det seksårige profesjonsstudiet ved Universitetet i Oslo tilbys ... kun én ikke-obligatorisk forelesning om spiseforstyrrelser, og to for dem som velger en spesifikk studieretning siste året. Man kan altså bli autorisert psykolog uten én forelesning om lidelsen».

Hvor mye undervisning om spiseforstyrrelser får studenter innen medisin, tro?

Men uansett manglende skoloring er det mulig å få en svært god oppdatering innen dette feltet. Psykolog Maria Alstad Øverås har mange års erfaring med å samarbeide med pasienter med spiseforstyrrelser. I boken *Å bli frisk* er det en bred presentasjon av fagområdet spiseforstyrrelser, omfattende og svært informativt. En bok som med fordel kunne havne på lesepulten til studenter innenfor både medisin og psykologi – og dessuten hos klinikere innen begge profesjonene. Vi har fått en usedvanlig presentasjon av et lidelsesområde som ofte starter i barnealder eller i ungdomsårene og som etter hvert kan bli livstruende for pasientene.

Boken *Å bli frisk* er delt i to. I første del presenterer Maria Alstad Øverås den relativt sparsomme forskningen som foreligger innen dette fagfeltet, samt egne kliniske erfaringer med et mangfold av veier inn i – og ikke minst veier ut av spiseforstyrrelser. I del II intervjuer hun sju personer

som forteller hver sin historie om livet som syk, og om hvordan de omsider kom ut av den alvorlige lidelsen.

Del I ble en mektig lesning, omfattende, dyptpløyende og med bl.a. vektlegging av mangfoldet av bakgrunner for spiseforstyrrelser. Og ikke minst vesentlig: Hvordan pasienter med spiseforstyrrelser må møtes som jevnbyrdige medmennesker, verdig både respekt, lyttende undring og en varhet for hva som kan være adekvate refleksjoner for veien videre for pasienten her og nå.

I del II blir denne mer teoretiske gjennomgangen flombelyst av de sju pasientfortellingene. Disse historiene utgjør den største delen av boken. Det var både spennende lesning, men også en smertefull lesning. Ikke minst var det vondt å bli presentert for hvordan sikkert velmenende fagfolk har skjovet pasientene fra seg gjennom måten de har forholdt seg til pasientene på. (Kfr. et innlegg i *Utposten* nr. 1/2018 «Hva var det som hjalp?») Jeg fikk dyp respekt for styrken i lidelsesuttrykkene, men ikke minst for de ulike pasientenes personlige styrke

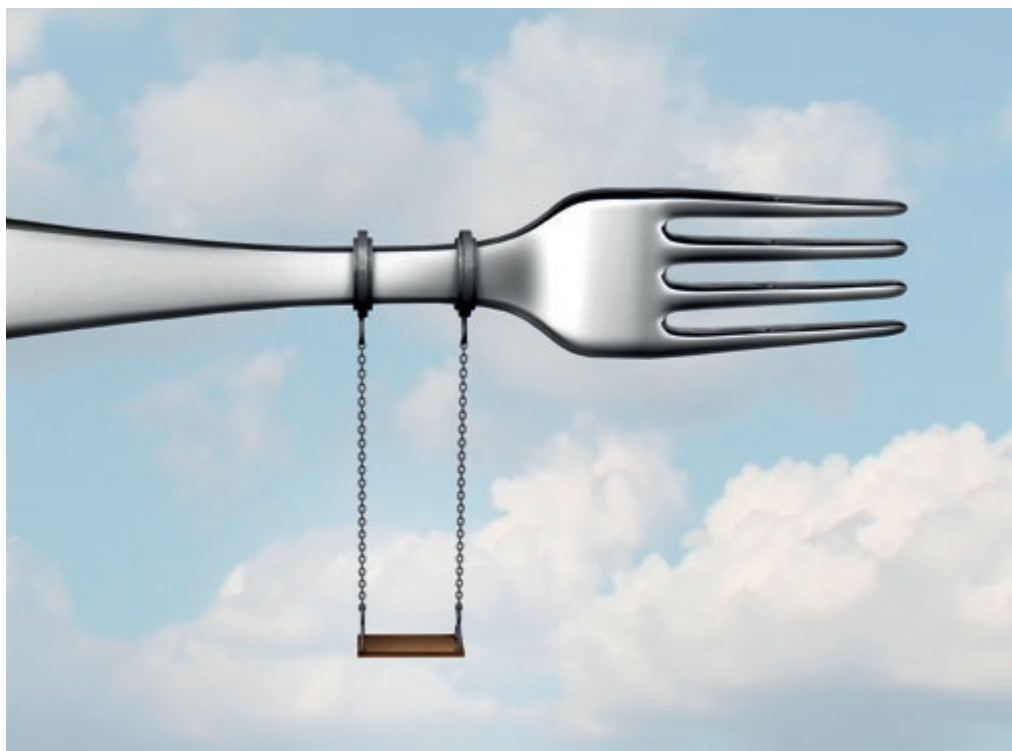
gjennom oppturer og nedturen i løpet av år med et forferdelig strev for de fleste av dem.

Etter å ha lest hver historie for seg – og med en ro for ettertanke mellom hver fortelling – fikk jeg behov for å lese del I en gang til. Da ble det relativt komprimerte stoffet der enda mer levende og overbevisende om hvor lite vi enda forstår av problemene med spiseforstyrrelser. Samtidig vet vi etter hvert kanskje nok for å kunne hjelpe pasientene til å våge å satse på et annet og bedre liv. Men da må hjelperen kjennes genuint interessert, ha en ro og en tålmodighet til å følge pasientens forsiktige steg – kanskje to skritt fram – og så både ett og to tilbake – uten å gi opp pasienten, vel vitende om at ethvert menneske selv må finne veien mot egne mål og i sitt eget tempo. Informantene forteller at de også ønsket utfordringer, men at de ikke måtte bli fratatt kontrollen over neste steg på veien til et liv mer i tråd med deres drømmer og håp for livet.

Jeg vil tro at enhver lege vil ha stor nytte av å lese denne boken.

ELI BERG

Førsteamanuensis emeritus UiO/campus Åhus,
tidligere allmennpraktiker



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

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..

Kristine Asmervik?

Hva leser du nå Kristine Asmervik, assisterende fylkeslege i Trøndelag, allmennlege og samfunnsmedisiner?

– Akkurat nå leser jeg *Alt lyset vi ikke ser* av Anthony Doerr. Det er en gripende historie om en blind, fransk pike og hennes far og en foreldreløs gutt fra Tyskland. Fortellingen er knyttet til tiden før andre verdenskrig bryter ut og fremover, men starter med bombingene av St. Malo i 1944. Boka har svært korte kapitler som gir tilbakeblikk og vi følger begge hovedpersonenes liv parallelt, samtidig som det flettes inn kapitler med frempek mot hva som kommer til å skje. Begge kjemper for å overleve, og vi får tidlig vite at deres veier kommer til å krysse. Det er en nesten poetisk oppbygning av historien, og jeg lar meg rive med og leser til langt på natt når jeg først får roen til å lese.

Hvorfor valgte du denne boka?

– Denne boka fikk jeg til jul for noen år siden av en god venninne og kollega som også liker å lese. Samtidig har vi også valgt denne boka i lesesirkelen jeg deltar i, og den ble sterkt anbefalt der. Jeg rakk ikke å lese boka før nå, men den har vært på listen min over bøker jeg gleder meg til å lese.

Hvor leser du?

– Jeg leser når jeg får en stille stund, eller for å få en stille stund. Hverdagen er nokså hektisk og jeg skulle gjerne sagt at jeg leser hver kveld på sengen, hvilket nok mer er ønske enn fakta. Derimot tar jeg alltid med meg en bok på hytta, på ferieturer og reiser dersom de varer noen dager. Aller best er det å vite at du har en god bok i vente og klare å smette inn litt tankeflukt i ei bok på morgenkvisten med en varm kaffekopp i handa.

Hvilke bøker vil du helst lese?

– Jeg liker mange typer bøker. Forrige bok jeg leste var klassikeren *Det vokser et tre i Brooklyn* av Betty Smith, skrevet i 1943. Boka er kåret til en av forrige århundres vakreste oppvekstromaner og var virkelig en konfektbit av en fortelling som treffer oss med sine skildringer av kampen for grunnleggende verdier som kjærlighet, en plass i samfunnet, tak over hodet og mat. Jeg liker også god krim som *Utmarker* av Arne Dahl; det gikk kaldt nedover ryggen da jeg leste den siste siden. Eller fascinerende, interessante bøker som får meg til å tenke, reflektere og bruke det jeg leser i hverdagen. Da tenker jeg på boka *Tenke*,



fort
og
lang-
somt av
Daniel

Kahneman.

Det er en bok som

jeg stadig vender tilbake til og må teste ut det han skriver om.

Har du en bokanbefaling til *Utpostens* lesere?

– Det er ikke lett, men om jeg får velge to, vil jeg nevne *Kaptein Corellis Mandolin* av Louis De Bernieres. En bok jeg leste for svært lenge siden, men som fortsatt sitter. Det er en vakker kjærlighetsroman med humoristisk snert midt i tragiske menneskeskjebner og groteske krigshandlinger. Boka er filmatisert, men bør leses før filmen sees. Den andre boka jeg vil anbefale er en annerledes krim som tar opp det vi helst ikke vil oppleve eller tenke på, men som dessverre foregår i vår tid – skoleskyting. Boka *Størst av alt* av Malin Persson Giolito er sterkt skrevet med et svært godt språk. Hun får virkelig satt følelsene i spill hos leseren, både de du vil ha og de du ikke vil ha.



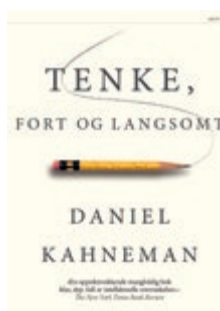
En gripende historie som holder Kristine våken til langt på natt.

En oppvekstroman som beskrives som en konfektbit av en fortelling.



Denne krimromanen fikk det til å gå kaldt nedover ryggen til Kristine.

Kristine vender stadig tilbake til denne boken.



Les boka, før du ser filmen oppfordrer Kristine Asmervik.

Sterk roman om skoleskyting.



Selektive serotonin-reopptaks-hemmere (SSRI) og blødningsrisiko

SPØRSMÅL TIL RELIS

RELIS får mange spørsmål om blødningsrisiko ved behandling med antidepressiva, særlig SSRI-preparater. Hvor stor er egentlig risikoen, hvilke pasienter er særlig utsatt, og medfører risiko for blødning at behandling med SSRI er kontraindisert i noen situasjoner?

Økt blødningsrisiko ved behandling med SSRI henger trolig sammen med disse medikamentenes effekter på blodplater. En teori er at SSRI gir reduserte nivåer av serotonin i blodplatene, og at dette kan medføre redusert blodplatefunksjon fordi serotonin er involvert i blodplateaggregering, men den konkrete mekanismen er usikker.

Spørsmålet i daglig praksis blir hvilke konsekvenser dette kan få for pasienter, og hvor stor risiko som er assosiert med bruk av antidepressiva. I det siste har det kommet flere store studier som belyser ulike aspekter ved denne problematikken (1–5). Endrer resultatene fra disse studiene vurderingene som bør gjøres rundt blødningsfare ved bruk av SSRI?

Hvor stor er risikoen?

Hvor mye øker risiko for blødning hos en pasient som starter behandling med et SSRI? Hvilke blødninger er det snakk om? Det er særlig blødning fra øvre deler av gastrointestinaltraktus som har vært i søkelyset, men noe økt risiko for intrakranielle blødninger, hudblødninger, postoperative blødninger og muligens post partum-blødninger ser også ut til å være til stede. I henhold til enkelte studier ser risiko for spontane blødninger ut til å være størst kort tid etter oppstart av behandling med SSRI, det vil si i løpet av den første måneden.

I en stor oversiktsstudie fra 2017 er det beregnet at risiko for blødning er omkring 40 prosent høyere hos pasienter som bruker SSRI enn for pasienter uten SSRI (2). En økning i relativ risiko i denne størrelsesordenen går igjen i flere studier. Utgangsrisiko har dermed mye å si. I en ellers frisk populasjon vil dette si at den absolutte risikoen for blødning fremdeles er lav, og gjennomgående er det få enkelttilfeller av blødning som sikkert kan tilskrives behandling med SSRI. I én studie estimeres det at forekomst av blødning fra øvre gastrointestinaltraktus

kan forekomme ved én pr. 8000 utskrevne resepter på SSRI (6). En annen kilde oppgir at mellom 11 og 44 av 1000 tilfeller av denne type blødninger kan tilskrives SSRI (7).

Forskjell mellom antidepressiva med henblikk på blødningsrisiko?

Ettersom en vanlig teori er at risiko for blødning henger sammen med de serotonerge reopptakseffektene av SSRI, kunne en tenke seg at antidepressiva som ikke er rene serotoninreopptakshemmere kunne være gode alternativer der man ønsker å unngå risiko for blødning. Basert på kliniske studier kan en imidlertid ikke rangere SSRI basert på høy eller lav risiko for blødning. Det har heller ikke vært mulig å avdekke et 1:1-forhold mellom de ulike medikamentenes affinitet for serotonin-reopptaksapparatet og blødningsrisiko. Det finnes dermed for lite kunnskap til å redusere risiko gjennom valg av spesifikke medikamenter. Det er heller ikke grunnlag for å slå fast at bruk av andre medikamenter, for eksempel selektive serotonin- og noradrenalin-reopptakshemmere (SNRI), mirtazapin eller bupropion, gir lavere blødningsrisiko enn SSRI (3, 4). Trisykliske antidepressiva som amitriptylin (Sartex) er i mindre grad assosiert med blødning, men har et kjent toksisitetspotensial som kan heve terskelen for bruk, særlig hos eldre pasienter.

Blødning postoperativt og post partum

Også i andre situasjoner enn hos tidligere friske pasienter har risiko for blødning under SSRI-behandling vært undersøkt. I to studier ble risiko for blødning og økt dødelighet hos pasienter som brukte SSRI-preparater og gjennomgikk koronar bypassoperasjon undersøkt (1, 8). Her fant en ikke økt dødelighet, risiko for større blødninger eller risiko for reoperasjon for SSRI-brukere sammenliknet med kontrollpasienter. Imid-



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

lertid hadde flere pasienter som ble behandlet med SSRI behov for transfusjon av røde blodceller. Det er ikke grunnlag for å seponere SSRI ved elektive operasjoner, men det kan være nyttig å kjenne til at SSRI-preparater kan øke blødningsrisiko (9). Enkelte studier har pekt i retning av en lett økt risiko for postpartum-blødning, mens andre analyser har tydet på at risiko ikke er økt (10, 11).

Kombinasjon av SSRI med andre medikamenter som gir blødningsrisiko

Hva så med pasienter som står på medikamenter som øker blødningsrisiko, for eksempel antikoagulantia eller NSAIDs? Kombinasjon mellom SSRI og antikoagulantia er ikke kontraindisert, men både når det gjelder acetylsalisylsyre (Albyl-E), warfarin (Marevan), blodplatehemmere og direktevirkende perorale antikoagulasjonsmidler (DOAK), kan tillegg av SSRI ha additiv effekt på blødningsrisiko. I preparatomtalene for disse medikamentene varierer råd om kombinasjonsbehandling fra å utvise forsiktighet til oppfordring til grundig nytte/risiko-vurdering, der SSRI kun skal gis hvis fordelene oppveier blødningsrisikoen. Nøye observasjon med henblikk på tegn til blødning (for eksempel i hud eller munnslimhinner) eller anemi anbefales i hele behandlingsperioden, særlig ved flere risikofaktorer.

Det er vist at tillegg av SSRI til allerede løpende NSAID-behandling gir ytterligere økt risiko for blødning fra gastrointestinaltraktus, spesielt hos pasienter som har andre risikofaktorer for denne type blødning (7). I tilfeller der pasienter må bruke NSAIDs over tid, finnes det ikke kunnskapsgrunnlag for å slå fast om tillegg av SSRI bør senke terskelen for profylaktisk bruk av protonpumpehemmer (PPI). En praktisk tilnærming kan være å følge råd for hvilke pasienter som kan ha nytte av

PPI ved behandling med NSAID. I vurderingen er det likevel nyttig å kjenne til additiv effekt av SSRI på blødningsrisiko.

Ved oppstart av SSRI, antikoagulantium eller NSAIDs til pasienter der kombinasjoner av disse er aktuelle, bør det alltid gjennomføres standard interaksjonssøk for å undersøke om farmakokinetiske interaksjoner kan gi påvirket serumkonsentrasjon av ett eller flere av medikamentene (12). En kan gjerne stille spørsmål til RELIS om enkeltsaker.

Somatiske risikofaktorer

For pasienter som allerede har hatt en alvorlig blødning, for eksempel blødning fra øvre gastrointestinaltraktus eller intrakraniell blødning, er det vanskelig å gi gode, konkrete råd ut over ekstra grundig vurdering av indikasjon for oppstart med SSRI. I disse tilfellene vil bakgrunnsrisiko være høyere enn i en frisk populasjon, slik at betydningen av den relative risikoøkningen må vektles tyngre.

Oppsummering

SSRI (og andre antidepressiva) gir økt relativ risiko for alvorlige blødninger, men absolutt risiko er lav hos pasienter uten spesielle risikofaktorer. Hos pasienter med økt utgangsrisk, enten på grunn av tidligere blødning eller samtidig behandling med antikoagulantia eller NSAIDs, må nytte/risiko-forholdet for behandlingen vurderes i et noe annet lys. Depresjon er en tilstand med alvorlige konsekvenser for pasient og pårørende, der behandlingsbehovet bør veie tungt. Det er ikke faglig grunnlag for at en kan oppnå reduksjon av risiko gjennom valg av konkrete SSRI eller andre typer antidepressiva som mirtazapin (Remeron) eller bupropion (Wellbutrin).

REFERANSER

1. Eckersley MJ, Sepehrpour AH, Casula R, Punjabi P, Athanasiou T (2018): Do selective serotonin reuptake inhibitors increase the risk of bleeding or mortality following coronary artery bypass graft surgery? A meta-analysis of observational studies. *Perfusion*. 33: 415–422.
2. Laporte S, Chapelle C, Cailliet P, Beyens MN, Bellet F, Delavenne X, et al. (2017): Bleeding risk under selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants: A meta-analysis of observational studies. *Pharmacol Res*. 118: 19–32.
3. Lee YC, Lin CH, Lin MS, Lu Y, Chang CH, Lin JW (2016): Comparison of the effects of serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors versus selective serotonin reuptake inhibitors on cerebrovascular events. *J Clin Psychiatry*. 77: e1–7.
4. Na KS, Jung HY, Cho SJ, Cho SE (2018): Can we recommend mirtazapine and bupropion for patients at risk for bleeding?: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 225: 221–226.
5. Renoux C, Vahey S, Dell'Aniello S, Boivin JF (2017): Association of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors With the Risk for Spontaneous Intracranial Hemorrhage. *JAMA Neurol*. 74: 173–180.
6. de Abajo FJ, Rodríguez LA, Montero D (1999): Association between selective serotonin reuptake inhibitors and upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study. *BMJ*. 319: 1106–1109.
7. Anglin R, Yuan Y, Moayyedi P, Tse F, Armstrong D, Leontiadis GI (2014): Risk of upper gastrointestinal bleeding with selective serotonin reuptake inhibitors with or without concurrent nonsteroidal anti-inflammatory use: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 109: 811–819.
8. Gagne JJ, Polinski JM, Rassen JA, Fischer MA, Seeger JD, Franklin JM, et al. (2015): Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Use and Perioperative Bleeding and Mortality in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting: A Cohort Study. *Drug Saf*. 38: 1075–1082.
9. Raeder J, Stoen R (2012): [Dosage of ordinary medication prior to elective surgery]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 132: 304–306.
10. Lupattelli A, Spigset O, Koren G, Nordeng H (2014): Risk of vaginal bleeding and postpartum hemorrhage after use of antidepressants in pregnancy: a study from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J Clin Psychopharmacol*. 34: 143–148.
11. Heller HM, Ravelli ACJ, Bruning AHL, de Groot CJM, Scheele F, van Pampus MG, et al. (2017): Increased postpartum haemorrhage, the possible relation with serotonergic and other psychopharmacological drugs: a matched cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 17:166.
12. Jahnsen JA, Bergman J Interaksjonsdatabaser er nyttige verktøy. RELIS. 29.05.2017.

SILJE SKREDE
Relis Vest

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

Velkommen og lykke till! — Tove Rutle – lagleder

Gode minner skal vi ta vare på

Vi har bak oss ein uvanleg fin sommar og kan ta minne om strålende solskinsdagar med oss inn i mørketida.

Men på fastlegekontoret møter vi ofte menneske med vanskelege liv og få gode minne å sjå tilbake på.

Klarer vi å vere med å hente fram noko fint dei likevel har med seg, som kan bli ein god tanke og til hjelp når alt er tungt?

Eg deler diktet «Minnene» av Hans Børli og gjev stafettpippen vidare til ven og kollega Bibbi Aamodt ved Søm legesenter i Kristiansand.

Helsing
HILDEGUNN HALS BJELLAND

Minnene

Ta det med deg!

Det minste av grønt som har hendt deg
kan redde livet ditt en dag
i vinterlandet.

Et strå bare,
et eneste blakt lite strå
fra sommeren i fjor
frosset fast i fonna,
kan hindre skredets
tusen drepande tonn i
å styrte utfor.

Hans Børli

ILLUSTRASJONSPOTO: KARI KREG-HALSE