



Utposten

1 2019
ÅRGANG 48

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Marit Hermansen:
Kvinne for sin hatt

Kjønnsinkongruens
Skabbutbrudd
Sykehjemspasienter

**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**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: Helle Dunker

DESIGN/LAYOUT:**Morten Hernæs**

07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no

1 LEDER: Klok av erfaring*Kristine Asmervik***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Kvinne for sin hatt***Marit Hermansen intervjuet av Tom Sundar og Mona Søndena***7 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Kjønnsinkongruens***Thomas Mørk Tønseth***12 Pakkeforløp for psykisk helse og rus***Torhild Torjussen Hovdal***14 Laboratoriefaglig løft for hjemmetjenesten***Marit Steinsund, Siri Fauli og Linda Ophaug***18 Subakutt tyreoiditt. Årsaken til halssmerter kan sitte utenpå***Stephanie Knudtzon, Mogens Jensenius, Truls Maagaard og Sara Salehi Hammerstad***21 Skabbutbrudd i helseinstitusjoner i Norge***Arnulf Soleng og Horst Bentele***24 Den søndagen jeg lærte om legionella***Mette Røkenes***28 Kosthold og fysisk aktivitet hos skoleungdommer i Akershus***Arthur Chortatos***32 Legens arbeid med døende sykehjemspasienter***Kristian Jansen***37 – Faren er at man ikke tar døden på alvor***Julie Kalveland***40 PRIMÆRMEDISINSK UKE 2018: Abstracts****46 1847: Barselfeber og håndvask***Harald Siem***48 1763: Peder Harboe Herzberg og hans lærebok om potetdyrking***Arild Aambø***51 BOKANMELDelse:****Opplysende om kreftsykdommer***«Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell» anmeldt av Aart Huurnink***52 BOKANMELDelse:****Et dykk ned i den allmennmedisinske sjela***«På glytt. Deltakar og tilskodar» anmeldt av Marit Tuv***53 FASTE SPALTER****LEGEN LESER 53****RELIS 54****LYRIKKSTAFETTEN 56**

Du finner Utposten på
www.utposten.no

Klok av erfaring

Ved inngangen til et nytt år kommer forsettene og med dem, endringene vi ønsker å få til i våre liv. Hva med å starte med å reflektere over erfaringene fra året som gikk, i stedet for bare å fortsette fremover slik vi stevner. Vi har rundet ett år til i levealder, men vi er forhåpentligvis også ett år rikere – og klokere – på erfaring. Erfaring er den kunnskap og viten vi får gjennom opplevelser, og satt i sammenheng med det vi vet og kan fra før, kan det gi oss nye veier å gå eller retninger å følge. Læring handler om å sette erfaring sammen med kunnskap og dele det videre. I bladet du nå holder i hånden er det mye erfaringskunnskap å dele!

Innledningsvis i portrettintervjuet deler Marit Hermansen sine erfaringer etter tre og et halvt år i rollen som president i Legeforeningen. Hun understreker selv sin oppgave i å omsette vedtak og prinsipper til handling og praktisk politikk. Men for å gjøre det, sier hun, må hun se «hele bildet». Hun må se både sin egen og foreningens rolle i et større og lengre perspektiv. Å se det store bildet, som hun snakker om, krever erfaring. Med erfaring, vokser man med oppgavene.

I 2019 er det 500 år siden den første norske boka ble trykket. Nasjonalbiblioteket feirer med nasjonalt bokår og minst 500 arrangementer og bokmesser. Her i *Utposten* markerer vi jubileet ved å trykke en føljetong av artikler om medisinsk historie. Først ut er Arild Aambø med sin artikkel om Peder Harboe Herzberg og hans lærebok om potetdyrking og potetens medisinske egenskaper – skrevet med bakgrunn i egne erfaringer med poteten. Den andre artikkelen i serien er fra Harald Siem og handler om den ungarsk-østerrikske legen Ignaz Semmelweis' erfaringer med håndvask i tilknytning til barsel-feber. Et glimrende eksempel på hvordan erfaring gav ny og banebrytende kunnskap.

Flere eldre og syke hjemmeboende fordrer økte kompetansekrav til primærhelsetjenesten i alle ledd. Les om det pågående NOKLUS-prosjektet som omhandler det økende omfanget av laboratorietjenester utført i hjemmetjenesten. Omfanget av laboratorievirksomheten er større enn forventet – og med økende aktivitet er det behov for å se på hvordan kvaliteten på dette arbeidet kan bedres.

Sykehjemmene er i økende grad en sentral arena for både avansert behandling og den siste fase av livet. Kristian Jansen har skrevet et resymé av sitt doktorgrads-prosjekt, der han tok for seg legens arbeid med døende sykehjemspasienter. Han påpeker at legens involvering i terminalomsorgen etterspørres av både pasientene, deres omsorgspersoner og fagmiljøet, men at det fremdeles har relativt liten oppmerksomhet i forskningen.

En annen som forsker på sykehjemsmedisin og livets slutfase er Anette Fosse. Hennes doktorgrad i fjor omhandlet livets slutt i sykehjem. Treffende formulerer hun at døden har flyttet ut fra sykehussene og inn i sykehjemmene – det er blitt vanlig med død i sykehjemmet, men legen må respektere at dette likevel er en engangshendelse i livet. I intervjuet med Fosse får vi del i hennes erfaringer og refleksjoner rundt dette.

Skabb synes å opptre i sykluser på 20–30 år. I Norge har det vært en betydelig nedgang i tilfeller av skabb siden slutten av 1970-tallet, men tilstanden ser nå ut til å øke igjen. Utbrudd i helseinstitusjoner (særlig sykehjem) og barnehager forekommer. Ofte tar det lang tid før diagnosen stilles, og skabben kan allerede ha etablert seg og spredt seg. Folkehelseinstituttet har levert en opplysende oversiktsartikkel om erfaringer med skabbutbrudd i institusjoner.

Bekjemping av legionella hjemles i folkehelseloven og Forskrift om miljørettet helsevern. En kommuneoverlege deler sine erfaringer med legionellautbrudd i et relativt nybygd og moderne sykehjem. Artikkelen gir noen aha- opplevelser om hvor intrikat bekjemping av legionella kan være og hvilken årsvåkenhet det forutsetter.

I en annen artikkel om sykehjemsmedisin kan du lese om hvorfor det er viktig at legen tar styring på den medisinske utredningen dersom en ønsker å unngå utvikling av antibiotikaresistens.

Artikkelen om ESSENS-studien er spennende forskningsformidling om hvilke faktorer som påvirker norske ungdomsskoleelevers vaner knyttet til kosthold og fysisk aktivitet. Det viser seg at man ikke bare kan skyldte på forhold hjemme eller i familien. Hvordan skolen

er organisert og tilrettelagt er avgjørende. Kanskje ingen bombe, men likevel en indikator på at folkehelsearbeid og miljørettet helsevern er viktigere enn vi aner?

Avslutningsvis vil jeg dele diktet «Sure on this Shining Night» som er hentet fra diktsamlingen *Permit Me Voyage* av James Agee – utgitt i 1934. Samuel Barber har satt melodi på diktet som består av bare ti linjer. Hans enkle komposisjon setter den musikalske rammen rundt diktet som gir rom for mange tolkninger og assosiasjoner. Tolv linjer kan skape tankerekker, og treffe deg på flere plan.

Sure on this shining night

Sure on this shining night
Of starmade shadows round,
Kindness must watch for me
This side the ground.
The late year lies down the north.
All is healed, all is health.
High summer holds the earth.
Hearts all whole.
Sure on this shining night
I weep for wonder
Wandering far alone
Of shadows on the stars.

JAMES AGEE

Ta deg tid til å stoppe opp et øyeblikk i året som allerede er godt i gang. Hvilke erfaringer har du med deg fra året som gikk? Men først og fremst: Gled deg over det du fikk til, enten alene eller sammen med andre!

KRISTINE ASMERVIK

Kvinne for sin hatt

Marit Hermansen ■ INTERVJUET AV TOM SUNDAR OG MONA SØNDENÅ

Hun er intet mindre enn en president med allmennlegebakgrunn som i et valgår har full støtte fra sykehuslegenes mektige yrkesforening, Overlegeforeningen. Marit Hermansen nyter stor tillit – både i og utenfor Legeforeningen.

Da hun tidlig i fjor høst lanserte sitt kandidatur til årets presidentvalg i Legeforeningen, lot ikke responsen vente på seg. Innen medio september hadde Allmennlegeforeningen, som forventet, erklært sin fulle støtte til Marit Hermansen – og likeledes samfunnsmedisinernes yrkesforening, LSA (1, 2). Mer uventet, sett i et forenings-historisk lys, var det at også sykehusoverlegene gav henne uforbeholden støtte (3):

«Hun ledet oss gjennom tidenes lengste sy-

kehusstreik med både klokskap, stødighet og fleksibilitet. Legeforeningen tapte i Rikslønnsnemnden, men vant senere i Arbeidsretten»,

uttalte nestleder Anne-Karin Rime i Norsk overlegeforening til *Dagens Medisin*, med klar adresse til den viktige seieren i arbeidstidskonflikten med arbeidsgiverforeningen Spekter.

Enkel matematikk tilsier at den kandidaten som får støtte fra minst to av de tre store fraksjonene i landsstyret, det vil si Overlegeforeningen (Of), Yngre legers forening (Ylf) og Allmennlegeforeningen (AF), er soleklar favoritt til å vinne presidentvalget. Tradisjonelt har delegatene fra Of og Ylf stemt lojalt på «sine» kandidater fra sykehusmiljøene. De to yrkesforeningene har således sørget for at valget av president som regel falt på en sykehuslege. Et unntak var valgåret 2001, da allmennlegen

Hans Kristian Bakke klarte den bragd å sikre seg Ylfs samlede votum – og dermed bli den første presidenten fra allmennlegenes rekke. I 2015 ble Marit Hermansen den første kvinnelige allmennlege til å bli Legeforeningens øverste leder. Og med både Of og AF i ryggen, er sjansene store for at hun blir gjenvalgt i 2019.

Å se det store bildet

Spørsmålet er om noen vil utfordre den sittende presidenten? Og hvordan har hun kommet dit hen at hun klarer å samle så stor oppslutning innad i Legeforeningens organisasjon? Dette er ting som *Utposten* ønsker å finne mer ut av når vi oppsøker Marit Hermansen på hennes arbeidsplass i Oslo sentrum. I en årrekke har Legenes hus vært et hjem nummer to for 54-åringen fra Grue i Hedmark.

Legeforeningen er en komplett profesjonsforening; vi er mye mer enn bare en paraplyorganisasjon. FOTO: TOM SUNDAR



«We can do it!», står det på det innrammede kortet på presidentens bord – et fyndord hun neppe overser når hun kommer på kontoret om morgenen. FOTO: TOM SUNDAR

Presidenten leder et møte i sentralstyret, hennes nærmeste arbeidsfelleskap i Legeforeningen. FOTO: LEGEFORENINGEN



UTPOSTEN: Verken i 2015 eller 2017 hadde du motkandidater ved presidentvalget. En kan være fristet til å spørre: Hva er det ved deg som skremmer dem bort?

– Det er neppe noe skremmende ved meg, sier presidenten og smiler tilforlættelig. Så fortsetter hun: – Jeg vil heller snu på det og si at jeg opplever å ha stor støtte i hele organisasjonen. Det erfarte jeg både i 2015 og i 2017. Så er det nå en gang slik at ting kan bli annerledes enn det man tenker. Det er fortsatt en mulighet for at noen vil stille mot meg – og *det* er bare en styrke i en demokratisk organisasjon!

UTPOSTEN: Overlegeforeningen har historisk sett ikke stemt på kandidater utenfor sykehusmiljøene, men det var før du entret Legeforeningens podier. Hvordan har du klart å kapre Of'ernes stemmer?

– Jeg mener de siste årene har vist at det handler mer om hvordan du jobber og hva slags leder du er, enn om hvilken del av helsetjenesten eller organisasjonen du kommer fra. Som president representerer jeg *hele* foreningen. Jeg gikk rett ut i en krevende arbeidskonflikt på sykehusområdet, og som jeg – uten selv å komme fra den

sektoren – opplevde at jeg var i stand til å håndtere. Det var mye takket være godt samarbeid og god støtte fra dyktige tillitsvalgte i Of og Ylf.

UTPOSTEN: Det at du kom 'utenfra', men likevel klarte å håndtere konflikten så bra – gav det deg en ekstra dytt, slik at du ble enda mer akseptert i sykehusmiljøene?

– Ja, det kan man nok si. Legeforeningens styrke er at vi representerer alle de yrkesaktive legene. Vi har tett kontakt med medlemmene via yrkesforeningene. Vi har solide organisasjonsledd og ansvarslinjer. Så er det min oppgave å omsette vedtak og prinsipper til handling og politikk. Men jeg må se hele bildet; få øye på hele foreningen. På sykehusområdet handler det om å forhandle for sykehuslegene, men ikke bare det – det handler også om å se Legeforeningens rolle i et større og lengre perspektiv.

UTPOSTEN: Folk sier du *ikke* er prototypen på en doktor. Du er lett å omgås og behandler andre med respekt. Det kommer sikkert godt med når du skal forhandle oppover i de politiske systemene?

– Aller først vil jeg si at det er en myte jeg vil bekjempe. Jeg opplever dagens leger som interesserte og omgjengelige. Som president er jeg først og fremst en lagleder. Jeg liker å jobbe i team og omgi meg med folk som har kunnskap og kompetanse. Det gir kraft og skyts til å jobbe videre. Når det gjelder å håndtere en sykehuskonflikt, må man kanalisere all kunnskapen og alle rådene man får fra tillitsvalgte og medarbeidere; fra folkene man har rundt seg som tenker smart. Jeg liker å få ting til, men det er mange sterke personligheter og foreningsledd i Legeforeningen som må hensyntas. Jeg må ha deres tillit. Mangfoldet er også en viktig del av Legeforeningens styrke.

Stupte i det

En kan lure på hvilke mentale øvelser en person som Marit Hermansen går gjennom når hun våkner opp 'dagen derpå', etter å ha blitt valgt som president, og skal ta inn over seg at hun skal lede en organisasjon bestående av sju yrkesforeninger, 45 fagmedisinske foreninger og en lang rekke med interesseforeninger? Og så dette med de mange sterke personlighetene, da?



– Det har ikke brent før, men det gjør det nå, sier Marit Hermansen når hun beskriver stemningen i fastlegekorpset. FOTO: TOM SUNDAR

Intervjuobjektet trekker på smilebåndet av vårt spørsmål, men hun responderer med et veloverveid svar: – I denne foreningen tar det forholdsvis lang ventetid fra du blir valgt og til du tiltrer. Det syntes jeg var ganske vanskelig. Jeg ble valgt i mai og begynte 1. september. I mange foreninger skjer det over natten eller i løpet av veldig kort tid; og det tror jeg hadde vært en fordel her også. Uansett er det en stor overgang å bli president og du blir satt på prøve. Du må sørge for at foreningen klarer å følge det lange perspektivet; klarer å prioritere riktig. Det betyr også at du ikke kan ivareta alle hensyn til enhver tid. Legeforeningen er en helhet, ikke bare en samling av organisasjonsledd. Vi er en komplett profesjonsforening som gjør oss til noe langt mer enn bare en paraplyorganisasjon, understreker hun.

Hun utdyper: – Dette er tydelig i vår formålsparagraf; Legeforeningen tar ansvar for hele lege-livet; rammebetingelsene, faget, utdanning og forskning, etikk samt helsemessige og sosiale forhold. At vi har

med oss fagets stemme gir oss styrke og troverdighet. Vi kan fronte debatten rundt fastlegeordningen fra sykehussiden så vel som fra allmennlegesiden. Eller vi kan ta til orde for 200 nye LIS-stillinger – med støtte fra hele fagfeltet. Jeg tror vi taper noe hvis vi bare opptrer som et konglomerat av sju yrkesforeninger og 45 fagmedisinske foreninger. En slagkraftig legeforening avhenger av at vi er i stand til å mobilisere kreftene og dra i samme retning. Da får vi til mye mer enn om vi bare legger sammen foreningene!

Samtalen vår penser over på presidentrollen. Det må ha vært spesielt å entre Legenes hus den første dagen i ny jobb – og vite at 'nå er det min vakt', undrer vi oss på? Marit nikker bekreftende og nøler ikke med å svare: – Jeg husker det som det var i går!

Hun minnes især den ærbødigheten hun kjente på, da hun 1. september 2015 tok stegen fra pendlerleiligheten rett over gata og over til Legenes hus. Huset var på ingen som helst måte nytt for henne. I de fire fore-

gående årene hadde hun vært fulltids leder for Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Nå var det rollen som Legeforeningens øverste tillitsvalgte som skulle bekles; en rolle som fordrer en kvinne for sin hatt. Marit forteller at hun var ute i god tid den morgenen. Hun ble tatt hjertelig imot av generalsekretær Geir Riise og stabssjef Anne Torill Nordli – med både velvilje og blomster. Så stupte hun i det!

Men hun var ikke uforberedt. Gjennom sommeren hadde hun satt seg inn i saker og ting sammen med avtroppende president Hege Gjessing.

– Hege gav meg både plass og rom, sier Marit. Hun tar en kort tenkepause før hun hever stemmen for å understreke et poeng: – Saken er at du er ikke president før du faktisk er det! Og når det skjer, så er det en brå overgang. Noen oppgaver og gjøremål gir seg selv, men en trenger tid til å utvikle ens egen rolle og ens egen ledestil. En ting jeg har brukt mye tid på er å bygge allianser, blant annet til Akademikerne – men også til fagforeninger utenfor Akademikerne, i første rekke Sykepleierforbundet og Fagforbundet. Det gir grunnlag for samarbeid som vi både har nytte og glede av.

Byggmester Hermansen

Presidenten snakker om å bygge allianser omtrent som entreprenører snakker om å bygge hus. Det er en grunnleggende aktivitet for henne, og viktig for å utvikle gode relasjoner til hennes – og Legeforeningens – samarbeids- og forhandlingsparter. Da blir det også lettere å være motparter i forhandlingsprosesser, medgir hun. På samme måte som hun legger vinn på å skape allianser med andre foreninger, jobber hun med å få gode relasjoner til politikere og helsemyndigheter; til departement og direktorat.

– Det er noe som tar tid, fordi du skal vise deg som en seriøs aktør, en å stole på, samtidig som du skal være en standhaftig og sterk motpart. Fremfor alt skal du være redelig og pålitelig, enten Legeforeningen er i forhandlinger eller i konflikt. Det tar tid å bygge tillit og lære motparten å kjenne. Og så skal vi ha litt uformell kontakt – og utnytte det. Det oppnår man bare ved å investere tid. Men dette er noe av det som er spennende med denne jobben! sier hun med glimt i øyet.

Til spørsmålet om hva hun er mest tilfreds med å ha fått til i sin presidenttid, kommer responsen umiddelbart: – At vi klarte å lande en avtale med Spekter etter seieren i arbeidsretten!

Hun presiserer sitt svar: – Det handler

om at vi gjennomførte en konflikt på en bra måte. Når jeg sier det, blir jeg ofte konfrontert med spørsmålet: «Kan man si at konflikt er bra?» Men mitt poeng er at det å gå til streik er et legitimt redskap i en arbeidskamp. Det skal man kunne gjøre hvis det er helt nødvendig. Men det er et alvorlig steg å ta og derfor skal man gjøre grundige overveielser. Jeg mener vi gjorde det på en ryddig og ordentlig måte. Vi klarte å mobilisere og handle strategisk, det var et felles løft fra tillitsvalgte, medlemmer og sekretariatet – og med støtte i fagbevegelsen. Vi vant en viktig seier i arbeidsretten. Etter rettssaken gikk vi i en ny dialog med Spekter. Vi klarte å slutte en avtale i januar i fjor – og ut på våren gjennomføre et normalt hovedoppgjør. Det er dette jeg mener å si, når jeg snakker om det å være en seriøs aktør.

UTPOSTEN: Hva har skuffet deg mest?

– Jeg er ikke så flink til å bli skuffa. Jeg vil ikke bruke for mye energi på ting jeg ikke får gjort noe med. Det er bedre å se fremover og lete etter nye muligheter. Vi har hatt utfordringer med ny spesialistutdanning og fastlegeordningen, men på disse områdene har vi fått til gode prosesser. Arbeidet med læringsmål har vist at våre fagmedisinske foreninger og spesialitetskomitéer leverer når det gjelder. Mye av dette er ren dugnadsinnsats, og det står det stor respekt av. Det er så viktig at vi i Legeforeningen – som en myndighets- og driftsuavhengig organisasjon – påtar oss denne faglige rollen, sier Marit Hermansen med ettertrykk; – Det kommer både legene og pasientene til gode!

Imidlertid legger hun ikke skjul på skuffelsen over manglende satsing på fastlegeordningen i statsbudsjettene for 2018 og '19: – Det er blitt for mange ord og for lite handling fra myndighetenes side, sier hun beklagende. Likevel mener hun å registrere at Legeforeningen nå opplever å få gjennomslag i forhandlingsprosessene.

– Noe er i ferd med å skje. Stadig flere kommuner tar innover seg alvoret i fastlegekrisen. Det er ikke lenger bare små kommuner og utkantkommuner som sliter. Store byer melder om rekrutteringsproblemer. Dette fører til en helt annen politisk oppmerksomhet og satsingsvilje enn for bare noen år siden, slår hun fast.

Strategisk samarbeid for fastlegeordningen

Fastlegekrisen kom på hennes vakt, men i over ti år har vi kunnet høre varskoropene om en stadig forvitring av fastlegeordnin-

gen. Da er det nærliggende å spørre hvorfor det har gått så lang tid fra de første faresignalene kom for ca. ti år siden og til at ting – først nå – begynner å skje? Har Legeforeningen sovet i timen?

– Nei, helt siden 2007 har Legeforeningen krevd en styrking av fastlegeordningen. Derimot har myndighetene sovet i timen! Det har vært vanskelig å få gjennomslag – og det har faktisk også tatt tid for fastlegene selv å erkjenne alvoret i situasjonen. De har spadd unna oppgavene som kom til dem, men det har ført til mer slitasje. Jeg tror den virkelig store endringen i arbeidsbelastningen har kommet de siste fire–fem årene som et resultat av samhandlingsreformen. Tidligere var det som oftest kolleger i distriktene som snakket om slitasje og høy vaktbelastning, men nå hører vi om fastleger over hele landet som er overarbeidet. Det nye er at slitasjen har rammet den store massen av fastlegene, konstaterer Hermansen.

– Det har ikke brent før, men det gjør det nå, legger hun ettertenksomt til. Samtidig kan hun melde om et stort engasjement blant Legeforeningens medlemmer, både i og utenfor sykehus: – I denne saken har vi hele foreningen i ryggen. Vi må kjempe for å få mer penger inn i fastlegeordningen, men ikke bare det. Vi må også gjøre noe med den ukontrollerte oppgaveoverføringen fra spesialist- til primærhelsetjenesten. Det har også helseforetakene begynt å skjønne. Hvis fastlegeordningen rakner, vil sykehusene få disse oppgaver i retur. Jeg opplever at departementet og RHF-direktørene er blitt mer lydhøre for vår kritikk av samhandlingsreformen, som jo egentlig bare har gått én vei – og det med én stor

motor! Kommunene har verken fått ressurser eller kompetanse til å håndtere de nye oppgavene.

UTPOSTEN: Du har sagt at du tar gjenvalg for å redde fastlegeordningen. Hvilke hovedgrep vil du ta?

– Økonomien i fastlegeordningen må definitivt styrkes, slik at arbeidsbelastningen for hver enkelt lege går ned. Derfor var avtalen med regjeringen i høst så viktig. Vi er enige om at oppgavemengden for fastlegene har blitt for stor, at pasientlistene må ned, og at nedgang i listelengde skal kompenseres økonomisk. Dette er viktig for å beholde dagens fastleger og for å legge til rette for økt rekruttering.

UTPOSTEN: Og det betyr at per capita-tilskuddet må gå opp?

– Det må gjøres noe med finansieringen, men vi bør ikke låse oss til én modell i utgangspunktet. Kompleksiteten i pasientbehandlingen har økt og vi trenger en finansieringsmodell som ivaretar det hensynet. Fordelen med dagens modell er at den stimulerer til aktivitet – og det skal vi fortsatt ha. Men vi må ha en finansiering som er så solid at den enkelte lege kan dra på kurs; at man kan ha student og drive med veiledning; at man kan ha gode sosiale ordninger og spare til pensjon. SOP har allerede vedtatt å styrke avbruddsyttelsene – og vi ser på ulike finansieringsmodeller i trepartssamarbeidet mellom staten, KS og Legeforeningen. Dette er et viktig strategisk samarbeid som gir partene eierskap til utfordringene og som bidrar til å få frem konstruktive utredninger og prosesser som setter fastlegeordningen på dags-

«Hel ved fra Grue», lyder en av karakteristikkene av intervjuobjektet – og det er en sann hedersbetegelse.



FOTO: LEGEFORENINGEN

orden på en helt ny måte, poengterer Marit Hermansen.

Spontant deler hun noen av sine tanker om hvordan fremtidens fastlegeordning og det enkelte legekantor vil se ut: – Fremtidens legekantor er i snitt større enn dagens, med flere leger, andre profesjoner og med en mer etablert og profesjonell ledelse. Det er kontor til både en student og en LIS, og legene deltar i et forskningsnettverk eller et kvalitetsnettverk. Tjenesteinnsats og teknologiutvikling stimuleres ved at det er tilgjengelig prosjektøkonomi til både å prøve ut og ta i bruk ny teknologi i ordningen. Alt dette er mulig å oppnå innen ganske få år, hvis regjeringen tar politisk ansvar, mener hun.

Kloke veivalg

Marit Hermansen har tatt noen store sprang for å komme dit hun er i dag. I perioden 1998–2015 var hun fastlege og kommuneoverlege i Grue kommune og legevaktvaksjef i Solør. Kollegene der gir henne gode skussmål. Som leder omtales hun som tydelig og samlende; en som har overblikk og gjennomføringsevne og som tør å stå i stormkastene. Noen fremhever at hun er nøktern og jordnær. Simpelthen «hel ved», er det en som sier når han blir bedt om å komme med en karakteristikk. Sant å si er det en genuin hedersbetegnelse når det blir sagt av en hedmarking.

Men ikke bare hennes strategiske evner blir høyt aktet. I Solør snakker man fortsatt om den oppmerksomme legevaktssjefen som to ganger i året, til jul og til sommerferien, sendte en personlig hilsen til alle sine medarbeidere og takket hver især for innsatsen. Hun blir også husket for å ha delt markens grøde med sine medarbeidere; og det går gjetord om «landets beste tomater» dyrket i kjøkkenhagen ved Glommas bredder på Namnå, hvor hun og familien har sitt hjemsted.

UTPOSTEN: Når du ser tilbake, hvilke ledererfaringer fikk du som legevaktssjef, kommuneoverlege og fastlege – som du drar nytte av nå?

– Å være kommuneoverlege og fastlege er en god skole for å bli president. Man er vant til å håndtere ting på strak arm. Daglig møter man nye problemstillinger og overraskelser, ikke minst blir man kjent med hele helsetjenesten. Som primærlege får man også erfaring med å drive forhandlinger, bygge allianser og forholde seg til forvaltning og politisk ledelse.

UTPOSTEN: Noen lurte på hvordan du som president velger dine kampsaker. I hvilken grad setter du agendaen selv og i hvilken grad gjør andre det?

– Legeforeningen er «politikerstyrt» og det er bra. Politikerne – det vil si de tillitsvalgte – er aktive gjennom de mange foren-

ingene og organisasjonsleddene. Tank bare på at det er over 5000 ulike verv i Legeforeningen! Sentralstyret er et arbeidsfellesskap og en viktig premissleverandør for meg. Sekretariatet leverer saksgrunnlaget slik at vi kan ta gode beslutninger. Så skal jeg og sentralstyret rapportere til landsstyret, og derfor trenger vi gode landsstyremøter med kloke veivalg og fornuftige retninger. Det er mange aktører som virker sammen for å få frem gode saker og skape gode resultater, sier Marit.

Til slutt understreker hun sitt fagideologiske credo, det hun kaller en 'overbygning' som preger og gjennomsyrrer alt hun gjør: – Det er at jeg er takknemlig for å bo i et land som har en sterk offentlig helsetjeneste. Blir man alvorlig syk, så får man den beste behandlingen. Det er ingen selvfølge at det er slik, og det finnes kommersielle krefter som utfordrer dette – og det gjør meg bekymret. For hvis folk mister troen på helsevesenet, så rakner det. Det offentlige Norge må fortsette med å levere gode tjenester, men da må vi også være villige til å betale for dem! avslutter Legeforeningens president.

REFERANSER

1. Hafstad A. Allmennlegene: støtter Hermansen. Dagens Medisin 12.9.2018.
2. <https://legeforeningen.no/yf/Leger-i-samfunns-medisinsk-arbeid/Nyheter/LSA-stotter-Marit-Hermansen-videre/> (18.12.2018)
3. Hafstad A. Overlegeforeningen har full tillit til Hermansen. Dagens Medisin 12.9.2018.

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.

Kjønnsinkongruens

■ THOMAS MØRK TØNSETH • Spesialist i allmennmedisin. Spesialist i sexologisk rådgivning NACS. Fastlege, Brynsenglegene

Flere fastleger vil i årene som kommer møte pasienter med kjønnsinkongruens. Fenomenet er økende i befolkningen både nasjonalt og internasjonalt (1) og er stadig omtalt i media.

Det har fremkommet betydelig uenighet mellom ulike fagmiljøer rundt hvilke pasienter som skal ha medisinsk behandling og hvem som skal behandle dem (2). Det finnes lite evidens om effekt av behandlingen og det mangler nasjonale retningslinjer. Transseksualisme er i ferd med å bli tatt ut av kapittelet for psykisk helse i ICD-10 og vil i ICD-11 erstattes med

Kjønnsinkongruens i et eget kapittel for seksuell helse.

Pasientgruppa er sammensatt, ofte med klare bestillinger om hva de ønsker av behandling. Mange fastleger er i tvil om hvordan de skal håndtere pasientene og deres ønsker. Det er også betydelig usikkerhet om hva slags behandling man har anledning til å tilby utenom den nasjonale behandlingstjenesten på Oslo universitetssykehus (NBTS).

Begrepsavklaring

Det finnes en helt spesiell terminologi innen kjønnsidentitetstematikken, og det kan være nødvendig med en forklaring av noen av de ulike begrepene som brukes (3).

KJØNNSINKONGRUENS: manglende samsvar mellom kjønn tildelt ved fødsel og identifisert/opplevd kjønn.

KJØNNSDYSPORI: Ubehag ved manglende samsvar mellom tildelt og opplevd kjønn.

TRANSSEKSUALISME: Gammelt begrep, på vei ut, erstattes av begrepene over.

TRANSVESTISME: Trang til å iføre seg det motsatte kjønns klær.

TRANSPERSON: Person med manglende samsvar mellom tildelt og opplevd kjønn.

TRANSMANN: Mann med kvinnekjønn tildelt ved fødsel (ftm: female-to-male).

TRANSKVINNE: Kvinne med mannekjønn tildelt ved fødsel (mtf: male-to-female).

CIS-PERSON: Person hvor tildelt og opplevd kjønn stemmer overens.

IKKE-BINÆR: Identifiserer seg verken som



mann eller kvinne, eller som begge deler.

LHBT (QIA): Lesbisk, homofil, bifil, trans (queer, intersex, asexuell). Seksuell orientering har lite med kjønnsidentitet å gjøre. Man kan være heterofil, homofil, lesbisk, bifil eller alt annet uavhengig av hvilket kjønn man identifiserer seg med.

ROGD: Rapid onset gender dysphoria; fenomenet beskrevet, ikke anerkjent vitenskapelig. Oftest jentefødte som i tenårene «plutselig» kommer ut som trans til sine foreldre.

Rett til rett kjønn, helse til alle kjønn

En tverrfaglig ekspertgruppe nedsatt av helsedirektoratet fikk i 2013 i oppgave å se på vilkårene for å endre juridisk kjønn i Norge samt foreslå endringer i behandlingstilbudet til mennesker med kjønnsinkongruens. Dette arbeidet resulterte i rapporten «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn» i 2015 (4). Lov om endring av juridisk kjønn ble innført 1. juli 2016 som en direkte konsekvens av ekspertgruppas anbefalinger. Rapporten pekte også på et sterkt behov for å bedre behandlingstilbudet for mennesker med kjønnsinkongruens. Forslaget fra flertallet i gruppen var å følge LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå), og MED-prinsippet (minste effektive dose), dvs. en betydelig desentralisering av deler av behandlingstilbudet.

Ekspertgruppen anbefalte å videreføre høyspesialiserte tjenester som for eksempel genitalkirurgi som en nasjonal tjeneste.

Lov om endring av juridisk kjønn

Stortinget vedtok lov om endring av juridisk kjønn 1. juli 2016 (5).

Personer som er bosatt i Norge og som opplever å tilhøre det andre kjønn enn det vedkommende er registrert med i folkerregisteret, har rett til å få endret sitt juridiske kjønn. Pr. 31.12.17 har 804 personer benyttet seg av muligheten til å foreta juridisk kjønnskifte.

Prosedyren er enkel. På nettsiden til skatteetaten klikker man på folkerregisteret. Der er en egen «knapp» for endring av kjønn. Logger man inn der, vil anmodningen registreres og man vil få tilsendt skjemata for signatur samt informasjon om konsekvensene av et juridisk kjønnskifte. Dette må så sendes inn, og man tildeles nytt personnummer.

Diagnoser

Det har vært en diskusjon om kjønnsinkongruens fortsatt bør være en diagnose,

mange har ønsket å fjerne den. Samtidig har man vært redde for at fraværet av en diagnose vil hindre tilgang til helsetjenester som kjønnsbekreftende behandling.

Diagnosene som i dag brukes i ICD-10 er (6):

F64 Kjønnsidentitetsforstyrrelser

- F64.0 Transseksualisme
Sterkt ønske om å leve og bli akseptert som tilhørende det annet kjønn. Følelse av avsky for, og ofte utilstrekkelighet ved, eget anatomisk kjønn ledsager vanligvis lidelsen. Ønske om kirurgisk eller hormonell behandling for å gjøre kroppen mest mulig i samsvar med det foretrukne kjønn er vanlig
- F64.2 Kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndom
- F64.8 Andre kjønnsidentitetsforstyrrelser
- F64.9 Uspesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse

I ICD-11 er diagnosene som omfatter kjønnsinkongruens tatt ut av psykiatrikapittelet og lagt inn under et eget kapittel om seksuell helse.

Nye diagnoser i ICD-11 er (7):

- Kapittel 17: Tilstander relatert til seksuell helse
- Gruppe: Kjønnsinkongruens
 - HA60 Kjønnsinkongruens i ungdom og voksenliv
 - HA61 Kjønnsinkongruens i barndom
 - HA6Z Uspesifisert kjønnsinkongruens

ICD-11 slår fast at det er det manglende samsvaret mellom en persons kjønnsidentitet og ens kjønnskarakteristika og et sterkt ønske om å endre disse som gir grunnlag for diagnose. Hvis personen ikke har ønske om å endre kjønnskarakteristika er det ikke grunnlag for diagnose. ICD-11 åpner for at kjønnsidentitet er flytende. Kjønnsidentitet er ikke definert av kromosomer, eggstokker eller skjeggvekst, men av både sosiale, psykologiske og biologiske forhold (8).

Hva slags innvirkning dette vil ha på kjønnselhelseomsorgen i Norge er fortsatt uavklart.

Ketil Slagstad og Anne Kveim Lie skriver om dette i *Tidsskriftet* 12.06.18 (9)

«Den nye diagnosen kjønnsinkongruens defineres som et manglende samsvar mellom ens kjønnsidentitet og primære eller sekundære kjønnskarakteristika, ledsaget av et sterkt ønske om å fjerne eller endre noen eller alle disse. Diagnosen bereder grunnen for at flere med ulike kjønnsidentiteter bør få tilgang til kjønnsbekreftende behandling. Manglende tilgang til helsetjenester – på grunn av økonomi, restriktiv politikk eller

kunnskapsmangel blant helsepersonell – har ført til risikofylt selvmedisinering. Den siste tidens oppmerksomhet om at transpersoner i Norge søker private helsetilbud for kjønnsbekreftende behandling kan ses i lys av at vi har en for restriktiv behandlingspraksis.»

Internasjonal behandlingsstandarder

The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) er en internasjonal, tverrfaglig organisasjon med formål om å fremme forskningsbasert helsehjelp, utdanning, opplysningsarbeid, retningslinjer for behandling, og respekt for personer som opplever kjønnsdysfori. En av hovedfunksjonene til WPATH er utforming og revidering av dokumentet Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (SOC) (8). Standards of Care (SOC) er basert på tilgjengelig forskning, klinisk erfaring og konsensus blant faglige eksperter. Den første versjonen av SOC ble publisert i 1979, og har blitt oppdatert jevnlig siden det. I 2011 kom den syvende versjonen av SOC, som utvider virkeområdet ved også å inkludere transpersoner og ikke-kjønnsnormative personer. Det er et eksplisitt mål for WPATH at personer innen deres målgrupper ikke lenger skal ses på som syke eller avvikende på noen måte: «Å være transseksuell, transperson eller ikke kjønnskonform er et spørsmål om mangfold, ikke om patologi» (WPATH 2011).

Det overordnede mål for SOC 7 er å tilby veiledning for helsepersonell, slik at de kan gi trygg og effektiv assistanse til mennesker med kjønnsinkongruens. Behandlingsstandarden finnes blant annet på Bufdirs hjemmeside (10).

Det er en lang historie med ulike psykoterapeutiske tilnærminger til mennesker med kjønnsdysfori, og etter hvert som fellet har modnet, har behandlere forstått at selv om mange trenger både hormonterapi og kirurgi for å minske sin kjønnsdysfori, trenger andre kun en av disse behandlingsmulighetene, og noen trenger ingen av delene (WPATH 2012). Likevel er utgangspunktet i dette konsensusdokumentet at mennesker med kjønnsdysfori ikke har noe psykopatologi i utgangspunktet, en erkjennelse som er i ferd med å gjenspeile seg i ICD-11.

Hva finnes av behandlingstilbud i dag?

Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme

Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) er lokalisert til Oslo Uni-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

versitetssykehus – Rikshospitalet. Når en pasient henvender seg til fastlegen med ønske om behandling for kjønnsinkongruens, skal fastlegen henvise til lokalt DPS eller BUP for å kartlegge/avkrefte alvorlig psykisk sykdom, deretter skal pasienten henvises videre til NBTS. Minimumsutredning på DPS skal være MINI¹ og SCID-II², på BUP bør KIDDIE-SADS³ gjøres, og for alle aldersgrupper bør man utrede for autismspekterlidelse.

Når teamet på NBTS er ferdig med utredningen og diagnose satt, noe som tar minst et år, blir pasienten henvist til endokrinolog for oppstart av hormonbehandling. Deretter følger tilbud om kirurgi minst et år senere.

Det har lenge vært offentlig kjent at NBTS har slitt med et dårlig rykte. I media har vi lest om en avdeling med svært høy turnover av fagpersoner og indre stridigheter (11), men også om knapphet på ressurser og en voldsom økning i antall henvisninger (12).

Behandlingstjenesten gjennomgikk en omorganisering for et par år siden og er nå delt i en barneseksjon: Teamet for kjønnsidentitetsutredninger av barn og unge (KID-Teamet) på Barne- og ungdomsklinikken under Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (S-BUP), og NBTS voksen: organisert under Nevroklinikken.

Pr. i dag er behandlingstjenestens mandat å utrede og behandle pasienter som fyller vilkårene for Transseksualisme (F64.o)

Det er manges oppfatning at forholdene har bedret seg betraktelig. Det er mindre turnover blant ansatte, utredningen virker mer systematisk og henviser og fastlege mottar oftere polikliniske notater og vurderinger. Dette skjedde svært sjelden tidligere. Dog tar utredningen svært lang tid. De opererer med strenge kriterier for diagnosen, blant annet fravær av /ferdig behandlet annen psykisk sykdom.

Det finnes per i dag intet offisielt tilbud til dem som ikke fyller vilkårene for behandling på NBTS. Dette har blitt problematisert en rekke ganger, og helseministeren har nå lovet økt satsing. Under Pride-ukene i juni 2018 uttalte han at Helse Sør-Øst i løpet av året ville ta initiativ til at det blir bygget opp lokale og regionale tilbud for pasientgruppen. Helsedirektoratet skal avklare hvilke tilbud som skal finnes på henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenestenivå, og definere hva som

skal høre inn under høyspesialisert behandling. I løpet av 2020 skal helsetjenestene ha ansvar for å etablere tilbud i spesialisthelsetjenesten. Samme år skal også Helsedirektoratet ferdigstille faglige anbefalinger og normerende produkt om behandling av kjønnsinkongruens (13). Det etableres nå en referansegruppe i forbindelse med utarbeidelse av nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens/-dysfori.

Behandlingsmiljøet utenom NBTS

Som en konsekvens av et snevert mandat, konservativ praksis, for få ressurser og massiv kritikk på måten pasientene ble møtt på Rikshospitalet, har det etablert seg et alternativ behandlingsmiljø utenom den nasjonale tjenesten, kalt Transkompetansegruppa. Dette er et tverrfaglig miljø som består av helsearbeidere med interesse for sexologi og kjønnsstatistikk. Vi er organisert i et uformelt nettverk med regelmessige møter hvor vi veileder hverandre, diskuterer pasientkasuistikker, forskning og refererer fra konferanser. Gruppa består av leger, psykologer, helsesøstre og andre seksologiske rådgivere. Vi driver på ulike måter og er ikke alltid enige, men bidrar med gode innspill til hverandres praksis. Vi utreder og kan behandle pasienter som enten ikke vil utredes på NBTS, eller hvor vi er uenige i deres avslag på behandling.

1. MINI: M.I.N.I. 6.0.0 er et screening-instrument utviklet for utredning av psykiske lidelser. Stikkord: Angst, Depresjon og mani, Personlighetsforstyrrelser, Rus og avhengighet, Schizofreni og psykose, Spiseforstyrrelser og Traumer, stress og overgrep. (Helsebiblioteket)

2. SCID-II: Semistrukturert intervju for diagnostikk av personlighetsforstyrrelser

3. Kiddie-SADS-PL 2009, «Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present Life Version 2009» er et bredt semistrukturert DSM – IV intervju som dekker de fleste psykiske lidelser hos barn og unge. (Helsebiblioteket)

Barn med kjønnsinkongruens

Det er et økende antall barn med kjønnsinkongruens (14). Det er ikke aktuelt med medikamentell behandling før pubertetsstart. Prepubertalt trenger disse barna stort sett at foreldre, skole og annet nettverk veiledes av kompetente fagpersoner. Hvis foreldre ønsker hjelp, bør barna henvises BUP, og derfra videre til KID teamet ved OUS. De kan bistå med veiledning lokalt.

KID-teamet vil også vurdere om det er aktuelt med pubertetsutsettende behandling. Slik behandling vil starte i Tanners stadium 2, og består av månedlige injeksjoner med en GnRh-analog, for eksempel Procren depot. Tanken bak pubertetsutsettende behandling er å kjøpe seg tid, samt å unngå at sekundære kjønnskarakteristika utvikler seg i en retning som barnet ikke ønsker. Denne tiden brukes til å finne ut om kjønnsdysforien er vedvarende. Om så er tilfelle, kan man starte kjønnsbekreftende hormonbehandling fra ca. 16 års alder.

Hormonbehandling av voksne

Selv om det ikke er forventet at fastlegen skal starte opp med kjønnskonverterende hormonbehandling på sine pasienter, er det nyttig å vite hvordan behandlingen foregår. I fremtiden vil nok mange fastleger bli involvert i videreføring av hormonbehandling som er startet opp i spesialisthelsetjenesten.

TRANSKVINNER

Så lenge pasienten fortsatt har testikler behandles hun med en kombinasjon av testosteronblokkere og østrogen.

Testosteronblokkere/antiandrogener

Det er tre ulike medikamenter som kan brukes:

- Spironolakton (Spirix), doseres opp, oftest til 200 mg pr. døgn.

- Cyproteronacetat (Androcur), 25–50 mg/døgn.
- Leuprolelin – GnRh analog (Procren depot) 3.75 mg en gang i måneden.

Østrogen

- Østradiolvalerat (Progynova) tabletter.
 - Østradiol (Estradot) plaster.
- Doseres opp til adekvate kvinnelige verdier (0.2–0.4 nmol/L) (SE TABELL 1).

TRANSMENN

Testosteron

- Transdermal gel (Tostran eller Testogel). Daglig applikasjon 50 mg testosteron.
- Intramuskulær depotinjeksjon (Nebido) ca. hver 12. uke. Intervall doseres ut fra testosteronnivå på injeksjonstidspunkt (bør ligge i nedre tredjedel av referanseområdet før ny injeksjon) (SE TABELL 2)

Kardiovaskulær risiko skal utredes hos alle før oppstart. Det er også viktig med rutinemessig cervixcytologi hos ikke-opererte transmenn, spesielt dersom de tidligere har hatt penetrerende vaginalsex. Prolaktinnivå må monitoreres under hormonbehandling av begge kjønn (16).

Kirurgi

Det er slett ikke alle med kjønnsinkongruens som ønsker kirurgisk behandling. I tråd med MED-prinsippet (Minste Effektive Dose, en betegnelse laget av professor i sexologi Esben Esther Benestad) skal ingen påføres mer behandling enn de trenger.

Aktuelle kirurgiske behandlinger for pasientgruppen er:

- Mastektomi for transmenn.
- Brystforstørrelse for transkvinner.
- Feminiserende ansiktskirurgi for transkvinner (tilbys ikke i Norge).
- Fjerning av indre genitalia for transmenn.
- Genitalkirurgi (17).

For transkvinner innebærer det å lage en vagina og skjede ved å vrenge deler av penis inn i kroppen, samt danne en klitoris av deler av glans penis. Det finnes ulike teknikker, men uansett må pasientene resten av livet dilatere skjeden med staver eller ved samleie for å holde den åpen. For transmenn er utfordringene større. Det er en stor utfordring å skulle konstruere et nytt organ, og resultatet er ofte ikke så vellykket. Det er to muligheter: konstruksjon av mikropenis (metoidioplastikk), en teknikk hvor man fripreparerer en testosteronstimulert klitoris, eller falloplastikk hvor man konstruerer en neopenis med hudlapp fra lyske eller arm etc. De fleste transmenn i dag velger enten å ikke gjennomgå genitalkirurgi, eller en metoidioplastikk.

Sosialt

Noe av det aller viktigste for pasientene er å «passere». Kort beskrevet betyr det å bli anerkjent av andre som det kjønn de identifiserer seg som. Hvor lett det er å få til avhenger jo mye av det anatomiske utgangspunktet, men for mange transmenn er det svært viktig å få fjernet brystene. Mange har gått med kompresjonsvester – såkalte bindere – i mange år, og opplever det som en enorm lettelse å bli kvitt brystene. For mange transkvinner vil laser eller elektrolyse for fjerning av ansiktshår være viktig. I det offentlige helsevesenet gjøres dette kun etter henvisning fra NBTS, men mange velger å bruke sparepengene sine på private tilbud.

Feminiserende ansiktskirurgi tilbys ikke i Norge. Eksempler på slik behandling er fjerning av adamseple og feminisering av panne- og kjeveparti. Igjen er dette for mange vel så viktig kirurgisk behandling som genitalkirurgi, fordi det handler om å

TABELL 1. Effekter av feminiserende hormonbehandling (15).

ENDRING	DEBUT AV ENDRING	MAKSIMAL ENDRING OPPNÅDD
Omfordeling av fett	3–6 måneder	2–3 år
Reduksjon av muskelmasse/styrke	3–6 måneder	1–2 år
Mykere hud/reduert talgproduksjon	3–6 måneder	
Redusert libido	1–3 måneder	3–6 måneder
Reduksjon av spontan ereksjon	1–3 måneder	3–6 måneder
Vekst av bryster	3–6 måneder	2–3 år
Redusert testikkelvolum	2–6 måneder	2–3 år
Reduksjon av terminalhårsvekst	6–12 måneder	>3 år
Ingen effekt på stemmedybde		

Bivirkninger:

Som ved annen østrogensubstitusjon; depresjon, tromboembolisme, transaminasestigning.

TABELL 2. Effekter av maskuliniserende hormonbehandling (15).

ENDRING	DEBUT AV ENDRING	MAKSIMAL ENDRING OPPNÅDD
Fetere hud/akne	1–6 måneder	1–2 år
Vekst av ansiktshår og kroppshår	6–12 måneder	4–5 år
Androgent hårtap	6–12 måneder	
Økt muskelmasse/styrke	6–12 måneder	2–5 år
Omfordeling av fett	1–6 måneder	2–5 år
Opphør av menstruasjon	1–6 måneder	
Vekst av klitoris	1–6 måneder	1–2 år
Vaginal slimhinneatrofi	1–6 måneder	1–2 år
Dypere stemme	6–12 måneder	1–2 år

Bivirkninger av testosteronbehandling:

VANLIGE: økning av hematokrit, erytrocytter og hemoglobin.

MINDRE VANLIGE: økning i transaminaser, hyperkolesterolemi, økt matlyst, depresjon.

passere i det offentlige rom, noe som oftest finner sted med klærne på.

Når det gjelder genitalkirurgi er det full enighet i fagmiljøene om at dette skal fortsette som en høyspesialisert tjeneste på nasjonalt nivå.

Det er allikevel flere og flere som reiser utenlands for genitalkirurgi, og da oftest til Thailand. Dette kan være problematisk. Pasientene kommer hjem etter en måneds opphold på klinikker i Bangkok, uten dokumentasjon på hva slags type genitalkirurgi som er blitt utført, og intet opplegg for oppfølging i Norge. Dette er en uheldig konsekvens av for få ressurser her i Norge.

Pasientorganisasjoner og samtalegrupper

For mennesker som tilhører minoriteter er gjenkjennelse og tilhørighet svært viktig. Her har pasientorganisasjonene og andre lavterskeltilbud en sentral plass. Det finnes mange ulike tilbud, men det kan være vanskelig å orientere seg i landskapet. Jeg gir derfor en liten oversikt over det som finnes.

Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS)

Arbeider for mennesker som søker, har eller har hatt diagnosen transseksualisme og som går igjennom en kjønnskorrigerende behandling på Rikshospitalet (18). Arrangerer blant annet samtalegrupper for mennesker med kjønnsinkongruens ledet av psykolog Asle Offerdal.

FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold

Fri er en landsomfattende organisasjon som arbeider politisk og sosialt for at mennesker som bryter med normer for kjønn og seksualitet skal kunne leve åpent uten frykt for å bli sosialt utstøtt, diskriminert eller trakassert (19). Har mange ulike tilbud for mennesker med kjønnsinkongruens.

Forbundet for transpersoner i Norge (FTP)

FTP Norge er en interesseorganisasjon for alle mennesker som ønsker å være eller opptre i et annet kjønnsuttrykk enn det man er blitt tillagt ved fødselen (20).

Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI)

Er en pasientorganisasjon for personer med kjønnsinkongruens og deres familie og nære i Norge. PKI har som formål å jobbe for en helhetlig, forsvarlig og tilgjengelig helsetilbud for alle med kjønnsinkongruens (21).

Helsestasjonen for Kjønn og Seksualitet (HKS)

Er et tilbud for alle mennesker i Oslo mellom 0 og 30 år som vil snakke om tema knyttet til LHBTIQ+. Har spesialkompetanse på trans, kjønnsidentitet og seksualitet (22).

Sex og Samfunn

Arrangerer samtalegruppe for unge med utfordringer knyttet til kjønnsidentitet. Samtalegruppe er gratis og for de i alderen 15–25 år.

Gruppen ledes av to sykepleiere med spesialisering innen psykiatri, psykoterapi og sexologisk rådgivning. De har god kompetanse og erfaring med spørsmål rundt kjønnsidentitet og kjønnsmangfold (23).

Avslutning

Kjønnsidentitetsproblematikk er fortsatt uvanlig og kontroversielt for mange, både i og utenfor helsevesenet. Omfanget er økende og den faglige uenigheten stor. Denne oversikten er ikke komplett, men en presentasjon av det behandlingstilbudet som finnes og hvordan man som fastlege kan hjelpe pasienter med kjønnsinkongruens å navigere i et uoversiktlig terreng.

REFERANSER

1. de Vries ALC, Kreukels BPC. T'Sjoen G et al. Increase of referrals to gender identity clinics: A European trend? I: Transgender Healthcare in Europe. Book of Abstracts. Ghent: European Professional Association of Transgender Health (EPATH), 2015: 10. <https://epath.eu/wp-content/uploads/2014/07/EPATH-2015-Book-of-Abstracts.pdf>
2. Offerdal A og Tønseth T: Nasjonal uenighet i behandling av kjønnsinkongruens. Tidsskr Nor Legeforen 2018 doi: 10.4045/tidsskr.18.0556
3. Jentoftsen, Christine. 53 ord og uttrykk som gjør at du fikser debatten om trans. Aftenposten 06.07.2015
4. Rett til rett kjønn, helse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. IS-0496. Oslo: Helsedirektoratet, 2015. https://www.regjeringen.no/contentassets/d3a092a-312624f8e88e63120bf886e1a/rapport_juridisk_kjonn_100415.pdf
5. Lov om endring av juridisk kjønn LOV-2016-06-17-46
6. ICD-10 Version 2016 <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
7. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (2018) <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
8. Lie AK, Slagstad K. Diagnosens makt. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0438. [PubMed][CrossRef]
9. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming Peo-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

- ple. 7th version. The World Professional Association for Transgender Health, 2011. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/SOC/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf>
10. <https://www.bufdir.no/lhbt/Dokumentside/?docId=BUF00002175>
 11. «Slår alarm om arbeidsmiljøet på Rikshospitalet» Jenny-Linn Lohne VG 30.04.17 <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/9785d/slaar-alarm-om-arbeidsmiljoet-paa-rikshospitalet-avdeling>
 12. Wæhre A, Tønseth KA. Vi har fått en eksplosiv økning i antall tenåringsjenter som ønsker å skifte kjønn. Tar du ansvaret, Bent Høie? Aftenposten 21.3.2018. https://www.aftenposten.no/mening/kronikk/i/BJvg49/Vi-har-fatt-en-eksplosiv-okning-i-antall-tenaringsjenter-som-onsker-a-skifte-kjonn-Tar-du-ansvaret_-Bent-Hoie—Anne-Wahre-og-Kim-Alexander-Tonseth (23.7.2018).
 13. Engesbakk, Reidar. «Styrker tilbudet til transpersoner» Blikk 28.06.2018
 14. Glorvigen Merete «Kall meg Thomas», A-magasinet 23. november 2018
 15. Helse Sør-Øst. Behandlingstilbudet ved manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og kropp. <https://www.helse-sorost.no/nyheter/behandlingstilbudet-ved-manglende-samsvar-mellom-kjonnidentitet-og-kropp>
 16. Endocrine society <https://www.endocrine.org/guidelines-and-clinical-practice/clinical-practice-guidelines/gender-dysphoria-gender-incongruence>
 17. Tønseth, K.A m.fl.: Kjønnskorrigerende kirurgi ved transseksualisme. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 376 doi: 10.4045/tidsskr.08.0670
 18. <http://www.hbrs.no/>
 19. <https://foreningenfri.no/>
 20. <https://www.ftpn.no/>
 21. <https://kjonninkongruens.no/>
 22. <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsehjelp/helsestasjon/helsestasjon-for-ungdom-hfu/helsestasjon-for-kjonn-og-seksualitet-hks/#gref>
 23. <https://www.sexogsamfunn.no/>

Pakkeforløp for psykisk helse og rus

■ TORHILD TORJUSSEN HOVDAL • Psykiater/seniorrådgiver i Helsedirektoratet

Fastlegene er helt sentrale i de nye pakkeforløpene for psykisk helse og rus.

Fra 1. januar 2019 kan fastleger henvise pasienter til de tre generelle pakkeforløpene for psykisk helse og rus, henholdsvis utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge, utredning og behandling i psykisk helsevern for voksne, og TSB (tværfaglig spesialisert rusbehandling).

Pakkeforløpene skal bidra til å løse noen av de utfordringene som finnes i dag. Blant annet er det variasjon i ventetider og i utrednings- og behandlingstilbudet pasientene får. Mange pasienter opplever at de ikke har innflytelse i behandlingen og at behandlingen de får ikke er godt nok koordinert.

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddelproblemer har også betydelig lavere levealder enn resten av befolkningen, noe som i stor grad skyldes somatiske sykdommer og livsstilsutfordringer. Alle pakkeforløpene har derfor anbefalinger om oppfølging av somatisk helse og levevaner.

Enkelt sagt er pakkeforløpene god praksis satt i system. Det betyr at tjenestetilbudet i større grad blir kvalitetssikret, blant annet gjennom forløpstider, innhold i utredning og evalueringspunkter underveis i behandlingsforløpet.

Fastlegenes sentrale rolle

Fastlegene skal henvise på vanlig måte. I det enkelte pakkeforløpet og i Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) er det oversikt over hva som bør være med i en henvisning, hvilken kartlegging som bør gjennomføres og forventninger til dialog med pasient og pårørende.

Dialogen om henvisningen er avgjørende. Mange brukere, pasienter og pårørende kan synes det er vanskelig å finne de rette ordene når man er i en konsultasjon. En invitasjon til å selv formulere en tekst eller få hjelp til å sette ord på hva som er viktig å få hjelp til, er en vesentlig og god start på pakkeforløpet.

En pasient som blir involvert i arbeidet med egen henvisning, vil i tillegg til å beskrive utfordringene og symptomene, kunne beskrive erfaringer med tidligere

behandling og egen mestring. En slik dialog vil også kunne bidra til at pasienten kjenner seg bedre igjen i henvisningen når vedkommende kommer til spesialisthelsetjenesten.

Henviser bør derfor informere og drøfte med pasienten bakgrunnen for henvisningen, henvisningens innhold, og hva som vil skje når henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten vurderer på vanlig måte om pasienten har rett til helsehjelp. Denne vurderingen gjøres på bakgrunn av informasjon i henvisningen, og i tråd med prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne. Henvisningen fra fastlegen er nøkkelen til en god rettighetsvurdering.

I tillegg til muntlig informasjon kan fastlegen skrive ut informasjon til pasienten fra [helsenorge.no](https://helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus) (<https://helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>). Pasienten kan også hente mer informasjon her om hva pakkeforløp betyr for pasient eller pårørende.

For ordens skyld: ved behov for øyeblikkelig hjelp skal pasienten henvises direkte til akutte tilbud ved psykisk helsevern eller tværfaglig spesialisert rusbehandling.

Hvilke fordeler kan du som henviser oppleve?

- En henvisning i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene forventes å gi færre avslag fra spesialisthelsetjenesten.
- Henviser skal få en anbefaling om videre oppfølging dersom det vurderes ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
- Henviser skal få regelmessig tilbakemelding på behandlingsplan og ved større endringer i behandlingen.
- Ved avslutning av behandlingen skal spesialisthelsetjenesten lage en konkret skriftlig plan for videre oppfølging.

Pakkeforløpet kan for øvrig ikke avsluttes i spesialisthelsetjenesten før det er sendt epikrise til henviser og fastlege.

Hvilke fordeler vil pasienten oppleve?

Pakkeforløp innen psykisk helse og rus skal gi pasienter og pårørende mer forutsigbarhet i utredningen og behandlingen. I forløpene

er det blant annet definert noen forløpstider. Dette skal bidra til mindre variasjon i ventetid, utredning og behandling og oppfølging.

Økt brukermedvirkning skal bidra til mer innflytelse i behandlingen. Det er et mål at pasienten skal oppleve et bedre koordinert forløp. For å sikre dette skal forløpene koordineres både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Forløpskoordinatoren skal være med og sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid.

Flere kommuner har allerede publisert navn og kontaktinformasjon til sine koordinatorene. Sjekk gjerne hvilke tilbud innen psykisk helse og rus som finnes i din kommune og hvem som eventuelt er kontaktperson/koordinator for pakkeforløp psykisk helse og rus.

Tre tilstandsspesifikke pakkeforløp fra 15.3

I tillegg til de generelle pakkeforløpene er det utviklet tre tilstandsspesifikke pakkeforløp som er publisert på helsedirektoratet.no. Pasienter kan henvises til disse forløpene fra 15. februar 2019:

- Mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser
- Utredning og behandling av tvangslidelse (OCD)
- Spiseforstyrrelser hos barn og unge

Løser ikke alt

Mange har engasjert seg i de nye pakkeforløpene.

De bygger blant annet på beste praksis fra spesialisthelsetjenesten, tydelige innspill fra brukerne og gode refleksjoner fra både fastleger og kommuner.

Målet er et bedre tilbud til pasienter, brukere og pårørende.

Samtidig er det viktig å huske at pakkeforløp ikke løser alle utfordringer. Vi må se dem i sammenheng med blant annet Nasjonal helse- og sykehusplan, opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse, opptrappingsplanen for rusfeltet og regjeringens strategi for god psykisk helse «Mestre hele livet».

■ TORHILD.TORJUSSEN.HOVDAL@HELSEDIR.NO

Laboratoriefaglig løft for hjemmetjenesten

■ MARIT STEINSUND

Prosjektkoordinator/bioingeniør, Noklus

■ SIRI FAULI

Prosjektleder og helseøkonom ph.d, Noklus

■ LINDA OPHAUG

Kommunikasjonsrådgiver, Noklus

Det er stor laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten, men kvaliteten bør bli bedre.

En kartlegging utført av Noklus viser at ansatte ikke har fått tilstrekkelig opplæring, og at det mangler prosedyrer for hvordan laboratoriearbeidet skal utføres, både når det gjelder prøvetaking, eventuelt analysing og transport av prøver.

Det er nesten ingen kommuner som, i samarbeid med kommuneoverlege/fastleger, har laget en skriftlig plan for hvilken laboratorievirksomhet hjemmetjenesten skal ha. Der er ofte bare muntlige avtaler om hvem som kan rekvirere laboratorieprøver som skal tas i hjemmet, og om hvordan svarene rapporteres.

Dette er erfaringer som Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus) har gjort etter å ha inkludert hjemmetjenesteneheter i nær halvparten av landets fylker. I prosjektet får hjemmetjenesteneheter tilbud om toårig statsfinansiert deltakelse i Noklus, deretter skal kommunene selv finansiere sin deltakelse.

fordi ansatte i hjemmetjenesten gjør en imponerende innsats og har fått flere oppgaver i travle arbeidsdager. Innføring av reformen er også bakgrunnen for myndighetenes satsing på å løfte kvaliteten på laboratoriearbeidet som utføres i hjemmetjenesten. For å ha en rasjonell flyt i primærhelsetjenesten, og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig å ha god kvalitet på laboratoriearbeidet som hjemmetjenesten utfører. God kvalitet på laboratorievirksomheten gjør at man unngår unødvendige behandlinger, konsultasjoner og henvisninger, samt unødvendige innleggelser i sykehus og sykehjem.

statsbudsjettene til å gjennomføre en kartlegging hos hjemmetjenesteneheter for å finne ut i hvilken grad de hadde laboratorievirksomhet og om denne var kvalitetssikret. Pilotprosjektet ble gjennomført i Nordland, Sogn og Fjordane og Østfold, og funn fra kartleggingen viste at:

- 95 prosent av alle hjemmetjenesteneheter hadde laboratorievirksomhet
- Omfang av laboratorievirksomheten var større enn forventet; hjemmetjenesten hadde en større aktivitet enn det fastlegkontorene var kjent med
- Det manglet skriftlige avtaler mellom kommunen/hjemmetjenesten og fastlegene om hvilket omfang hjemmetjenestens laboratorievirksomhet skulle ha, og/eller for når hjemmetjenestene selv kunne bestemme at prøve bør tas
- De ansatte i hjemmetjenesten hadde aldri eller svært sjelden vært på kurs i laboratoriearbeid

Nødvendig med god kvalitet

Etter innføring av samhandlingsreformen (2012) behandles flere og sykere personer i hjemmene sine. Dette er blant annet mulig

Funn fra pilotprosjektet i 2014 og 2015

Som en del av *Omsorg 2020*, regjeringens plan for omsorgsfeltet i perioden 2015–20, fikk Noklus i 2014–15 bevilget midler over

TABELL 1. *Analyserepertoar hos hjemmetjenester med laboratorievirksomhet.*

PROSENTVIS FORDELING	PULJE 1			PULJE 2			PULJE 3			
Utføres / Analyser (Andel som svarte på spørreskjema står i parentes)	Nordland	Sogn og Fjordane	Østfold	Rogaland, Helse Fonna	Rogaland, Helse Stavanger	Vest-Agder	Møre og Romsdal	Telemark	Troms	Trøndelag (sør)
	N=62 (88 %)	N= 38 (95 %)	N=32 (89 %)	N=24 (73 %)	N=27 (90 %)	N=34 (76 %)	N=43 (73 %)	N=32 (91 %)	N=27 (53 %)	N=40 (91 %)
Urinstrimmel og/ eller transport av urinprøver	94	97	100	100	92	91	86	81	89	95
Glukose	100	97	100	100	100	92	93	97	89	98
CRP	57	61	59	25	48	60	47	55	42	54
Hemoglobin	52	45	34	12	16	20	32	26	42	26
INR	36	32	25	12	20	47	40	26	25	28
Venøs prøvetaking	97	92	69	53	36	57	98	52	88	97



- Det var et stort potensial for forbedring når det gjelder transport og oppbevaring av prøver
- Kartlegging i alle fylkene som prosjektet er inne i (TABELL 2), bekrefter funnene gjengitt over.

Betydelig forbedring etter to år

Hjemmetjenesteenheter som har deltatt i Noklus i to år, viser betydelig forbedring av rutineene for sin laboratorievirksomhet (se nærmere omtale nedenfor). De har behov for å fortsette som deltaker i Noklus, også etter at perioden med to års statsfinansiert deltakelse er over. Da sykehjem ble inkludert i Noklus ved et tilsvarende prosjekt for noen år siden, erfarte man at det tar tid å innarbeide gode rutiner. Dette underbygges av studier om effekten av deltakelse i Noklus, som viser at analysekvaliteten blir bedre jo lenger man deltar (1, 2).

Ulik organisering

Pasienter som har vansker med å benytte seg av helsetjenester ved legekantor og legevakt, kan etter individuell vurdering tilbys diagnostikk og oppfølging med laboratorieprøver i hjemmet. Unntaksvis er det ansatte ved legekantor som reiser på hjemmebesøk og tar prøver. I de fleste kommuner er det også andre aktører som utfører

prøvetaking og/eller analysering. Eksempelvis hjelper ansatte i hjemmetjenesten sine brukere med glukosemåling og urinprøvetaking, og ofte tar de venøse blodprøver, utfører urinstrimmeltest og/eller analyserer kapillære blodprøver til CRP, hemoglobin og INR.

At hjemmetjenesten tilbyr laboratorietjenester i hjemmet er nyttig dersom transport av pasient til legekantor/legevakt for prøvetaking medfører vesentlig ulempe eller uhensiktsmessig bruk av ressurser, eller dersom laboratorieprøver i hjemmet anses å gi bedre og raskere diagnostikk og oppfølging. Laboratoriearbeidet må utføres korrekt, for prøvesvar er avhengig av kvaliteten på prøvematerialet. Oppfølging i hjemmet må ikke erstatte nødvendig klinisk vurdering ved lege.

Varierende analyserepertoar

Noklus erfarer at brukere av hjemmetjeneste har behov for laboratorietjenester som tilsvarer basisrepertoaret på sykehjem. Men vi ser at det er stor variasjon i omfanget av laboratoriearbeidet som hjemmetjenesten tilbyr (TABELL 1). Et eksempel på dette er andelen enheter som svarer at de utfører venøs prøvetaking: Her varierer det fra 36 prosent av enhetene i Rogaland/Helse Stavanger, til 98 prosent i Møre og Romsdal. Oversikten i tabell 1 er basert på

svar på spørreskjema som ble sendt til alle hjemmetjenester i de aktuelle fylkene – både enheter som skulle inkluderes i prosjektet og enheter som allerede var deltakere i Noklus.

Noe av forskjellene kan forklares ut fra geografi; i kommuner der mange brukere bor langt unna legekantor, virker det hensiktsmessig at hjemmetjenesten har større analyserepertoar enn i sentrale strøk der brukere enklere kan komme til legekantor for prøvetaking. Men geografi alene kan ikke forklare at tjenestene er ulike fra kommune til kommune og mellom hjemmetjenesteenheter i samme kommune.

Hjemmetjenesten har ofte base i samme bygg som det er sykehjem. Noen steder har sykehjem og hjemmetjeneste en del samarbeid om laboratoriearbeidet, for eksempel kan de benytte felles analyseinstrumenter. I andre kommuner er det tette skott mellom hjemmetjeneste og sykehjem i samme bygg. Manglende samarbeid kan forklares med at det er ulik finansiering av omsorgstjenestene.

Hvordan kvalitetssikre laboratorievirksomheten?

Noklus mener følgende fire punkter bør være oppfylte for å kvalitetssikre hjemmetjenestens laboratorievirksomhet (3):

- 1 Hjemmetjeneste/kommuneledelse har

etablert et samarbeid nedfelt i en skriftlig plan/avtale med kommuneoverlege /fastlege/legevakt – om indikasjon for bruk, rekvirering og håndtering av prøveresultater.

Kommunen skal sørge for forsvarlig hjelp til sine innbyggere. Kommuneledelsen må vurdere om oppgaver knyttet til laboratorievirksomhet kan gjennomføres som et samarbeid mellom hjemmetjenesten og andre enheter i helsetjenesten (fastlegekontor, legevakt, sykehjem eller større laboratorium). Laboratoriearbeidet bør inngå i en overordnet plan for kommunens omsorgstilbud til innbyggerne. Planen/avtalen bør eksempelvis være tydelig om hvilke laboratorietjenester hjemmetjenesten skal/kan utføre, om prøver alltid må være rekvirert av lege på forhånd eller om hjemmetjenesten i definerte tilfeller kan bestemme at prøve skal tas – og videre om hvordan analysesvar rapporteres til fastlege/legevakt og journalføres.

② Utførelse av laboratoriearbeid inngår i opplæringsplan for ansatte i hjemmetjenesten, slik at det dokumenteres at ansatte har fått nødvendig opplæring.

Ansatte i kommunale omsorgstjenester har bare unntaksvis laboratoriefag i sin grunnutdannelse. Likevel er prøvetaking, prøvetransport og prøveanalyse oppgaver det forventes at ansatte i hjemmetjenesten skal kunne utføre. I henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (4) skal leder for de kommunale omsorgstjenestene kunne dokumentere medarbeidernes kompetanse, og sørge for at ansatte har nødvendig opplæring i det aktuelle fagfeltet.

③ De som utfører laboratoriearbeid, har tilgang til skriftlige rutiner/prosedyrer for prøvetaking, prøvebehandling, transport og eventuell analyse.

Selv om laboratoriearbeidet som hjemmetjenesten utfører er enkelt i forhold til det som utføres ved større laboratorier, må det utføres korrekt. En utfordring for hjemmetjenesten er at det kan gå lang tid mellom hver gang en aktivitet utføres. Derfor

er det spesielt viktig å kunne oppdatere seg via prosedyrer.

④ Dersom ansatte i hjemmetjenesten analyserer prøver, må god analysekvalitet kunne dokumenteres.

I kvalitetsarbeid er det krav om kontinuerlig å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Risiko for svikt i prosessene skal være identifisert, og uønskede hendelser må følges opp. Jevnlig kvalitetskontroll kan avdekke feil i utføring av laboratoriearbeidet (brukerfeil), feil ved analyseinstrumenter eller feil ved reagens. Når analyseresultatet på kvalitetskontrollen er innenfor fasitgrensen, kan en forvente at pasientresultatene også er korrekte.

Fortsatt rom for forbedring

Laboratoriearbeidet er bare en liten del av alt de ansatte i hjemmetjenesten skal kunne utføre. Stor turnover av personale gjør at det er behov for kontinuerlig opplæring i enhetene. Noklus tilbyr sine deltakere flere hjelpemidler som kan brukes for å sette opplæring i system, og for å heve kompetansen i laboratoriearbeid.

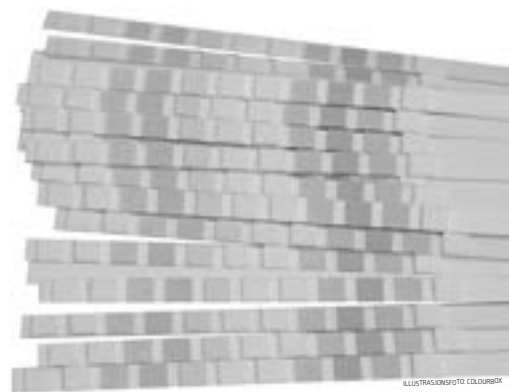
Kvalitetssystem, kurs og oppfølging

Gjennom deltakelse i prosjektet har enhetene fått et kontinuerlig kvalitetssystem for sin laboratorievirksomhet. Noklus' laboratoriekonsulenter (bioingeniører) har holdt lokale kurs i den enkelte kommune, og tilpasset det laboratoriearbeidet enhetene utfører. Deretter har hjemmetjenesten fått veiledning i laboratoriearbeidet – både ved besøk og ved telefonkontakt. Deltakere i Noklus har tilgang til oppdaterte analyseprosedyrer, e-læringskurs og informasjon om analyseutstyr. Via utsendelse av eksterne kvalitetskontroller følges kvaliteten på analysevirksomheten jevnlig; den enkelte deltaker får tilbakemelding på resultatet og ved behov bistand til å bedre kvaliteten.

40 hjemmetjenesteenheter i Nordland, Sogn og Fjordane og Østfold svarte på spørreskjema om egne laboratorierutiner både ved oppstart av prosjektet og i september 2018

TABELL 2. Status og ønsket fremdrift i prosjektet – basert på forslag til bevilgning for 2019.

PULJER	STATLIG FINANSIERINGSPERIODE	ANTALL FYLKER	AKKUMULERT	FYLKENE
1. pulje	Jan 2016 – juni 2018	3	3	Nordland, Sogn og Fjordane, Østfold
2. pulje	Jan 2017 – juni 2019	2	5	Vest-Agder, Rogaland inkl. sør i Hordaland
3. pulje	Juli 2018 – des 2020	3,5	8,5	Troms, Trøndelag sør, Møre og Romsdal, Telemark
4. pulje	Juli 2019 – des 2021	2	10,5	Trøndelag nord, Buskerud / Asker og Bærum
5. pulje	Jan 2021 – juni 2023	4	14,5	
6. pulje	Jan 2022 – juni 2024	4,5	19	



(etter to års deltakelse i Noklus). Svarene fra disse 40 enhetene viser at det fremdeles mangler skriftlige avtaler mellom hjemmetjeneste/kommune og kommuneoverlege/fastleger om hvilket omfang laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten skal ha. Men antall enheter som har svart at laboratoriearbeid inngår i en strukturert opplæringsplan, har økt fra 13 til 20. Hos mange hjemmetjenester er det nå obligatorisk å gjennomføre e-læringskurs for laboratoriearbeidet som utføres.

Prosedyrer for laboratorievirksomhet

Ved oppstart svarte under halvparten av enhetene at de hadde prosedyrer for laboratorievirksomheten, mens nå har alle dette tilgjengelig. Bruk av prosedyrene bidrar til korrekt prøvetaking og prøvebehandling, og rutiner for å kontrollere analyseinstrument dokumenterer kvalitet på pasientenes prøveresultat.

Laboratorieansvarlig

Noklus anbefaler at enheter som har mye laboratorievirksomhet, har en laboratorieansvarlig medarbeider. Ved oppstart var det ni enheter som svarte at de hadde laboratorieansvarlig medarbeider, etter to år var dette økt til 28 enheter.

Bevisstgjøring

Prosjektet har ført til en bevisstgjøring av hjemmetjenesten om at kvalitet på laboratorieprøvene er viktig. Gode rutiner for pasientidentifikasjon, korrekt prøvetaking og merking av prøve før en forlater pasienten er et fokusområde. Et annet eksempel er rutiner for bruk av urinprøve; både feil indikasjoner for prøvetaking og feil oppbevaring/transport kan føre til overforbruk av antibiotika. Resultater fra spørreundersøkelsen viser at etter to år er det fremdeles rom for forbedring når prøver tatt hjemme hos bruker skal transporteres til analysested. Men rutineene har blitt betydelig bedre, og mange flere enheter svarer nå at prøvene er pakket korrekt og beskyttet mot temperaturpåvirkning under transport.

NORSK KVALITETSFORBEDRING AV LABORATORIEUNDERSØKELSER (Noklus)

- Ideell landsdekkende organisasjon etablert av Den norske legeforening, Kommunenes Sentralforbund og Helse- og omsorgsdepartementet i 1992
 - Rundt 3200 deltakere (legekontor, sykehjem, sykehus- og private laboratorier, hjemmetjenester, bedriftshelsetjenester, oljeindustri)
 - En av de største kursarrangørene for helsepersonell i Norge
 - Hjemmetjenesteprosjektet er en del av Omsorg 2020, og fortsetter finansieringen som nå, vil alle landets hjemmetjenesteenheter ha fått tilbud om toårig statsfinansiert deltakelse i Noklus innen utgangen av 2026
- For mer informasjon, se www.noklus.no – klikk videre til Hjemmetjenesteprosjektet

Gode tilbakemeldinger fra de ansatte

I evalueringen fra hjemmetjenesteenheter i 15 kommuner som deltok i piloten til prosjektet, svarte samtlige enheter at det var svært nyttig med opplæring i laboratoriearbeid.

Veien videre

Prosjektet er ferdig når hjemmetjenesteenhetene i alle landets fylker har fått tilbud om to års statlig finansiert deltakelse i Noklus. Hvor raskt det skjer avhenger av bevilgningene over statsbudsjettet.

I 2019 vil Noklus med nåværende nivå

på bevilgningen kunne starte opp i kun to fylker. Tabell 2 viser at vi kan ha gitt tilbudet om kvalitetsforbedring til alle landets hjemmetjenester i juni 2024 dersom vi kan inkludere 4 og 4,5 fylker i de to siste puljene. Dette vil kreve økte bevilgninger fordi det er store fylker som gjenstår. Hvis bevilgningene ikke økes, er det realistisk at prosjektet må strekkes ut med en ekstra pulje, slik at det først blir ferdig i 2026.

■ SIRI.FAULI@NOKLUS.NO

■ LINDA.OPHAUG@NOKLUS.NO

■ MARIT.STEINSUND@HELSE-FORDE.NO

REFERANSER

1. Bukve T, Stavelin A, Sandberg S. Betre kvalitet med nasjonalt kvalitetssystem. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 94.
2. Bukve T, Stavelin A, Sandberg S. Effect of Participating in a Quality Improvement System over Time for Point-of-Care C-Reactive Protein, Glucose, and Hemoglobin Testing. Clin Chem 2016; 62: 1474–81.
3. Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus). Laboratorietilbud i hjemmetjenesten – en anbefaling for laboratorietilbud i hjemmetjenesten med forslag til basis analyserepertoar. www.noklus.no (5.1.2019).
4. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (5.1.2019).

De nordiske praktiserende læger samles i Aalborg i 2019



Jette Kolding Kristensen, professor og praktiserende læge – formand for værtskomiteen



Anelli Sandbæk, professor og praktiserende læge – formand for den videnskabelige komite

I 2019 afholdes Nordisk Kongres i Aalborg, Danmark. I løbet af fire dage fra d. 17.–20. juni samles omkring 1500 fællesfagfæller indenfor almen praksis i den nordjyske hovedstad. Kongressen vil have et særligt fokus på kerneværdier, aktuelle udfordringer og forandringer i almen praksis.

Vi ønsker at samle Nordens praktiserende læger og fagfolk, som arbejder indenfor almen medicin for at udveksle erfaringer, idéer og forskning. Målet er at udfordre vanlig praksis og styrke forbindelsen mellem forskning i faget og den kliniske hverdag.

Til det formål har vi inviteret seks meget forskellige keynote speakers, som med hver deres perspektiv vil berøre nogle af de hovedtemaer, værdier og udfordringer, der kendetegner almen praksis i dag.

Den første keynote speaker er praktiserende læge, lektor Anna Stavdal, formand for WONCA Europe. Hun vil bl.a. tale om »Sammenhængende omsorg« som en kerneværdi for den praktiserende læge, og hvordan et nært kendskab til patienten og familiemedlemmerne giver lægen mulighed for at fortolke symptomer i en bredere sammenhæng end blot den rent biomedicinske model.

Professor Stewart Mercer fra Skotland vil tale om almen praksis' rolle hos multimorbide patienter, og hvordan de sætter større krav til den praktiserende læge. Professor Reidar Tyssen fra Norge vil uddybe emnet og tale om trivsel i almen praksis i en tid med meget stress blandt læger.

Desuden tages temaer op, der centrerer sig omkring den forandring, som ny teknik og viden bringer. Fra Skotland vil Professor Frank Sullivan bl.a. tale om sundhedsdata, og hvordan det både bringer unikke muligheder for forskning, men også udfordrer etisk. Professor Gorm Greisen fra Danmark vil udforske de muligheder, der ligger i den personcentrede medicin, som ville kunne komme ud af bred forskning i sundhedsdata. Professor Flemming Bro vil give et oplæg, der omhandler implementering af ny viden og udvælgelse i forbindelse med vejledninger.

Vi glæder os til at byde det nordiske fællesskab af praktiserende læger velkommen til Aalborg, der indenfor de seneste år har udviklet sig fra en industriby til en kultur-, videns- og uddannelsesby og danner ramme om fire dage med samvær, faglig sparring og mulighed for at blive kloget på de temaer og udfordringer, der rører sig i almen praksis.

FAQ Prækongres

NYGP inviterer uddannelseslæger og unge læger til at deltage i prækongressen med temaet »Ændring af praksis« i Aalborg 15.–16. juni. Programmet vil bestå af både foredrag, workshops og sociale arrangementer. Det er et krav at du også deltager i den nordiske kongres.

Subakutt tyreoiditt

Årsaken til halssmerter kan sitte utenpå

■ STEPHANIE KNUDTZON

Lege i spesialisering del 1 ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål

■ MOGENS JENSENIUS

Spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer, Oslo Universitetssykehus

■ TRULS MAAGAARD

Spesialist i indremedisin og geriatri, Medisinsk klinikk, Lovisenberg Diakonale Sykehus

■ SARA SALEHI HAMMERSTAD

Overlege, PhD, Avdeling for Endokrinologi, sykelig overvekt og forebyggende medisin, Oslo Universitetssykehus

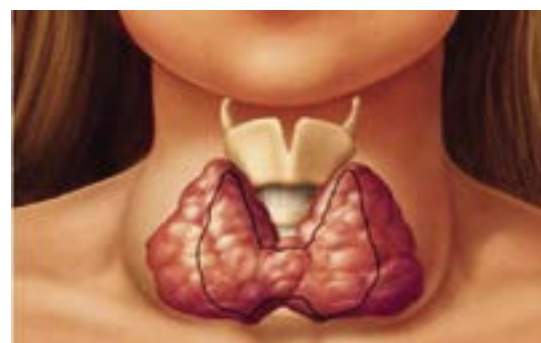
Ved subakutt tyreoiditt ødelegges follikkelcellene og thyreoidea-hormon frigjøres. Hypertyreose utvikles i løpet av fire til seks uker, etterfulgt av uker til måneder med hypotyreose før kjertelen hos over 90 prosent regenereres fullstendig.

Thyreoeastimulerende antistoffer (TRAS eller TSI) er negative og senkning (SR) forhøyet. Sykdommen diagnostiseres ved å måle stoffskiftehormonene og SR hos pasienter med vedvarende halsplager og hjertebank.

PASIENT 1: Mann i 40 årene oppsøkte fastlegen etter to ukers sykehistorie med halssmerter og en uke med øreverv, hodepine, feberfølelse, laryngeal hoste og tiltagende slapphet. I fauces var det lett erytematøse slimhinner, ingen halsglandler og normale funn ved otoskopi. CRP var 40 mg/L og SR 41 mm. Tilstanden ble oppfattet som en virusinfeksjon. Etter en uke var pasienten ikke bedre og han hadde fått nattesvette og frysninger. CRP var nå 78 mg/L og SR 68 mm. Pasienten startet behandling med penicillin, halsprøven var negativ for strepto-

kokker og glandula thyroidea var uømfintlig. Pasienten ble henvist til infeksjonsmedisiner for utredning med tanke på atypisk infeksjon og malignitet. SR hadde steget til 90 mm og thyreoeastimulerende hormon (TSH) ble målt til < 0.03 mIE/L, fritt tyroksin (fT₄) 43.6 pmol/L og fritt triiodotyronin (fT₃) 10.9 pmol/L. Scintigrafi av thyreoidea viste manglende opptak (BILDE 1), forenlig med subakutt tyreoiditt. Pasienten fikk prednisolonbehandling i 20 dager. Ved kontroll to uker senere var TSH < 0.03 mIE/L, fT₄ 20.6 pmol/L, fT₃ 5.4 pmol/L, anti-TPO 14 IE/L og SR 23 mm. Han ble eutyreot i løpet av noen uker og han har til nå ikke utviklet hypotyreose.

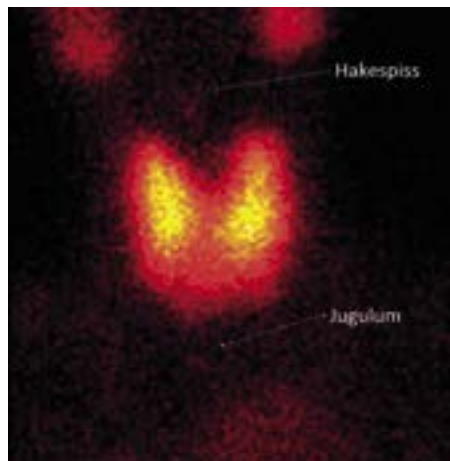
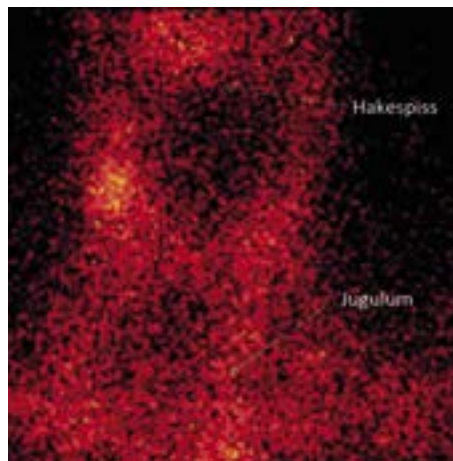
PASIENT 2: Søsteren til pasient 1, en kvinne i 50-årene, hadde også en ukers sykehistorie med feber, slapphet, svette, lett hjertebank og sårhet på høyre side av hals med utstrå-



ling til høyre øre. CRP var 17 mg/L og fastlegen påviste en solid ekkogen lesjon ved ultralyd. Blodprøvene viste SR 69 mm, TSH 0.02 mIE/L, fT₄ 64 pmol/L, og negative anti-TPO og TSI. Hun fikk Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) for smerter og etter en måned hadde thyreoidea-prøvene tilnærmet normalisert seg med TSH 0.04 mIE/L, fT₄ 14.3 pmol/L og SR hadde falt til 10 mm.

PASIENT 3: En kvinne i 30 årene hadde hatt influensa-symptomer i fem uker, i fire uker hadde hun hatt vondt i halsen, vært lett forkjølet og hostet litt. Hun var på ferietur og fikk målt stoffskifteprøver (fT₄ 25.8 pmol/L, fT₃ 7.1 pmol/L og TSH 0.62 IE/L) og infeksjonsprøver (hvite 12.8 x10⁹/L, nøytrofile granulocytter 80 prosent). Like etter at pasienten kom tilbake til Norge, oppsøkte hun fastlegen og fikk målt BT 134/90 mmHg og puls 96 regelmessig. Hun hadde ingen struma og var heller ikke palpasjonssøm på halsen. Klinikken minnet mest om muskulære halssmerter. Nye blodprøver viste SR 78 mm, hvite 7.8 x10⁹/L, nøytrofile granulocytter 5.4 x10⁹/L, CRP 30 mg/L, TSH 0.07 mIE/L, fT₄ 32.3 pmol/L, fT₃ 10 pmol/L, anti-TPO < 34 IE/L og TSI < 0.15 mIE/L. Disse prøvene var tilstrekkelig for å stille diagnosen subakutt tyreoiditt. Pasienten ble informert om tilstanden og det ble ikke satt i gang spesifikke tiltak. Pasienten følte seg frisk fem uker senere. Hun hadde da ingen smerter, BT 134/78 mmHg, puls 69 og blodprøver

BILDE 1. Thyreoideascintigrafi ved subakutt tyreoiditt (til venstre) med lavt opptak av radioaktivt jod i høyre lapp og manglende opptak i venstre lapp tilsvarende bakgrunnsintensiteten, sammenlignet med normalt opptak (til høyre).



viste SR 6 mm, TSH 15 IE/L og fT4 11.7 pmol/L. Pasienten var overrasket over at hun hadde gått opp 9 kg på seks uker, og hun ble forklart at det kunne ha sammenheng med lavt stoffskifte. Ved kontroll litt over to måneder senere følte pasienten seg frisk og var klinisk eutyreot, men laboratorieprøvene viste fremdeles en latent hypotyreose med TSH 9.7 mIE/L og fT4 14.2 pmol/L. L-Tyrosin-behandling ble vurdert, men man så an tilstanden med avtale om nye stoffskifteprøver.

PASIENT 4: En 44 år gammel mann ble lagt inn på sykehus i utlandet på grunn av slapphet, ømhet på hals med utstråling til venstre øre, samt høy puls. Det ble tolket som en infeksjon med uklart fokus. Be-

Quervains tyreoiditt (subakutt granulomatøs tyreoiditt) og til de Quervains sykdom (stenoserende tenosynovitt av senene ekstensor pollicis brevis og abductor pollicis longus).

Subakutt tyreoiditt er relativt sjelden og utgjør fem prosent av alle tyreoidesykdommer (1), og forekommer oftere blant kvinner enn menn (F/M ratio 6:1(2)). Sykdommen debuterer gjerne i forbindelse med en virusinfeksjon, og det er vanlig at pasienten har influensalignende symptomer med feber, muskelsmerter, smerter over halsen med utstråling til ører og nedsett allmenntilstand (3). Man tenker seg at bekjempelsen av virusinfeksjonen hos genetisk disponerte individer (f.eks. HLA

B35) fører til kryssreagerende antistoffer som skader follikkelcellene i thyroidea (4), noe denne kasuistikken underbygger, da pasient én og to var søsken og ble syke med to ukers mellomrom. Ved tilstanden



Fritz de Quervain

skilles større mengder lagret thyroidea-hormon ut og dette forklarer hypertyreosen. Hormonene brytes ned i løpet av fire til seks uker (halveringstiden for fT4 og fT3

er henholdsvis en uke og ett døgn). Inntil thyroideakjertelen restitueres, viser blodprøvene gjerne lave verdier av stoffskiftehormoner i to til seks måneder. Over 90 prosent av pasientene blir friske (5). I den hypertyreote-fasen kan allmennsymptomer lindres med NSAIDs, hjertebanken med beta-blokkere, og ved høy SR kan steroider gis. Men oftest er slik behandling ikke nødvendig (2). I den hypotyreote-fasen kan substitusjonsbehandling med levotyrosin være aktuelt ved vedvarende hypotyreose og uttalte plager. Thyroidea-scintigrafi er undersøkelsen som bekrefter diagnosen ved å vise redusert opptak av radioaktivt jod (BILDE 1).

Allmennpraktikere bør kjenne til tilstanden og tenke på å ta stoffskifteprøver, TRAS eller TSI og SR ved langvarige halsmerter og hos pasienter med symptomer på hjertebank. Pasient én illustrerer at det ikke alltid er åpenbart at halssmerten sitter i thyroidea. Pasient to viser at symptomene kan være asymmetriske, pasient tre viser at plagene kan domineres av luftveis-symptomer og pasient fire viser at ikke alle blir eutyreote, selv om kjertelen regenereres hos over 90 prosent (6).

Vi takker overlege Jan Fjeld ved Avdeling for Radiologi-nukleærmedisin, Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus for scintigrafibilder.

Ingen av forfatterne oppgir interessekonflikter

■ STEPHANIE.KNUDTZON@GMAIL.COM

BLODPRØVE-REFERANSER

CRP < 4 mg/L, SR < 12 mm, TSH < 0.5–3.6 mIE/L, fT4 8–20 pmol/L, fT3 3.5–6.5 pmol/L, anti-TPO < 35 IE/L, TSI < 0.55 mIE/L. Hvite 4.0–11.0 x10⁹/L, nøytrofile granulocytter 1.5–7.3x10⁹/L, nøytrofile granulocytter 38–71 prosent.

handling med ciprofloxacin ble startet før pasienten ble sendt hjem til Norge. Ved ankomst til Norge følte pasienten seg fremdeles dårlig, svettet mye og var svært slapp. Pasienten ble henvist til infeksjonsmedisinsk poliklinikk for videre utredning som viste SR 100 mm og CRP 16 mg/L. Det ble vurdert at pasienten holdt på å komme seg etter en omfattende infeksjon og man valgte å se det an. Pasienten kontaktet lege igjen fem dager senere pga. vedvarende feber og redusert allmenntilstand. Det ble tatt nye blodprøver som viste SR 83 mm, CRP 9.6 mg/L, fT4 20.5 pmol/L og TSH 0.01 mIE/L. Pasienten fikk diagnosen subakutt tyreoiditt og ble henvist til endokrinologisk avdeling. På kontroll tre måneder senere viste blodprøvene at han hadde blitt hypotyreot: TSH 95 mIE/L, fT4 5.8 pmol/l, fT3 4.6 pmol/l, TRAS < 0.9 IE/L, anti-TPO 40 IE/L og SR 15 mm. Pasienten hadde gått opp i vekt og det ble startet med levotyrosin. Etter dette kviknet pasienten til, han gikk ned i vekt og blodprøvene var i bedring allerede etter to uker (TSH 28 mIE/L, fT4 14 pmol/l). Han har gått regelmessig til kontroller ved endokrinologisk avdeling. Etter tre år har pasienten fremdeles behov for levotyrosin 100 ug/dag og sannsynligheten for at han blir eutyreot er nå svært liten.

Den sveitsiske kirurgen og thyroidea-spesialisten Fritz de Quervain (1868–1940) (bildet) har fått knyttet sitt navn både til de

Skabbutbrudd i helseinstitusjoner i Norge

■ ARNULF SOLENG • Seniorforsker ved avd. for skadedyrkontroll, Folkehelseinstituttet

■ HORST BENTELE • Seniorrådgiver, avd. for resistens- og infeksjonsovervåking, Folkehelseinstituttet

Hudsykdommen skabb synes å opptre i sykkluser, såkalte skabbår. I Norge har det vært en betydelig nedgang i tilfeller av skabb siden slutten av 1970-tallet, men forekomsten ser ut til å øke igjen.

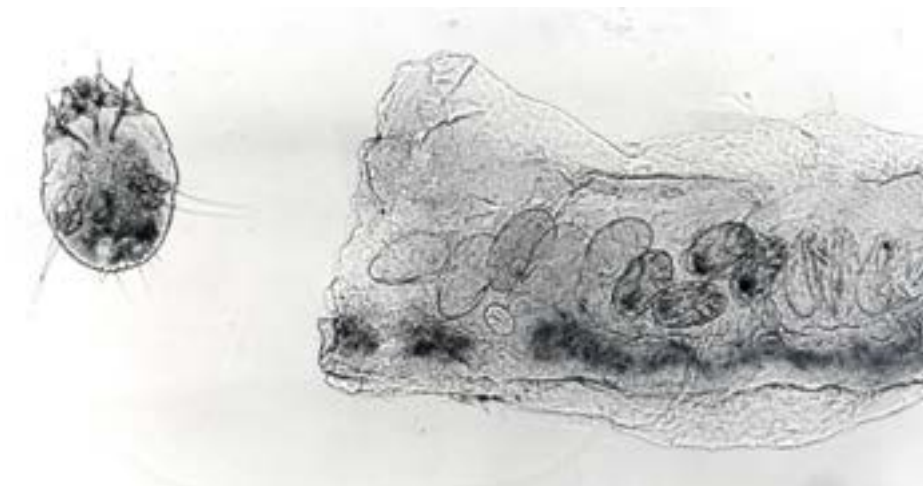
I 2018 ble det varslet om fem utbrudd av skabb i helseinstitusjoner i Norge. Totalt 48 personer ble diagnostisert med skabb i disse utbruddene. I 2018 har også flere fastleger, helsesøstre på skoler, barnehagebestyrere og enkeltpersoner kontaktet Folkehelseinstituttet om råd på grunn av skabb. Til sammenligning var det ikke varslet utbrudd i 2017 og bare to utbrudd ble varslet i 2016.

Utbrudd i helseinstitusjoner er ofte resultatet av at skabb eller skorpeskabb blir oppdaget sent, eller først når noen av pleiepersonellet har blitt smittet. Derfor er det viktig at man er spesielt oppmerksom på symptomer hos pasientene eller beboerne når det blir oppdaget skabb hos pleiepersonell. En faktor som gjør det vanskelig å oppdage skabb er at det er en lang inkubasjonstid på tre til seks uker.

Siden 1994 har skabb blitt tatt ut av listen for meldepliktige sykdommer, og vi tror at mange har mistolket det dit hen at man heller ikke må melde utbrudd. Dette stemmer ikke, da varsling er pålagt allerede ved mistanke om utbrudd i helseinstitusjoner, uansett hvilket agens. Vi mistenker derfor at det er en underrapportering av utbrudd med skabb.

Skabb

Skabb er et hudutslett som forårsakes av skabbmidden *Sarcoptes scabiei*. Skabb er utbredt over hele verden, og er en smittsom hudsykdom (1). Man har estimert at mellom 100 og 300 millioner mennesker smittes årlig (2, 3). Tidligere var skabb assosiert med dårlig hygienisk standard og fattigdom, men det er imidlertid ingen slik sammenheng i Europa i dag.



FIGUR 1. Skabbmidden (*Sarcoptes scabiei* var. *hominis*) til venstre, og skabbgang med egg til høyre. FOTO: REIDAR MEHL

Skabbmidd finnes ikke bare hos mennesker, men også hos ville og tamme dyr. Det er som regel andre arter skabbmidd som gir symptomer hos dyr, en av de vanligste er *Sarcoptes scabiei* var. *canis*. Underarten som gir skabb hos mennesker kalles *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Skabbmidd fra en dyreart kan overføres til andre dyrearter og til mennesker, men disse etablerer seg sjelden og medfører sjeldent symptomer.

Utseende og livssyklus

Den voksne skabbmidden er liten – bare 0,3 til 0,5 mm lang (FIGUR 1). Kroppen er halvkuleformet, og beina er korte. Utviklingsstadiene består av egg, larve, protonymfe, tritonymfe og voksen. I litteraturen finner man store variasjoner i hvor raskt livssyklusen kan gjennomføres, men rundt 14 dager er vanlig (fra 9 til 21 dager). Forskjeller i temperatur og luftfuktighet kan forklare noen av disse variasjonene (1).

Pasienten kan smittes hvis en eller flere nylig befruktede hunnmidd havner på huden, midden må først penetrere hornlaget i huden (stratum corneum i epidermis). Deretter skiller midden ut en klar væske som løser opp stratum corneum, samtidig

som den graver med beina. Midden bruker fra noen få minutter til en times tid på å grave seg ned i huden og lever av å spise hudens hornlag. Den spiser seg gjennom huden parallelt med hudoverflaten noen få millimeter i døgnet slik at det dannes det vi kaller skabbganger. Hver dag legges to til tre egg inne i disse gangene (FIGUR 1). Når eggene klekkes etter noen døgn, graver midd-larvene sine egne små ganger. Hunnmidd kan produsere minst 40–50 egg over en levetid på 26–40 dager (4).

Smitemåte og symptomer

Skabb smitter hovedsakelig ved hudkontakt, inkludert seksuell kontakt. I sjeldne tilfeller skjer smitte indirekte gjennom sengeklær, klær, håndklær, leker eller lignende, dersom en person med skabbmidd nylig har benyttet disse (5).

Det første symptomet på skabbsmitte er ofte en rødlig stripe i huden (FIGUR 2), ofte på eller mellom fingrene. Slike striper er tegn på middens graveaktivitet. Skabbmidd gir kløe, ofte med forverring om natten og ved svetting. Det er viktig å være klar over at hvis man ikke har vært smittet tidligere med skabb, så kommer kløen først etter en



Få studier er gjort på smitte av skabbmidd fra klær og sengetøy, men studier tyder på lav smittsomhet. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

tid – vanligvis to til seks uker etter smitte-tidspunktet. Hvis man tidligere har hatt skabb kommer kløen etter betydelig kortere tid. Små nupper eller blemmer kan også opptre i huden, oftest først på hender, deretter på større deler av kroppen. De vanligste stedene for symptomer hos voksne er hender, fingre, håndledd og albuer (5). Videre finner man ofte skabbmidden rundt midjen, på lår, bryster, setepartiet og ytre genitalia. Hos små barn er ofte hodebunn, hals og fotsåler affisert. Årsaken til at man

oftere finner skabbmidden på enkelte steder vites ikke, men hender kan være spesielt utsatt på grunn av hyppig hudkontakt. Det er indikasjoner på at forskjeller i hudens lipidsammensetning på ulike hudoverflater også har betydning (6).

Vanligvis vil en smittet person ha færre enn 15 midd (gjennomsnittlig 11,2) (7). I sjeldne tilfeller kan midden finnes i store mengder. Dette kalles skorpeskabb eller norsk skabb. Dette oppstår nesten utelukkende hos personer med redusert immunforsvar. Eldre beboere i helseinstitusjoner kan være særlig utsatt for denne varianten av skabb. Smittefaren vil være betydelig større ved skorpeskabb enn ved vanlig skabb på grunn av svært stort antall midd og egg. Skorpeskabb gir ofte ikke de typiske symptomene med tydelige skabbganger i huden, men derimot et utslett som kan minne om dermatitt eller psoriasis med betydelig avskalling av huden på større flater. Skorpeskabb er den vanligste årsaken til utbrudd av skabb på helseinstitusjoner (8).

Smitte fra sengetøy og klær

Få studier er gjort på smitte av skabbmidd fra klær, sengetøy etc. I en studie fant man at bare fire av 272 personer ble smittet av skabbmidd etter å ha sovet i senger der per-

soner med store mengder skabbmidd hadde sovet tidligere (5). Smittsomheten til løse egg og midd utenfor verten er ikke grundig undersøkt (1). Når midden kommer bort fra verten sin vil den etter hvert dø av dehydrering. Studier av skabbmidd fra dyr viser at midd som kommer bort fra verten sin kan overleve ett døgn eller to ved romtemperatur på 21 °C og relativ luftfuktighet på 40–80 prosent. Hannmidd har betydelig kortere overlevelse enn det hunnmidd har (6). Overlevelsen øker imidlertid ved lavere temperaturer og høy luftfuktighet (6). Overlevelsen vil derfor være høyere blant midd i for eksempel sengetøy og håndklær enn for midd som er mer direkte eksponert for miljøet.

Diagnostikk

Det kreves en del erfaring for å stille diagnosen. Hudoverflaten må inspiseres nøye med bruk av lupe og godt lys for å finne skabbganger, som er synlige i den øverste del av epidermis. Skabbgangene er vanligvis 0,5–1 cm lange, gråhvite og trådlignende (FIGUR 2). I den ene enden av gangen vil man finne en liten, litt mørkere flekk som er selve mid-den. Sikker diagnose stilles kun ved mikroskopisk påvisning av skabbmidd eller av egg fra hudskrap (FIGUR 1). Man kan bruke en

FIGUR 2. Skabbganger på den øverste delen av epidermis. FOTO: COLOURBOX



tynn nål til å isolere midten, mens skrap av skabbganger med skalpell egner seg for isolering av egg. På grunn av den sterke kløen vil huden ofte være preget av kloring og bakterielle infeksjoner, noe som ofte skjuler kjennetegnene på skabb.

Behandling

Skabb forsvinner ikke av seg selv og skal alltid behandles. Behandlingen er enkel og vanligvis effektiv. Midler til behandling kan kjøpes reseptfritt på apoteket. Behandlingen skjer ved å smøre et middel på hele huden unntatt hode og ansikt. Bruksanvisningen må følges nøye. Alt sengetøy, inkludert klær brukt foregående dag, vaskes på minst 60°C eller pakkes bort i fem dager. Ved behandlingssvikt anbefales det å bytte til et annet middel enn det man tidligere har brukt. Etter gjennomført behandling kan kløstillende krem benyttes ettersom det ofte vil klø i opptil fire uker etter behandling. Ved sterk og langvarig kløe må lege kontaktes.

Alle i samme husstand og eventuelle seksualpartnere bør behandles samtidig, selv om de ikke har kløe. Dette gjøres for å unngå risiko for gjensmitte fra ubehandlede personer. Det anbefales at pasienten opplyser venner og bekjente som man har hatt kontakt med om at de eventuelt kan være smittet. Barnehage og skole bør også få beskjed. Barn bør holdes borte fra barnehage eller skole til dagen etter at behandling er startet.

Skabb på institusjoner

Pasienter med skabb på institusjoner utgjør en risiko for smitte til andre pasienter, personale og pårørende (9). Smittevernansvarlig lege må i hvert tilfelle vurdere om det har vært tilstrekkelig kroppskontakt for overføring av midd mellom pasient, medpasient, personale og pårørende. Alle med slik kroppskontakt må undersøkes og eventuelt behandles. Dersom det er påvist skabb hos pleiepersonale eller hos pårørende til en pa-

sient, skal også hele deres husstand behandles. Det er viktig at alle behandles samtidig. Det er unødvendig å utføre desinfeksjon, nedfrysing av innbo og klær, eller andre tiltak, da dette ikke vil ha en effekt. Det er lettere, billigere og mer effektivt å sette bort innbo og klær i tre til fem dager.

Dersom det er påvist, eller det er mistanke om flere tilfeller av skabb på en helseinstitusjon, skal man lete etter personer med mulig skorpeskabb. Både pasienter og personalet må behandles straks og pasienter isoleres med kontaktsmitteregime inntil de er fri for levende skabbmidd. Personalet som har blitt smittet sendes hjem til behandling og kan jobbe igjen etter en dag med behandling. Det er viktig med en simultan behandling og vask av klær, sengetøy og miljø for å lykkes med behandlingen ettersom antallet midd er svært høyt. Skorpeskabb kan være vanskelig å kurere med bare én behandling. Som alternativ for vasking over 60°C kan klær og møbler oppbevares uten hudkontakt i tre døgn i romtemperatur, helst pakket inn i plastposer.

I helseinstitusjoner er håndhygiene med alkoholholdig hånddesinfeksjonsmiddel førstevalg. En nyere studie fant at alkoholholdig hånddesinfeksjon ikke har effekt på skabb (10). I tilfeller med skabb på institusjon anbefales derfor de ansatte bruk av hansker og handvask med såpe etter kontakt med pasienten istedenfor vanlig håndsprit (11).

Folkehelseinstituttets erfaring med skabb i helseinstitusjoner

I alle de utbrudd som Folkehelseinstituttet har vært involvert i, gikk det lang tid før skabbutbruddet ble oppdaget. Da diagnosen først ble stilt av en hudlege, hadde skabben hatt god tid å etablere og spre seg. Alle utbrudd som ble varslet var på sykehjem og medførte tilfeller både blant helsepersonell og beboere. Et sykehjem hadde to utbrudd, hvor det andre blusset opp igjen en måned etter at det første utbruddet var over. Man antar at grunnen til det andre ut-

bruddet var at behandlingen ble avsluttet før all skabb var borte.

Skabb overføres normalt først ved lengre fysisk kontakt. I de utbruddene hvor Folkehelseinstituttet var involvert, dreide det seg om skorpeskabb. Ved denne type skabb er risikoen for smitte høy selv ved kortvarig kontakt med den som er rammet. I tillegg er det en stor risiko for smitte ved kontakt med pasientens sengetøy og klær. Selv om hånddesinfeksjon er utført umiddelbart etter kontakt med infisert pasient eller gjenstander kontaminert med skabb, vil dette som nevnt ikke være et effektivt tiltak for å forebygge smitteoverføring. Ved mistanke om denne type smitte, bør det brukes hansker.

Hva har vi på Folkehelseinstituttet lært?

Det er behov for å øke kompetansen om skabb blant norsk helsepersonell for å sikre at flere gjenkjenner symptomene på skabb. Dette vil muliggjøre at behandling og begrensning av utbrudd kan raskere iverksettes. Nye metoder som bilde-fjerndiagnostikk med hudklinikker kan bidra til raskere og sikrere diagnose. Ved skabb i helseinstitusjoner bør isolering på rommet gjennomføres for å forhindre spredning til hele avdelingen. Det er også behov for å minne om plikten til å varsle kommunelegen og Folkehelseinstituttet ved mistanke om et utbrudd.

REFERANSER

1. Arlian, L.G. & Morgan, M.J. (2017). A review of *Sarcoptes scabiei*: past, present and future. *Parasites & Vectors* 10: 297.
2. Fuller, L.C. (2013). Epidemiology of scabies. *Curr Opin Infect Dis* 26: 123.
3. Banerji, A. (2015). Scabies. *Paediatr Child Health* 20(7): 395–402.
4. Friedman, R. (1947). The story of scabies. New York, Froben Press 1947.
5. Mellanby, K. (1944). The development of symptoms, parasitic infection and immunity in human scabies. *Parasitology* 35(4): 197.
6. Arlian, L.G. & Vyszenski-Moher, D.L. (1995). Response of *Sarcoptes scabiei* var. *canis* (Acari: Sarcoptidae) to lipids of mammalian skin. *J. Med. Entomol.* 32(1): 34–41.
7. Mellanby, K. (1972). Scabies. 2nd ed. E.W. Claxson: Hampton, UK.
8. Degelau, J. (1992). Scabies in long-term care facilities. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 13: 421–425.
9. Andersen, B.M., Haugen, H., Rasch, M., Heldal Haugen, A. & Tageson, A. (2000). Outbreaks of scabies in Norwegian nursing homes and home care patients: control and prevention. *J. Hospital Infect* 45: 160–164.
10. Cinotti E, Perrot JL, Labeille B, et al. Inefficacy of alcohol-based hand rub on mites in a patient with hyperkeratotic scabies. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2015; 40(2): 177–181.
11. Folkehelseinstituttet, Håndhygieneveilederen, <https://www.fhi.no/nettpub/handhygiene/.02/2017>

MELDEPLIKT FOR ALLE UTBRUDD I HELSEINSTITUSJONER

«Mistenkte eller påviste utbrudd av smittsomme sykdommer i kommunal helseinstitusjon skal varsles til kommunelegen og Fylkesmannen. Kommunelegen skal, dersom mistanken ikke raskt kan avkrefte, varsle Folkehelseinstituttet.»

MSIS-forskriften §3-4.

Med varsling menes en umiddelbart formidlet beskjed. Folkehelseinstituttet har siden 2005 hatt et webbasert utbruddsvarslingssystem, CIM-Vesuv.

Dersom kommunelegen ikke er tilgjengelig, er FHI's sentralbord (21 07 70 00) primært kontaktpunkt for alle smittevernsspørsmål eller Rådgivningstelefonen for smittevern i helsetjenesten daglig fra 09.00–14.30 (945 21 219). For varsling og rådgivning som ikke kan vente til vanlig arbeidstid, kan helsepersonell kontakte smittevernvakta på tlf. 21 07 63 48.

■ ARNULF.SOLENG@FHI.NO
■ HORST.BENTELE@FHI.NO

Den søndagen jeg lærte om legionella

■ **METTE RØKENES** • Kommuneoverlege Sortland kommune

LOKALSYKEHUSET RINGTE MEG søndag kveld for å varsle om positiv legionellatest på en pasient fra et av våre sykehjem. Jeg sto som et spørsmålsteget med telefonen i hånda. «Hvor starter jeg dette arbeidet?»

Sortland er en middels stor kommune i Nord-Norge, kjent for sin storslåtte natur og blå gater ved havet. Vårt største sykehjem, Lamarktunet, har 60 plasser. Bygget er bare 17 år gammelt, har god standard og er godt vedlikeholdt. Lokalsykehuset vårt, Stokmarknes sykehus, ligger i nabokommunen Hadsel.

DET VAR SØNDAG KVELD den 30. september da telefonen kom fra vakthavende LIS-lege ved sykehuset. Legionella. Det gikk varmt i mine små grå. Dette hadde jeg ikke kunnskap om, men jeg husket jo selvfølgelig alvorligheten i avisoppslagene noen år tilbake. Vakttelefonen ved Folkehelseinstituttet ble en av mine mange hjelpere. Resten av kvelden gikk med på telefoner til dem, informasjonssøk på nettet, samtaler med kommunalsjef, enhetsleder og avdelingsleder på sykehjemmet. Kon-

takt med driftspersonell for å få informasjon om vannanlegget og for å organisere prøvetaking. Det var betryggende å se at alt dette lot seg organisere og planlegge en søndag kveld midt i jaktseasonen.

Pasienten hadde bodd på sykehjemmet vårt i bare tre uker da hun ble syk. Jeg fikk opplyst at sykehjemmet hadde vannbåren varme og ikke varmtvannstanker, noe jeg antok var trygt, men at dusjen på pasientrommet hadde stått ubrukt mer enn to måneder. Vi tok derfor vannprøver fra den aktuelle dusjen, byttet dusjhode og tok stikkprøver fra de øvrige avdelingene. Noen dager senere, bare i forbifarta, hørte jeg snakk om at «varmen på vanntankene er skrudd opp». Vanntanker jeg ikke visste vi hadde. Fra å tro at det dreide seg om en enkel dusj på søndag, forsto jeg tirsdag at det var sannsynlig at vi hadde oppvekst av legionella i hele systemet.

DRIFTSPERSONELLET OG DE ANSATTE innenfor helse jobbet side om side i det som kjentes som kappløp med tida for å forhindre flere syke.

Behandlingen er sjokkoppvarming og

gjennomspyling av alle tappepunkt. Dusjhodet og dusj-slanges skal også behandles med klor. Varmtvannsanlegget vårt var ikke dimensjonert for å klare en slik gjennomspyling, og løsningen ble derfor å leie inn ekstra utstyr for oppvarming av vannet. Dette utstyret fantes ikke lokalt, så vi måtte til Narvik for å finne dette. Selve prosedyren med gjennomspyling tok 24 timer, og det var ikke annet enn imponerende å se hvordan folk sto på.

KONTROLLPRØVER TATT etter gjennomspyling viser enda en viss aktivitet av legionella i systemet vårt og vi har samarbeidet med Folkehelseinstituttet om veien videre. Vi må gjenta den omfattende gjennomspylingen og ta nye prøver. Deretter skal det tas månedlige prøver det første året for å dokumentere at driftsrutinene vi har lagt opp er i stand til å kontrollere legionellaveksten i systemet.

Dersom det etter utbedringer av varmtvannsanlegget vårt og etter ett år med analyser (dyrking av Legionella) viser at Legionella ikke er til stede, varmtvannstemperaturen er minimum 60 grader etter et mi-



FAKTA OM LEGIONELLOSE

Legionellose er en bakteriell sykdom som forårsakes av legionellabakterien. Legionellabakterier er vanlig forekommende i naturen og finnes i overflatevann og i jordsmonn. Bakterien overføres ved å puste inn aerosoler fra varmt- eller kaldtvannsystemer. Bakterien vokser best ved temperaturer mellom 20 og 50°C. Innretninger som gir betingelser for oppvekst av Legionella og som sprer aerosol til omgivelsene, innebærer risiko for legionellasmitte. De viktigste smitekildene er kjøletårn, dusjanlegg og boblebad, men også andre kilder som avgir aerosoler (for eksempel luftskrubbere, sprinkleranlegg, innendørs fontener, høytrykksspylere og befruktingsanlegg) kan spre bakterier. Smitter ikke fra person til person. Vanligvis er høy smittedose nødvendig for å gi sykdom, men ved nedsatt immunforsvar kan smittedosen være

lav. De fleste som blir utsatt for legionellabakterien vil ikke utvikle sykdom. Barn og unge uten underliggende sykdom blir svært sjelden syke. Kjente risikofaktorer for utvikling av sykdom er høy alder, røyking, alkoholisme, kronisk lungesykdom, alvorlig underliggende sykdom og immunsvikt. **Pontiacfeber**, som også skyldes Legionella, gir et mildt sykdomsbilde uten pneumoni og trenger vanligvis ikke behandling. **INKUBASJONSTID:** To til ti dager, vanligvis fem til seks dager.

SYMPTOMER OG FORLØP: Mange som blir smittet med legionellabakterien utvikler milde eller ingen symptomer. Legionærssykdom: Initialt hodepine, muskelsmerter og slapphet. I løpet av få dager høy feber, tørrhoste og andre pneumonisympptomer. Magesmerter og diaré kan forekomme. Laboratorieprøver kan vise nedsatt nyrefunksjon.



ILLUSTRASJONSFOTO: TOMAS GRIGER / SCANDINAVIAN STOCKPHOTO

Sykdommen kan ha et alvorlig forløp med en til dels betydelig letalitet hos eldre og immunsvekkede (opptil 30 prosent).

PONTIACFEBER: Influensaliknende symptomer med feber, hodepine, muskelsmerter og tretthet. Symptomene varer vanligvis to til fem dager.

DIAGNOSTIKK: Antigenpåvisning i urinprøve som er spesifikk for *Legionella pneumophila* serotype 1. Agenspåvisning ved dyrkning fra ekspektorat, transtracheal aspirat eller bronkoalveolarskylling bør alltid utføres ved mistenkt utbrudd for å kunne sammenlikne isolater fra pasienter og miljøprøver. Ved pontiacfeber er det ikke mulig å isolere bakterier fra blod- eller vevsprøver og det finnes heller ikke antigen i urin. Pontiacfeberdiagnosen stilles ved hjelp av serologisk testing.

KILDE: FHLND

nutt tapping på alle tappepunkter og alle tappepunkter/kraner/dusjer jevnlig brukes, kan vi vurdere å redusere prøvetakingen til kvartalsvis.

HOVEDÅRSAKEN TIL VÅRE PROBLEMER på Lamarktunet viste seg å være for lav temperatur på varmtvannet over en lengre periode. Vannbåren varme med oppvarming via varmeveksling fra vårt interkommunale kraftselskap gir en for lav temperatur, spesielt i sommermånedene. I tillegg var det ingen sirkulasjonspumper på vannanlegget, og sammen skapte dette god grobunn for legionella. Det ble også funnet feil på temperaturmålerne på tankene våre.

Konsekvensen av oppblomstring av legionella i vanninstallasjoner er alvorlig, og

vi i Sortland har hatt en bratt læringskurve. Vi var heldige med at pasienten ble riktig diagnostisert, slik at vi raskt fikk satt i verk tiltak. Nå er alle aktuelle kommunale bygg gjennomgått, ROS-analyser utført og drifts- og vedlikeholdsrutiner er utarbeidet. Vi har gjort dette med god hjelp fra Folkehelseinstituttet og i tråd med deres rapport *Vannrapport 123* fra 2015. Legionella er vanskelig å bli kvitt, og ofte må man gjenta behandlingen. Kontrollprøvene våre viser at vi må gjenta oppvarmingen og gjennomspylingen.

Pasienten vår døde av legionellasykdommen og i Sortland skulle vi hatt bedre rutiner for forebygging av smitte.

■ METTE.ROKENES
@SORTLAND.KOMMUNE.NO

Kosthold og fysisk aktivitet hos skoleungdommer i Akershus

■ ARTHUR CHORTATOS • Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet

Skolen har stor betydning for elevenes matvaner, blant annet gjennom kantinetilbud, undervisning, nærmiljø og regelverk, for kjøp av mat utenfor skolens område. Det fremgår av ESSENS-studien blant ungdomsskoleelever på Øvre Romerike.

Høsten 2015 gjennomførte forskere og studenter ved OsloMet – storbyuniversitetet (tidligere HiOA) ESSENS-studien («Environmental determinants of health behaviors among adolescents»).

Studien inngår i et samarbeid mellom OsloMet og Folkehelseforum for Øvre Romerike (FØR). Formålet var å kartlegge vaner knyttet til kosthold, fysisk aktivitet og stillesitting blant ungdom på Øvre Romerike, hva som påvirker disse helsevanene, samt kartlegge eventuelle sosioøkonomiske forskjeller. Forumet FØR representerer de seks kommunene på Øvre Romerike (Eidsvoll, Gjerdrum, Hurdal, Nannestad, Nes og Ullensaker) og støttes blant annet av Akershus fylkeskommune. Formålet med nettverket er å styrke barn og unges nysgjerrighet overfor aktiviteter og interesser som bidrar til trivsel, glede og et sunt liv. Fysisk aktivitet, sunt kosthold og miljø er blant temaene som står i fokus i FØR.

8. trinn, 11 ungdomsskoler

ESSENS-studien ble delt inn i en kvalitativ og en kvantitativ studie, der det ble utført henholdsvis intervjuer og observasjoner, og en elektronisk spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble gjennomført blant elever på 8. trinn ved 11 skoler på Øvre Romerike. I den kvalitative studien ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer med elever på 9. trinn fra en ungdomsskole i hver av de seks kommunene, samt dybdeintervjuer med rektor og lærere på 9. trinn. I tillegg ble det gjort observasjoner på skolens område.

Økt forekomst av overvekt og fedme på tvers av befolkningsgrupper verden over blir omtalt som en global fedmeepidemi, og er en av de mest alvorlige helsemessige utfordringene verden står overfor. Genetiske faktorer kan påvirke menneskers disposisjon for

vektøkning, men det er allikevel enighet om at endringer i miljø, livsstil og matatferd er blant de viktigste årsakene til fedmeepidemien. Forskning viser at overvekt og fedme i voksen alder ofte er et resultat av overvekt i barne- og ungdomsårene (Brug et al., 2010; Gebremariam et al., 2012). Det er derfor svært viktig å etablere gode kostholds- og levevaner som kan forebygge risikoen for livsstilssykdommer i voksen alder.

I Norge har man sett en økning i forekomst av overvekt og fedme, også hos barn og unge. Undersøkelsen Ungkost har over det siste tiåret vist at elever i 8. klasse har for høyt inntak av mettet fett og tilsatt sukker, som oversteg anbefalingene.

Resultater fra kartlegging av barn og unges fysiske aktivitet i 2011, viste at 15-årige jenter og gutter var i gjennomsnitt moderat aktive i henholdsvis 52 og 60 minutter per dag (Helse direktoratet, 2014). Til tross for nasjonale anbefalinger om 60 minutter fysisk aktivitet om dagen, reduseres mengden fysisk aktivitet hos stadig flere barn og unge, samtidig som skjermbasert, stillesittende atferd øker. Der 80 prosent av niåringer møter anbefalingene for fysisk aktivitet, synker denne andelen betraktelig til 50 prosent for femtenåringer.

Studiene og resultatene

Intervjuer og observasjoner på skolene viste at elevene hadde stor interesse og kunnskap rundt kosthold og ernæring, men til tross for dette spiste de ofte usunn mat, dersom de hadde muligheten til det. Miljømessige faktorer viste seg å ha stor betydning for mat- og helsevaner på skolen, og det sosiale miljøet på skolen (medelever, venner) var den største påvirkningsfaktoren (Gjertsen, 2016). Skolen har også stor betydning for elevenes matvaner, blant annet gjennom kantinetilbud, un-



dervisning, nærmiljø og regelverk, for kjøp av mat utenfor skolens område. En stor andel elever kjøpte mat fra skolens kantine én eller flere ganger i uken, men nettopp mattilbudet i kantinen ble pekt på som en barriere mot et sunt kosthold på skolen, og mange elever uttrykte et ønske om et sunnere mattilbud. Det var allikevel flere elever som valgte butikker og kiosker i nærom-

aktivitet kokershus



Miljømessige faktorer har stor betydning for mat og helsevaner på skolen, og det sosiale miljøet er den største påvirkningsfaktoren. ILLUSTRASJONSFOTO: PIXNIO

rådet for å handle mer usunne alternativer. Elevene selv fremhevet at det å praktisere et strengere regelverk når det gjaldt å forlate skolens område, kunne ha en positiv effekt på elevenes matvaner.

Til tross for elevenes kunnskap om sunn mat og variert kosthold, kom det frem at kostholdet i denne gruppen bar de samme kjennetegnene som man har sett i Ung-

kost-undersøkelser over de siste ti årene. Kun 62 prosent spiste frokost regelmessig, og gjennomsnittlig inntak av frukt og grønnsaker var lavere enn anbefalingene, samtidig som at mange spiste en del usunn snacks. De vanligste drikkevarer på skolen var vann, iste og sjokolademelk, og det gjennomsnittlige inntaket av sukkerholdig brus var anslått til 7 dl pr. uke.

Skolemiljøet fremmer eller hemmer sunne valg

En stor andel av elevene var inaktive i frimiddagene, ofte på bakgrunn av vær og årstid, lite oppfordring til og manglende organisering av aktiviteter fra lærere, eller lite eller for dårlig utstyr og fasiliteter på skolen (Gjertsen, 2016). Utover kroppsøvingstimer var flertallet av elevene lite aktive på

skolen. Lite fokus og oppmuntring fra lærere, samt mangel på utstyr eller fasiliteter, ble oppfattet som store hindringer for fysisk aktivitet på skolen.

Lærere ved skolene oppfattet at elev-initierte aktiviteter skapte økt aktivitet blant ungdommen. Derimot mente de at hyppig mobilbruk medførte mye stillesittende atferd. Skoleansatte anså at mangler i skolens struktur, samt begrensede økonomiske ressurser var utfordringer mot å tilrettelegge et helsefremmende miljø for elevene. Deres opplevelse av ansvar knyttet til elevenes helse påvirker trolig skolens organisering av mat og måltider samt fysisk aktivitet. Den interne organiseringen ved skolen kan dermed påvirke hvorvidt skolemiljøet fremmer eller hemmer sunne valg.

I strid med nasjonale anbefalinger svarte kun 15 prosent av elevene at de var fysisk aktive i 60 minutter hver dag. Andelen økte til 57 prosent for 60 minutters aktivitet fem til seks dager pr. uke. Det kom også frem at det var enkelte elever som ikke deltok i fysisk aktivitet i skolens regi. Videre ble det kartlagt at ungdommene i gjennomsnitt brukte 36 timer pr. uke foran skjerm, hvilket tilsvarer fem timer pr. dag, utover tiden de bruker på skolen. Dette var fordelt på TV, PC og elektroniske spill.

Foreldrenes rolle

Foreldrenes sosioøkonomiske status har påvirkning på barns kosthold og aktivitet. Tidligere forskning har vist at ungdom fra familier med lavere sosioøkonomisk status generelt har et mer ugunstig kosthold og er mindre fysisk aktive enn ungdom fra familier med en høyere sosioøkonomisk status. Disse elevene drakk mer brus enn gjennomsnittet pr. uke, spiste flere usunne snacks og mindre grønnsaker og spiste sjeldnere frokost. De var også mindre fysisk aktive og hadde høyere grad av stillesitting foran skjerm pr. uke. En videre analyse av disse resultatene i 2017 (Gebremariam et al., 2012) fant at jo mer skjermtid, desto lavere er sannsynligheten for inntak av frokost. Dette var også relatert til lavere sosioøkonomisk status blant foreldre.

I tillegg til skolen og medelevene viste det seg også at foreldrene spilte en viktig rolle for ungdommenes kostholdsvaner. Ungdommenes inntak av frukt, grønnsaker, usunne snacks og brus ble særlig påvirket av hvor mye foreldrene selv spiste av matvarene; tilgangen til matvarene i hjemmet, samt regler i hjemmet for hvor mye og hvor ofte ungdommene fikk konsumere usunne snacks og brus. Ungdommene som oftest spiste frokost, hadde blant annet re-

gler for om de måtte spise frokost; de hadde større tilgjengelighet til frokostprodukter, og de hadde foreldre som selv spiste frokost.

Videre arbeid

Videre analyser av data fra ESSENS-studien pågår fremdeles. En artikkel med fokus på ungdommens spisevaner, med vekt på ungdommer som spiser medbrakt matpakke sammenliknet med dem som benytter seg av skolekantina i løpet av skoledagen, ble nylig publisert i *BMC Pediatrics* (Chortatos et al., 2018). Resultatene viste blant annet at elever som spiste matpakke hadde en tendens til å spise mindre usunn mat enn elever som spiste kantinemat, hovedsakelig fordi de som spiste kantinemat var de samme som handlet mat i butikker på vei til og fra skolen.

Fremtidige artikler vil ha fokus på fysisk aktivitet og stillesittende atferd. Målet er å få bedre forståelse for hvilke faktorer som utløser elevenes stillesittende atferd og hvilken innvirkning dette har på deres ukentlige aktivitetsnivå. En slik kartlegging vil avdekke faktorer og sammenhenger som påvirker elevenes atferd, slik at man i fremtiden kan implementere eller tilpasse nye helsetiltak i regionen Øvre Romerike for å ta tak i disse utfordringene. Dette er et eksempel på hvordan studier innen samfunns-epidemiologi kan bidra til helsefremmende arbeid i befolkningen.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



REFERANSER

- Romeriksløftet. (2015). Romeriksløftet. Fysisk aktivitet, kosthold, miljø. Hentet fra www.romeriksløftet.no/om-romeriksløftet
- Brug, J., te Velde, S., Chinapaw, M., Bere, E., De Bourdeaudhuij, I., Moore, H., Singh, A.S. (2010). Evidence-based development of school-based and family-involved prevention of overweight across Europe: the ENERGY-project's design and conceptual framework. *BMC Public Health*, 10(1), 1.
- Gebremariam, M.K., Andersen, L., Bjelland, M., Klepp, K. I., Totland, T., Bergh, I. & Lien, N. (2012). Does the school food environment influence the dietary behaviours of Norwegian 11-year-olds? The HEIA study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(5), 491–497.
- Helsedirektoratet (2014). Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet (Rapport IS-2170/2014). Oslo: Helsedirektoratet.
- Gjertsen, M (2016). Elevers vurdering av matmiljø og fysisk miljø på skolen, og hvilke muligheter og barrierer dette utgjør for et sunt kosthold og fysisk aktivitet. (Masteroppgave i Samfunnsnærning). Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Chortatos, A., Terragni, L., Henjum, S., Gjertsen, M., Torheim, L.E., Gebremariam, M.K. (2018). Consumption habits of school canteen and non-canteen users among Norwegian young adolescents: a mixed method analysis. *BMC Pediatrics*, 18(1), 328–350.

■ ARTHUR@OSLOMET.NO

Legens arbeid med døende sykehjems

■ KRISTIAN JANSEN • ph.d., spesialist i allmennmedisin, fastlege og sykehjemsoverlege (Bergen), forsker II ved NORCE

Sykehjem er den fremste arena for terminalomsorg i Norge. Legens økte involvering i terminalomsorgen er etterspurt av pasientene, deres omsorgspersoner og fagmiljøet, men har fått relativt liten oppmerksomhet i forskning.

Med bakgrunn i min doktorgradsavhandling (1) vil jeg i denne artikkelen argumentere for hvordan legens rolle i terminalomsorgen i sykehjem kjennetegnes av usikkerhet i flere varianter. Jeg foreslår også strategier for å være bedre forberedt på å håndtere denne usikkerheten.

Sentrale usikkerhetsmomenter er:

- ❶ Usikkerhet ved andre diagnoser enn kreft
- ❷ Diagnostisk usikkerhet i sykehjem
- ❸ Usikkerhet om effekten av legemidler
- ❹ Usikkerheten i å prognostisere døden
- ❺ Eksistensiell usikkerhet hos legen

Usikkerhet ved andre diagnoser enn kreft

Forskrivning av parenterale lindrende legemidler («skrin-medikamenter») ved livets slutt på sykehjem er forbundet med en kreftdiagnose (2, 3). Pasienter med en annen diagnose enn kreft kan utgjøre en ytterligere usikkerhet for sykehjemslegen ved behov for lindrende legemidler til den døende pasienten. Uforutsigbare sykdomsforløp ved for eksempel KOLS, hjertesvikt og demens utfordrer prognostiseringen og en adekvat respons på endrede lindringsbehov (4, 5). Alvorlig demens er en dødelig tilstand som utfordrer kommunikasjon, symptomvurdering, prognostisering og beslutninger om behandling (6–9). Demens fører til usikkerhet omkring hva som er riktig behandling, riktig omsorgsnivå, den riktige omsorgstilbyder og det riktige tidspunktet for lindrende tiltak (10).

Diagnostisk usikkerhet i sykehjem

Leger i sykehjem og primærhelsetjenesten må jobbe fjernere fra diagnostiske ressurser enn en gjør på sykehus, slik som billedundersøkelser, hastebloodprøver og spesialisttilsyn. Sykehjemslegen jobber dermed i en større diagnostisk usikkerhet enn sine sykehuskolleger. Denne usikkerheten aksepteres som del av det å spare pasienten for unødige forflytninger eller invasive prosedyrer, i bytte mot kontinuitet i behandling og omsorg.

Usikkerhet om effekten av legemidler

Den døende pasient er i en tilstand av fysiologisk multiorgansvikt som påvirker effektiviteten og bivirkningene av legemiddelbehandling (11, 12). Vi mangler kunnskap om effektiv og trygg legemiddelbehandling av døende pasienter generelt (13). I tillegg er vi usikre på hva som er det mest effektive og trygge smertestillende alternativ hos denne gruppen. Antikolinerge legemidler er ofte brukt for å lindre dødsralling, men randomiserte kliniske studier viser at det sannsynligvis ikke er effektivt (13–15). Leger må i lys av mangel på forskning basere sine beslutninger på erfaring og kunnskap ekstrapolert fra andre pasientgrupper.

Ikke alt ubehag og lidelse ved døden kan lindres. Det kan skyldes at det ikke blir oppdaget, at det blir inadekvat behandlet eller at det rett og slett ikke er medisinsk mulig å lindre den døendes plager. Flere studier både i og utenfor Norden har vist dårlig symptomkontroll på slutten av livet hos sykehjemspasienter, til tross for betydelig legemiddelbehandling (16–18). På den annen side er ikke symptomkontroll alene avgjørende for pasientens døds-kvalitet. En amerikansk studie viste at smerter og tungpust ikke var forbundet med dårligere døds-kvalitet hos langtids-pasienter på sykehjem, men at symptomene var en viktig indikator for pasientens omsorgsbehov (19). Behov for kommunikasjon, emosjo-

nell støtte og å bli behandlet med respekt, kan ikke tilfredsstilles med legemidler (20).

Usikkerheten i å prognostisere døden

Sykehjemsleger beskriver en usikkerhet knyttet til det å gjenkjenne den døende fasen (21). De fleste dødsfall er allikevel vist å kunne forutses den siste uken i sykehjem (22). Samtidig skjer legemiddelendringer ofte på livets siste dag (2, 16, 18). Til tross for en kort forventet levetid, og at en realistisk prognose er mulig i den siste leveuken, så virker altså døden til å komme brått på legene og sykepleierne – tatt i betraktning legemiddelendringene de siste dagene av livet. Kan dette skyldes en usikkerhet overfor døden i seg selv?

Eksistensiell usikkerhet hos legen

Dødens visshet står i sterk kontrast til usikkerheten som omgir den. Å bli minnet på døden kan utløse en rekke bekymringer, omtalt som eksistensiell ubehag eller eksistensiell lidelse. Døende pasienter kan oppleve eksistensiell lidelse i form av håpløshet, meningsløshet, tap av sosial rolle samt følelsen av å være til byrde for andre (23). En intervjustudie med sykehjemsleger har vist at også legene er sårbare for eksistensiell lidelse i arbeid med døende (21): Legene opplevde maktesløshet, usikkerhet og skyldfølelse når de står overfor diagnostiske og palliative utfordringer. Vanskelige behandlingskompromisser med pårørende gikk noen ganger på bekostning av egen profesjonalitet. Ved pasientens dødsleie ble personlig nærhet avveid mot beskyttende distanse.

Strategier for å takle usikkerheten

Jeg foreslår tre punkter som kan forberede oss på den nevnte usikkerheten:

- ❶ Forskning på terminalomsorg og i sykehjem
- ❷ En dialogprosess med pasient og pårø-

pasienter

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

rende som integrerer tidlig beslutnings-taking og tidlig sorgarbeid

- Selvrefleksjon hos leger og helsepersonell

1. Forskning på terminalomsorg og i sykehjem

Forskningskunnskap kan bidra til faglig trygghet og til innsikt i usikkerhet. Forskning innenfor terminalomsorgen gir en rekke utfordringer, men er gjennomførbar.

Utfordrende aspekter innen palliasjonsforskning generelt er studiedesign, informert samtykke, rekruttering, frafall av deltagere og finansiering (24–26). Forskere innen palliasjon beskriver å møte motforestillinger vedrørende byrde for deltagerne, aversjon mot alvorlig syke og misforståelser om hva terminalomsorgen innebærer (27, 28). Det mer uforutsigbare sykdomsforløpet ved andre tilstander enn kreft, som for eksempel hjertesvikt, kan utfordre inklusjon av pasienter, brukervedvirkning og gi høyt frafall i studier (29). Symptom-

vurdering hos pasienter som sliter med verbal kommunikasjon er vanskelig, som for eksempel hos sykehjemsbeboere med demens eller hos døende. Bruken av placebo i forskning kan være etisk utfordrende. Tross dette har for eksempel dødsralling vært studert i to placebokontrollerte studier hos døende pasienter (30, 31), noe som dels kan forklares ved at dødsralling er et hørbart uttrykk og ikke en subjektiv plage i seg selv. Innen kvalitativ forskning på sykehjem oppleves utfordringer med innhenting av informert samtykke, å finne anledning til å gjennomføre intervjuer, involvering av personale og de pårørende og skjerming i intervjusituasjonen (32).

De to siste tiårene har det vært oppblomstring av sykehjemsforskning (33) i all hovedsak dreier det seg om observasjonelle studier. Det er behov for forbedret relevans og validering av pasient-utfallsmål i studier (34). Spesielt har man etterspurt studier med palliative intervensjoner og pasient-

relaterte utfallsmål, og særlig utenfor USA (35), hvor forskjeller i organiseringen av tjenestene utfordrer sammenligninger med andre land (36, 37). Kliniske studier i en palliativ omsorgspopulasjon har vist seg ikke bare å være mulig, men til og med å kunne representere en positiv opplevelse for pasienter (38, 39). For å forbedre kunnskapen om palliasjon i sykehjem, er det viktig å skape en forskningskultur (40), samt å se verdien av forskjellige studiedesign, herunder kvalitativ design og aksjonsforskning (41).

2. En dialogprosess med pasient og pårørende som integrerer tidlig beslutnings-taking og tidlig sorgarbeid

Gjennomsnittlig botid for pasienter med langtidsvedtak i sykehjem er to år, og 28 prosent er døde innen seks måneder (42). Samtaler med sykehjemsbeboere og deres pårørende er ensbetydende med samtaler ved livets slutt.

Begrepet «forhåndssamtaler» brukes om kommunikasjon med pasienten og/eller familien om prognose og mål for omsorg og behandling før døden. En veileder for forhåndssamtaler i sykehjem er utarbeidet, hvor foreslåtte tema er informasjonsbehov, deltagelse i beslutninger, tanker om omsorg og behandling ved forverrelse og hva som er viktig for et godt liv her og nå (43). Forhåndssamtaler er i praksis nært knyttet til tidlig beslutningstaking om tema som sykehusinnleggelse, smertelindring, HLR og bruk av antibiotika og ernæring. Pasientene er vanligvis ikke med (44). Forhåndssamtaler og tidlig beslutningstaking har vist en positiv effekt på terminalomsorg i langtidssenheter på sykehjem. I tillegg gir det bedre pasient- og familietilfredshet, reduserer sykehusinnleggelser og sikrer samsvaret mellom pasientens preferanser og mottatte behandlinger (45–49). Helsepersonell føler også at forhåndssamtaler forenkler fremtidige beslutninger om medisinsk behandling og terminalomsorg (50). Pasienter som mangler samtykkeevne – en betydelig pasientgruppe i sykehjem – er dessverre mangelfulle i studier om forhåndssamtaler i sykehjem (51). Legens vurdering av disse pasientens interesser kan komme i konflikt med familiens ønsker og meninger (21, 52, 53).

Sykehjemsleger beskriver imidlertid dialog ikke bare for å ta behandlingsbeslutninger, men også for å forberede pasiente-

ne og deres familier på pasientens død (21). Denne oppgaven bidrar til å fremme «forberedthet» på døden (preparedness) eller «tidlig sorgarbeid» (pre-loss grief work). Tilstedeværelsen av tidlig sorg og lav forberedthet på døden ser ut til å være risikofaktorer for uønskede utfall, som komplisert sorg, depresjon og angst etter dødsfall. Økt omsorgstid kan øke forberedthet på døden (54). Kreftpasienter som er bevisst sin terminale sykdom og opplever å være «i fred», har mindre psykologisk lidelse og oftere gjennomført forhåndssamtale. De har høyere total døds-kvalitet og deres overlevende omsorgspersoner er sunnere fysisk og mentalt seks måneder etter tapet, sammenlignet med dem som ikke er «fredfullt bevisste» (55). Onkologer som ser terminalomsorgs-kommunikasjon med døende pasienter som en prosess som adresserer pasientens og familiens aksept av døden, rapporterer økt jobbtilfredshet (56). Figur 1 peker på forskjellige faser i det palliative arbeidet, og innebærer at både prognosen, men også graden av forberedthet av pasient, familie og lege påvirker strategien og målet for behandlingen. Jo mindre forberedt man er på døden, enten det er snakk om pasienten, familien eller legen, desto vanskeligere vil det være å flytte målet i en palliativ retning.

Jeg foreslår derfor at den beste dialogen med pasient og pårørende er den som inte-

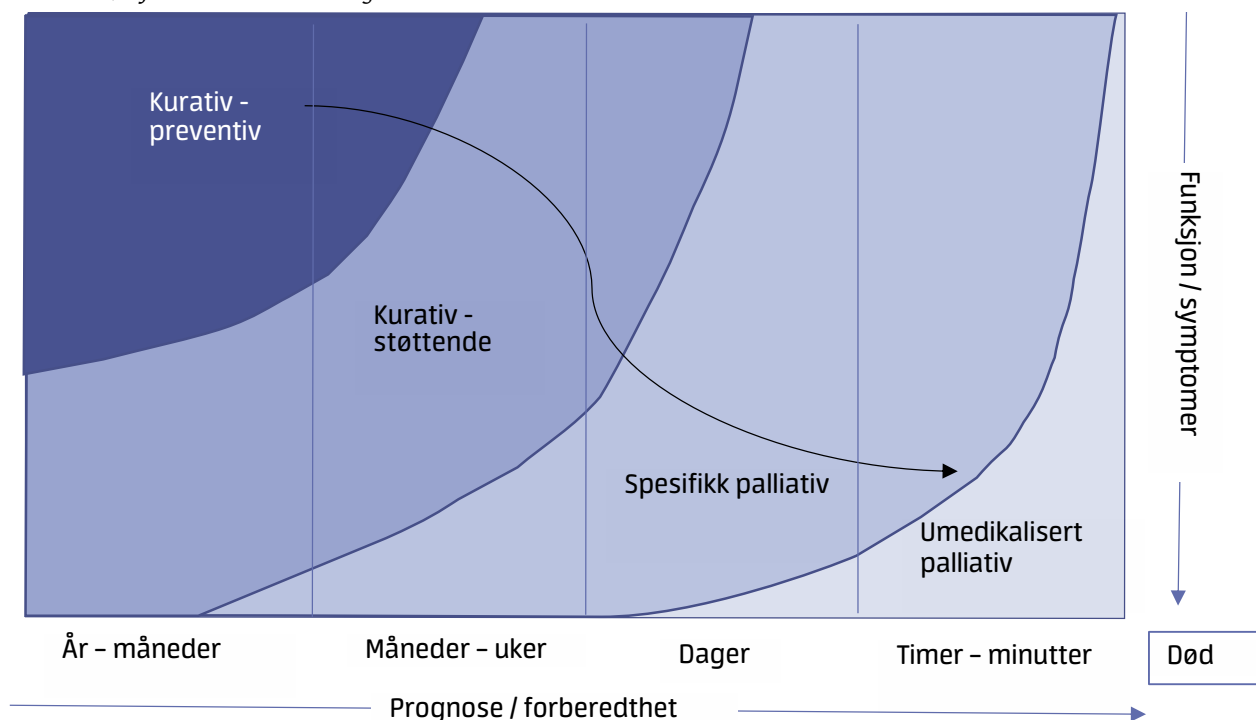
grerer begge disse aspekter, både samtaler for tidlig beslutningstaking og samtaler som tidlig sorgarbeid.

3. Selvrefleksjon hos leger og helsepersonell

Helsepersonell som arbeider med døende pasienter må også forberede seg på døden. Leger og helsepersonell er i kraft av sin rolle en motsats til pasienten. Vi deler allikevel en sårbarhet for døden. Eksistensiell sårbarhet er sårbarheten vi opplever når vår eksistens er truet. Helsepersonell blir påminnet sin dødelighet i arbeid med døende. Eksistensiell sårbarhet kan erfares av sykehjemsleger, både som maktesløshet og skyldfølelse ved vanskelige behandlingskompromiss, og som et behov for beskyttende distanse fra pasientsituasjoner, men også som en ressurs i kommunikasjon og profesjonell mestring (21).

Å unngå døden og klamre seg til kurasjon er en flukt, ikke bare for pasienten eller familien, men også for helsepersonellet. For å erkjenne at døden ubønnhørlig nærmer seg, må leger og helsepersonell akseptere at selv vår mest heroiske helbredende innsats for å forlenge livet, ikke vil være nok; at vår mest adekvate palliative innsats for å lindre lidelse og forbedre livskvaliteten har sine begrensninger; og at selv vår mest ekteføyte personlige tilstedeværelse og varmhjertede trøst bare kan lette byrden til en viss grad. Også vi må gi slipp (57).

FIGUR 1. Dødsforberedelser – et omsorgskontinuum



PROGNOSE	ÅR – MÅNEDER	MÅNEDER – UKER	DAGER	TIMER – MINUTTER
Behandlingsmål	Kurativt / preventivt	Kurativt / støttende	Spesifikt palliativt	Umedikalisert palliativt
Intervensjonell / forskrivnings strategi	Revurder forebyggende behandling (f.eks. statiner, antihypertensiva, antidiabetika)	Støtte / normalisere fysiologisk funksjon (f.eks. diuretika, antibiotika)	Symptomatisk lindring (f.eks. opioider ved smerte eller åndenød)	Ikke-intervensjon. Sedasjon for refraktære symptomer
Relasjonell strategi med pasient/familie	Tillitsbygging. Forberede pasient og familie	Omtenksomme forhandlinger om behandling	Engasjement. Informasjon og støtte, oppfylle omsorgsmål	Fredfull tilstedeværelse
Forslag til fokus for legens selvbevissthet	Dødens stigma. Verdighet for pasient, familie, en selv.	Å balansere behandlingskompromisser med egen profesjonalitet	Maktesløshet og kontrollbehov. Ansvar for sykdomsforløpet.	Sårbarhet for døden. Å balansere personlig involvering og beskyttende avstand

TABELL 1. Intervensjonsstrategi, relasjonell strategi og fokus for selvbevissthet i arbeid ved livets slutt.

Nøkkelen til å hjelpe oss selv til å tåle de eksistensielle utfordringene samt usikkerheten og vanskelighetene som vi møter i terminalomsorgen, er å styrke vår egen bevissthet om hvordan vi selv blir utfordret i møtet med døden og den døende (58–61). Men hva innebærer selvomsorg og selvbevissthet? Studier av sykepleiere har lagt vekt på å søke kollegastøtte, ta fri fra jobb eller få formell veiledning (58). Ifølge Kearney innebærer selvbevissthet både en selvkunnskap og en «dobbel bevissthet» – det vil si en oppmerksomhet som samtidig rettes mot pasientens, arbeidsmiljøets og ens egen subjektive erfaring (62). Refleksjon muliggjør læring fra komplekse situasjo-

ner, både etter og underveis, og kan utvikles gjennom praksis (63). Nyttige aktiviteter for å øke selvbevisstheten inkluderer deltakelse i pedagogiske prosjekter, miljøstøtte og refleksjonsgrupper, mindfulness, meditasjon og reflekterende skriving (62, 64, 65).

Jeg foreslår i tabell 1 en modell for typiske konsekvenser av gradvis forverret tilstand og kortere forventet levetid hos pasienten, med hensyn til strategi for medikamentell intervensjon, kommunikasjon med pasient og pårørende og foreslått fokus for selvrefleksjon hos legen. Tabellen og de foreslåtte temaer for selvrefleksjon kan være egnet for gruppear-

beid. Tabell 1 og figur 1 er basert på funnene i, og nærmere forklart i min doktoravhandling (1).

«Forberedthet» som ledestjerne

Forberedthet på døden er ledestjernen for alle de tre nevnte fasettene ved legens palliative behandlingsstrategi: intervensjonsstrategi, relasjonsstrategi med pasient og familie og økt selvbevissthet. Forberedthet i intervensjonsstrategi innebærer å gjøre palliative tilpasninger til medikasjon i tide og gjerne med hjelp av prognostiske verktøy, å avbryte irrelevant behandling og igangsette symptomlindrende behandling etter behov, og ideelt sett unngå endringer i behandlingen i siste øyeblikk. Forberedthet i relasjonsstrategi innebærer å oppnå enighet mellom pasient, familie og helsepersonell om målene med omsorgen. Og når ingenting annet kan gjøres eller sies, bekreftes dette ved fredelig tilstedeværelse. Forberedthet på det personlige planet betyr å øke vår egen bevissthet om hva det gjør med oss å jobbe med døende.

REFERANSER

1. Jansen, K., End of life care in nursing homes: Palliative drug prescribing and doctors' existential vulnerability, in Department of Global Public Health and Primary Care. 2017, University of Bergen: Bergen Open Research Archive (BORA)
2. Jansen, K., M.A. Schaufel, and S. Ruths, Drug treatment at the end of life: an epidemiologic study in nursing homes. *Scand J Prim Health Care*, 2014. 32(4): p. 187–92.
3. Van Den Noortgate, N.J., et al., Prescription and Deprescription of Medication During the Last 48 Hours of Life: Multicenter Study in 23 Acute Geriatric Wards in Flanders, Belgium. *J Pain Symptom Manage*, 2016. 51(6): p. 1020–6.
4. Oishi, A. and F.E. Murtagh, The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: a systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliat Med*, 2014. 28(9): p. 1081–98.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



5. Bell, C., et al., Remaining Lifetime After Recognition of Terminal Illness Depends on Diagnosis: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *J Pain Symptom Manage*, 2017. 53(1): p. 116–123.
6. Raymond, M., et al., Palliative and end of life care for people with dementia: lessons for clinical commissioners. *Prim Health Care Res Dev*, 2014. 15(4): p. 406–17.
7. Davies, N., et al., Quality palliative care for cancer and dementia in five European countries: some common challenges. *Aging Ment Health*, 2014. 18(4): p. 400–10.
8. van der Steen, J.T., Dying with dementia: what we know after more than a decade of research. *J Alzheimers Dis*, 2010. 22(1): p. 37–55.
9. Mitchell, S.L., et al., Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia. *JAMA*, 2004. 291(22): p. 2734–40.
10. Goodman, C., et al., End of life care interventions for people with dementia in care homes: addressing uncertainty within a framework for service delivery and evaluation. *BMC Palliat Care*, 2015. 14: p. 42.
11. Franken, L.G., et al., Pharmacokinetics of Morphine, Morphine-3-Glucuronide and Morphine-6-Glucuronide in Terminally Ill Adult Patients. *Clin Pharmacokinet*, 2016. 55(6): p. 697–709.
12. Franken, L.G., et al., Pharmacokinetic considerations and recommendations in palliative care, with focus on morphine, midazolam and haloperidol. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*, 2016. 12(6): p. 669–80.
13. Jansen, K., et al., Safety and Effectiveness of Palliative Drug Treatment in the Last Days of Life-A Systematic Literature Review. *J Pain Symptom Manage*, 2018. 55(2): p. 508–521 e3.
14. National Institute for Health and Care Excellence, Care of dying adults in the last days of life. 2015: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>.
15. Lokker, M.E., et al., Prevalence, impact, and treatment of death rattle: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*, 2014. 47(1): p. 105–22.
16. Sandvik, R.K., et al., Signs of Imminent Dying and Change in Symptom Intensity During Pharmacological Treatment in Dying Nursing Home Patients: A Prospective Trajectory Study. *J Am Med Dir Assoc*, 2016. 17(9): p. 821–7.
17. Smedback, J., et al., Palliative care during the final week of life of older people in nursing homes: A register-based study. *Palliat Support Care*, 2017. 15(4): p. 417–424.
18. Hendriks, S.A., et al., Dying with dementia: symptoms, treatment, and quality of life in the last week of life. *J Pain Symptom Manage*, 2014. 47(4): p. 710–20.
19. Caprio, A.J., et al., Pain, dyspnea, and the quality of dying in long-term care. *J Am Geriatr Soc*, 2008. 56(4): p. 683–8.
20. Teno, J.M., et al., Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*, 2004. 291(1): p. 88–93.
21. Jansen, K., et al., The impact of existential vulnerability for nursing home doctors in end-of-life care: A focus group study. *Patient Educ Couns*, 2016.
22. Brandt, H.E., et al., Predicted survival vs. actual survival in terminally ill noncancer patients in Dutch nursing homes. *J Pain Symptom Manage*, 2006. 32(6): p. 560–6.
23. Morita, T., et al., An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psychooncology*, 2000. 9(2): p. 164–8.
24. Kaasa, S., M.J. Hjermstad, and J.H. Loge, Methodological and structural challenges in palliative care research: how have we fared in the last decades? *Palliat Med*, 2006. 20(8): p. 727–34.
25. Wohleber, A.M., D.S. McKittrick, and S.E. Davis, Designing research with hospice and palliative care populations. *Am J Hosp Palliat Care*, 2012. 29(5): p. 335–45.
26. Agar, M., et al., Informed consent in palliative care clinical trials: challenging but possible. *J Palliat Med*, 2013. 16(5): p. 485–91.
27. Chen, E.K., et al., Why is high-quality research on palliative care so hard to do? Barriers to improved research from a survey of palliative care researchers. *J Palliat Med*, 2014. 17(7): p. 782–7.
28. Bullen, T., et al., Establishing research in a palliative care clinical setting: perceived barriers and implemented strategies. *Appl Nurs Res*, 2014. 27(1): p. 78–83.
29. Fitzsimons, D. and P.H. Strachan, Overcoming the challenges of conducting research with people who have advanced heart failure and palliative care needs. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2012. 11(2): p. 248–54.
30. Heisler, M., et al., Randomized Double-Blind Trial of Sublingual Atropine vs. Placebo for the Management of Death Rattle. *Journal of Pain & Symptom Management*, 2013. 45(1): p. 14–22 9p.
31. Likar, R., A clinical study examining the efficacy of scopolamin-hydrobromide in patients with death rattle (a randomised double-blind, placebo-controlled study). *Zeitschrift fuer Palliativmedizin*, 2002. 3.
32. Hall, S., S. Longhurst, and I.J. Higginson, Challenges to conducting research with older people living in nursing homes. *BMC Geriatr*, 2009. 9: p. 38.
33. Oliver, D.P., The growth of research in end-of-life care in nursing homes. *J Soc Work End Life Palliat Care*, 2011. 7(4): p. 283–5.
34. Albers, G., et al., What is the methodological rigour of palliative care research in long-term care facilities in Europe? A systematic review. *Palliat Med*, 2012. 26(5): p. 722–33.
35. Hall, S., et al., Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(3): p. CD007132.
36. Stevenson, D.G. and J.S. Bramson, Hospice care in the nursing home setting: a review of the literature. *J Pain Symptom Manage*, 2009. 38(3): p. 440–51.
37. Tyler, D.A., R.R. Shield, and S.C. Miller, Diffusion of palliative care in nursing homes: lessons from the culture change movement. *J Pain Symptom Manage*, 2015. 49(5): p. 846–52.
38. Aoun, S., et al., Family Caregiver Participation in Palliative Care Research: Challenging the Myth. *J Pain Symptom Manage*, 2017. 53(5): p. 851–861.
39. Gysels, M.H., C. Evans, and I.J. Higginson, Patient, caregiver, health professional and researcher views and experiences of participating in research at the end of life: a critical interpretive synthesis of the literature. *BMC Med Res Methodol*, 2012. 12: p. 123.
40. Grbich, C., et al., Creating a research culture in a palliative care service environment: a qualitative study of the evolution of staff attitudes to research during a large longitudinal controlled trial (ISRCTN81117481). *J Palliat Care*, 2008. 24(2): p. 100–9.
41. Hockley, J. and K. Froggatt, The development of palliative care knowledge in care homes for older people: the place of action research. *Palliat Med*, 2006. 20(8): p. 835–43.
42. Helsedirektoratet, Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende. 2017, Helsedirektoratet.
43. Thoresen L., Lillemoen L., Lereim Sævreid T.J., Gjerberg E., Førde R., og Pedersen R., Veileder: Forhåndssamtaler på sykehjem. 2017: Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.
44. Gjerberg, E., et al., Advance care planning in Norwegian nursing homes. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2017. 137(6): p. 447–450.
45. Brinkman-Stoppelenburg, A., J.A. Rietjens, and A. van der Heide, The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med*, 2014. 28(8): p. 1000–25.
46. Hanson, L.C., et al., Effect of the Goals of Care Intervention for Advanced Dementia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*, 2017. 177(1): p. 24–31.
47. Martin, R.S., et al., The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*, 2016. 17(4): p. 284–93.
48. Houben, C.H., et al., Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*, 2014. 15(7): p. 477–89.
49. Weathers, E., et al., Advance care planning: A systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults. *Maturitas*, 2016. 91: p. 101–9.
50. Kirsebom, M., et al., General practitioners' experiences as nursing home medical consultants. *Scand J Caring Sci*, 2016.
51. Flo, E., et al., A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes. *BMC Geriatr*, 2016. 16: p. 24.
52. Romoren, M., R. Pedersen, and R. Forde, How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. *BMC Med Ethics*, 2016. 17: p. 5.
53. Dreyer, A., R. Forde, and P. Nortvedt, Life-prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice? *J Med Ethics*, 2010. 36(7): p. 396–400.
54. Nielsen, M.K., et al., Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clin Psychol Rev*, 2016. 44: p. 75–93.
55. Ray, A., et al., Peaceful awareness in patients with advanced cancer. *J Palliat Med*, 2006. 9(6): p. 1359–68.
56. Jackson, V.A., et al., "It was haunting...": physicians' descriptions of emotionally powerful patient deaths. *Acad Med*, 2005. 80(7): p. 648–56.
57. Lowey, S.E., Letting go before a death: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 2008. 63(2): p. 208–15.
58. Pessin, H., et al., Existential distress among healthcare providers caring for patients at the end of life. *Curr Opin Support Palliat Care*, 2015. 9(1): p. 77–86.
59. Sanso, N., et al., Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *J Pain Symptom Manage*, 2015. 50(2): p. 200–7.
60. Rodenbach, R.A., et al., Relationships between personal attitudes about death and communication with terminally ill patients: How oncology clinicians grapple with mortality. *Patient Educ Couns*, 2016. 99(3): p. 356–363.
61. Dhawale, T., L.M. Steuten, and H.J. Deeg, Uncertainty of Physicians and Patients in Medical Decision Making. *Biol Blood Marrow Transplant*, 2017. 23(6): p. 865–869.
62. Kearney, M.K., et al., Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key to my survival". *JAMA*, 2009. 301(11): p. 1155–64, Err.
63. Mann, K., J. Gordon, and A. MacLeod, Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 2009. 14(4): p. 595–621.
64. Novack, D.H., et al., Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. *JAMA*, 1997. 278(6): p. 502–9.
65. Bollig, G., et al., A European multicenter study on systematic ethics work in nursing homes. *Scand J Caring Sci*, 2016.

– Faren er at man ikke tar døden på alvor

■ JULIE KALVELAND • Frilansjournalist

Anette Fosse forsker på livets slutt på sykehjem. Hun har tre råd til leger som skal ta samtalen om døden.

– Alle har et forhold til døden, vi vet jo at vi skal dø. Når en person får en fast sykehjemsplass, vet vedkommende at dette er siste stopp. Familien vet også det. Men det er varierende hvor mye de har snakket om det seg imellom.

Anette Fosse er fastlege og sykehjemslege i Mo i Rana. Den kombinerte stillingen som var den eneste ledige jobben da hun flyttet med ektemannen til byen i 1991, skulle vise seg å passe Fosse godt. Sykehjemsmedisinen har gitt variasjon i jobb-hverdagen, samtidig som hun fikk jobbe tett med dem som ofte faller mellom to stoler: skrøpelige gamle med sammensatte lidelser. Eller «helsevesenets pariakaste», som hun også sier. Da hun bestemte seg for å fordype seg i forskning, fant hun like godt en måte å kombinere en utsatt pasientgruppe med et enda mindre prioritert tema innen medisinen: Døden.

Flere dør på sykehjem

– Mange av de eldre jeg har snakket med sier at de ikke tenker så mye på døden og at de ikke er redde. Døden kommer når den kommer, sier Anette Fosse.

Som sykehjemslege har hun hatt mange samtaler om livets slutt. Hun opplever at hverdagsplagene er viktigere enn tanken på døden for de eldre. Det er likevel viktig å ta opp temaet, mener hun. De siste årene har det skjedd en forskyvning fra at en stor del av befolkningen dør på sykehus, til at halvparten av oss nå dør på sykehjem.

– Døden er på en måte flyttet ut av sykehusene, sier hun. Men at døden er blitt en vanlig gjest på sykehjemmene, er likevel ikke en grunn til at det skal tas lett på av dem som jobber på sykehjemmene presiserer hun: – Døden er en del av hverdagen på



sykehjem. Faren er at døden blir så rutinepreget at vi ikke tar på alvor familiene og den det gjelder. Dette er en engangshendelse i livet. Det må sykepleiere og leger være oppmerksomme på.

– Må bruke gylne øyeblikk

Anette Fosse disputerte ved Universitetet i Bergen i mai i fjor. Doktorgradsprosjektet hennes består av tre artikler (1, 2):

- Gjennomgang og analyse av studier på pasienter og pårørendes erfaringer ved livets slutt i sykehjem
 - Fokusgruppeintervjuer av turnusleger i Nordland
 - Spørreundersøkelse blant leger i Norge og Nederland
- Et gjennomgående trekk er at det er et ønske om at legen skal være tilgjengelig, at

det er for dårlig pleiebemanning og kunnskap, og for liten tid til å gjøre dette arbeidet, sier Fosse. Hun mener døden bør tas opp aktivt som et tema, men det betyr ikke nødvendigvis at leger bør utstyres med avkrysningsskjemaer.

– Vi må gjerne bruke huskelister og stikkord, men en mal passer ikke til alle pasienter. Vi må være nysgjerrig på pasienten og ikke på å få fylt ut skjemaet vårt, sier hun.

– Det vi kanskje må bli flinkere til å bruke er «gyldne øyeblikk», at det ikke nødvendigvis planlegges at på torsdag klokka fire skal vi snakke om døden. Temaet kan komme opp, og så må vi benytte sjansen.

– Er det noe spesielt som gjør at legen bør ta denne samtalen? Sykepleierne jobber jo ofte tettere på de eldre?



– Vi må kanskje bli flinkere til å bruke «gyldne øyeblikk», at det ikke nødvendigvis planlegges at på torsdag klokka fire skal vi snakke om døden, sier Anette Fosse.

– Jeg tenker at sykepleierne og hjelpepleierne også må kunne prate om dette. Om man har en formalisert setting der man snakker om det, bør både legen og den pleieren som kjenner pasienten best være til stede. Det kan komme opp spørsmål som bare de kan svare på, sier Fosse, men hun legger til: – Noen ganger blir det spurt om ikke spesialsykepleiere kan ha samtaler. Men både pasienter og pårørende vil ofte ha medisinske spørsmål. Da må legen også være med. Det er ikke enten-eller, men både-og.

Også demente bør tas med på råd

Når det gjelder hvem som er i stand til å snakke om egen framtid, er det kanskje flere enn man skulle tro, ifølge Fosse.

– De aller fleste som bor på sykehjem har en demenssykdom. Derfor tenker man at de ikke kan være med på slike samtaler og forberedelser, og de blir ikke tatt med. Men det viser seg at selv om den eldre har en ganske avansert sykdom, kan man få en fornemmelse av hva de ønsker seg om man snakker med vedkommende på riktig måte.

Men for dem som er demente, er det også viktig å ha velinformerte pårørende: – At mange har en demenssykdom og har van-

skelig for å uttrykke seg, gjør at pårørende blir de som skal ta avgjørelser på vegne av pasienten. Det er veldig vanskelig for dem om de ikke har fått informasjon.

Hun mener det er viktig å fortelle de pårørende om hva som kan komme til å skje: – Ofte kan vi gi ulike scenarioer: «det kan skje sånn eller sånn», «det kan ta så lang tid eller så lang tid».

Bør vite hva sykdommen innebærer

Det kan også være viktig å vite hva den konkrete sykdommen innebærer, mener Fosse. Hun trekker fram at demenssykdom ofte gjør at pasienten slutter å ta til seg næring, og at mange pårørende bekymrer seg for om pasienter sulter eller tørster.

– De pårørende trenger å vite at det at kroppen 'stenger ned' er en naturlig del av sykdommen. Det er viktig at de pårørende vet at pasientene får mat og drikke om de vil ha. Alle som jobber tett på – sykepleiere, leger og pleiepersonell – må kunne snakke om dette på en trygg måte.

Fosse mener også det er viktig at de pårørende vet at heller ikke legen alltid vet hva som vil skje:

– Vi må forberede dem på at man ikke kan planlegge døden, slik som at man heller ikke kan planlegge en fødsel.

Dette bør sykehjemslegene gjøre

Det viktigste sykehjemsleger kan gjøre, mener Fosse, kan kort oppsummeres slik:

- bruke tid
- være tydelig
- lytte

Anette Fosse mener at legene må «tåle at pasientene trenger tid». Det kan for eksempel komme av at pasienten hører dårlig. Videre er det et mål å være tydelig i møte med pasienten: – Legen må være bevisst på hvilket tilbud pasienten skal få og forklare hvorfor.

Det aller viktigste er å være der for pasientene. Derfor må legen være lydhør, mener Fosse: – Et dødsleie er ikke alltid like vakkert. Både den pårørende, pasienten selv og vi leger må tåle at det er ubehagelig. Men vi må gjøre dem trygge på at vi skal gjøre vårt beste.

REFERANSER

1. Fosse A. «Livets slutt i sykehjem – pasientens ønsker og legens rolle». Bergen: Universitetet i Bergen; 2018.
2. Fosse A. Sykehjemspasienten, legen og døden. Utposten 2018; nr. 5: 30–2.

■ JKALVELAND@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.

WEB

annonser på **Utposten's**
nye nettsider

FORMAT OG PLASSERING

Annonnene vil vises gjennomgående på alle sider på utposten.no.

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

- Standardrullering (visningsperiode er fra utleggingsdato for utgave av Utposten og to måneder onlinetid): 3500,- ekskl. mva pr. annonse
- Ta kontakt for andre visningsalternativer

For å nå ut til flest mulig lesere kan det være en god kombinasjon å ha annonser både på nettet og i papirutgaven av tidsskriftet.

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 28.1: 7/8-2018
- 1.4: 1-2019
- 6.5: 2-2019
- 3.6: 3-2019
- 5.8: 4-2019
- 4.11: 5-2019
- 16.12: 6-2019
- 20.12: 8-2019
- 27.1.2020: 7-2019

WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO

Abstracts

Forskningsdagen på primærmedisinsk uke (PMU) i 2018 inneholdt presentasjoner av en rekke ulike forskningsprosjekter, helt fra prosjekter i en tidlig fase, og fram til fullførte doktorgrader. Tilhørerne fikk høre siste nytt innen norsk primærmedisinsk forskning, der det var forskerne selv som presenterte og som svarte på spørsmål fra salen. Til sammen 14 prosjekter ble presentert, i tillegg til innlegg fra Forskningsrådet og UiO. Prosjektene hadde svært ulik tematikk, slik det seg hør og bør når de skal speile allmennmedisinen. I tillegg til viktige bidrag til norsk allmennmedisin, viste forskerne hvordan et prosjekt kan planlegges og gjennomføres, til inspirasjon for nye forskningsrekrutter. Forskningsdagen var en del av grunnkurs D (allmennlegen som forsker og kunnskapshåndterer) og ble ledet av Aase Aamland og Arne Fetveit.

FRIE FOREDRAG

ACUBACK-studien: Akupunktur for akutte korsryggsmerter – en randomisert, kontrollert multisenterstudie i allmennpraksis

TRYGVE SKONNORD¹, HOLGEIR SKJEIE¹, METTE BREKKE¹, MARGRETH GROTE², ATLE KLOVNING¹, ARNE FETVEIT¹

¹ Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

² Institutt for fysioterapi, OsloMet – Storbyuniversitetet

BAKGRUNN

Ryggsmerter er vanlig og helst ufarlig, men kan ha store konsekvenser for den enkelte og for samfunnet. Målet for behandlingen er å raskt kunne gjenoppta normale aktiviteter. Vi har klinisk erfaring med at akupunkturbehandling kan bidra med dette, men dokumentasjonen har vært sparsom. Formålet med denne studien var å evaluere om én enkelt behandling med akupunktur kan gi raskere tilfriskning for akutte uspesifikke korsryggsmerter brukt i tillegg til standard ryggbehandling i henhold til nasjonale retningslinjer.

METODE

Voksne i alderen 20–55 år med akutte korsryggsmerter ble randomisert til standard

behandling alene eller standard behandling og akupunkturbehandling. Ulike fastleger på totalt elleve legekontorer behandlet de to gruppene. Pasienter med nerverotsaffeksjon, «røde flagg», graviditet, tidligere sykmelding over 14 dager og uførepensjon ble ekskludert.

Primært resultatmål var median tid til tilfriskning (dager). Sekundære mål var smerteintensitet, egenvurdert bedring, ryggspesifikk funksjonell status, sykefravær, medisiner og bivirkninger. Statistiker har vært blindet for behandlingsgruppe.

Pasientene svarte på elektroniske spørreskjemaer på 19 forskjellige tidspunkter fra før behandling til ett år etter. For å lette datainnsamlingen, utviklet vi software

som automatiserte epost-utsendelse. Vi gjennomførte en pilotstudie, med påfølgende justering av logistikk og videreutvikling av programmet.

RESULTATER

Vi har utviklet software som gav dokumentert bedre svarprosent etter innføring av automatiske påminnelser. Av 338 påbegynte samtykkeskjemaer, gjennomførte 171 deltakere intervensjonen og totalt ble 87,4 prosent av spørreskjemaene besvart. Analysene er gjennomført med 86 deltakere i kontrollgruppen og 81 i akupunkturgruppen. Baseline data viser at gruppene stort sett var like. Hovedresultatene i studien er fortsatt under bearbeiding og blir ikke presentert.

Har metenamin effekt hos kvinner med residiverende urinveisinfeksjoner?

LINDA RUI¹, SVEIN GJELSTAD¹, MORTEN LINDBÆK¹

¹ Antibiotikasenteret for primærmedisin, Avd. for allmennmedisin, HELSAM, UiO

BAKGRUNN

Antibiotikaresistens er et alvorlig, globalt helseproblem som også er økende i Norge. For å reversere denne utviklingen må man finne nye og bedre måter å håndtere infeksjoner på. Å redusere antibiotikabruk, spesielt de bredspektrede midlene, er viktig. Urinveisinfeksjoner er en stor gruppe infeksjoner som det gis antibiotika mot i allmennpraksis. Dette gjelder særlig hos kvinner. I dette prosjektet har man søkt å finne

om metenamin har effekt hos denne gruppen pasienter.

METODE

Retrospektivt (ti år) registerstudie med data fra Reseptregisteret. Her ser vi på sammenhengen mellom antibiotika-uthefter pga. UVI hos kvinner og hvordan dette påvirkes ved bruk av metenamin.

RESULTATER

Metenamin ser ut til å redusere antall urinveisinfeksjoner hos kvinner med residiverende forekomst av dette.

KONKLUSJON

Datamaterialet er ikke ferdig analysert.

Seksuelt overførbare infeksjoner etter seksuelt overgrep

KATARINA SKJÆLAAEN¹, METTE BREKKE²,
HELLE NESVOLD¹, ANNE OLAUG OLSEN^{3,4},
ANNE-MARTE BAKKEN KRAN⁵, MIRIAM SARE⁵,
ODD MARTIN VALLERSNES^{1,2}

¹ Allmennlegevakten, Helseetaten Oslo kommune

² Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

³ Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførte infeksjoner, Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer, Oslo universitetssykehus

⁴ Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

⁵ Avdeling for mikrobiologi, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

BAKGRUNN

Pasienter som søker overgrepsmottak er ofte bekymret for smitte med seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Overgrepssatsen er i en sårbar situasjon og frykten for smitte utgjør en tilleggsbelastning. Mer kunnskap om forekomst av SOI ved primærundersøkelse etter et overgrep og i oppfølgingen vil ha betydning for å vurdere klinisk praksis vedrørende videre prøvetaking og forebyggende behandling. Formålet med denne studien er å registrere forekomst av SOI ved primærundersøkelser og i oppfølging for å få flere og representative norske data om forekomsten av SOI smitte hos pasienter som undersøkes etter seksualovergrep. Videre vil studien gi en mulighet til å vurdere om det er enkelte variabler som kan predikere forhøyet risiko for smitte, samt oppmøte eller uteblivelse ved kontroll.

METODE

Studien er en kohortundersøkelse blant pasienter som blir undersøkt ved Overgrepsmottaket i Oslo etter angitt seksualovergrep. Primærmålgruppen er pasienter f.o.m. 14 år som har fått medisinsk undersøkelse på Overgrepsmottaket. Vi registrerer kjønn, alder, type overgrep, behandling gitt, symptomer på infeksjon og ev. skader mht. økt risiko for smitte. Mikrobiologiske prøver tas ved primærundersøkelsen og ved kontroll etter to uker, fem til seks uker og tre måneder.

I tillegg noterer vi om pasientene møter til kontroll og om de blir henvist videre. Alle data som registreres inngår i det som rutinemessig innhentes og journalføres i forbindelse med primærundersøkelser og kontroller. Deltagerne i prosjektet vil ikke bli ekstra belastet og vil få samme tilbud som andre pasienter. Vi planlegger å inkludere ca. 600 pasienter.

RESULTAT

Frem til i dag (august 2018) er 390 deltagere inkludert.

Bronkiolittbehandling før og etter endring i anbefalt forstøverbehandling – en gjennomgang av forstøverbehandlingen i primær- og sekundærhelsetjenesten i Oslo mellom 2009 og 2017

NICOLAI KLEM¹, ODD MARTIN VALLERSNES^{1,2},
BEATE NILSEN¹, HÅVARD OVE SKJERVEN³, METTE
BREKKE²

¹ Oslo Kommunale Allmennlegevakt

² Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

³ Barneavdelingen for allergi og lungesykdommer, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

BAKGRUNN

Mange barn blir brakt til legevakter og sykehus med luftveisproblemer og pustevansker. Blant de yngste av disse barna, under ett år, har mange bronkiolitt. Behandlingen av bronkiolittbarn har vært omdiskutert lenge, og i 2013 endret man anbefalt behandling ved bruk av forstøver. De nasjonale retningslinjene anbefaler nå kun bruk av saltvann på forstøver, og har gått vekk fra bruken av racemisk adrenalin, da det ikke har noe overlegen effekt over saltvannsinhalasjon. Følger leger disse anbefalingene, eller brukes fortsatt utdaterte anbefalinger («gammel viten»)? Til slutt; er det forskjeller i etterlevelse av anbefalinger i spesialisthelsetjenesten (sykehusbarneavdeling) og i primærhelsetjenesten (legevakten)?

METODE

Vi gjør et retrospektivt observasjonell studie ved Legevakten i Oslo og ved barneavdelingen på Oslo universitetssykehus. Vi inkluderer alle pasienter yngre enn ett år med bronkiolitt i årene 2009, 2014 og 2017. Pasientene finnes ved systematisk gjennomgang og søk i det elektroniske pasientjournalssystemet. Vi registrerer pasientens alder og kjønn, klinisk tilstand, vitalparametre, CRP, hva slags forstøverbehandling som blir brukt, annen behandling, legens vurdering av behandlingseffekt, og videre plan for pasienten (hjem/rekontakt/sykehus).

RESULTATER

Det foreligger ikke endelig resultater på nåværende tidspunkt, da vi fortsatt holder på med datainnsamlingen. På nåværende tidspunkt har vi laget en database på legevakten med over 600 inkluderte pasienter, etter å ha gjennomgått over 4000 pasientjournaler.

Palliative primary care – a Norwegian questionnaire study on General Practitioners' role

ANNE FASTING^{1,2}, IRENE HETLEVIK¹,
BENTE PRYTZ MJØLSTAD¹

¹ General Practice Research Unit, Department of Public Health and Nursing, NTNU, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim

² Unit for Palliative Care and Chemotherapy Treatment, Cancer Department, Møre og Romsdal Hospital Trust, Kristiansund

BACKGROUND

The aim of this study is to gain knowledge about the GPs role in palliation in the community setting, in relation to the guidelines for palliative care.

METHODS

The study is a questionnaire survey based on elements from the national guideline in palliation. Data was analyzed descriptively, using SPSS. The questionnaire was sent to all 246 GPs in one Norwegian county. Response rate was 57.7 percent. The main outcome measures were whether participants used tools depicted in the guideline and how they communicated with partners and regarded their own role in the palliative trajectory. There was a focus on participation in terminal care.

RESULTS

GPs both saw few patients with palliative needs and felt challenged in maintaining their competence. Few used tools for symptom assessment, and aids for co-operation and advanced care plans were rarely used. The GPs had less communication with the specialist health service than with collaborative partners in the community. Half saw the GP as a key worker in palliative care, and half made themselves available outside office hours. One third had not taken part in terminal care within the last three years. A majority felt that their patients received adequate relief. Most GPs wanted more knowledge on the subject

CONCLUSIONS

GPs had varying experiences from palliative care. However, they experienced that patients received adequate care. Important elements in the guideline was not in use by many GPs, and they did not have a uniform view on their role in the palliative trajectory. Further research is needed to explore the reasons for this.

KEYWORDS: palliation; primary care; general practice; guideline; symptom assessment; advanced care planning

Diabetes hos sørasiater, utfordringer og muligheter. En kohortstudie av pasienter fra Sør-Asia med type 2 diabetes i allmennpraksis

NOREEN YAHYA¹, ANH THI TRAN²

¹ Allmennmedisinsk forskningsenhet, Universitetet i Oslo

² Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

En av landets største innvandringspopulasjoner er personer med opprinnelse fra India, Pakistan, Bangladesh og Sri Lanka, en region kalt Sør-Asia. Denne populasjonen har høyere forekomst av type 2 diabetes enn den generelle norske befolkningen. De får sykdommen 10–15 år tidligere og har ikke optimal glykemisk kontroll selv om de får forskrevet flere medikamenter mot diabetes enn nordmenn.

Målet med denne studien er som følger:

- Gjennomføre en kohortstudie i allmennpraksis i fem år og undersøke om regelmessige diabeteskontroller har betydning for blodsukkerkontroll og forebygging av komplikasjoner hos sørasiater.
- Identifisere utfordringer hos allmennleger for optimal diabetesbehandling hos sørasiater. Vil pedagogisk intervensjon bedre behandlingskvaliteten?
- Undersøke oppfatninger om diabetes hos sørasiater, og kartlegge muligheter for, og barrierer mot, helsefremmende adferd.

METODE

DESIGN: Prospektiv kohortstudie fra 2019 til 2023.

SETTING: Allmennpraksis.

METODE: Kvantitativ og kvalitativ.

MATERIALE: 200–300 sørasiater med type 2 diabetes.

INTERVENSJON: Månedlige fagmøter med endokrinolog for deltakende fastleger.

HOVEDUTFALL: Nivå og endring i HbA_{1c}.

SEKUNDÆRE UTFALL: Nivå og endring av blodtrykk, lipider, albuminuri, medikamentell behandling, mikro-/makrovaskulære komplikasjoner.

KONKLUSJON

Vi planlegger tre artikler:

1. Utfordringer hos fastlegen for optimal behandling av type 2 diabetes hos sørasiater.
2. Vil pedagogisk intervensjon av fastlegen føre til bedring i HbA_{1c}, blodtrykk og lipider hos sørasiater?
3. Barrierer mot etterlevelse av livsstilsråd og medikamentell behandling hos sørasiater med type 2 diabetes.

Physical activity during pregnancy – relation with postpartum depression

NILAM SHAKEEL¹, KÅRE RØNN RICHARDSSEN², MALIN EBERHARD-GRAN³, KARI SLINNING⁴, EGIL W. MARTINSEN⁵, ANNE KAREN JENUM¹

¹ General Practice Research Unit (APE), Department of General Practice, Institute of Health and Society, University of Oslo

² Department of Physiotherapy, Faculty of Health Sciences, OsloMet – Oslo Metropolitan University

³ Domain for Mental and Physical Health, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway, Health Services Research Centre, Akershus University Hospital, Lørenskog

⁴ Center for Child and Adolescent Mental Health Eastern and Southern Norway (R.BUP Oslo)

⁵ Division of Mental Health and Addiction, Oslo University Hospital, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo

BAKGRUNN

Physical activity in pregnancy is known to reduce the risk of gestational diabetes, improve maternal health and well-being, prevent excessive weight gain, and may prevent preeclampsia. However, a majority fails to meet the physical activity guideline in pregnancy (a minimum of 150 min of moderate-to-vigorous intensity physical activity (MVPA) per week). There are few studies about physical activity and postpartum depression and they have inconclusive results. Most studies have used subjective data (questionnaires). In this study we aim to assess the relationship between physical activity in pregnancy and postpartum depression.

METHODS

DESIGN: Population-based cohort of healthy pregnant women.

SETTING: Child Health Clinics in Groruddalen, Oslo.

DATA COLLECTION: May 2008–March 2010.

STUDY SAMPLE: 643 women with ethnic origin from 65 countries.

The main exposure variable in this study was physical activity recorded objectively

with *Sense Wear™ Pro3 Armbands*. Depression was rated with *The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, which is a screening instrument designed for postpartum depression.

RESULTS

Women who accumulated ≥ 150 MVPA minutes/week had significantly lower risk (OR = 0.2, 95 percent CI: 0.06–0.90), for postpartum depression compared to those who did not accumulate any minutes/week of MVPA, adjusted for ethnic minority background, depressive symptoms in the index pregnancy and self-reported pelvic girdle syndrome. The results for MVPA persisted in the sub-sample of ethnic minority women.

CONCLUSIONS

Pregnant women who meet the physical activity recommendation and are physically active with moderate to vigorous intensity during pregnancy have a lower risk of postpartum depression. Ethnic minorities are less likely to meet these criteria.



PRESENTASJON AV DOKTORGRADER

Livets slutt i sykehjem – pasientens ønsker og legens rolle

ANETTE FOSSE^{1,2} VEILEDERE: OVERLEGE MARGRETHE AASE SCHAUFEL^{1,3}, PROFESSOR KIRSTI MALTERUD^{1,2}, PROFESSOR SABINE RUTH^{1,2}

¹ Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen (Uni Research Helse)

² Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

³ Lungeavdelingen, Haukeland universitetssjukehus

AVHANDLINGENS TITTEL: «Livets slutt i sykehjem – pasientens ønsker og legens rolle»

BAKGRUNN

Bortimot halvparten av alle dødsfall i Norge skjer i sykehjem. Sykehjemslegen skal sammen med pleiepersonalet bidra til at pasientens verdighet ivaretas når døden er i sikte. Jeg har undersøkt vilkår for legens arbeid med dette. Avhandlingen er basert på tre delstudier som belyser følgende problemstillinger: Hva sier forskningslitteraturen om pasienters og pårørendes forventninger og erfaringer om sykehjemslegers bidrag til god kvalitet på omsorgen ved livets slutt? Hvilke læringserfaringer får nyutdannede leger fra arbeidet med livets slutt i sykehjem? Hvordan vurderer sykehjemsleger i Norge og Nederland barrierer og strategier for legearbeid ved livets slutt?

METODE

Første delstudie var en kvalitativ metasynthese. Vi brukte Noblit og Hares syvtrinns prosedyre for metaetnografi i analysen av de 14 inkluderte studiene. Vi så spesielt etter pasienters og pårørendes forventninger til og erfaringer med sykehjemslegens arbeid med livets slutt. I andre delstudie brukte vi materiale fra tre

fokusgruppeintervjuer med 16 turnusleger for å undersøke deres læringserfaringer med livets slutt i sykehjem. Analysen ble foretatt med systematisk tekstkondensering, med teoretisk støtte av Lave og Wengers teori om situert læring og legitim perifer deltakelse. Den tredje delstudien var en spørreskjemastudie der 435 norske og 244 nederlandske sykehjemsleger deltok. Svarene ble analysert med SPSS. Sammenligning mellom Norge og Nederland ble gjort med khi-kvadrat-test og t-test.

RESULTATER

Metasynthesen viste at pasienter og pårørende forventer sykehjemspersonell som gjenkjenner sykdomsforløp og er i forkant av behov for symptomkontroll og informasjon. Et gjennomgående funn var pårørendes bekymring for mangelfull pleierbemanning, kompetanse og legetilgjengelighet. Pasientens samtykkekompetanse ble ofte undervurdert. I fokusgruppestudien fant vi at turnuslegene lærte nye sider ved legerollen i tverrfaglig fellesskap i møte med døden. Spørreskjemastudien

viste større likheter enn forskjeller mellom norske og nederlandske sykehjemsleger. Viktige barrierer var lav pleierbemanning, mangelfull kompetanse og legens tidsnød. Foretrukne forbedringsstrategier var rutiner for involvering av familie, forhåndsamtaler, monitorering av symptomer, og målrettet utdanning.

KONKLUSJON

Avhandlingen viser hvordan legen kan motvirke verdighetskrenkelser ved at samtaler ved livets slutt er pasientfokustert framfor prosedyrestyrt. Tid, kompetanse og interesse er nøkkelementer i forbedring av arbeidet med livets slutt i sykehjem. Legeutdanningen bør legge større vekt på refleksjon rundt døden, og sette leger i stand til å tåle eksistensielle og faglige dilemma i livets slutfase. Sykehjem som læringsarena kan gi mer nyansert innsikt i legerollen og erfaring med tverrfaglig praksisfellesskap. I avhandlingen har jeg undersøkt sykehjemslegens rolle, men analysene av legers forhold til døden og arbeid med mennesker i livets siste fase har relevans for alle leger.

Uheldig legemiddelbruk hos eldre – en moderne epidemiologi

GUNHILD ALVIK NYBORG¹ VEILEDERE: PROFESSOR METTE BREKKE¹, PROFESSOR JØRUND STRAAND¹

¹ Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

AVHANDLINGENS TITTEL: «Inappropriate Medication Use in the Elderly – A Modern Epidemic»

BAKGRUNN

Moderne farmakologi har vært i rivende utvikling. Blant eldre er polyfarmasi blitt vanlig. Samtidig gjør fysiologiske aldersforandringer at eldre er ekstra utsatt for bivirkninger og interaksjoner ved medisinerbruk. Medisinering av eldre er derfor kompleks. «Potensielt uhensiktsmessige legemidler» er legemidler, eller kombinasjoner av legemidler, der risikoen for interaksjoner eller bivirkninger antas å overgå nytteeffekten. Formålet med denne studien var å belyse omfanget av potensielt uheldig legemiddelbruk hos eldre i Norge, hjemmeboende og sykehjemsbeboere, og å utvikle en liste med eksplisitte kriterier for potensielt uheldig legemiddelbruk beregnet på eldre sykehjemsbeboere.

METODE

I første del av avhandlingen ble prevalensen av, og prediktorer for, potensielt uhensiktsmessig legemiddelbruk hos hjemmeboende eldre undersøkt ved NORGE-kriteriene i en nasjonal tverrsnittundersøkelse. Data hentet fra Reseptregisteret inkluderte alle forskrivninger fra alle leger utenfor institusjon i hele Norge, for hele 2008, til alle eldre ≥ 70 år (445 900 individer, 88,3 prosent av befolkningen ≥ 70 år); til sammen 11 491 065 forskrivninger fra 24 540 leger. Deretter fulgte en tre-runders Delphi konsensusprosess med 49 deltakere: sykehjemsleger, spesialister i geriatri eller klinisk farmakologi, samt utvalgte farmasøyter, for å utvikle en liste med eksplisitte kriterier for potensielt uheldig

legemiddelbruk hos eldre i sykehjem (NORGE-NH-kriteriene). NORGE-NH-kriteriene ble så benyttet i avhandlingens tredje del, der prevalens av, og faktorer forbundet med, potensielt uhensiktsmessig legemiddelbruk i sykehjem ble undersøkt blant 881 sykehjemsbeboere fra 30 sykehjem i Vestfold.

RESULTATER

34,8 prosent av alle hjemmeboende eldre i Norge fikk i løpet av 2008 forskrevet minst ett potensielt uhensiktsmessig legemiddel. Kvinner hadde høyere risiko enn menn (odds ratio 1,60, 99 prosent K.I. 1,58–1,64). 59,9 prosent var psykotrope legemidler; antidepressiva, antipsykotika, anxiolytika,

hypnotika og/eller opioider. En av fem fikk forskrevet ti ulike medikamenter eller mer. Blant disse fikk 2/3 minst ett potensielt uheldig legemiddel.

Resultatet av Delphi-prosessen ble Norwegian General Practice – Nursing Home-kriteriene, bestående av 34 kriterier, 27 foreslått av forfatterne før prosessen startet, samt syv kriterier foreslått av panelet i prosessens runde 1.

44 prosent av sykehjemsbeboere i Vestfold brukte minst ett potensielt uheldig legemiddel fast, i henhold til NORGE-PNH-kriteriene del A (enkeltmedikamenter som bør unngås) og del B (kombinasjon av medikamenter som bør unngås). 70 prosent brukte minst ett psykotropt legemiddel fast. Kvinner hadde også her høyere risiko for potensielt uheldig legemiddelbruk (odds ratio 1,60, $p=0,007$). 93 prosent bruk-

te medisiner som trenger spesiell overvåking, fast og/eller ved behov.

KONKLUSJON

Omfanget av potensielt uheldig legemiddelbruk blant eldre i dag er så omfattende at det innebærer en helseisiko i seg selv. Funnene avdekket et behov for økt fokus på legemiddelbehandling hos eldre.

Kjennskap til egen diagnose – helsemessige konsekvenser?

PÅL JØRGENSEN¹ VEILEDERE: PROFESSOR SIRI FORSMO¹, PROFESSOR ARNULF LANGHAMMER¹, PROFESSOR STEINAR KROKSTAD¹

¹ Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

AVHANDLINGENS TITTEL: «Diagnostic labelling and implications for health, a population-based study»

BAKGRUNN

Begrepet «diagnostic labelling», definert som det å ha kjennskap til egen diagnose, har stort sett vært brukt i studier av hypertensjon «labelling». De første studiene viste hvordan sykefraværet økte i etterkant av at industriarbeidere var diagnostisert med hypertensjon ved screening. Screening av asymptomatiske personer er nødvendig hvis man skal spore opp de tidligste stadier av vår tids største helsetrussel: «ikke-smittsomme sykdommer». Teoretisk sett, og rent intuitivt, virker det rimelig at tidlig diagnostikk av sykdom og risikotilstander vil føre til økt nytte av behandling. Dette har imidlertid ikke latt seg vise for diabetes type 2 (DM2) – eller hypertensjonsscreening, ei heller for generelle helsesjekker i allmennmedisinske populasjoner.

METODE

Vi studerte «diagnostic labelling» av stoffskiftesykdom, DM2 og hypertensjon i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT2 (1995–97) og HUNT3 (2006–08)), ved å

bruke selvopplevd helse og mortalitet som utfallsvariabler. Personer som rapporterte at de hadde en av diagnosene ble sammenlignet med friske. Det samme ble de som rapporterte at de ikke hadde diagnosene, men hvor målingene i HUNT kvalifiserte for den aktuelle diagnosen.

RESULTATER

Den første studien i avhandlingen var en tverrsnittundersøkelse av HUNT2 populasjonen. Vi fant at personer med diagnostisert sykdom rapporterte dårligere selvopplevd helse enn friske, mens kvinner som hadde udiagnostisert eller subklinisk hypotyreose, og personer med udiagnostisert alvorlig hypertensjon, rapporterte bedre selvopplevd helse enn friske. For øvrig var selvopplevd helse lik blant udiagnostiserte og friske. Den andre studien var en prospektiv studie. Vi kunne da fange opp endring i diagnostisk status fra HUNT2 til HUNT3. Vi fant at personer med diagnostisert sykdom (enten det var ved inklusjon ved HUNT2 eller som ble diagnostisert i løpet av oppføl-

gingstiden) stort sett rapporterte dårligere selvopplevd helse sammenlignet med friske. Personer med udiagnostisert sykdom derimot, rapporterte lik selvopplevd helse som friske. I den tredje studien analyserte vi totaldødelighet fram til 15. juni 2016 blant deltagere (20 år eller eldre) med uoppdaget og oppdaget sykdom i HUNT2, sammenlignet med friske. Vi fant at dødeligheten var økt hos de med diagnostisert DM2 og hypertensjon, sammenlignet med friske. Ved udiagnostisert sykdom var det kun de med uoppdaget DM2 i HUNT2 som hadde økt dødelighet.

KONKLUSJON

Funnene tyder på at personer med udiagnostisert sykdom har like god selvopplevd helse som friske. Og med unntak for DM2, fant vi ikke økt mortalitet blant de udiagnostiserte sammenlignet med friske. Funnene kan indikere en negativ helsemessig effekt av kjennskap til egen diagnose, målt ved selvopplevd helse og mortalitet.

Legemiddelutprøvinger i norsk allmennpraksis

ANJA BRÆND¹ VEILEDERE: FØRSTEAMAUENSIS ATLE KLOVNING¹ OG PROFESSOR JØRUND STRAAND¹

¹ Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

AVHANDLINGENS TITTEL: «Kliniske legemiddelutprøvinger i norsk allmennpraksis – en kohortstudie av utprøvinger identifisert fra søknader til Statens legemiddelverk 1998–2007»

BAKGRUNN

Kliniske studier danner grunnlaget for kunnskap om effekten av legemidler. De fleste resepter i Norge skrives ut i allmennpraksis, likevel blir de fleste legemiddelstudier gjennomført på sykehus. Formålet med avhandlingen var å undersøke kliniske legemiddelutprøvinger i norsk allmennpraksis. Vi har beskrevet studiene, undersøkt om resultatene ble publisert og vurdert hvordan resultatartiklene beskrev studiene med henblikk på ekstern validitet.

METODE

Vi identifiserte legemiddelutprøvinger i allmennpraksis fra arkivet i Statens Legemiddelverk. Arkivet inneholdt søknader om å gjennomføre legemiddelstudier i Norge. Vi inkluderte studier for tiårsperioden 1998–2007 og beskrev antall studier og kjennetegn ved studiene. For å identifisere publikasjoner fra studiene gjorde vi systematiske litteratursøk og kontaktet sponsorene av studier. I hovedartikkelen fra hver studie undersøkte vi hvordan opplysninger med betydning for studienes eksterne validitet var beskrevet.

RESULTATER

Vi identifiserte 196 legemiddelstudier i allmennpraksis, 10 prosent av alle legemiddelstudier i denne tiårsperioden. Mer enn 90 prosent var multinasjonale studier i regi av legemiddelindustrien, og 77 prosent av studiene inkluderte pasienter fra både allmennpraksis og spesialisthelsetjenesten. Fem av studiene ble aldri påbegynt. Av de 191 gjenværende studiene fant vi at resultatene var publisert i en tidsskriftartikkel i 71 prosent av studiene, 11 prosent hadde resultater som var offentlig tilgjengelig på

annen måte, mens 18 prosent ikke hadde offentlig tilgjengelige resultater. Publisering var vanligere i studier med en aktiv komparator, store studier og studier av lengre varighet. I de 134 artiklene som beskrev hovedresultater, undersøkte vi om de gav tilstrekkelig informasjon til å vurdere den eksterne validiteten av studiene. Den kliniske settingen ble beskrevet i 22 prosent av artiklene, mens rekruttering og utvalget av

pasienter ble beskrevet i 46 prosent av artiklene. Komorbiditeten til inkluderte pasienter ble beskrevet i 40 prosent av artiklene, bruk av andre medikamenter enn den som ble prøvd ut, ble beskrevet i 20 prosent av studiene.

KONKLUSJON

Det var få legemiddelstudier i allmennpraksis, og de fleste av studiene i allmenn-

praksis inkluderte pasienter på sykehus også. Legemiddelindustrien stod bak de aller fleste studiene. Knappt en femtedel av studiene hadde ikke offentlig tilgjengelige resultater. Viktig informasjon ble ofte utelatt i resultatartiklene, spesielt informasjon om studiens kliniske setting, om inkluderte pasienter samtidig hadde andre sykdommer og om de brukte andre medisiner.

Allmennlegers erfaringer som portvakt: utfordringer, håndtering og konsekvenser

STEIN NILSEN^{1,2} VEILEDERE: PROFESSOR II KIRSTI MALTERUD^{1,2}, FORSKER AASE AAMLAND^{1,2}

¹ Allmennmedisinsk Forskningsenhet, Bergen, UNI Research Helse

² Forskningsgruppen for allmennmedisin, Institutt for global og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

AVHANDLINGENS TITTEL: «Fastlegers erfaringer som portvakt: utfordringer, håndtering og konsekvenser»

BAKGRUNN

Oppgaven som portvakt har vært en naturlig del av allmennlegens funksjon i mange tiår, men portvakten er kommet under press ved fremveksten av nye idealer om pasientsentrert kommunikasjon og pasientautonomi. Allmennleger beskriver portvaktoppdraget som krevende. De opplever en økende konflikt mellom å skulle være pasientens hjelper og samtidig opptre som samfunnets kontrollør, og har fått kritikk for at de ikke vier denne oppgaven tilstrekkelig oppmerksomhet.

METODE

I avhandlingen er det brukt kvalitativ forskningsmetode. Delstudie I og II bygger på fokusgruppeintervjuer med 48 allmennleger (31 menn, 17 kvinner) knyttet til deres erfaringer med og forhandlinger rundt vanskelige sykemeldingstilfeller. I delstudie III hentet vi data fra individualintervjuer med seks erfarne allmennleger (tre menn og tre kvinner) der temaet var deres erfaringer med å avvise pasientens ønsker.

Data er analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC).

RESULTATER

I delstudie I beskrev allmennlegene sykemeldingsvurderinger for pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) som en utfordrende oppgave, særlig fordi de savnet objektive tegn på sykdom. De valgte derfor å stole på pasientens fremstilling og vektlegge denne i sine vurderinger. De ble også påvirket av andre forhold, som pasientens evne til å vekke tillit, og tidligere kjennskap til pasienten. I delstudie II ga legene uttrykk for at langvarige sykemeldinger for disse pasientene kunne være uheldig, og beskrev hvordan de benyttet en gi-og-ta-strategi når de forhandlet med pasienten om sykemelding. Strategien gikk ut på først å bygge allianse ved å vise forståelse og etterkomme ønsket om sykemelding, for deretter å prøve å bringe pasienten tilbake i arbeid så raskt som mulig. I delstudie III beskrev allmennleger erfaringer med å avvise pasien-

tens ønsker. Avvisningene endte ofte i uavklarte konflikter eller direkte konfrontasjoner, og kunne føre til sterke negative følelser, grubling og selvbekreidelser hos legen. I noen tilfeller kunne lege-pasient-forholdet bli skadelidende eller ødelagt.

KONKLUSJON

Avhandlingen viser hvordan allmennlegen strever med å veie flere ulike hensyn mot hverandre i utøvelsen av portvaktoppdraget. Allmennlegen prøver å ta hensyn til både lege-pasient-forholdet, egne følelser og jobbtilfredshet, og en riktig fordeling av helse- og velferdsgoder. Alle faktorene er hver for seg legitime, og et kompromiss mellom disse ofte motstridende hensynene må anerkjennes som grunnlaget for portvaktfunksjonen. Allmennlegens forutsetninger for å løse portvaktoppdraget bør styrkes. Dette kan skje gjennom bedre faglig kompetanse i klinisk kommunikasjon, en tryggere fagetisk forankring og et tydelig overordnet politisk mandat til å utøve portvaktoppdraget.



1847 Barselfeber og håndvask

■ HARALD SIEM • Seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865) var en ungarsk-østerriksk lege, som påviste sammenhengen mellom mangel på håndhygiene og utbredelsen av barselfeber.

Hva skjedde?

Allgemeine Krankenhaus i Wien hadde to fødeavdelinger. På den første døde 13–18

Ignaz Semmelweis (1818–1865) fikk senere tilnavnet «mødrenes frelser» fordi han fikk dødsraten for kvinner på barselstuene ned på omkring én prosent. FOTO: WIKIMEDIA COMMONS



prosent av mødrene av barselfeber. På den andre bare omkring to prosent. Overklasskvinnene lå på den første avdelingen og ble sett til av lege, mens de på den andre avdelingen måtte nøye seg med jordmødre. «Nøye seg med» er kanskje ikke riktig uttrykt, det var jo her dødeligheten var lavest.

Legene gikk rett fra liksalen til fødeavdelingen, uten noen hygienetiltak, slik som for eksempel grundig håndvask. Jordmødrene var ikke på liksalen.

Semmelweis' gode venn rettsmedisinen Jacob Kolletschka (1803–1847) døde av en infeksjon etter at han hadde fått et stikksår i en finger under en autopsi. Datidens medisin kjente årsaken til et slikt forløp – stikksåret var blitt forurensset med kadaverdele. Da Semmelweis leste obduksjonsrapporten, så han klart at de patologiske forandringene var de samme som han hadde sett hos kvinner som var døde av barselfeber. Forandringene måtte derfor skyldes samme agens, et agens som kunne overføres fra lik til levende organismer.

Hvilken betydning fikk dette for folkehelsen?

Semmelweis mente at kvinnene døde av «likstoff» som legene overførte via obduksjonen.

Han fikk derfor legene til å vaske hendene i en kloropløsning før de så til kvinnene. Da man også begynte å vaske operasjonsinstrumentene i oppløsningen, falt dødeligheten på begge avdelinger til omkring én prosent.

Det var i 1847. Han forsøkte deretter i tiden fram til sin død i 1865 – på et sinnssykehus – å få alle verdens leger til å vaske hendene. En del valgte å følge rådet, men den etablerte legeverdenen fikk han aldri omvendt.

Barselfeber har forekommet i alle tider, men stort sett bare sporadisk og i små utbrudd. Fra midten av 1700-tallet ble det opprettet fødselsklinikker i mange byer. Samtidig opptrådte barselfeber hyppigere, nesten epidemisk, og det var høy dødelighet.

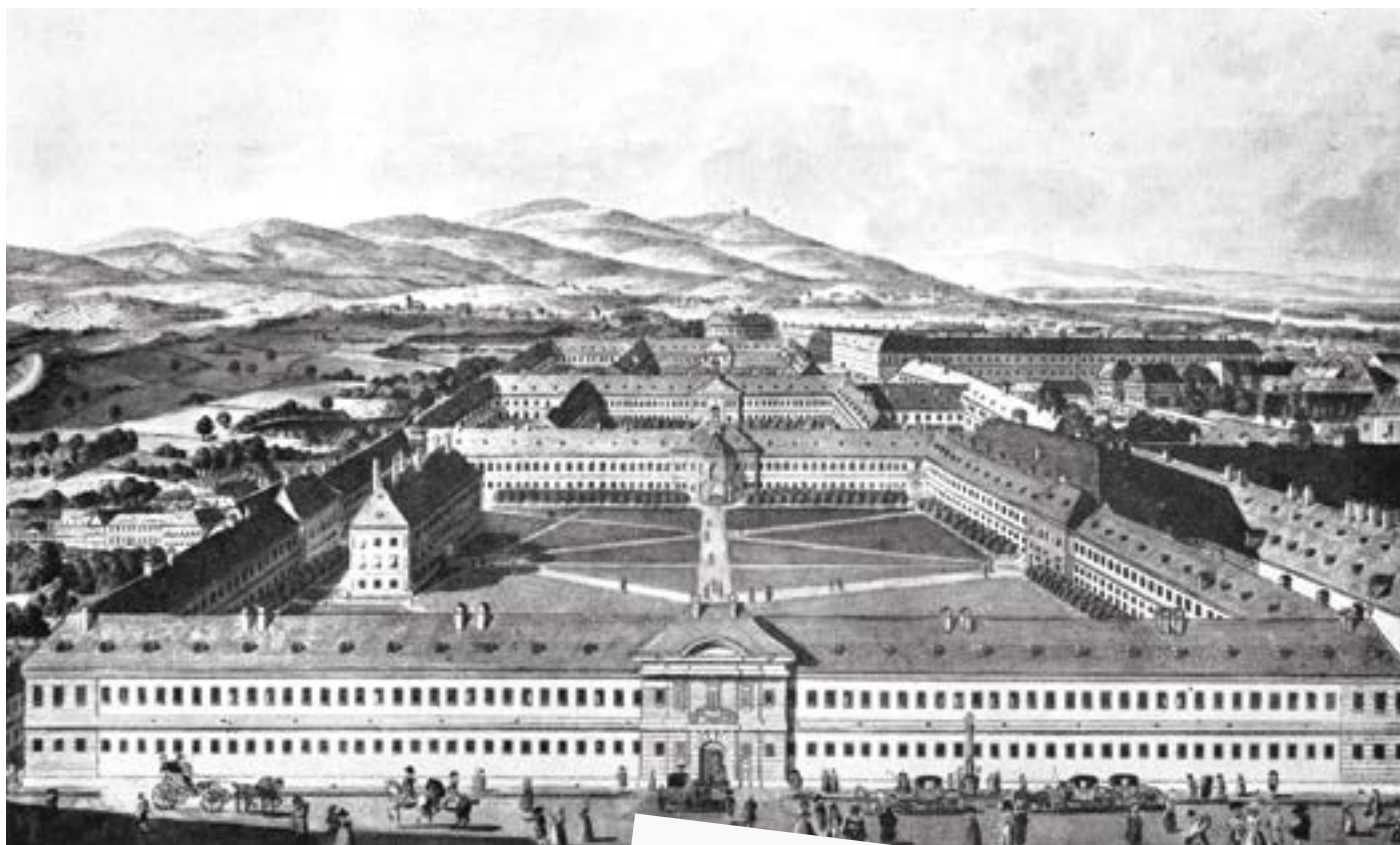
Det ble lansert flere ulike teorier om årsaken til barselfeber. Eksogene årsaker kunne være meteorologiske forhold, men også mer mystiske krefter som miasmer og kosmiske utstrålinger, alt uunngåelig. Endogene årsaker var retinert lochia, melkespreng og ubalanse i kroppsvæskene. Heller ikke disse forhold var særlig tilgjengelige for forebygging og behandling, og legene hadde en fatalistisk holdning. Dette var det landskapet som Semmelweis møtte, og som forklarer hvorfor samtidens autoriteter ikke godtok hans budskap.

Semmelweis' sjef, professor Johann Klein (1788–1856), var en innbitt motstander av hans teori og saboterte et forslag om å opprette en kommisjon som skulle evaluere dens holdbarhet. Det kunne spille en rolle i denne tiden, omkring 1848-revolusjonen, i Wien at Semmelweis var politisk radikal, mens Klein var ytterst konservativ. Da Semmelweis' funksjonstid utløp i 1849, nektet Klein å forlenge den, slik det var vanlig.

Semmelweis ble i 1851 sjef for en fødselsklinik i Budapest og i 1855 professor ved universitetet der. Han fulgte sine prinsipper og hadde gode resultater, selv om han til dels ble motarbeidet også her.

Semmelweis demonstrerte altså eksperimentelt at håndvask kunne forebygge infeksjon. Han påviste også at barselfeber kunne overføres ved indirekte kontakt.

Da Semmelweis etter 14 år publiserte sine resultater, gjorde han det i en provoserende og vanskelig tilgjengelig form. Det ble få som fulgte hans retningslinjer fullstendig, og de som gjorde det, fikk refs.



Slik så Allgemeine Krankenhaus i Wien ut 63 år før Semmelweis la frem sine oppdagelser vedrørende barsel feber og håndvask i 1847.

Tittelsiden på et åpent brev til samtlige professorer i fødselshjelp, utgitt av Semmelweis i 1862.

Christiania

I *Die Aetiologie, der Begriff und der Prophylaxis des Kindbettfiebers* skrev Semmelweis at professor Frans Christian Faye (1806–90) i Christiania mistet 15 prosent av de fødende trass i klorvask. Han skrev:

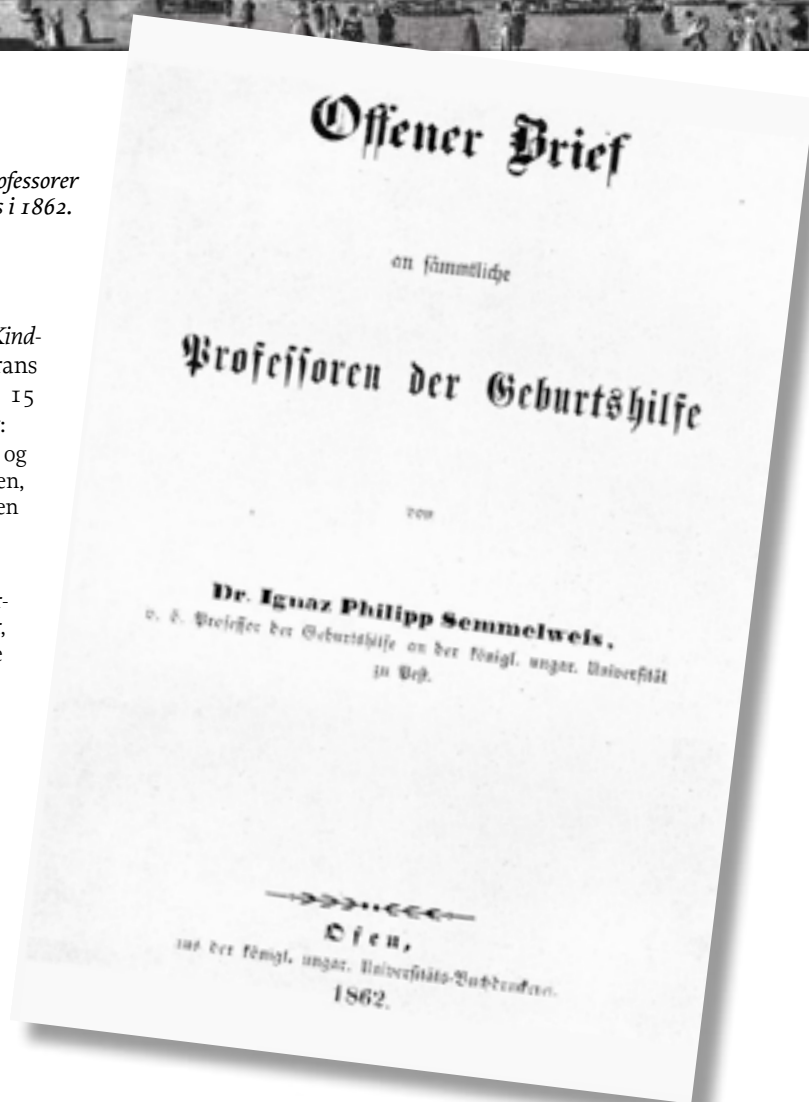
«Kjære Faye, De vasker Dem ikke. De bare står og skyller hendene periodevis i klorkalkoppløsningen, men De børster og vasker Dem ikke på den måten jeg har foreskrevet».

Men Faye lar seg ikke imponere:

«Naar nu Semmelweis antager, at Fødselshjælperne ere de hyppigste Aarsager til Puerperalfeber, fordi de ei vadske sig med Chlorvand og i Tilfælde af saadan Forsømmelse fortjene at kaldes Mordere, da er jeg for min Part ganske vis paa at han er i høi Grad eensidig og uden tilstrækkelig Erfaring». Faye mente at nedgangen i mødredødeligheten i Wien hovedsakelig skyldtes forbedret ventilasjon.

LES MER

- Lund, P.J. (2006) Semmelweis – en varsler. Tidsskr Nor Legeforen 126: 1776–9
- Childbed Fever: A Scientific Biography of Ignaz Semmelweis, av K. Codell Carter og Barbara R. Carter (online bok)



1763 Peder Harboe Herzberg og hans lærebok om potete

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

Da poteten kom til Norge på midten av 1700-tallet, ble den møtt med mye motstand, en motstand som ofte var religiøst begrunnet.

Presten Peder Harboe Herzberg (1728–1802) hadde stor tro på poteten som ernæringskilde, og skrev den første norske læreboken om potetdyrking: *Underretning for Bønder i Norge, om den meget nyttige Jordfrugt*

Potatos at plante og bruge, af egen Erfarenhed forestillet. Hans innsats bidro til at ved begynnelsen av 1800-tallet var poteten en etterspurt matvare.



Herzberg potetdyrking

Poteten – en livbergende knoll

Poteten, en av verdens eldste kulturplanter, er blitt dyrket i Sør-Amerika i flere tusen år. Til Europa kom den sammen med tobakksplanten først på 1700-tallet – som et resultat av de spanske conquistadorenes erobringer. I Norge ble den først omtalt i 1694 (av Christian Gartner i Trondheim i hans *Hortikultura*) og de første nedtegnelser om potetdyrking skriver seg fra Tromøya ved Arendal 1757. Trolig ble den dyrket her før den tid.

Poteten vokser villig, knollene er mettede, og den er lett å tilberede. I dag vet vi at den inneholder mineraler som fosfor, magnesium og kalsium, jern, sink og dessuten B- og C-vitaminer. Likevel ble den møtt med motstand, dels fordi potet ikke omtales i Bibelen, dels fordi den vokser under jorden, noe andre datidige matvekster ikke gjorde. Det som var under jorden, tilhørte de underjordiske og kunne være farlig for mennesker. Noen reiste spørsmål om det sågar kunne være noe djevlesk ved den. Skepsisen fantes ikke bare blant norske bønder. I 1768 omtalte den første utgaven av *Encyclopedia Britannica* poteten som «en demoraliserende matplante», og i England ble det sågar dannet foreninger for å holde poteten utenfor landegrensene. I dag kan slike holdninger virke naive og fremmedartede, men er vel egentlig bare et eksempel på at folks religiøse forestillinger faktisk i stor grad virker bestemmende inn på levemåten, ikke minst på hva en spiser eller ikke.

Det er i denne sammenhengen interessant og dessuten trolig avgjørende at det er prestene som tar grep om situasjonen og blir potetens fremste advokater. Som eksempel på prestenes engasjement må her nevnes sognepresten i Finnås prestegjeld (som bl.a. omfatter dagens Bømlo), Peder Harboe Herzberg, som i 1763 gav ut den første læreboken om potetdyrking: *Underretning for Bønder i Norge, om den meget nyttige Jordfrugt Potatos at plante og bruge, af*

egen Erfarenhed forestillet, en bok som fikk stor utbredelse. Det hevdes at denne boken hadde mye av æren for at potetdyrking etter hvert ble vanlig over hele landet. Fjerde opplag kom så sent som i 1918.

Herzberg hadde et bredt kulturelt og sosialt engasjement. Han snakket fem språk, og i tillegg til å kunne sin teologi var han kyndig i både geologi, kjemi, botanikk og medisin. Hjemme på prestegården gjennomførte han en rekke vitenskapelige eksperimenter og han skrev flere avhandlinger som ble publisert av Videnskabernes selskap i Trondheim. Interessen for botanikk og medisin førte til at han anla en egen urtehage på prestegården, hvor han dyrket planter som han mente kunne ha en viss medisinsk effekt. Det var her han i 1758 plantet sine første poteter.

Herzberg var sterkt engasjert i folkeopplysning, og han gjorde mye for at bøndene skulle innse sammenhengen mellom hygiene, kosthold og helse. Han talte også varmt om poteten, både fra talerstolen, i konfirmantundervisningen og i møter med bøndene. Men som nevnt, motstanden var stor. Og når de religiøse forestillin-

gene ble knet, var det noen som ville ha det til at de som åt poteter lettere ble spedalske. Dessuten bredte det seg en oppfatning om at kvinner som spiste poteter lettere ble gravide, hvilket ville medføre flere barn å fø på. Til tross for dette var poteten ved begynnelsen av 1800-tallet en etterspurt matvare. Og under Napoleonskrigen, da den engelske blokaden hindret korntilførselen, ble poteten (sammen med sild) redningen fra sult og hungersnød. Etter dette ble poteten etablert som en del av kostholdet i hele landet.

LES MER

- Rasmussen, M. Visste du dette om potet? Norsk institutt for skog og landskap. <http://www.skogoglandskap.no/artikler/2008/1211963916.19/news-item>
- Halleraker, S. Potetpresten på Finnås: Prest, lege, vitenskapsmann og universalgeni <http://sverre-halleraker-lokalhistorie.no/artiklar/kyrkje%2C%20prest%20og%20kultur/potetpresten%20fr%C3%A5%20finn%C3%A5s.html>
- Peder Herzberg Norsk biografisk leksikon https://nbl.snl.no/Peder_Hertzberg lastet ned 31.01.2017
- Lauritzen, E.M. (2012) Seks planter som forandret verden Oslo: Fagbokforlaget

■ ARILDKJELL.AAMBO@FHI.NO



Poteten (Solanum tuberosum) kommer opprinnelig fra Sør-Amerika. Nå dyrkes den over hele verden.

Opplysende om kreftsykdommer



Ellen Schlichting
Erik Wist (red.)
Kreftsykdommer
– en basisbok for helsepersonell
Gyldendal
2018, 5. utgave
488 sider
Bokmål
ISBN/EAN: 9788205510968

Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell er spesielt skrevet for allmennpraktikere, kreftsykepleiere og medisinstudenter. I tillegg er boka myntet på leger i utdanningsstillinger som et oppslagsverk.

Denne femte utgaven av læreboka er betydelig oppdatert på viktige fagfelt. Den første delen omhandler kreftsykdommer generelt og del to tar for seg spesifikke kreftformer. I den siste seksjonen av læreboka beskrives pasientrettigheter, psykososiale forhold og alternativ medisin.

I den første delen får leseren en oppdatert og stort sett lett leselig oversikt over mange sentrale temaer i kreftomsorgen: forekomst av kreft, risikofaktorer og forebygging, arv, tumorbiologi, diagnostikk, ikke-kirurgiske behandlingsmetoder, akutte tilstander relatert til kreftsykdommer, palliativ medisin

og seneffekter etter kreftbehandling. I den delen av boka er det tre kapitler som omhandler betydningen av ernæring, energibalanse, fysisk aktivitet og reernæringsyndrom.

Jeg vil spesielt framheve kapittelet om tumorbiologi, som bidrar til en bedre forståelse av utviklingen av kreftsykdommer. Kapittel 1.6 beskriver og forklarer på en oversiktlig måte kjente og nyere diagnostiske metoder – både histologi, cytologi og genteknologiske undersøkelser (molekylær patologi). Tumormarkører blir beskrevet både for immunhistokjemiske markører (kap. 1.6) og tumormarkører i plasma (kap. 1.7). Immunterapi generelt beskrives i kap. 1.10, mens kap. 1.9 (cytostatika) redegjør for monoklonale antistoffer. Immunterapi medfører en annen bivirkningsprofil, som klinikerne må være klar over. Dette beskrives tydelig.

I det innledende kapittelet påpeker forfatteren at 30–40 prosent av kreftpasientene dør av sin sykdom. Dette betyr at 60–70 prosent overlever sin kreftsykdom. Som kliniker er dette viktig å være klar over. I boka er det et eget kapittel om de mange aspektene ved seneffekter etter kreftbehandling. Kapittelet om akutte tilstander er også konkret og nyttig i den kliniske hverdagen. Det gis gode oversikter over symptomer og tegn som gir mistanke om kreft. Bruk av faktabokser gjør stoffet lett tilgjengelig.

For hvert organsystem beskrives aktuelle kreftformer. Hvert kapittel er systematisk bygd opp med epidemiologi, etiologi, symptomer, diagnostikk, behandlingsformer, prognoser og oppfølging. Her beskrives både kirurgiske og ikke-kirurgiske behandlingsformer. Forfatterne gir også en oppdatering på nyere behandlingsformer, som for eksempel immunterapi, og de henviser til handlingsprogrammene og pakkeforløpene for kreft.

Flere kapitler i del to legger vekt på mulighetene i kreftbehandlingen, mens andre kapitler beskriver hvordan pasientens (svekkede) allmenntilstand og (endrede) funksjonsnivå har betydning for den kliniske beslutningsprosessen. Et eksempel på det er kapittelet om lungekreft, hvor vurdering av funksjonsnivå beskrives med bruk av «Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) status».

I del tre beskrives kreftpasienters økonomiske rettigheter, rehabilitering, psykiske og psykiatriske aspekter ved kreftsykdommer. Boka avsluttes med et kapittel om alternativ medisin.

For leger som behandler pasienter med kreft, gir boka dessverre lite støtte i hvordan en kan bidra til gode prosesser over tid sammen med pasient og pårørende, blant annet i å avveie nytte versus belastning basert på pasientens preferanser og hvor i sykdomsforløpet pasienten er. Temaet «livskvalitet» kunne med fordel ha vært et mer gjennomgående tema i boka. Ett underkapittel om pankreaskreft sier imidlertid noe om dette – og minner oss på at «Pasientens egen opplevelse av helse, og de prioriteringer han eller hun legger til grunn er viktig.»

Redaktøren skriver at forfatterne har fått stor frihet innenfor sine temaer. Det bidrar til å vise det eksisterende mangfoldet innenfor kreftbehandlingen, men som leser har jeg for eksempel lett etter sammenligninger og forskjellige bruksområder av immunterapi. Et fylldigere stikkordregister kunne ha bidratt til det.

De få innvendinger jeg har blir likevel for smårusk å regne sett opp mot helheten. Dette er en omfattende bok som gir en god oversikt over status og utviklingen i et svært omfattende fagfelt, som berører mange: både pasienter, pårørende og personalet. Anbefales varmt!

AART HUURNINK

Et dykk ned i den allmennmedisinske sjela

Aslak Bråtveit

På glytt. Deltakar og tilskodar

Kolofon forlag

Innbundet, 158 sider, nynorsk

I vanleg bokhandel: 300 kr

Frå nettbokhandel: 263 kr + porto

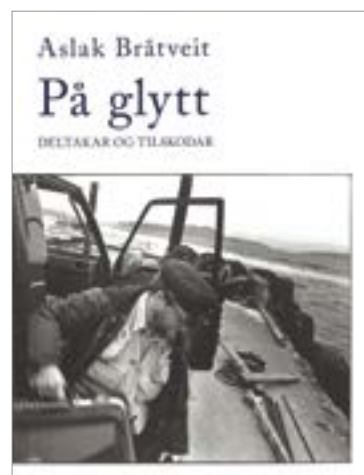
Boka *På glytt* er bygd opp kring eit knippe noveller som skildrar verkelege hendingar frå forfattaren sitt årelange virke som allmennlege i Finnøy kommune i Rogaland. Novellene er tidlegare publiserte i *Utposten* eller i *Tidsskrift for Den norske legeforening*. For dette arbeidet vart forfattaren i 2016 heidra med skribentprisen frå Norsk forening for allmennmedisin.

I den aktuelle utgjevinga er novellene samla. Mellom dei skjønnlitterære tekstane presenterer forfattaren sine faglege refleksjonar. Med undertittelen *Deltakar og tilskodar* siktast forfattaren til at i møte med pasientane må allmennlegen veksle mellom å ta del og å observere. Det vert synt til ein tankemodell i form av eit tetraeder der pasi-

enten, lidinga, legen og overblikket dannar kvart sitt hjørne. Relasjonane mellom desse påverkar tillit, meistring og tiltak.

Ein fotoreportasje frå 1996 er brukt som illustrasjon. Denne vart laga av Rune Eraker som del av prosjektet «Bilder fra klinisk praksis» ved allmennlege Torgeir Gilje Lid. Bileta er ikkje tekne i samband med hendingane i novellene, men bidreg likevel til å setje forteljingane inn i si tid. Den siste delen av boka inneheld eit brevbyte mellom forfattaren og professor i litteraturhistorie Asbjørn Aanes, der dei freistar setje hjelpekunst inn i ein større samanheng.

Verdien av å kjenne den ein ynskjer å hjelpe vert synleggjort på ein framifrå måte gjennom novellene. Forfattaren fortel ærleg om suksess, nederlag og læring. Dialektnær nynorsk forsterkar innhaldet og gjer historiene levande. Ein får lyst til å vere lege på same viset som Bråtveit: Heilskapleg, men god på detaljar. Lærd, men folkeleg. Ettertenksam, men kjapp i ven-



dinga – som når han stuper i svart sjø for å redde livet på ein som har hoppa med vilje.

Kunsten å sjå ei liding i lys av omgjevnadene og fortida til den som lir utgjer ein stor del av den allmennmedisinske sjela. Forfattaren meistarar å skildre dette på eit vis som etter mi meining kan engasjere eit breitt publikum. Den faglege delen er lettlest, men manglar relevans for andre enn arbeidarar innan helse. Dette siste gjer at målgruppa for boka vert snevra inn meir enn dei nydelege novellene fortener.

MARIT TUV

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...

Kjell-Arne Helgebostad



Hva leser du nå Kjell-Arne Helgebostad, fastlege og kommuneoverlege på Røst?

– Flere ting på en gang: På nattbordet ligger *Havlandet* av Per Anders Todal. Pondus har jeg lest fast siden jeg kjøpte en signert utgave av det aller første bladet i år 2000. På lesebrettet holder jeg på med *The River of Consciousness* av nevrologen Oliver Sacks.

Hvorfor valgte du denne boka?

– Oliver Sacks skrev gnistrende godt og må ha vært en meget klok og kompleks person. Jeg har tidligere kost meg med andre bøker av ham som *The Man Who Mistook his Wife for a Hat* og *Musicophilia*. I selvbiografien *On the Move* beskrev han sine erfaringer med blant annet biologisk basalforskning, klinisk nevrologi, motorsykler, kroppsbygging, hallusinogener og homofil kjærlighet. I likhet med Per Fugelli skrev Sacks offentlig om egen sykdom, og han fortsatte å skrive helt fram til sin død i 2015. *The River of Consciousness* er en sam-

ling av noen av hans siste essays, han var en fantastisk kunnskapsformidler og en mester i å observere og beskrive både fascinerende sykdomsdetaljer og hvem pasientene hans var som mennesker.

Hvor leser du?

– Jeg har alltid med minst én bok på reise, hvis været ikke er for urolig liker jeg å lese på ferga til Røst. Hjemme er det fint å lese når det er dårlig vær ute.

Hvilke bøker vil du helst lese?

– Jeg liker bøker jeg kan lære av. Stort sett foretrekker jeg morsomme bøker, men kan også like å lese om alvorlige tema, som for eksempel forholdet vårt til døden i *Being Mortal* av Atul Gawande, en annen legekribentfavoritt. Røst har forbindelser med Italia som strekker seg helt tilbake til 1432 da adelsmannen Pietro Querini fra Venezia strandet her. Jeg var med på å etablere litteraturpark Querini i 2017 og etter dette

har flere italienske forfattere sendt bøkene sine til Røst! En god del italienske bøker utgis også på norsk. Jeg lo godt av *Ny finsk grammatikk* av Diego Marani, og det er moro at bøkene til Elena Ferrante har blitt så godt oversatt og populære i Norge. Helt siden oppveksten har min onkel, som leser masse, føret meg med bokjulegaver og gode lese-tips, nå sist *Tante Ulrikkes vei* av Zeshan Shakar.

Har du en bokanbefaling til *Utpostens* lesere?

– Klassikeren *Doktor på Værøy* av Røst av Per Fugelli har lenge vært vanskelig å få tak i, men nå har forlaget Orkana i Stamsund besluttet å komme med et tredje opplag. Boka er breiddfull av frodige folkeskildringer fra 70-tallets Røst, og den gløder av unge doktor Fugellis begeistring for det allmennmedisinske arbeidet og faget.



– Jeg har alltid med minst én bok på reise, hvis været ikke er for urolig liker jeg å lese på ferga til Røst. Hjemme er det fint å lese når det er dårlig vær ute.



RELIS

Nord-Norge: 77 75 69 98
 Midt-Norge: 72 82 91 10
 Sørøst-Norge: 23 07 55 00
 Vest-Norge: 55 97 53 60
www.relis.no

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

Spørsmål om cannabidiol

Er cannabidiol (CBD) et rusmiddel? Kan man som lege skrive ut CBD? Har CBD noen påvisbar effekt? RELIS har de siste månedene mottatt en rekke henvendelser angående CBD. Vi vil i det følgende omtale en del praktiske aspekter som kan være nyttige å kjenne til vedrørende denne substansen. Vi tar også med to saker som omhandler interaksjoner mellom CBD og andre legemidler, som illustrerer en del generelle prinsipper knyttet til legemiddelforskriving. På www.relis.no kan du også finne saker som omhandler CBD brukt ved konkrete indikasjoner, som myalgisk encefalopati (ME), insomnia, fibromyalgi med mer.

CANNABIDIOL SOM LEGEMIDDEL

CBD finnes naturlig i cannabisplanten, og er en substans som er funnet å ikke ha psykoaktive egenskaper. Farmakodynamikken til CBD er uklar, men CBD antas å kunne utøve effekter i blant annet immunsystemet, nervesystemet og kardiovaskulært (1). Foreløpig finnes det kun ett CBD-produkt godkjent som legemiddel. I 2018 godkjente legemiddelmyndighetene i USA (FDA) en oral oppløsning med CBD (Epidiolex), med indikasjon Lennox-Gastaut-syndrom eller alvorlig myoklonisk epilepsi hos småbarn (2). Det terapeutiske potensialet til CBD undersøkes også for flere sykdommer, spesielt nevrologiske sykdommer, men også ulike kreftformer (1).

Regulering av CBD-produkter i Norge

Produkter som inneholder CBD, men ikke tetrahydrocannabidiol (THC) som er den narkotiske hovedkomponenten i cannabis, er klassifisert som ikke-narkotiske legemidler i Norge. Siden CBD-produkter fremstilles fra cannabisplanten inneholder de imidlertid ofte rester av THC. Dette er ofte tilfellet for CBD-produkter som selges via internett, selv om innholdsfortegnelsen oppgir at produktet er THC-fritt.

Dersom et CBD-produkt også inneholder THC, uavhengig av mengde, er det klassifisert som narkotika og ikke tillatt for privatimport. Det finnes også andre produkter tilgjengelig på internett som inneholder CBD, men som ikke er ment for behandling av sykdom (for eksempel såper og kosmetikk) (3, 4).

Det finnes foreløpig ingen godkjente CBD-legemidler på det norske markedet, men det er to aktuelle leverandører av CBD til medisinsk bruk. Følgende preparat inneholder under én prosent THC, kan skaffes via norske apotek og søkes om på vanlig måte i e-resept, av alle leger med forskrivningsrett gruppe A (4–6):

- ❶ CBD-dråper fra Glostrup apotek i Danmark, som er uten målbare mengder THC (høy pris).
- ❷ Bedrolite fra den nederlandske produsenten Bedrocan, som inneholder malt cannabisplante med ni prosent CBD og 0,4 prosent THC (moderat høy pris). Bedrolite keveres fra det såkalte «Cannabisbureau», som er et kontor i det nederlandske helsedirektoratet.

Norske legemiddelmyndigheter har foreløpig ikke satt rådgivende grenser for hvilken mengde eller dosering av CBD som ikke vil anses som legemiddel. De under-

streker at andre forhold enn bare mengde CBD vil kunne avgjøre hvordan produktet skal klassifiseres, og avventer også en eventuell internasjonal endring (4). Verdens helseorganisasjon (WHO) sin ekspertgruppe for stoffavhengighet arbeider for tiden med en anbefaling for fremtidig internasjonal regulering av produkter som inneholder CBD (7).

REFERANSER

1. Pisanti S, Malfitano AM et al. Cannabidiol: State of the art and new challenges for therapeutic applications. *Pharmacol Ther* 2017; 175: 133–150.
2. U.S. Food and drug administration (FDA). FDA approves first drug comprised of an active ingredient derived from marijuana to treat rare, severe forms of epilepsy. <http://www.fda.gov/> (Publisert: 25. juni 2018).
3. Statens legemiddelverk. Hva er tillatt for privatimport per post og hva kan bli stoppet i tollene? <http://www.legemiddelverket.no/> (Sist oppdatert: 9. mai 2018).
4. Statens legemiddelverk. Informasjon om cannabidiol (CBD) for virksomheter. <http://www.legemiddelverket.no/> (Publisert: 12. juni 2018).
5. Statens legemiddelverk. Godkjenningsskriftak for legemidler til mennesker. <http://www.legemiddelverket.no/> (Sist oppdatert: 9. oktober 2018).
6. Statens legemiddelverk. Cannabis til medisinsk bruk, bakgrunnsdokument fra Legemiddelverket. <http://www.legemiddelverket.no> (Publisert: 25. november 2016).
7. Verdens helseorganisasjon (WHO). Cannabidiol (compound of cannabis), Online Q&A. <http://www.who.int/> (Publisert: Desember 2017).

CANNABIDIOL OG KORTISON

RELIS database 2018; spm.nr. 12527, RELIS Vest

SPØRSMÅL

Henvendelse fra lege vedrørende en pasient i 50-årene med meningeom og hypofy-

sesvikt. Pasienten behandles med kortison (Cortison), og har etter eget ønske fått utskrevet cannabidiol (CBD)-dråper på registreringsfritak. Etter at pasienten startet å bruke disse, har det utviklet seg to addison-kriser. Behandlingen har da vært potente

kortikosteroider, og pasienten har fått synshallusinasjoner og akutte, kortvarige frykt/angst-anfall under denne behandlingen. Kan CBD ha ført til redusert serumkonsentrasjon av kortison? Kan hallusinasjonene være bivirkning av CBD?

SVAR

Det foreligger mye forskning vedrørende ulike effekter av CBD. En oversiktsartikkel fra 2017 gir en god oversikt over forskningsfeltet (1). Det trekkes der frem at CBD er vist å være en substans uten psykoaktive effekter, og som dermed ikke vil utløse avhengighet eller abstinenser. Hjerne-tumor er et av områdene substansen prøves ut på.

Søk i den norske- og i internasjonale interaksjonsdatabaser avdekker ingen kjente interaksjoner mellom CBD og kortison. I preparatomtalen til Cortison oppgis det at medikamenter som hemmer CYP3A4 kan føre til økt serumkonsentrasjon (2). CYP3A4 er vist å spille en rolle i nedbrytningen av steroider (3). Det er vist at CBD er en potent hemmer av blant annet CYP3A4 in vitro (4–6), så det kan teoretisk tenkes at det fører til økt serumkonsentrasjon av

kortison ved samtidig bruk. Hallusinasjoner og angst er kjente bivirkninger av kortison, med det er ikke kjent hvor hyppig disse opptrer (2).

OPPSUMMERING

CBD er vist å ikke være psykoaktiv, så det er usannsynlig at dette har utløst de psykiske bivirkningene pasienten har opplevd, eller at pasienten har utviklet avhengighet eller abstinensreaksjoner. Det er en teoretisk mulighet for at samtidig bruk av CBD og kortison øker serumkonsentrasjonen av sistnevnte, men vi har ikke funnet litteratur som bekrefter det i praksis. Dette kan ikke forklare utviklingen av addison-krisene etter at pasienten startet med CBD. Dersom de psykiske symptomene er bivirkninger av kortison, kan CBD teoretisk ha bidratt til å forverre disse ved å øke serumkonsentrasjonen.

INTERAKSJONER MELLOM CANNABINOIDER OG CYTOSTATIKA

RELIS database 2018; spm.nr. 12872, RELIS Vest

SPØRSMÅL

Lege ved onkologisk avdeling får i økende grad spørsmål om medisinsk bruk av cannabis. Det spørres hovedsakelig om produkter uten ruseffekt, men også om legemidler med psykoaktiv virkning, for eksempel Sativex. Legen spør i den sammenheng om det finnes kjente interaksjoner mellom cytostatika, herunder spesielt irinotekan, oksaliplatin og fluorouracil (5-FU), og slike cannabisholdige produkter/legemidler.

SVAR

Sativex, en munnspray basert på en blanding av to ekstrakter fra cannabis sativa L., som inneholder både delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) og cannabidiol (CBD), er det eneste cannabinoidholdige legemidlet som har markedsføringstillatelse i Norge. Legemidler med CBD, og lavt innhold av THC (< én prosent), det vil si uten rusgivende virkning, kan skaffes via norske apotek ved forskrivning på godkjenningsfritak (1, 2).

Teoretiske farmakokinetiske interaksjonsmekanismer

Røyking av cannabisprodukter er vist å kunne forårsake induksjon av CYP1A2 in vivo (3, 4). Resultater fra in vitro-studier tyder på at både THC og CBD (CBD > THC) kan inhibere CYP3A4/5 og CYP2C9, samt ved høye konsentrasjoner CYP2D6 (5). CBD er videre vist å kunne være en potent CYP2C19-inhibitor in vitro (3), og det er noe evidens for at det også kan hemme P-glykoprotein (3–5). I preparatomtalen til Sativex poengteres det at den hemmende

effekten som er observert på CYP3A4 og CYP2C19 forekommer ved konsentrasjoner betydelig høyere enn de man ser i kliniske studier, og at det ikke forventes noen interaksjoner med hensyn til utsatte CYP3A4-substrater (6).

Kliniske studier

Det er gjort relativt få interaksjonsstudier med cannabinoider og legemidler. Vi har kun kjennskap til en klinisk studie som spesifikt har undersøkt interaksjoner mellom cannabinoider og kreftmedisiner. I denne fant man at inntak av cannabisholdig urtete (18 prosent THC, 0,8 prosent CBD) ikke påvirket farmakokinetikken av irinotekan eller docetaxel. Resultatene lar seg imidlertid ikke nødvendigvis overføre til cannabisprodukter med annen THC: CBD-ratio eller annen administrasjonsform, særlig ettersom CBD er en mer potent CYP-hemmer enn THC (4, 5).

Irinotekan, oksaliplatin og fluorouracil

Irinotekan metaboliseres via CYP3A4 og er et substrat for p-glykoprotein (7a). Samtidig behandling med cannabisprodukter kan i teorien øke serumkonsentrasjonen av irinotekan, men det er vanskelig å forutsi i hvilken grad. Verken oksaliplatin eller fluorouracil har CYP-avhengig metabolisme, og de er ikke kjente substrater for p-glykoprotein (7b, 7c). Det er derfor mindre sannsynlig at serumkonsentrasjonen av disse legemidlene påvirkes. Fluorouracil er imidlertid kjent for å kunne hemme aktiviteten av CYP2C9, hvilket potensielt kan øke konsentrasjon av både THC og CBD. CBD har i utgangspunktet lav toksisitet, men forsiktig-

REFERANSER

1. Pisanti S, Malfitano AM et al. Cannabidiol: State of the art and new challenges for therapeutic applications. *Pharmacol Ther* 2017; 175: 133–150.
2. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Cortison. <http://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 07. mars 2018).
3. Zhang YY, Yang L. Interactions between human cytochrome P450 enzymes and steroids: physiological and pharmacological implications. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2009; 5(6): 621–9.
4. Yamaori S, Okamoto Y et al. Cannabidiol, a major phytocannabinoid, as a potent atypical inhibitor for CYP2D6. *Drug Metab Dispos* 2011; 39(11): 2049–56.
5. Jiang R, Yamaori S et al. Cannabidiol is a potent inhibitor of the catalytic activity of cytochrome P450 2C19. *Drug Metab Pharmacokinet* 2013; 28(4): 332–8.
6. Yamaori S, Ebisawa J et al. Potent inhibition of human cytochrome P450 3A isoforms by cannabidiol: role of phenolic hydroxyl groups in the resorcinol moiety. *Life Sci* 2011; 88(15–16): 730–6.

het anbefales ved samtidig behandling med THC-holdige legemidler, grunnet økt risiko for psykoaktive effekter (7c).

KONKLUSJON

Det er en teoretisk mulighet for at samtidig bruk av cannabisprodukter og irinotekan kan øke serumkonsentrasjonen av sistnevnte, men vi har ikke funnet litteratur som bekrefter dette i praksis. Fluorouracil kan muligens øke serumkonsentrasjonen av både THC og CBD, og forsiktighet bør utvises ved samtidig behandling med produkter med THC, grunnet økt risiko for psykoaktive effekter.

REFERANSER

1. Statens legemiddelverk. Cannabis til medisinsk bruk. <https://legemiddelverket.no/> (Lest 26. oktober 2018).
2. RELIS database 2018; spm.nr. 12722, RELIS Vest. (www.relis.no)
3. Lucas CJ, Galettis P et al. The pharmacokinetics and the pharmacodynamics of cannabinoids. *British journal of clinical pharmacology* 2018; 84(11): 2477–2482.
4. Williamson E, Driver S, editors. Stockleys Herbal Medicines Interactions (online). <http://www.medicinescomplete.com/> (Søk: 26. oktober 2018).
5. Bouquie R, Deslandes G et al. Cannabis and anti-cancer drugs: societal usage and expected pharmacological interactions – a review. *Fundamental & clinical pharmacology*. 2018; 32: 462–484.
6. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Sativex munnspray. <http://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 7. april 2015).
7. Clinical Pharmacology 2018 database. a) Irinotecan. (Sist oppdatert: 12. februar 2018). b) Oxaliplatin. (Sist oppdatert: 19. oktober 2015). c) Fluorouracil, 5-FU. (Sist oppdatert: 19. oktober 2018). Elsevier, Inc. <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/login>.

TROND TRÆTTEBERG SERKLAND,
lege i spesialisering i klinisk farmakologi, RELIS Vest.
LILLAN MO ANDREASSEN, master i farmasi, 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

Gjerdestauren

Livet mitt ble her nord. Men gjerdestauren hører også til barndomsminnene fra østlandsbygda. Her nord har den barske og omskiftelige naturen etter hvert lagt seg inn i bevissthet og tilværelse - over jordene og de myke åsene.

Sølvi Ytterstad er en lyriker som er bo-

satt i min hjemkommune Harstad. Hun skildrer mennesker og natur nakent og levende.

Virket som lege har vært givende, med nærhet til så mange liv og menneskeskjebner. Det er mange gjerdestaurer, noen litt mer forblåste enn andre, med behov for litt støtte.

Gode kollegaer en viktig del av legehverdagen når sørvestkulingen melder seg. Jeg sender stafettpinnen videre til min gode og oppmuntrende kollega ved Vågsfjord legesenter Ann Kristin Engstad.

Hilsen fra
SIGRID HENSRUD

Gjerdestauren

Han frys på de nakne skuldran,
er sjelden ordentlig varm,
jordlappans grå soldat.

Full av innkapsla sørvestkuling.
Så morken at ikke engang spettefuglan
ser mon i han.

Det svir av hundepiss rundt ankelen,
av maurskvett oppunder kneet.
Værgnagd aldeles, opp-eten nesten, ryen...

Fra jord er du kommen,
til jord...

Nå nei, du...
Han bøy ikke kne for kem som helst

En sesong til skal knipligskarven
utav piggråd få pynte om halsen,
ruståt som den er.

En vår til bærre,
for å kjenne mild duft av bjørkefødsel,
og få stå rak blant myrduun og mjukgress.

Vann fra torvdammen kan få surkle smålunka
om den forhutra foten.

Han skutta seg mot stormen...

Bærre en varm måsesjit til på hauet.
Bærre ei flis til i en barne-neve.
Bærre en vår til.

SØLVI YTTERSTAD



ILLUSTRASJONSFOTO INGER ANNE HILBERG ØDAL / SCANDINAVIAN STOCKPHOTO