

Utposten

2 2019
ÅRGANG 48

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

*Glade leger
er gode leger*

Toksoplasmose
Mikroplast
E-resepter

**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: Ida Myklebust Sundar

DESIGN/LAYOUT:**Morten Hernæs**

07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no

1 LEDER: Nye spesialistregler – til begeistring eller besvær?*Tom Sundar***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Delt omsorg i Lyngen***Martin Harbitz intervjuet av Kjell-Arne Helgebostad***8 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Ny avhandling fra allmennmedisinsk fagmiljø:****Fastlegens erfaringer som portvakt.***Stein Nilsen***11 Toksoplasmose – bør gravide være bekymret?***Trude Marie Lyngstad, Helena Eide, Solveig Jore, Hans Blystad og Georg Kapperud***14 Synkope som årsak til fall***Marte Mellingsæter***18 Særskilte helseutfordringer i samiske reindriftsområder***Snefrid Møllersen***23 Allergisk rhinitt og allergen immunterapi***Ingebjørg Skrindo***28 Mikroplast – farlig for mennesker?***Camilla Svendsen***32 Kva er det viktigaste i helsetenesta?****Enno eit kapittel i prioriteringssoga***Geir Sverre Braut***34 Resistens i sykehjem – legene må ta styringen***Kjellaug Enoksen***36 Sammen – ikke hver for oss***Andreas Moan og Jan Frich***38 Legemidler på legekontoet:****Få studier og det meste er finansiert av industrien***Julie Kalveland***38 Nye regler gjør det enklere å rydde i e-resepter***Lisbeth Lyck Fasting***40 MEDISINSK HISTORIE: Av skade ble****vi kloke – blir vi fortsatt klok av skade?***Anders Smith***43 BOKANMELDELSE: Fascinerende lesning***«Kvinder med begavelse for lægevirkksomhet» anmeldt av Eli Berg***44 BOKANMELDELSE: Festtale for et sunt liv***«Friluftsliv, kystkultur og vakre løsninger» anmeldt av Kai Brynjar Hagen***45 FASTE SPALTER****LEGEN LESER 45****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Du finner Utposten på
www.utposten.no

Nye spesialistregler – til begeistring eller besvær?

1. mars i år ble de nye reglene for «ASA-spesialitetene» allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin innlemmet i *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger* – med kortnavn spesialistforskriften.

Dermed er spesialistreglene for samtlige 46 spesialiteter vedtatt og regulert i forskrift, og det akkurat i tide til at de første LIS1 (leger i spesialisering) som påbegynte spesialistutdanning 1. september 2017, nå skal fortsette i sine spesialiseringssløp som LIS2 eller LIS3.

Den nye spesialiststrukturen bør være kjent for de fleste, men for ordens skyld gjengir vi hovedtrekkene: Spesialistutdanningens første, generelle del er lik for alle spesialistkandidater og har erstattet den tidligere turnustjenesten – et begrep som nå er en saga blott. Del 1 skal fortsatt utgjøre et og et halvt års tjeneste fordelt på tolv måneder i sykehus og seks måneder i allmennpraksis/kommunehelsetjeneste. Deretter går kandidatene videre til del 2 eller rett over på del 3, avhengig av utdanningsløpet for den enkelte spesialitet. For ASA-spesialitetene er det ingen del 2, slik at de som starter med spesialistutdanning går direkte fra del 1 til del 3.

Spesialiseringstiden blir omtrent som før, i hvert fall når det gjelder ASA-spesialitetene. Andre, kjente elementer som videreføres, er kravet om at minst to år av spesialiseringen i allmennmedisin skal foregå i åpen, uselektert allmennpraksis; at spesialisering i allmennmedisin og arbeidsmedisin inkluderer deltakelse i veiledningsgruppe i to år; mens det i samfunnsmedisin blir krav om tre år i veiledningsgruppe – som før.

Kritikken mot den gamle spesialistutdanningen gikk ut på at den var lite enhetlig og strukturert, at det ikke var krav om en formalisert utdanningsplan for den enkelte kandidat og at veiledningen var lite forpliktende og altfor ofte tilfeldig.

For å rette på dette innføres nå et system med *læringsmål* som skal innfris via ulike læringsaktiviteter under faglig supervisjon og veiledning. Den gamle ordningen som la vekt på tjenestetid og ferdighetslister – og hvor kandidatene fikk attestasjon på formelt gjennomført tjeneste – skal gradvis fases ut etter hvert som LIS'ene tar i bruk det nye systemet. Hva den enkelte lege lærer og behersker skal altså vektes mer enn hvor lenge man har jobbet ved en bestemt avdeling eller på et bestemt sted. For samtlige spesialiteter er det utarbeidet en lang rekke læringsmål, og i dette sammensatte arbeidet har Legeforeningens spesialitetskomiteer og fagmedisinske foreninger vært sentrale og lagt ned en formidabel dugnadsinnsats helt inntil det siste.

For den enkelte LIS innebærer den nye ordningen at alle læringsmålene må fullføres og «sjekkes ut» av utdanningsvirksomheten i samråd med veilederen og supervisorene. I høringsrunden om spesialistreglene i ASA-fagene kritiserte Legeforeningen forskriften for å være *for* vag når spørsmålet kommer til hvem som faktisk skal ha vurderings- og godkjenningskompetanse for læringsmålene, kfr. § 26.

Dnlf har advart mot en *for* stor grad av pragmatisme når læringsmålene skal godkjennes ute i kommunene – med fare for at godkjenningen kan komme til å skje på et mer eller mindre tilfeldig eller svakt faglig grunnlag. «Det kan ikke være slik at legers spesialistutdanning skal kunne vurderes og godkjennes av fagfolk som ikke er leger», påpekte foreningen i sitt hørings svar i fjor, og tegnet et scenario som ikke er utenkelig i kommuner der en mangler spesialistkompetanse i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Dnlf fikk ikke gjennomslag for sitt forslag om å forskriftsfeste et «evalueringskollegium» som skulle sikre medisinsk godkjenningskompetanse ved den enkelte utdanningsvirksomhet. Imidlertid tviler vi ikke på at

Legeforeningen vil være 'tett på' og ta den viktige rollen som vaktbikkje i den videre diskusjonen om læringsmålene. Siste ord er langt ifra sagt.

Hva så med kommunene og de nye spesialistreglene? Signalene i KS sitt hørings svar og innspillene på Helsedirektoratets ASA-konferanse på Gardermoen 30. januar, tyder på Kommune-Norge er nokså uforberedt på det som kommer. Den tradisjonelle holdningen om at «dette er noe legene selv ordner med» henger igjen de fleste steder. Kommuneoverleger, fastleger og virksomhetsledere har en jobb å gjøre med å opplyse rådmenn og kommunale ledere om at man nå blir ansvarliggjort for spesialistutdanningen på en helt ny og forpliktende måte. Svart på hvitt betyr dette at kommunene skal registrere utdanningsvirksomheter, utarbeide utdanningsplaner, legge til rette for helhetlige utdanningsløp for LIS, tilby veiledning, supervisjon og arenaer for læringsaktiviteter, vurdere og dokumentere oppnådde læringsmål, inngå veilederavtaler med «ASA-leger» og eventuelt samarbeidsavtaler med andre kommuner, samt samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Og, for ikke å glemme: Hva med alle nye sykehjemsleger som – i henhold til forskrift om kompetansekrav for leger – skal ha to år i allmennpraksis for å bli spesialister i allmennmedisin? Hvordan vil kommunene løse det?

Poenget med å forskriftsregulere spesialistutdanningen er å heve kvaliteten på fremtidens spesialister. Dessverre er økonomiske og administrative konsekvenser av den nye ordningen mangelfullt utredet. De nye reglene er heller ikke bare en videreføring eller formalisering av etablert praksis, slik enkelte synes å tro. Kommunene får en stor jobb med å organisere spesialistutdanningen, og det kan neppe gjennomføres på en forsvarlig måte uten tilførsel av økonomiske ressurser fra staten.

TOM SUNDAR

Delt omsorg i

Martin Harbitz ■ INTERVJUET AV KJELL-ARNE HELGEBOSTAD

Martin Harbitz er opptatt av at vi leger bør bli flinkere til å lære av uheldige hendelser, egne feil og tilbakemeldinger fra pasientene våre. Som «distriktsdelege» bruker han smilet som metode og tar gjerne hunden med i sykebesøk.

Etter mange år med lite stabilitet i legetjenesten valgte Lyngen kommune i Troms å prøve noe nytt. Siden 2014 har tre leger delt på et kontor på helsesenteret i kommunesenteret Lyngseidet. De deler også på ansvaret for 650 listepasienter, legetjenesten

på sykehjemmet, og alle legevaktene i kommunen.

En av de tre er Martin Harbitz, som tar imot *Utposten* på pauserommet på helsesenteret. Han har jobbet i såkalt «nordsjøturnus» i Lyngen siden 2017 sammen med

Sveinung Ekse og Bjarte Skille, som var med å utvikle modellen fra starten. Martin stortrives med denne måten å jobbe på, og som han beskrev i en artikkel i *Tidsskriftet* (1) er ordningen populær.

– Den løsningen vi har i Lyngen med to uker på og fire uker av gir mye fritid. For min del bruker jeg friperiodene på universitetet, mens Bjarte og Sveinung bruker fritiden med familie og på turer. Det er noe jeg tror flere og flere leger ønsker: På jobben ønsker vi å drive med arbeid av høy kvalitet. Hvis vi kan få gjøre det, og i tillegg

Tre leger deler på et kontor på Lyngen helsesenter.



Lyngen



Lyngen kommune er en halvøy øst for Tromsø som ofte blir helt isolert på vinteren.



Martin Harbitz sammen med Gro Tønseth, barnesykepleier og daglig leder ved Lyngen legekontor.

ha fritid, da har du en god arbeidsplass. Her på Lyngen legekontor møter vi til dekket bord. Vi har ikke personalansvar, vi har ikke innkjøpsansvar, vi har ingenting med drift, IT, økonomi eller regnskap, vi kommer og er fastleger. Det er nydelig!

Glade leger er gode leger

Gro Tønseth, barnesykepleier og daglig leder, viser *Utposten* rundt på Lyngen lege-

kontor. Hun forteller at godt humør er viktig for trivselen på arbeidsplassen, men også for kvaliteten på arbeidet. Alle har et ansvar for dette, insisterer Gro:

– Jeg kan selvfølgelig våkne om morran og være i dårlig form, dårlig humør, eller jeg kan ha kramla med gubben, men hvordan klarer jeg da å gjøre en god jobb? Jeg tenker at da må jeg jobbe med meg selv – fra jeg står opp til jeg kommer og tar i dørhåndtaket her. Du klarer ikke å yte god ser-

vice til folk hvis du ikke har energi. Jeg gir jo av meg selv hele tiden, det er et serviceyrke, det her.

Martin følger opp:

– Glade leger er flinke leger og trygge leger. For å klare å møte syke medmennesker på en ordentlig måte og gi dem god behandling, er du nødt til å være på en god plass med deg selv. Jeg tror at glade leger utstråler en trygghet som pasienten merker. Pasientene tør å fortelle akkurat hva



På Lyngen helse- og omsorgssenter finnes mange ulike tilbud og aktiviteter under samme tak.

de kommer for, de merker at her er det en lege som ikke er stressa eller sint, og at her er det trygt.

Han forteller at han har gjort det til en vane å smile når han hilser på pasientene.

– Som regel er det et helt ærlig smil, fordi jeg synes det er så givende og spennende å møte folk. Men jeg bruker det også litt som et bevisst virkemiddel for å sende et signal om at «du kan fortelle meg hva du vil, her er det trygt.» Det å være glad er kanskje ikke en forutsetning for å være en god fastlege, men jeg tror det gjør deg til en bedre fastlege. Jeg tror hvis du begynner å tenke at pasientene er en plage, så bør du tenke deg om.

Under samme tak

Delelegene i Lyngen er alle ansatt i kommunen med fast lønn og KLP-pensjon, i tillegg får de 30 prosent av egenandelene og takstene, både på dagtid og på legevakt. Teknisk sett er det Sveinung Ekse som eier lista og de andre er vikarer. I tillegg til turnuslegen jobber det tre andre leger i Lyngen, som ifølge Martin er veldig fornøyde med å slippe legevakter. Helt nord i kommunen, i Lenangen, driver Christian Schousgaard solo praksis. På helsesenteret i Lyngseidet jobber Carol Prescoe og Arne Haugstad som fast-

leger. I samme bygg som legekontoret finnes fysioterapeuter, ergoterapeut, eldresenter, omsorgsboliger og sykehjem med akuttseng (KAD-plass).

I delelegestillingen inngår 40 prosent jobb som sykehjemslege. Sykehjemmet har 28 langtidsplasser og en egen post for rus og psykiatri, hvor noen av plassene er satt av til kjente pasienter som kan komme for kortere opphold ved behov. Kommunen har også et eget rus- og psykiatriteam som legene samarbeider tett med. Martin setter pris på at han raskt kan avklare ting med for eksempel fysioterapeuten, og på møtene hver onsdag med hjemmetjenesten. Det at legene blir kjent med kommunen og tilbudene som finnes her, mener han er en stor styrke.

– Før ordningen begynte i 2014 var det vikarstafett og hyppig «drop in» av ukjente leger, og dette førte til mye utrygghet. Stabilitet er bra for pasientene, men gjør også at andre ansatte i kommunen, for eksempel sykepleiere, føler seg tryggere.

Fast nordsjøturnus

Nordsjøturnusen ruller og går hele tiden, så Martin vet når han skal jobbe neste sommer og at han har fri neste jul.

– Det er veldig fint at jeg kan planlegge. Fordelen for meg er at jeg får anledning til å jobbe intenst i to uker. Da kan jeg gå inn i en boble og være til stede her og kan følge opp mine pasienter. Når jeg er ferdig med det, vet jeg at noen andre flinke folk tar over og følger videre opp. Jeg har ikke med meg pasientene når jeg drar herfra, og får også en second opinion på de vurderingene jeg gjør.

UTPOSTEN: Hva sier du til de som mener at denne ordningen er råflott?

– Jeg gleder meg til å komme på jobb når friperioden er over. Det er alltid en god følelse når jeg kjører hit fra Tromsø, hvor jeg bor. Jeg gleder meg også når jeg kjører herfra, for da er jeg sliten. Hvis du ser hvor mye vi jobber i periodene vi er 'på', tilsvarer det antall timer for en fulltidsstilling. Vi har vakt hver natt og i helgene. Noen vil kanskje si det er råflott å jobbe i to uker og ha fire uker fri, men hva er alternativet? For egen del har jeg også en jobb i de andre fire ukene; da driver jeg med forskning. Folk flytter ikke hit for å bli fastleger på vanlige vilkår som selvstendig næringsdrivende. Kommunen prøvde å få til dette i mange år, og det skjedde ikke, så da måtte de ha vikarer. Situasjonen er som den er, og jeg tenker det er en vinn-vinn-situasjon for alle parter, inkludert kommunen.

UTPOSTEN: Ser du noen ulemper med denne måten å organisere legetjenesten på?

– Det enkleste å se er kontinuiteten, som kanskje er en hjørnestein i en relasjon og i fastlegeordningen. Pasientene kan risikere å møte tre forskjellige leger. Dette kunne vært en stor ulempe hvis vi tre var veldig forskjellige i stil, hva gjelder for eksempel forskrivning av B-preparater eller sykmeldingspraksis, men heldigvis er vi stort sett enige. I tvilstilfeller ringes vi, og vi snakkes alltid ved vaktbytte.

Martin forteller at det av og til kan bli slitsomt med så mye vakt. I jula, for eksempel, var han oppe hver natt.

– Hver natt er ikke vanlig, men omtrent hver tredje natt skjer det noe. Grunnen til at vi kan gjøre det slik som vi gjør det i Lyngen er at det ikke er oppdrag hver natt. I andre større kommuner kan det være nødvendig å gjøre tilpasninger lokalt. Jeg tror ikke nordsjøturnus vil ta over i Norge, men jeg tror at i enkelte kommuner kan det være et godt alternativ, sier 33-åringen.

Lovligheten i ordningen sikres ved at turnuslegen har vakt hver torsdag, slik at delelegene får et fridøgn i uka. Delelegene har også hviletid hver formiddag mellom kl. 8 og 12. Belastningen på vaktene varierer gjennom året, og flere ting spiller inn, forteller Martin:

– Nå begynner skisesongen, og da har vi ofte mye å gjøre med utenlandske skiturister som slår seg eller blir syke. Hvis for eksempel Carol er på kurs samtidig med at Christian driver med veldedig arbeid i Libanon, merker vi at det er mere som skjer på legevakten.

Lyngenhavvøya kan bli helt isolert

Lyngen kommune består av en halvøy øst for Tromsø og har litt over 2800 innbyggere. De mektige «Lyngsalpan» har lokket fjellklattrere og andre turister siden slutten av 1800-tallet.

Ved snøskred eller fare for skred stenges veiene ved Breivikeidet og Pollfjellet, så Lyngenhavvøya blir helt isolert. Dette skjer så godt som hver vinter, og det skjedde også i år – senest en uke før *Utposten* var på besøk! Ambulansebåt er ikke tilgjengelig. Hvis det ikke er helikoptervær, finnes det en mulighet for å rekvirere ferga, men stort sett må legene behandle lokalt hva enn som kommer.

– Det jeg lener meg på i de situasjonene, og for så vidt ellers også, er at det finnes mye kompetanse her. Jeg samarbeider tett med ambulansepersonell, og vi har både spesialsykepleiere og jordmødre i kommunen, som jeg kan alltid ringe og få hjelp.

Ved hjerteinfarkt kan vi gi trombolysse, og i en slik situasjon hadde vi lagt pasienten inn på sykehjemmet, vært pragmatiske distriktsdoktorer og prøvd å få til noe. Det er litt av tanken: Vi skal klare det hvis noe skjer. Det er ikke noe alternativ!

Igen nevner Martin det at legene kjenner kommunen og tilbudet der som en stor styrke. Turnuslege Brage Håheim kommer inn på kafferommet og blir med i samtalen. Også han setter stor pris på samarbeidet og muligheten for veiledning i vanskelige situasjoner. For pasienter som bruker legevaktstjenesten mye, kan det være en fordel at alle legene har en kollektiv forståelse av hvordan pasientens problemer kan løses best mulig. Brage forteller:

– Noen pasienter med for eksempel kroniske smerter eller psykisk sykdom kan ringe med alvorlige symptomer, som for

eksempel brystmerter, hver eneste uke. De må selvsagt tas på alvor og undersøkes, men de må ikke alltid sendes til sykehus. Når disse pasientene på legevakta treffer en lege de kjenner, blir det enklere å finne lokale løsninger. Jeg har flere ganger vært i situasjoner der jeg har tenkt at «hadde dette vært i byen hadde det nok endt med innleggelse.» Det samme gjelder på sykehjemmet. Folk bor jo der fordi de er syke, og mange av dem har flere sykdommer på en gang og kompliserte sykehistorier. Da er det en fordel med en legevaktlege som kjenner pasienten fra før.

Sykebesøk med hund

Martin forteller at en annen fordel med arbeidsmåten i Lyngen er at det gir mulighet til å reise på hjemmebesøk:

– I helgene er det ikke satt opp pasienter, men jeg drar gjerne på hjemmebesøk hvis pasienten tar kontakt torsdag eller fredag. Jeg hadde for eksempel en pasient som stadig kontaktet legevakta midt på natta i helgene – etter å ha drukket for mye, og da inviterte jeg meg selv på et sykebesøk fredag ettermiddag for å snakke om hvordan helga kunne møtes på en god måte. Det blir ofte veldig fine møter av dette, altså! Jeg får også se hvordan pasienten har det hjemme. Denne pasienten hadde nylig mistet hunden sin, og jeg visste at det hadde vært en stor psykisk knekk for ham. Da jeg tok med meg hunden min i sykebesøk, lyste pasienten virkelig opp! Jeg tenker det er god helse i det. Den samme pasienten ga meg forresten en veldig god oppskrift på kvalgryte, sier intervjuobjektet med et stort smil.

Hunden Hektor får gjerne bli med på tur, eller i sykebesøk for å live opp en nedtrykt pasient. Oppskriften på hvalgryte fikk intervjuobjektet av en takknemlig pasient.

Forsker på feil

Når han ikke er i Lyngen, jobber Martin ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) i Tromsø, hvor han skriver på en doktorgrad om uheldige hendelser på fastlegekontor i distriktskommuner. Han har intervjuet pasienter om pasientsikkerhet og risiko. Nå holder han på med intervjuer av helsepersonell.

– Hvordan forholder de seg til uheldige hendelser? Hvordan lærer de av det? Hva tar de med seg videre? Vi skal intervju leger og helsesekretærer, jeg tror helsesekretærenes perspektiv kan være 'rosinen i pølsa' i denne studien. Helsesekretærene gjør mange vurderinger over telefon eller i skranken som legen ofte ikke får vite om. Helsesekretærene i små kommuner kjenner befolkningen godt, og de vet for eksempel at hvis han ringer bør vi ta henvendelsen på alvor. Hvordan opplever de det? Hvordan påvirker disse forholdene pasientsikkerheten?

Søken etter bekreftelse fører til feilslutninger

I boka *Thinking, Fast and Slow* (2) skriver psykologen Daniel Kahneman om tankellen som på engelsk kalles «confirmation bias»: Vi har alle en tendens til helst å søke informasjon som kan bekrefte oppfatninger vi allerede har. For eksempel kan vi leger ende opp med å bare stille spørsmål for å bekrefte en diagnose vi har bestemt oss



for veldig tidlig i forløpet. Martin forteller at forskningen viser at helsepersonell ofte tenker at funn som kan bekrefte en diagnose har høyere troverdighet og betydning enn negative funn. «Hvorfor er dette feil?» er et langt mer krevende spørsmål. Han har selv erfart dette:

– Første uka mi her jobbet jeg alene med en turnuslege. Det kom inn en gammel dame med vondt i ryggen. Hun hadde kjent spinal stenose med degenerative forandringer påvist på MR og hadde vært innlagt for et halvt år siden på grunn av ryggsmelter. Nå kom hun med lignende symptomer: Vond rygg. Lasegues test negativ – altså klassisk lumbago. Dama sa selv: «Skal du ikke ta CRP av meg?» Jeg svarte at «jeg tar ikke CRP av vond rygg,» og la henne inn på KAD for administrering av morfin og mobilisering.

– Dama ble ikke bedre og på dag tre hadde hun sepsis. Hun hadde en abscess i ryggen fra en endokarditt. Hun døde. Det var fryktelig, men også lærerikt. Jeg klarte ikke å stille det selvkritiske spørsmålet: «Hvorfor er dette feil?» Hun hadde over 300 i CRP, så det betyr at hun sannsynligvis hadde forhøyet CRP da jeg undersøkte henne den første dagen. *Staphylococcus lugdunensis*. Jeg husker det ennå.

– I etterkant ser jeg at det var to ting jeg burde reagert på: Det ene var at hun spurte meg om å ta CRP. Det andre hun sa var: «Jeg fikk skjelven for to dager siden. Den store

skjelven kom over meg i 20 minutter.» Jeg visste at en venninne av henne døde denne dagen, og tenkte «Kan man få skjelven av at en venninne dør? Ikke helt vanlig, men kanskje mulig.» Hadde jeg tatt CRP eller sett på fingrene hennes, kunne jeg kanskje ha stilt rett diagnose. Hun hadde nemlig septiske embolier – fra endokarditten – med Janeway-lesjoner.

Forskning og funderinger

Studien med pasientintervjuene er ennå ikke publisert, men Martin røper at det ser ut som det er noen interessante funn om hvordan pasienter på distriktslegekontor forholder seg til risiko. Om det er fastlegen som er involvert i en uheldig hendelse eller en vikarlege ser også ut til å være av betydning for pasientene.

I doktorgradsprosjektet skal han også kartlegge administrative reaksjoner gitt av Helsetilsynet og se på praktiske løsninger for å forebygge uheldige hendelser og metoder for å lære av dem. Forskningen gir rom for tenkning og refleksjon over egen praksis, og Martin har i det siste blitt opp-tatt av at vi leger bør bli flinkere til å tilrettelegge for tilbakemeldinger fra pasientene våre.

– Vi bør ikke være redde for tilbakemeldinger, men heller søke det aktivt. En negativ tilbakemelding kan være vond å høre, men det vil gjøre oss bedre. Vi bør tilrette-

legge for tilbakemeldinger på en ikke-klan-drende og trygg måte, hvor vi er tydelig på at det ikke skal gå ut over den som gir tilbakemeldingen, og at målet er å lære og bli bedre. Jeg blir en bedre fagmann hvis pasientene gir meg tilbakemeldinger.

– Alle pasienter er ulike og har forskjellige behov. Jeg blir bedre kjent med pasientene hvis de sier fra om hvordan jeg kan hjelpe dem bedre. Det blir som en måte å rette litt på kompasspila, en kurssjekk på om man tenker riktig. Hvis ingen sier fra, kan man begynne å tro at man gjør det riktige hele tiden. Jeg har begynt å si til pasientene mine ting som: «Hvis jeg ikke tenker riktig, vær så snill å si fra til meg. Jeg er ikke ferdig utlært. Jeg trenger din hjelp for å bli bedre.»

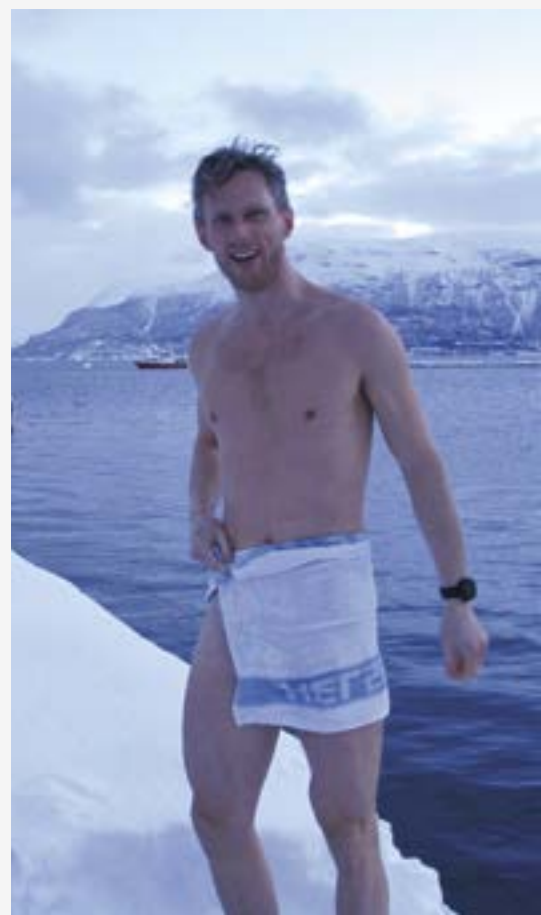
Intervjuet går mot slutten, kaffen er nesten blitt kald, og den spreke doktor Harbitz gjør seg klar for sitt ukentlige havsbad før sola forsvinner for dagen. Men før det konkluderer han på vår samtale:

– Vi har verdens beste yrke! Vi blir aldri utlært, og det synes jeg er så motiverende og interessant. I tillegg får vi jobbe med folk, vi får penger for å snakke med folk og gi omsorg. Det synes jeg er noe av det som gjør det så bra å være fastlege!

REFERANSER

1. Harbitz M. Fastleger i nordsjøturnus. Tidsskr Nor Legeforen, 2018.
2. Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. Farrar, Straus and Giroux, 2011.

Bading er bra for humøret. Martin Harbitz har gjort det til en rutine å bade i havet hver uke når han er i Lyngen.



Ny avhandling fra allmennmedisinsk fagmiljø: Fastlegens erfaringer

■ STEIN NILSEN • Spesialist i allmennmedisin, ph.d., leder PraksisNett Vest

En fersk doktoravhandling om allmennlegers erfaringer som portvakt viser at legene i denne rollen tar hensyn til flere motstridende forhold. De prøver på samme tid å ta vare på både forholdet til pasienten, sine egne følelser og samfunnets behov. Alle faktorene er hver for seg legitime, og et kompromiss mellom de ulike hensynene må anerkjennes som grunnlaget for portvaktrollen.

Hvordan kom jeg på å forske på dette?

Gjennom mer enn 30 år som allmennlege har jeg i utallige konsultasjoner opplevd at oppgaven som portvakt har vært en tilbakevendende kilde til ettertanke og frustrasjon. Skal jeg lukke øynene og gi etter, eller skal jeg for en gangs skyld sette foten ned og si nei?

Som veileder i allmennmedisin har jeg også fått rikelig anledning til å snakke med unge leger om hvordan de opplever denne utfordringen på kroppen, og som rådgivernde lege i NAV ser jeg stadig spor etter legers kamp på denne arenaen. Kort sagt – jeg har erfart portvaktfunksjonen fra mange ståsteder og vet at dette er en utfordring for de aller fleste allmennleger.

Allmennlegen har hatt ansvar som portvakt i helsevesenet i mange tiår, både i Norge og internasjonalt. Selv om kravet om henvisning til spesialisthelsetjenesten ofte blir oppfattet som kjernen i portvaktoppdraget, så dreier denne oppgaven seg egentlig om all kontroll av tilgang på helsetjenester og velferdsgoder som reguleres av lover og retningslinjer, og som særlig allmennlegen er satt til å forvalte.

Tidligere var portvaktjobben enklere. Folk hadde større respekt for legen, som ofte kunne tillate seg å opptre autoritært og uten å ta særlig hensyn til hva pasienten

måtte mene. Slik er det ikke lenger. Oppgaven som portvakt er kommet under stadig større press parallelt med fremveksten av nye idealer om pasientautonomi og samvalg. Allmennleger i dag gir ofte uttrykk for frustrasjon og motvilje når dette temaet kommer opp – det kjennes ubehagelig å være i klemme mellom rollene som hjelper og kontrollør. Mange vil helst slippe å skrive sykmeldinger, og leger får en del kritikk for at de ikke lenger tar portvaktoppdraget tilstrekkelig på alvor. Vi vet likevel ikke så mye om hvilke konkrete erfaringer allmennlegene har når de skal utøve denne delen av legejobben, og dette var utgangspunktet for avhandlingen.

Vanskelige sykmeldinger som eksempel

Avhandlingen bygger på resultatene fra tre kvalitative studier der vi har intervjuet norske allmennleger. Data er analysert med systematisk tekstkondensering (STC) (1).

De to første studiene hentet data fra fokusgruppeintervjuer, der vi først spurte legene hva de gjør når de skal ta stilling til om pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) oppfyller vilkårene for sykmelding. Vi så på dette som en vanlig, men vanskelig oppgave som kunne tjene som et typisk eksempel

på portvaktoppdraget. Resultatene viste at legene opplevde det som utfordrende å ta stilling til slike sykmeldinger, spesielt fordi de savnet objektive tegn på sykdom (2). Å feste lit til pasientens historie og deres egen vurdering av sykmeldingsbehovet, ble derfor avgjørende når legen skulle ta bestemmelsen om sykmelding. Noen gav uttrykk for at dette var et bevisst valg. Alternativet – nemlig å være generelt mistroisk til det pasientene forteller – ville gjøre arbeidet som allmennlege svært vanskelig. Legene nevnte også flere andre faktorer som kunne påvirke avgjørelsen, for eksempel om pasienten klarte å fremstille historien sin på en sympatisk og troverdig måte, eller om legen kjente pasienten godt fra tidligere og kunne bygge vurderingen på dette. Det kom også tydelig fram at ønsket om å unngå konflikt med pasienten kunne påvirke avgjørelsen.

I den andre studien undersøkte vi hvilke strategier allmennleger bruker når de forhandler med sine pasienter om sykmelding ved MUPS, når de skal ivareta ansvaret både overfor samfunnet og den enkelte pasient (3). Legene mente at langvarige sykmeldinger ved slike tilstander ofte kunne være uheldig, og de beskrev en slags «gi og ta»-strategi som de benyttet for å begrense disse sykmeldingene. I første møte prøvde de å skape en allianse med pasienten ved å vise forståelse og se problemet fra pasientens ståsted, og de imøtekom ofte ønsket om sykmelding. Deretter avtalte de en snarlig oppfølgings-time der legen straks startet arbeidet med å motivere pasienten til å gjenoppta arbeidet så snart det lot seg gjøre, i hvert fall gradert arbeid.

Legene fortalte også om andre virkemidler som de bevisst tok i bruk for å få til til-

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.

som portvakt



ILLUSTRASJONSTO: COLLABBOX

bakeføring til arbeid. De fremhevet overfor pasientene de positive effektene av å holde seg i arbeid, og advarte mot de potensielt uheldige sidene ved å gå sykmeldt i lengre tid. Legene fortalte at de også kunne bruke juridiske argumenter, som å vise til det generelle regelverket eller legens egen forpliktelse om å følge loven, eller de kunne bruke moralske argumenter, som for eksempel å bidra til fellesskapet. Vi fant støtte for at allmennleger faktisk har en bevisst holdning og konkrete strategier for å motvirke langvarig sykefravær i denne pasientgruppen når de ser at dette kan være uheldig.

Hva skjer når legen sier nei?

I den tredje studien intervjuet vi et utvalg av erfarne allmennleger og ba dem beskrive sine erfaringer fra konsultasjoner der de ut fra faglig velbegrunnede vurderinger hadde sagt nei til pasienters ønsker (4). Det kom fram at slike avvisninger kunne dreie seg om mange ulike tema, fra kliniske spørsmål om utredning og behandling, til attestskrivning i forbindelse med sykmelding eller førerkort. Allmennlegene beskrev hvordan slike konsultasjoner kunne utvikle seg i forskjellige retninger. I noen tilfeller endte legen og pasienten etter hvert opp i en slags enighet – om enn motstrebende fra pasien-

tens side. Men oftere beskrev deltagerne hvordan slike konsultasjoner munnet ut i en uavklart konflikt, der pasienten uttrykte irritasjon og misnøye overfor legen. I noen tilfeller kom det til åpenlys fiendtlighet, der legen opplevde å bli utskjelt, eller til og med å bli angrepet fysisk.

Disse konsultasjonene kunne gjøre sterkt inntrykk på legene, og de beskrev sterke ubehagelige følelser, grubling, direkte fysisk ubehag og noen ganger selvbebreidelse. Hendelsene kunne også skade lege-pasientforholdet i ettertid ved at det oppsto mistillit mellom dem, eller forholdet ble helt ødelagt og pasienten skiftet lege.

Motstridende hensyn preger portvaktjobben

Dette var resultatene fra avhandlingens artikler. Men kan disse funnene si oss noe mer?

I avhandlingen forsøkte jeg å sammenfatte funnene og betrakte dette med litt avstand. Jeg så da at når allmennleger skal ta vanskelige beslutninger der portvaktfunksjonen bør spille en rolle i vurderingen, så er de opptatt av tre forhold som er tydelig forskjellige og til dels motstridende.

Før det første er de opptatt av å ta vare på forholdet til pasienten. Det må sies å være et betryggende funn: Verdien av et godt lege-pasient-forhold er allment akseptert som en grunnleggende forutsetning for alt legearbeid. Det finnes også studier fra andre land som viser hvordan allmennleger forsøker å beskytte og opprettholde forholdet til pasienten når det er fare for at det skal oppstå uenighet og konflikt (5, 6).

Et godt lege-pasient-forhold fører også til kontinuitet i relasjonen. I tillegg til å bidra til bedre helse for pasienten er kontinuitet en avgjørende forutsetning for at portvaktfunksjonen i det hele tatt skal kunne fungere. Det blir et paradoks at jo mer kompromissløs allmennlegen er som portvakt, jo større blir risikoen for å ødelegge hele forutsetningen for portvaktfunksjonen. Dette er argumenter for at det både er legitimt og nødvendig å ta hensyn til lege-pasientforholdet i utøvelsen av portvaktrollen.

Et annet forhold som ser ut til å påvirke disse vurderingene er legens egne følelser. Resultatene i studiene gir flere eksempler på hvordan leger prøver å beskytte seg mot negative og konfliktfylte situasjoner. Jeg hadde ikke forventet at dette skulle komme så tydelig fram, men ved nærmere ettertanke burde det ikke komme som en overraskelse at leger, som folk flest, prøver å beskytte seg mot sterke negative følelser. Selv om direkte konfrontasjoner med pasienter er ganske sjelden, gjør dette sterkt inntrykk på legene og kan ha varig negativ emosjonell påvirkning. Det er god dokumentasjon for at utbrenthet blant leger er sterkt økende. Denne tendensen er spesielt tydelig internasjonalt, og påkjenninger fra konfliktfylte møter med pasienter nevnes som en av flere årsaker. En utbrent allmennlege fungerer dårlig og vil se seg om etter annet arbeid, dette er spesielt tydelig blant yngre og kvinnelige allmennleger. I tråd med denne forståelsen har World Medical Association (WMA) nylig laget et tillegg til den hippokratiske ed: Leger har nå en etisk forpliktelse til å ta vare på seg selv og på sin egen helse (7). Dette er en forutsetning for at de skal være i stand til å yte

pasientene sine best mulig hjelp. Det kan selvsagt ikke brukes som en lettvinnt unnskyldning for å vike unna vanskelige situasjoner. Det gir likevel legitimitet til legers rett og plikt til å ta vare på seg selv og sin faglighet.

Er det da slik at allmennlegene gir hele portvaktfunksjonen på båten for å ta vare på lege-pasient-forholdet og seg selv? Jeg mener at svaret er nei, og at avhandlingen gir støtte for at portvakt-perspektivet også er med i vurderingene. Deltakerne gir uttrykk for at de strever med å finne en balanse mellom rollene som hjelper og portvakt, og de uttrykker forståelse av portvaktansvar i arbeidet med sykmeldinger og forteller om en bevisst strategi for å ivareta dette ansvaret. De velger også i noen tilfeller å avvise krav fra pasienter selv om de har erfart at slike hendelser kan medføre betydelige personlige kostnader. Jeg tolker disse funnene som indikasjon på at allmennleger, tross alt, erkjenner og til dels ivaretar sitt ansvar som portvakt, selv om andre hensyn noen ganger blir gitt høyere prioritet.

Konklusjonen blir derfor at allmennleger prøver å veie flere motstridende hensyn opp mot hverandre i utøvelsen av portvaktoppdraget, men strever med å finne den rette balansen mellom disse. Legene prøver på en gang å ta hensyn til både lege-pasient-forholdet og sine egne følelser, samtidig som de ønsker å bidra til en riktig fordeling av helse- og velferdsgoder. Jeg har argumentert for at alle disse hensynene hver for seg er legitime. Hvis en av disse faktorene vektlegges for sterkt, vil det gå ut over de andre. Derfor må vi kunne slå fast at grunnlaget for portvaktfunksjonen må være et kompromiss mellom disse ofte motstridende hensynene.

Hva betyr dette for faget og praksis?

I selvransakelsens lys må vi vel kunne innrømme at det kan bli enda bedre balanse mellom de ulike hensynene, og at allmennlegens forutsetninger for å løse portvaktoppdraget kan styrkes. I avhandlingen kommer det fram at legene i en del av disse vanskelige pasientmøtene virker uforberedt og i villrede om hvordan de skal takle situasjonene som oppstår. Håndtering av konflikter med pasienter er noe studenter og leger i svært liten grad lærer eller øver på. Allmennleger trenger enda bedre kompetanse i klinisk kommunikasjon, spesielt i håndtering av konfliktfylte pasientmøter.

Videre trenger vi som allmennleger å bli tryggere på vår egen fagetiske forankring. Her er profesjonell autonomi et stikkord.

Den amerikanske legen og filosofen Edmund Pellegrino har påpekt at leger må bli mer bevisst på at de, akkurat som pasienter, har krav på respekt for egen autonomi (8). Leger kan for eksempel ikke påta seg å utføre handlinger eller gi tjenester som strider mot deres sikre kunnskap og faglige overbevisning. Økt bevissthet omkring disse forholdene kan styrkes ved at leger i større grad engasjeres i fagetsiske diskusjoner og refleksjon om egen profesjonalitet, både i grunn-, videre- og etterutdanningen.

Sist, men ikke minst, trenger allmennlegene bedre støtte i portvaktjobben, i form av et tydelig overordnet politisk mandat. I dag er «pasientens helsetjeneste» blitt det ledende perspektivet i helsemyndighetenes festtaler. Folk flest kan få inntrykk av at helsevesenet er en markeds plass der «alle kan få alt», og at kunden alltid har rett. Allmennlegene er blitt stående ganske alene med portvaktoppdraget, uten noen tydelig overordnet støtte.

Vi trenger mye tydeligere tale fra dem som har gitt oss oppdraget. Myndighetene må uttrykke offentlig at allmennleger har fått jobben med å fungere som en regulerende instans, og at det er legens oppgave å si nei noen ganger. Og dette må sies så høyt og tydelig at budskapet når fram både til legene og til befolkningen.

REFERANSER

1. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012; 40(8): 795–805.
2. Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29(1): 7–12.
3. Nilsen S, Malterud K, Werner EL, Maeland S, Magnussen LH. GPs' negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints. *Scand J Prim Health Care*. 2015; 33(1): 40–6.
4. Nilsen S, Malterud K. What happens when the doctor denies a patient's request? A qualitative interview study among general practitioners in Norway. *Scand J Prim Health Care*. 2017; 35(2): 201–7.
5. Gallagher TH, Lo B, Chesney M, Christensen K. How do physicians respond to patient's requests for costly, unindicated services? *J Gen Intern Med*. 1997; 12(11): 663–8.
6. Mustafa M, Wood F, Butler CC, Elwyn G. Managing expectations of antibiotics for upper respiratory tract infections: a qualitative study. *Ann Fam Med*. 2014; 12(1): 29–36.
7. Association WM. WMA Declaration of Geneva 2017. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> (11.12.2017).
8. Pellegrino ED. Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship. *J Contemp Health Law Policy*. 1994; 10: 47–68.

Toksoplasmose

– bør gravide være bekymret?

■ TRUDE MARIE LYGSTAD

Veterinær, seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

■ HELENA EIDE

Lege, Folkehelseinstituttet

■ SOLVEIG JORE

Veterinær, seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

■ HANS BLYSTAD

Overlege, Folkehelseinstituttet

■ GEORG KAPPERUD

Professor og seniorforsker, Folkehelseinstituttet

Toksoplasmose er en sykdom som skyldes infeksjon med den encellede parasitten *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*). Infeksjonen forløper stort sett asymptomatisk. Imidlertid kan personer med immunsvikt eller fostre få svært alvorlige infeksjoner. Gravide kvinner bør derfor ta forholdsregler for å unngå smitte.

Toksoplasmose er en sykdom som skyldes infeksjon med den encellede parasitten *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*). Den er en av verdens vanligste parasitter, og finnes hos mange varmblodige pattedyr, inkludert mennesker (1).

Huskatter og andre dyr i kattefamilien er de eneste hovedvertene for parasitten. Infiserte katter skiller ut parasittegg (oocyster) i avføringen som tas opp av mellomverter som kan være mennesker, de fleste pattedyr og fugler. Kattene smitter også hverandre på denne måten. Hos mellomverten utvikles cyster i vevet; cystene inneholder mange parasitter. Ved konsum av rått eller ufullstendig varmebehandlet kjøtt med cyster, overføres parasitten til nye mellomverter, som bl.a. mennesker, eller til hovedverter når de spiser byttedyr. Mennesker og andre mellomverter kan dermed smittes på to måter: ved konsum av kjøtt fra dyr der det finnes cyster og ved kontakt med katteavføring som inneholder oocyster.

Smitte fra katteavføring kan skje direkte for eksempel ved tømning av katekassen, eller indirekte gjennom mat, vann, gjenstander og miljø forurensset av katteavføring (1, 2).

Hos mennesker og andre mellomverter kan parasitten gi sykdom (toksoplasmose) (1). I Norge er *T. gondii* utbredt hos mange varmblodige dyr, spesielt katt og sau, men også hos storfe, gris og ville hjortedyr (2). Katter smittes gjerne i ung alder og blir ikke særlig syke, men skiller ut oocyster i avføringen i store mengder i et par uker. Unge katter representerer derfor større smitterisiko for mennesker enn voksne katter. Hunder blir heller ikke syke dersom de blir smittet. Hos andre dyrearter kan sykdommen arte seg som abort. *T. gondii* er blant de vanligste årsakene til abort hos sau, og infeksjon i drektigheten kan også gi dødfødte eller svake fødte lam (2).

Toksoplasmose hos mennesker

Dersom en gravid kvinne smittes for første gang mens hun er gravid, kan *T. gondii* overføres til fosteret. Smitteoverføring spesielt i første del av svangerskapet, kan medføre abort eller gi skader hos barnet som hydrocefalus, mental retardasjon, nedsatt syn eller blindhet. Infeksjonen kan reaktiveres hos barnet opp til ca. 20 års alder og gi øyeinfeksjoner. Medfødt toksoplasmose er dermed en sykdom med store helsemessige og samfunnsøkonomiske konsekvenser. Gravide som er smittet tidligere i livet, har livsvarige antistoffer mot parasitten som beskytter fosteret mot infeksjon. Kvinner som smittes under svangerskapet, har vanligvis ingen eller bare milde, uspesifikke, symptomer selv (1).

Personer med redusert immunforsvar kan også utvikle alvorlig sykdom, enten ved at en latent infeksjon aktiveres eller ved primær infeksjon. Hos slike personer kan parasitten forårsake blant annet en-





Gravide kan redusere faren for toksoplasmasesmitte ved blant annet å følge forholdsregler angitt i denne artikkelen. FOTO: COLOURBOX

falitt, myokarditt og pneumoni, med døden som følge i fravær av behandling. Infeksjon med *T. gondii* hos andre enn fostre, og personer med immunsvikt, er stort sett asymptomatisk eller gir milde, influensalignende symptomer (1). De siste årene har enkelte studier gitt mistanke om at parasitten kan gi opphav til psykogene effekter hos personer som ikke har medfødt toksoplasmose (3, 4).

Utbredelse i Norge og verden

Prevalensen av *Toxoplasma-IgG* blant norske gravide er lav (ca. 9-10 prosent) og har vært stabil i de siste 40 årene (5, 6). Dette betyr at de resterende om lag 90 prosent av de gravide er mottakelige for smitte. Prevalensen varierer geografisk og øker med alder. I en landsdekkende undersøkelse av 36 000 gravide, ble smitte under svangerskapet (primærinfeksjon) påvist hos 0,2 prosent; insidensen var høyest i Oslo (0,5 prosent) og svært lav i Nord-Norge (<0,1 prosent) (7). Parasitten ble overført til fosteret hos 30 prosent av de gravide som ble smittet. Transmisjonsraten økte betydelig gjennom svangerskapet.

Det er beskrevet svært få utbrudd av toksoplasmose hos mennesker, og det er ingen registrerte utbrudd i Norge. Toksoplasmose er ikke meldingspliktig i Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS), og det er ikke innført rutinemessig screening av alle gravide i Norge.

Globalt er toksoplasmose utbredt både hos mennesker og dyr. *T. gondii* er en av verdens vanligste parasitter (1, 8). Den er mer utbredt i milde og fuktige strøk og mindre vanlig i Nord-Europa enn resten av Europa (1). Risiko for smitte er langt høy-

ere i sørlige land i Europa sammenliknet med Norge. Utenlandsreise til land utenfor Nord-Europa medfører derfor en betydelig smittefare, som spesielt gravide bør være oppmerksom på.

Smitterisiko

Selv om langt de vanligste smitemåtene er konsum av rått eller ufullstendig varmebehandlet kjøtt fra dyr der det finnes cyster, og kontakt med katteavføring som inneholder oocyster, så må en også være oppmerksom på at smitte gjennom drikkevann heller ikke kan utelukkes dersom drikkevannet er blitt forurenset med katteavføring. Barn kan være spesielt utsatt ved lek i sandkasser som er blitt forurenset av katteavføring, eller ved direkte kontakt med katter. Undersøkelse og eventuell behandling av katter i nærmiljøet er ikke hensiktsmessig, siden katter uansett må betraktes som regelmessig utskille-re. Sandkasser kan tildekkes for å hindre katter (og hunder) fra å bruke dem som toalett (1).

Vanlig koking og steking, og frysing ved lavere temperatur enn -12°C i ca. én uke, inaktiverer vevscyster av *T. gondii* i kjøtt. Parasittegg fra katteavføring overlever imidlertid godt i miljøet og kan beholde sin infektivitet i flere måneder, selv under snøen om vinteren (1).

Hvordan kan den gravide beskytte seg?

Alle gravide bør få informasjon om hvordan de kan unngå å bli smittet med *T. gondii* under svangerskapet. Det er spesielt viktig å informere om dette dersom den gravide planlegger utenlandsreise.

Slik kan den gravide redusere faren for smitte (1, 9):

- unngå alle typer rått eller utilstrekkelig varmebehandlet kjøtt og kjøttprodukter, inkludert speket kjøtt som spekeskinke og spekepølse; alt kjøtt skal være fullstendig gjennomstekt eller gjennomkøkt
- la være å smake på rått kjøtt, rå kjøttdeig eller farse under matlaging
- skrell eller skyll frukt, grønnsaker, salat, urter og bær dersom de skal spises rå
- unngå kontakt med katter og katteavføring; la en annen i familien tømme kattekassen
- bruk hansker ved hagearbeid (katter graver ned avføringen i jord)
- vær nøye med håndvask før måltider og matlaging
- ha god kjøkkenhygiene; hender, kniver, redskaper og skjærebrett som har vært i kontakt med rått kjøtt, skal vaskes med varmt vann og såpe før de brukes til andre matvarer
- unngå reise til land med høy forekomst og lav hygienisk standard.

Diagnostikk og behandling

Smitte i svangerskapet diagnostiseres gjennom blodprøveanalyser av Toxoplasma-antistoffer. Serokonversjon eller økende antistoffmengde bekrefter aktuell infeksjon, men det kan være svært utfordrende å skille mellom nylig og tidligere infeksjon hos den gravide. Dersom resultatet av undersøkelsen kan indikere primærsmitte under svangerskapet, bør den gravide henvises til spesialisthelsetjenesten som øyeblikkelig hjelp for oppfølging og eventuell behandling. Ved sikker påvist primærsmitte

te under svangerskapet er prenatal diagnostisering med fostervannsprøve og antiparasitt-behandling aktuelt (1).

Indikasjoner for prøvetaking av gravide er (1):

- eksponering for kjente risikofaktorer (kontakt med katter eller katteavføring, konsum av kjøtt eller kjøttvarer som ikke er fullstendig gjennomsteikt eller gjennomkokt)

● planlagt eller nylig gjennomført utenlandsreise til land utenfor Nord-Europa
Behandling av ellers friske og ikke-gravide er vanligvis ikke nødvendig. Ved alvorlig immunsvikt eller komplikasjoner anbefales behandling med antiparasittære medikamenter. Barn med medfødt toksoplasmose skal behandles i første leveår (1).

Forskning og trender

Det er publisert en rekke undersøkelser som tyder på at parasitten kan ha psykogene effekter også hos personer som ikke har medfødt toksoplasmose, slik det er påvist hos gnagere (3, 4). Slike effekter er blant annet økt risikoatferd, aggresjon, selvdestruk-

sjon og selvmord. En nyere studie viser videre at klinikere bør være oppmerksomme på at atypiske genotyper av *T. Gondii* er vanlige i Nord-Amerika og har vært assosiert med alvorlig okulær og systemisk sykdom og uvanlige presentasjoner av toksoplasmose hos immunkompetente pasienter (10). Det er behov for mer forskning slik at vi i framtiden kan få mer og bedre kunnskap om problemstillingene knyttet til infeksjon med *T. Gondii* og toksoplasmose.

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet, Smittevernveileder. Tokso-plasmose – veileder for helsepersonell. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/toksoplasmose---veileder-for-hel-sep/>
2. Jørgensen, H. J., et al. (2018). The Norwegian Zoonoses Report 2017. Oslo, Norwegian Veterinary Institute, Norwegian Institute of Public Health, Norwegian Food Safety Authority. <https://www.vetinst.no/rapporter-og-publikasjoner/rapporter/2018/the-norwegian-zoonoses-report-2017>
3. Coccaro EF, et al. (2016). Toxoplasma gondii infection: relationship with aggression in psychiatric subjects. *Journal of Clinical Psychiatry* 77 (3): 334–341.
4. Hurley RA and Taber KH (2012). Latent Toxoplasmosis gondii: emerging evidence for influences on neuropsychiatric disorders. *Journal of Neu-*

ropsychiatry and clinical neurosciences 24 (4): 376–383.

5. Jenum PA, et al. (1998). Prevalence of Toxoplasma gondii specific immunoglobulin G antibodies among pregnant women in Norway. *Epidemiology and Infection* 120 (1): 87–92.
6. Findal G, et al. (2015). Toxoplasma prevalence among pregnant women in Norway: a cross-sectional study. *APMIS* 123 (4): 321–325.
7. Jenum PA, et al. (1998). Incidence of Toxoplasma gondii infection in 35,940 pregnant women in Norway and pregnancy outcome for infected women. *Journal of Clinical Microbiology* 36 (10): 2900–2906.
8. European Centre for Disease Prevention and Control (2018). The European Union summary report on trends and sources of zoonoses, zoonotic agents and food-borne outbreaks in 2017. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/zoonoses-food-borne-outbreaks-surveillance-2017-updated.pdf>
9. Kapperud G, et al. (1996). Risk factors for Toxoplasma gondii infection in pregnancy. Results of a prospective case-control study in Norway. *American Journal of Epidemiology* 144 (4): 405–412.
10. Pomares C, et al. (2018). Genetic characterization of Toxoplasma gondii DNA samples isolated from humans living in North America: an unexpected high prevalence of atypical genotypes. *Journal of Infectious Diseases* 218 (11): 1783–1791.

■ TRUDEMARIE.LYNGSTAD@FHI.NO

SYNKOPE

som årsak til fall

■ MARTE MELLINGSÆTER • Overlege, ph.d., avdeling for geriatri, Akershus universitetssykehus

HOVEDBUDSKAP

- Synkopene gjemmer seg blant uforklarte fall
- Primærutredning gir diagnosen i >50 prosent av tilfellene
-og styrer videre utredning
- Årsaken til synkope sitter nedenfor halsen og utredes derfor ikke med EEG, CT/MR caput
- Identifiser kardiale synkoper – innlegges for rask diagnostikk
- Karotismassasje er anbefalt som primærutredning > 40

Eldre og skrøpelige faller mye. Det bør vi ta på alvor. Vi må se på fallet som et symptom og ikke en uunngåelig følge av det å bli eldre. Det er ofte mange årsaker til et fall, og en omfattende og multifaktoriell undersøkelse er anbefalt (1, 2). I etterkant må man følge opp og gjøre noe med alle de årsakene man kan påvirke for å forebygge nye fall.

Noen fall skyldes ytre faktorer som snubling eller glatt underlag, og hos noen pasienter gir nevrologiske sykdommer eller følgetilstander økt fallfare. Alvorlig kognitiv svikt tilsier også en betydelig økt risiko for fall, noen ganger på grunn av ukritisk adferd, men også fordi demens svekker alle kognitive funksjoner, ikke bare hukommelse.

Et bevissthetstap fører til fall hvis man står eller sitter. Synkope er et hurtig innsettende, kortvarig og selvbegrensende tap av bevissthet og postural tonus pga. en global sirkulasjonsforstyrrelse til hjernen. Fallet er kroppens måte å forsøke å gjenopprette sirkulasjon til hjernen. Ofte kan sykehistorien, med komparentopplysninger, gjøre at vi kan skille synkope fra bevissthetstap av andre årsaker som for eksempel epileptiske anfall, koma, hypoglykemi eller hypoksi. Hos eldre kan dette være ekstra utfordrende fordi det er vanlig å ha amnesi for bevissthetstap, og i tillegg er det sjeldnere øyenvitner til fall, slik at gode komparentopplysninger mangler. Kognitiv svikt kan også gjøre anamneseopptaket vanskelig. Det er derfor viktig at vi som leger tenker på om bevissthetstap og synkope kan være årsaken til fall hos eldre.

Når skal vi mistenke synkope?

Vi bør tenke på synkope hvis eldre faller brått og uventet, hvis de ikke selv kan gi noen plausibel forklaring eller ikke husker noe av omstendighetene før fallet. Hvis de har pådratt seg ansiktsskader, har de ikke rukket å ta seg for, og derfor kan dette tyde på synkope. Også andre omstendigheter

rundt fallet kan vekke mistanke: Har pasienten begynt med nye medisiner? Skjedde fallet i forbindelse med å reise seg? Anstrengelse? Ble han blek? Hoste, vannlating eller rett etter måltid? Andre aktuelle symptomer å spørre om er svimmelhet, følelse av å skulle besvime, hjertebank eller brystmerter.

Lavt blodtrykk eller rytme-forstyrrelse, eller begge deler?

Synkoper deles oftest i tre hovedtyper etter mekanisme. Ortostatisk synkope, refleks-synkope og kardial synkope. Bevissthetstap inntreffer i alle tilfellene på grunn av kortvarig hypoperfusjon, og årsaken til synkope sitter som oftest nedenfor halsen. Blodtrykket blir for lavt, og det skyldes i grove trekk enten lavt minuttvolum eller vasodilatasjon. Det er derfor ikke hensiktsmessig å starte utredningen av synkope med EEG eller CT caput.

Ortostatisk synkope er synkope som følge av ortostatisme, en mer eller mindre vedvarende svikt i evnen til å holde blodtrykket oppe i stående stilling. Det skyldes oftest blodtrykkssenkende legemidler eller autonom svikt. Ortostatisk blodtrykk måles liggende og stående etter 1 og 3 minutter. Et blodtrykksfall på 20 mmHg systolisk eller 10 mmHg diastolisk eller til mindre enn 90 mmHg systolisk, sammen med symptomer som svimmelhet, kaldsvette eller utmattelse, regnes som diagnostisk for ortostatisk hypotensjon og kan forklare fall. Blodtrykksfall er ikke alltid reproducerbart og repeterte målinger kan gi diagnosen, men en suspekt sykehistorie

med fall tidlig om morgenen, umiddelbart etter oppreising eller på vei til toalettet om natten, er noen ganger det eneste man har. 24-timers blodtrykksmåling kan iblant gi diagnosen ved mistanke om postprandial hypotensjon eller legemiddelutløst ortostatisk hypotensjon.

Blodtrykkssenkende medikamenter må (re)vurderes ved fall. Alle medikamenter med blodtrykkssenkende effekt kan gi ortostatisme, og kombinasjonen av frekvensdempende og vasodilaterende medikamenter vil hemme begge mekanismene som får blodtrykket til å stige i forbindelse med at man reiser seg. En kombinert alfa- og betablokker har noen år vært på min personlige svarteliste, og de nyeste ESC/ESH guidelines 2018 for behandling av arteriell hypertensjon (3), anbefaler at alfablokkere unngås hos skrøpelige eldre. I tillegg anbefaler guidelines at man bare bruker slyngediuretika hos eldre når væskeretensjon/ødemer er problemet og ikke bruker dette som blodtryksmedisin.

Hos de eldste og skrøpeligste bør evnen til å kunne stå oppreist prioriteres fremfor et blodtrykk som ser pent ut på papiret. Blodtryksbehandling er forebyggende behandling og er dokumentert livsforlengende også hos gamle pasienter, men ved kort forventet levetid må man gjøre andre prioriteringer (3). Det mangler som vanlig studier på de skrøpeligste. Blodtrykkssenkende legemidler bør derfor seponeres ved symptomgivende ortostatisme. Betydelig høyere trykk enn 130/80 må aksepteres, gjerne liggende/sittende opp mot 180 mm Hg, dersom ikke hypertensivt lungeødem truer pasienten. Videre kan råd om å reise seg langsomt, stå litt før man begynner å gå, drikke mineralvann tidlig på dagen – en halv til en liter (obs hjertesvikt), og bruk av støttestrømper kan være nyttig. Både NSAID og adrenerge midler som Effortil brukt for å øke trykket, er kontraindisert hos gamle.

Det er også verd å huske på at andre medikamenter enn tradisjonelle blodtrykks-



Noen fall skyldes ytre faktorer som snubling eller glatt underlag, og hos noen pasienter gir nevrologiske sykdommer eller følgetilstander økt fallfare.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

medisiner kan gi ortostatisme. Dette gjelder for eksempel alfablokker gitt ved prostatahyperplasi og vanlige antidepressiva som (es)citalopram.

Hos pasienter med *autonom svikt* er ortostatisme ofte uttalt. Det gjelder både primær autonom svikt ved parkinsonisme og demens ved levylegemer, og sekundær autonom svikt som ved polyneuropati, diabetes og amyloidose.

Ved nyoppstått ortostatisme må legen også tenke på dehydrering og blødning. Sengeleie vil også raskt kunne påvirke evnen til kretsløpsregulering, og det er enda et godt argument for tidlig mobilisering av eldre ved sykdom.

Reflekssynkope er en midlertidig og kortvarig dysfunksjon i et ellers friskt og velfungerende blodtrykksreguleringssystem. Tidligere ble betegnelsen vasovagal synkope brukt om tilstanden. Blodtrykkfallet skyldes vasodilatasjon og/eller bradykardi. Reflekssynkope kan ofte diagnostiseres på grunnlag av anamnesen alene, og det er nesten alltid en ortostatisk komponent, i form av at synkopen inntreffer kun i stående eller sittende stilling. Klassiske utløsende mekanismer er ubehagelige syn, lukter eller emosjoner som blod eller smerter. Dette er den vanligste formen for synkope i alle aldre, men type og utløsende årsak varierer med alder. Hos eldre er karotid sinus-synkope den vanligste reflekssynkopen. Miksjonssynkope, hoste- og

måltidsrelatert synkope er også relativt vanlige reflekssynkoper hos eldre. Et klassisk eksempel på dette er en eldre mann som synkoperer når han står og tisser om natten. Måltidssynkope forekommer hos enkelte skrøpelige eldre og er et uttrykk for at blodtrykket blir for lavt til å sirkulere hjernen tilstrekkelig når mer av blodvolumet distribueres til fordøyelsen etter et større måltid. Behandlingen vil i de fleste tilfeller være å forsøke å unngå situasjonene som utløser synkope. Det trygger ofte pasienten dersom de forstår mekanismene og lærer seg å ta forholdsregler. Både det å sitte og tisse, øve «motpress» med bukmuskulaturen hvis man får varselssymptomer og bedre hydrering er tiltak som kan ha effekt.

Karotid sinus-synkope er en raritet før 40 års alder. Den klassiske varianten der stram krave eller annen mekanisk manipulasjon utløser synkope er sjelden, men hodevridning eller det å klø seg på halsen kan være nok. Hos eldre kan slik synkope oppstå uten kjent karotisstimulering. Det vanligste er at man ikke identifiserer noen utløsende mekanisme, men at diagnosen stilles ved karotismassasje. I henhold til europeiske retningslinjer for synkopeutredning (2018) (4) bør det gjøres karotismassasje hos personer > 40 år, når man mistenker reflekssynkope, men ikke har noen overbevisende årsak eller ved uforklarte fall der synkope kan mistenkes.

Hjerteinfarkt og TIA/slag siste tre måneder eller stenose over halskar er kontraindikasjon mot å utføre karotismassasje.

Undersøkelsen gjøres under pågående EKG-registrering og utføres både liggende og stående, siden ca. en tredjedel har symptomer bare i stående stilling. Man finner området for maksimal pulsasjon og utfører langsgående massasje i fem til ti sekunder. Høyre side undersøkes først, fordi den er hyppigst symptomgivende, deretter undersøkes venstre side. En pause på seks sekunder eller mer og reproduksjon av symptomer hos en pasient som har uforklarte fall, regnes som diagnostisk for karotishypersensitivitet og bør føre til en vurdering om pasienten skal få implantert pacemaker. Krav om symptomreproduksjon er viktig, fordi karotishypersensitivitet er et vanlig funn hos eldre, spesielt hos menn. Dersom man ikke mistenker synkope og/eller har andre årsaker som godt forklarer fall, vil funn av en kardioinhibitorisk pause uten symptomer mest sannsynlig ikke bety noe for pasientens fallrisiko, og skal følgelig ikke behandles med pacemaker.

Kardiale synkoper skyldes plutselig fall i minuttvolum pga. arytmi eller strukturell hjertesykdom (klaffefeil, proksimal koronarsykdom, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati eller myksom). Synkope hos en pasient med hjertesykdom skal alltid mistenkes å være kardial! Verken ortostatisme eller reflekssynkope reduserer

forventet levetid, i alle fall ikke hvis man ser bort fra skadene som man kan pådra seg som konsekvens av fall, men kardiale synkoper er alvorlig. Hjerterutredning skal gjennomføres, ofte som øyeblikkelig hjelp, fordi disse synkopene har dårlig prognose hvis de forblir ubehandlet. Palpasjoner, symptomer/synkope under aktivitet eller i liggende stilling og tilfeller av plutselig død hos personer under 40 år i familien, skal gi mistanke om kardial synkope. Venstre grenblokk, bi- eller trifasikulære blokk er holdepunkter for dårlig ledningssystem i hjertet, og ved ellers uforklarte synkoper er intermitterende AV-blokk en så sannsynlig forklaring, at pacemaker er indisert.

Når det gjelder kardiale synkoper er det viktigste for ikke-kardiologer å mistenke tilstanden og henvise til sykehus for innleggelse og undersøkelse. Fravær av hjertesykdom og normalt EKG utelukker langt på vei kardial årsak til synkope.

Hvordan skille bevisstløshet og synkope?

Som nevnt er anamnesen sentral og gode «synkologer» sier at den gir diagnosen i 40 prosent av tilfellene, særlig reflekssynkoper trer fram ved en god anamnese, gjerne som miksjonsutløst, postprandial eller klassisk vasovagal.

Aurafenomener, ekskretavgang, tungebitt og langvarig sløvhhet (postiktal fase) etter bevissthetstap taler for epilepsi og bevissthetstap. Ensidige eller kraftige rykninger likeså, mens det er vanlig med rykninger, spesielt i armene, ved synkoper også. Et langvarig synkopeproblem tilsier ofte reflekssynkoper i bestemte situasjoner, eventuelt kan det være relevant å tenke på psykogene anfall. Vurder hyperventilasjon, hypoglykemi, hypoksi og intoksikasjoner ved bevissthetstap. TIA gir ikke synkope, som nevnt sitter årsaken til synkope nedenfor halsen, men TIA i vertebralskretsløpet kan gi bevissthetstap.

Videre utredning ved synkopemistanke

Hvis ikke anamnesen gir en åpenbar diagnose, må man gå videre med primærdiagnostikk. Den innebærer en klinisk undersøkelse, EKG og ortostatisk blodtryksmåling. Dette bør gjøres i primærhelsetjenesten før en eventuell henvisning videre. Videre undersøkelser bør dirigeres av anamnesen, og det er ulike praksis både om og hvor slike pasienter henvises. Både kardiologiske, nevrologiske og enkelte geriatriske avdelinger utreder disse pasientene.

Rytmeovervåking kan være aktuelt ved mistanke om arytmi og ekko cor ved kjent eller mistenkt strukturell hjertesykdom. Karotismassasje kan gjennomføres dersom pasienten er eldre enn 40–50 år og det tas blodprøver. Karotismassasje kan gjøres i allmennpraksis, men legen må ha mulighet for å ta kontinuerlig EKG og ha hjelpe- re til stede, slik at man sikrer pasienten mot fall.

Behandling

Behandlingen avhenger av hva slags synkope det dreier seg om. Råd om hvordan man kan tenke ved ortostatiske synkoper og reflekssynkoper er gjennomgått ovenfor. Kardiale synkoper er en spesialistopp- gave.

Et poeng som ofte overses, er at alders- og sykdomsrelaterte gangvansker, redusert balanse og tregere reflekser gjør eldre utsatt for fall selv ved moderate hemodynamiske forandringer, som i seg selv ikke er tilstrekkelige til å forårsake bevissthetstap eller synkope. Derfor kan rytmeomslag og kortvarige, mindre ortostatiske blodtryksfall eller pauser føre til svimmelhet og fall hos skrøpelige eldre. Det er heller ikke uvanlig at nærsynkope og ortostatiske rapporteres som svimmelhet. Aktivitet, styrke- og balansetrening vil ofte kunne hjelpe og bør foreslås for de aller fleste eldre som er i kontakt med lege på grunn av ustøhet og fall.



Aktivitet vil ofte kunne hjelpe og bør foreslås for de aller fleste eldre som er i kontakt med lege på grunn av ustøhet og fall. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

REFERANSER

1. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Jan;59(1):148–57. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x.
2. Medisinske funn i en tverrfaglig geriatrisk fallpoliklinikk *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134: 705–9 doi: 10.4045/tidsskr.13.1287.
3. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 33, 1 September 2018, Pages 3021–3104.
4. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 21, 1 June 2018, Pages 1883–1948.

■ MARTE.R.MELLINGSAETER@AHUS.NO

UTPOSTEN
– en viktig arena for
utvikling av primærmedisinen

Særskilte helseutfordringer i samiske reindrifts

■ SNEFRID MØLLERSEN • dr. psychol, Finnmarkssykehuset, Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus, SANKS

Høy trivsel til tross for fysisk hardt arbeid, lite fritid og stor risiko for ulykker. Økt stress og bekymringer knyttet til samfunnsmessige forhold og sosial eksklusjon. Dette er noen av funnene i en ny studie om hverdagen til den samiske reindriftsbefolkningen i Norge.

Det er 100–200 millioner mobile pastoralister i verden. Mobil pastoralisme er en kombinert livsform og næringsvei der menneskene optimaliserer bruk av naturressursene gjennom å anvende et sett av komplekse tilpasningsstrategier i et fleksibelt samspill med omgivelsene (Mulder, Fazzio, Irons, McElreath, Bowles, Bell, et al, 2010). Disse strategiene er avgjørende for å kunne drifte tamdyr under uforutsigbare forhold i et tøft klima, med gjeting over store arealer og tidvis marginal tilgang på beite. Helårs utendørs dyrehold, langt fra vei og bebyggelse og tilgang på velferdstjenester innebærer økt helserisiko. Både fordi eksponering for risikofaktorer er høy, og fordi helsetjenester og helserelaterte tilbud er lite tilgjengelige. Levesettet inneholder andre helsemessige utfordringer enn det den bofaste majoritetsbefolkninga har, men kunnskapen om helse og levekår for mobile pastoralister er tilnærmet fraværende (Montavon, Jean-Richard, Bechir, Daugla, Abdoulaye, Nongo Narè et al, 2013). Den samiske reindriftsbefolkninga i Norge er intet unntak.

Samisk reindriftsbefolkning utgjør en mindre gruppe innenfor den samiske befolkninga i Norge¹. Livsformen og forholdet til omkringliggende samfunn byr på arbeidsrelaterte og sosiale utfordringer som den bofaste befolkninga ikke har. For mer enn 20 år siden ble det påpekt at arbeidsforholdene i reindrifta utgjør en al-



Feltslakting. FOTO: TORMOD BIRKELY, REINDRIFTSFORVALTNINGA

vorlig risiko for både psykisk og fysisk helse hos reindriftsutøverne og krever raske tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995). Samiske reindriftsutøvere har gjennom konsultasjoner og forhandlinger med myndighetene over lang tid prøvd å formidle de utfordringer, problemer og behov som preger reindriftshverdagen – uten å nå frem. Innsatsen innen helse, miljø og sikkerhet (HMS) har vært sparsom.

Norske reindriftssamers landsforbund (NRL) henvendte seg til Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus (SANKS) for bistand til å kartlegge faktorer med betydning for reindriftens livskvalitet og psykiske helse. I 2012 innledet NRL og SANKS et forskningssamarbeid tuftet på prinsippene i *Guidelines for Health Research Involving Aboriginal People* (CIHR,

2007)² og *Community Based Participatory Research* (Israel, 2001). Denne formen for deltagende forskning har til formål å redusere risikoen for at forskernes «utenfraperspektiv» fører til misforståelser, forsterker dommer og produserer forskningsresultater uten nytteverdi for den urfolksgruppen det forskes på.

Tallmaterialet i denne artikkelen er hentet fra datainnsamlinga til forskningsprosjektet «Reindriftas hverdag» i 2013/14. Hele 633 samiske reindriftsutøvere (46 prosent kvinner) leverte svar på et spørreskjema med 200 spørsmål. Informantene var hovedsakelig hel- eller deltidsarbeidende i reindrifta (92 prosent), og 76 prosent

¹ Samiske reindriftsutøvere med juridisk eller økonomisk ansvar for dyrehold registreres av Landbruksdirektoratet, 3233 personer i 2017.

² Vi benyttet retningslinjer fra kanadiske helsemyndigheter, som senere er revidert. Målsettinger og grunnleggende prinsipper er videreført.

områder



FOTO: J. HAMMER

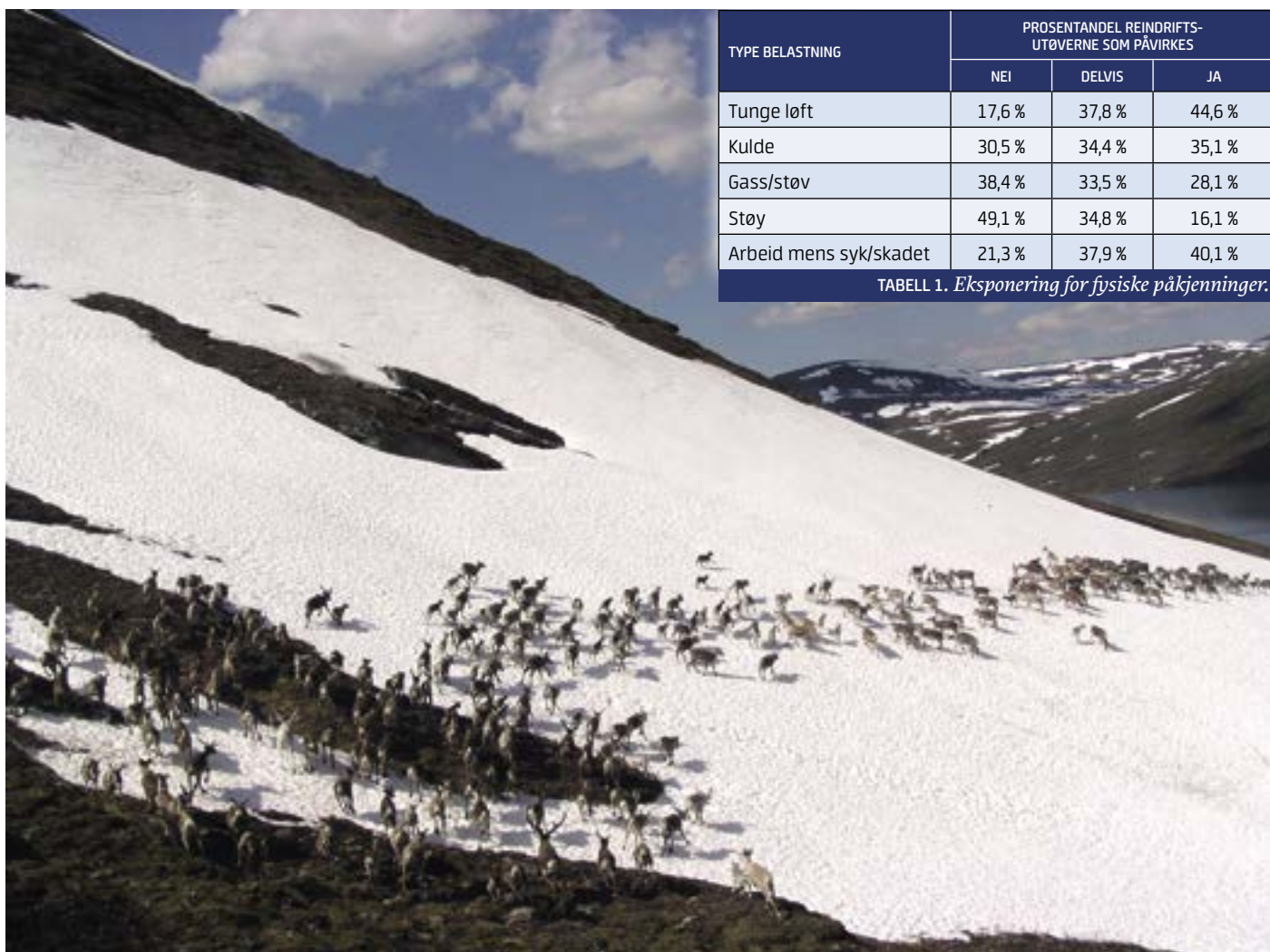


FOTO: HARALD RUNDHOLM, REINDRIFTSORGANISASJONEN

TYPE BELASTNING	PROSENTANDEL REINDRIFTS- UTØVERNE SOM PÅVIRKES		
	NEI	DELVIS	JA
Tunge løft	17,6 %	37,8 %	44,6 %
Kulde	30,5 %	34,4 %	35,1 %
Gass/støv	38,4 %	33,5 %	28,1 %
Støy	49,1 %	34,8 %	16,1 %
Arbeid mens syk/skadet	21,3 %	37,9 %	40,1 %

TABELL 1. Eksponering for fysiske påkjenninger.

hadde sin hoved- eller biinntekt fra rein-drift³. Det var god spredning i alder (16–35 år: 31 prosent, 36–55 år: 43 prosent, 56 år og eldre: 26 prosent), utdanningsnivå (grunnskole: 31 prosent, v.g. skole: 29 prosent, høyskole/universitet: 39 prosent), og geografisk tilhørighet (Øst-Finnmark: 27 prosent, Vest-Finnmark: 41 prosent, utenfor Finnmark: 31 prosent).

³ Mange reindriftsutøvere er helt avhengige av å ha inntekter utenfra for å kunne livberge seg/sin familie.

Fysiske påkjenninger i arbeidet

Resultatene (TABELL 1) viser at eksponeringen for fysiske påkjenninger med kjent helserisiko er omfattende, også sammenliknet med andre bransjer der slike belastninger er uttalte. Arbeidet er styrt av reirens behov gjennom den arktiske årssyklusen, og det er få tilgjengelige hjelpemidler når arbeidet utføres under forflytning over store avsidesliggende områder. En betydelig andel av reindriftsutøverne har vært utsatt for gjentatte ulykker/ska-

der i direkte arbeid med reirene (43,6 prosent), ved bruk av redskap (31,2 prosent) og under motorisert ferdsel (29,8 prosent). Risikoen for fysiske belastninger er høyest hos dem som jobber heltid i reinflokken.

Disse resultatene samsvarer med en tidligere svensk undersøkelse som fant at forekomsten av belastningslidelser var høyere blant reindriftsutøvere enn for andre kroppsarbeidere, at dette hadde økt over tid, og at risikoen for alvorlige arbeidsulykker var svært høy (Södra Lapplands forskningsenhet, 2009).

Hvile og rekreasjon øker kroppens tålegrense for belastninger. Når 78 prosent jobber mens de er syke/skadet og 35 prosent ikke har tatt ut feriedager siste 3 år, er det åpenbart at rekreasjon prioriteres lavt i reindriftsbefolkninga. Én av årsakene kan være at halvparten (49 prosent) ikke har tilgang på kvalifisert vikar ved behov. Fornuftige helsevalg blir nedprioritert når arbeidsoppgaver ikke kan utsettes⁴.

Tross fysiske påkjenninger rapporterer hele 98,5 prosent at de trives i arbeidet sitt. I Norge er det bare fiskeribransjen som har like stor jobbtilfredshet. Vi vet at arbeid som gir mening, mestringsopplevelse og mulighet for selvstendig jobbing både motiverer til innsats, fører til trivsel og øker tålegrensen for belastninger (Christopher, 2014). Da er det ikke overraskende at de aller fleste reineierne, på tvers av alder, kjønn og arbeidsoppgaver, har arbeidsglede (95,3 prosent), mestringsopplevelse (94,0 prosent), selvbestemmelse (86, prosent) og at arbeidsplassen oppleves som en læringsarena (93 prosent).

Rammebetingelser for liv og arbeid

God helse handler om livskvalitet gjennom det å være et produktivt og sosialt deltakende menneske. Hva som er produktive og sosiale bidrag varierer mellom ulike levemåter og kulturer. Det som gir god livskvalitet innenfor én levemåte, kan være uten betydning eller svekke livskvaliteten dersom levemåten er vesentlig annerledes. Mestringsstrategier som fungerer under én type livsbetingelser, er ikke nødvendigvis anvendbare under andre livs- eller arbeidsforhold.

I tillegg til høy eksponering for fysiske belastninger, handler den reindriftssamiske hverdagen om tilpasninger til samfunnsmessige endringer, offentlige reguleringer og eksterne aktører sine inngrep i beiteområder og flytteveier. Dette er tilpasninger som reineieren må integrere i det komplekse samspillet rein-landskap-reineier. Mens de fysiske belastningene og fraværet av fridager ikke beskrives som belastende eller bekymringsfullt av reineierne, oppleves imidlertid en rekke sosiale og samfunnsmessige rammebetingelser som en trussel mot helsa og eksistensen som reindriftsutøver⁵. Det kan dreie seg om tilpasningskrav fordi ressursgrunnlaget fjer-

⁴ Reinens behov for føde og beskyttelse (Lov om dyrevelferd, www.lovdata.no) kan ikke tilsesettes uten risiko for å miste retten til dyrehold.

⁵ Undersøkelsen har hentet bakgrunnsstoff fra en serie fokusgrupper, der reindriftsutøvere bl.a. utdypet sammenhengen mellom behov, utfordringer, problemer, mestringsmuligheter og konsekvenser.

TYPE INNGREP	PROSENT BERØRTE	PROSENTANDEL SOM ANGIR NEGATIVE KONSEKVENSER AV INNGREP			
		MERARBEID	STRESS	BEITETAP	ØKONOMISK TAP / MERUTGIFTER
Fredet rovvilt	98,7 %	66,1 %	66,7 %	19,8 %	86,5 %
Hytter	88,4 %	57,6 %	42,2 %	65,9 %	17,9 %
Turisme	81,1 %	62,8 %	41,0 %	20,0 %	13,9 %
Utmarksløyper	81,1 %	60,7 %	45,7 %	27,9 %	17,3 %
Kraftutbygging	81,9 %	49,5 %	42,4 %	58,3 %	31,4 %
Vei, trafikk	80,9 %	56,1 %	45,4 %	55,9 %	31,8 %
Rettssaker	74,0 %	28,9 %	55,1 %	10,6 %	41,0 %
Reintallsreduksjon	71,6 %	21,6 %	57,6 %	4,8 %	32,8 %
Mineralvirksomhet	69,1 %	38,4 %	43,3 %	45,6 %	23,9 %

TABELL 2. *Belastninger ved samfunnsstyrte inngrep og reguleringer.*

nes (for eksempel ved innskrenking av tilgangen på beite). Er det flere parallelle tilpasningskrav, kan den fremgangsmåten som løser ett problem fort komme i konflikt med det som kreves for å håndtere andre utfordringer.

Tabell 2 gir en oversikt over de typer inngrep og reguleringer som berører flest reineiere. Tabellen viser også hvor stor prosentandel av reindriftsbefolkninga som påføres merarbeid, stress, tap av beite og økonomisk tap for hver inngreptype. Resultatene tilsier med all tydelighet at den enkelte reindriftsutøver må forholde seg til flere samtidige inngreptyper. De fleste inngreptyper inneholder flere adskilte enkeltinngrep. Det fins for eksempel gjerne flere hyttebebyggelser, flere kraftanlegg osv. innenfor samme reinbeitedistrikt. Reindriftsutøverne må derfor tåle påkjenningene med å tilpasse drifta til inngrepene nok så kontinuerlig gjennom det meste av året.

Vi må alle tilpasse oss det samfunnet vi lever i. Regler fra myndighetene griper inn i våre liv. Noen regler føles unødvendige eller blir en byrde, andre har vi glede av. Det blir allikevel et tankekors at ordninger som etableres for å fremme folkehelsa til majoritetsbefolkninga og skal gi rekreasjon og avstressing – som turisme, hytteliv og ferdsl i utmark – utsetter reindriftsbe-

folkninga for helserisiko gjennom overarbeid og stress.

I møte med vanskelige oppgaver som krever løsning aktiveres kroppens alarmberedskap og yteevnen skjerpes. Når oppgaven er løst returnerer kroppen til sitt vanlige leie. En uløst oppgave med negative konsekvenser skaper imidlertid en truselsituasjon, og kroppens stressreaksjoner vedvarer. Kronisk stress pga. vedvarende eller tilbakevendende unngåelige utfordringer som man ikke har noen løsning på, gir slitasje og øker risiko for både fysisk og psykisk helseskade (Samdal, Wold, Harris & Torsheim, 2017). Eksempelvis ved årvisse hendelser, som når kalv og simler i stort antall blir drept av rovdyr, når rein kjøres i hjel på toglinja eller på veien. Tabell 2 illustrerer den opphopning av slike tilbakevendende tilpasningskrav som storparten av reindriftsbefolkninga lever med.

Sosial eksklusjon

Sosial støtte er en viktig buffer mot stressrelatert helseskade (Samdal, Wold, Harris & Torsdal, 2017). Sosial støtte har positiv innvirkning på mestring under stress og på tålegrensen for stress. Samisk reindriftsbefolkning er en liten gruppe som lever spredt over store arealer fra Finnmark i

TABELL 3. *Sosial eksklusjon og diskriminering*

TYPE SOSIAL EKSKLUSJON OG DISKRIMINERING*	STEMMER IKKE	STEMMER GODT ELLER DELVIS
Ofte møtt med mistro og negativitet av personer utenfor reindrifta	4,9 %	95,1 %
Bekymret for medieomtalen reindrifta får	2,2 %	98,8 %
Medieomtalen har ført til ubehag eller vanskeligheter	15,9 %	84,1 %
Trakassering pga. reindriftstilhørighet	31,8 %	68,2 %
Utsatt for trusler, vold, skadeverk fra personer utenfor reindrifta	53,0 %	47,0 %

* Diskrimineringstypene refererer til handlinger utført av personer utenfor reindrifta, og til uttalelser som handler om reindrifta.



Utplukking av slaktrein i Vgå.

FOTO: LAVRANS SKUTERUD, REINDRIFTSFORVALTNINGA

nord til Hedmark i sør, og har således behov for å være sosialt inkludert i samfunnet og i miljøer utenfor reindrifta.

Imidlertid erfarer den samiske reindriftsbefolkninga at de blir møtt med mistro og negativitet fra andre mennesker pga. sin reindriftstilhørighet, og de aller fleste går også med bekymring for det media formidler om reindrifta (TABELL 3). På landsbasis melder 3,5 prosent av befolkninga at de har vært utsatt for diskriminering i en eller annen form. I samisk befolkning er tallet 35 prosent (Hanssen, 2011). Ser vi kun på de groveste former for diskriminering som reindriftsbefolkninga utsettes for fra personer utenfor reindrifta (trusler, skadeverk og vold), tyder våre resultater på at den reindriftssamiske befolkninga er ekstremt utsatt for diskriminerende handlinger. Erfaringer med marginalisering og diskriminering fordeler seg ganske jevnt mellom kjønn, aldersgrupper og utdanningsnivå, men er mer vanlig blant dem som deltar direkte i reindriftsarbeidet enn blant de som har liten arbeidsmessig tilknytning. Diskriminering pga. gruppetilhørighet, for eksempel etnisk tilhørighet, er en belast-

ning/trussel også for de som ikke har vært direkte utsatt, fordi alle vet at risikoen for å bli neste offer er til stede.

Helsearbeid handler bl.a. om samfunnets evne til å beskytte sine innbyggere mot eksponering for kjente helseskadelige fysiske og psykososiale påkjenninger. I Norge har vi tatt konsekvensene av de skadelige virkninger av sosial eksklusjon og diskriminering gjennom lov om likestilling og forbud mot diskriminering (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2018). Folkehelsearbeidet har høyt fokus på sosialt utenforskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), men foreløpig har man ikke nådd frem med hensiktsmessige tiltak i forhold til samisk reindriftsbefolkning. Dette handler også om oppvekstforholdene for de samiske reindriftsbarna.

Forholdet til offentlige myndigheter

Det kan, for både myndigheter, lovgivere, forvaltere og tjenesteytere (bl.a. helsepersonell) være vanskelig å sette seg inn i livsforhold som man sjøl verken har erfaring med eller kunnskap om, og der beskrivelser i litteraturen og media ofte er beheftet med fordommer og stereotypier. Mangel på kunnskap og forståelse for den kompleksitet av momenter som opprettholder reindrift, og som innvirker på spillet mellom reindriftsbefolkninga, samfunnsgitte rammebetingelser og andre grupper i samfunnet får konsekvenser for forholdet

mellom offentlige organer og reindriftsbefolkninga.

Tabell 4 viser hvilke erfaringer samiske reindriftsutøvere har med offentlige myndigheters kunnskap om og forståelse av reindriftas behov og utfordringer, holdninger til reindrift og evne til å bidra med nyttig støtte og rådgivning. Tilliten er lavest i gruppa med høyest utdanning. Vi vet at tillit til myndigheter og offentlige organer henger tett sammen med opplevelsen av å få delta i beslutningsprosesser som berører eget liv, bli lyttet til og bli tatt på alvor (Grosse, 2012). Resultatene i vår undersøkelse gir sterke indikasjoner på at norske myndigheter ikke har maktet å opptre på en måte som gjør at samiske reindriftsutøvere kjenner seg ivare tatt når det gjelder grunnleggende forutsetninger for helse, livskvalitet og arbeid.

Holdninger og handlinger fra sentrale myndigheter legger normer for hva som er sosialt akseptabelt i samfunnet. Omfanget av krenkende eksponering i media, negative holdninger og aggressive handlinger fra folk utenfor reindrifta (TABELL 3) kan reflektere en sosial aksept for diskriminering som avviker fra den vedtatte nulltoleransen.

Samisk reindriftsbefolkning er en liten minoritet som er helt avhengig av at majoritetssamfunnet tar hensyn til og legger til rette for et eksistensgrunnlag. *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering* (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2018) pålegger offentlige myndigheter å tilegne seg nødvendig kunnskap om brukergrup-

TABELL 4. Tillit til det offentlige

ERFARING MED OFFENTLIGE ORGANER	STEMMER IKKE	STEMMER DELVIS	STEMMER GODT
Reindrift får støtte/beskyttelse som andre næringer	73,5 %	24,3 %	2,2 %
Stat/kommune har kunnskap om reindriftas behov og problem	65,0 %	32,6 %	2,4 %
Staten ser på reindrift som viktig	63,5 %	33,8 %	2,8 %
De fleste kommunene i reinbeitedistriktet ønsker reindrift	28,5 5	56,6 5	14,9 5
Får hjelp og råd fra reindriftsforvaltningen*	25,8 5	56,6 5	17,5 5

* Reindriftsforvaltningen ble omorganisert i 2014, tross protester fra reindrifta som fryktet at viktig kunnskap om reindrift ville forsvinne fra forvaltningsorganet.





Historisk-politiske prosesser har gjennom flere hundre år ført til fortielse og usynliggjøring av samisk befolkning. Selv 30 år etter innføringen av §110 a i Grunnloven, etableringen av det norske Sametinget og Norges ratifisering av ILO-konvensjonen er ettervirkninger av den langvarige fornorskinga at forhold ved samisk levestett, verdier og normer stadig mistolkes, nedtones eller ignoreres i samfunnet og av majoritetsbefolkninga. De helsemessige konsekvensene av dette forblir også usynlige for både lovgivere og forvaltningssystem, så vel som for helsetjenesten og de helsearbeidere som møter den samiske pasienten.

Kalvemerking. FOTO: BÅRD ANTONSEN, REINDRIFTSFORVALTNINGA / PERSONENE PÅ BILDET HAR INGEN TILKNYTNING TIL TEKST I RAMME

penes utfordringer, behov og synspunkter, og utforme tjenester/tilbud/regler for å møte disse utfordringene og behovene. En oppfølging av denne lovpålagte forpliktelsen vil kunne bidra til at kunnskap om de materielle, praktiske og sosiale rammebetingelsene som innvirker på helsa til reindriftssamene, blir del av premissgrunnlaget ved politiske vedtak og forvaltningsmessige praksiser som berører reindriftsbefolkninga. Mer kunnskap om bl.a. fysiske risikosituasjoner i reindriftsarbeidet, forhold som fører til overarbeid og mangel på hvile, og, ikke minst, de forhold som skaper og vedlikeholder sosial eksklusjon og diskriminering, kan bidra til at man i fremtiden unngår å iverksette bestemmelser som innebærer ytterligere helserisiko, og i stedet åpner for ordninger som reduserer det allerede høye belastningsnivået.

Alle mennesker har en tålegrense, et sted der krav om ytelse og tilpasninger overskrider den kapasitet og de ressurser man har til rådighet. Det gjelder også for den reindriftsamiske befolkninga. Dersom offentlige myndigheter ønsker å ta på alvor de helserisikoer og trusler mot livskvalitet som reindriftsbefolkninga utsettes for i hverdagen, må man starte en forpliktende dialog med reindrifta om helserelaterte behov og utfordringer. Gjennom å ta i bruk reindriftsutvernes kunnskap om eget liv, og deres innsikt i om og hvordan krav til omstillinger

kan integreres i den reindriftsspesifikke drifts- og livsformen uten å bli en trussel mot eksistensgrunnlag og helse, blir det mulig å tilrettelegge rammebetingelser som tillater at også den reindriftssamiske befolkninga gis reelle muligheter til å gjøre gode valg for å ta vare på egen helse.

Forskningsprosjektet er finansiert av: Reindriftens utviklingsfond, Helse Nord RHF, Sametinget, Norsk Reindriftsamers Landsforbund, Finnmarkssykehuset HF og SANKS.

REFERANSER

- CHIR, Canadian Institutes of Health Research. (2007). CIHR Guidelines for Health Research Involving Aboriginal People. Ottawa
- Christophersen, J (2014) Arbeidslivet er blitt for kontrollerende. Psykologisk.no <https://psykologisk.no/2014/02/arbeidslivet-er-for-kontrollerende/>
- Grosse, J. (2012). Kommer tid kommer tillit? Unga vuxnas og medelålders erfaringer. Rapport i sosialt arbeid, nr. 139, Stockholms universitet.
- Hanssen, KL. (2011). Ethnic Discrimination and bullying in relation to self-reported physical and mental health in Sami settlement areas in Norway, the Sami Nord Study. Doktoravhandling, Institutt for samfunnsmedisin, Tromsø Universitet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1995). Arbeidsmiljøtiltak i reindriftsnæringen, kap. 10, I Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge, NOU 1995:6.
- Helse- og omsorgsdepartementet, HOD. (2015). Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Meld. St. 19 (2014–2015).

- Israel, BA, Schulz, AJ, Parker, EA & Becker, AB. (2001). Community-based Participatory Research: Policy Recommendations for Promoting a Partnership Approach in Health Research. *Education for Health*, 14 (2), 182–197
- Likestillings- og diskrimineringsombudet. (2018). Unngå å diskriminere – offentlige tjenester. <http://www.ldo.no/forebygg/offentlige-tjenester/>
- Montavon A, Jean-Richard V, Bechir M, Daugla DM, Abdoulaye M, Nongo Narè, et al (2013). Health of mobile pastoralists in the Sahel – assessment of 15 years of research and development. *Trop Med Int Health*, 18 (9): 1044–52. Doi: 10.1111/tmi.12147
- Mulder, MB, Fazzio I, Irons W, McElreath RL, Bowles S, Bell A, et al. (2010). Pastoralism and wealth inequality. Revisiting an old question. *Curr Anthropol*, 51 (1): 35–48. Doi: 10.1086/648561
- Samdal, O, Wold, B, Harris, A & Torsheim, T. (2017). Stress og mestring. Helsedirektoratet, IS-2655. [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1392/Stress og mestring IS-2655](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1392/Stress%20og%20mestring%20IS-2655).
- Södra Lapplands forskningsenhet. (2009). Samernas hälsosituation i Sverige – en kunnskapsöversikt. City trykkeri: Sametinget.

Alle resultater i artikkelen er hentet fra forskningsprosjektet «Reindriftas hverdag». En fullstendig gjennomgang av metode og resultater fins i: Møllersen, S, Stordahl, V, Tørres, G & Eira-Åhrén, IM (2016). Reindriftas hverdag – interne og eksterne faktorer som kan påvirke psykisk helse. Delrapport 1, SANKS-NRL.

■ SNEFRID.MOLLERSEN@FINNMARKSSYKEHUSET.NO

Allergisk rhinitt og allergen immunterapi

■ INGEBJØRG SKRINDO • Overlege ph.d. ØNH-avdelingen, Akershus Universitetssykehus

Allergisk rhinitt er en vanlig problemstilling på legekantoret. Men for å gi pasienten god behandling, er det viktig å stille rett diagnose.

Denne artikkelen er ikke ment som en oversiktsartikkel. Det er hovedsakelig et sammendrag av en forelesning jeg holdt på Primærmedisinsk uke, der jeg har fokusert på noen aspekter ved utredning, behandling og oppfølging.

KASUISTIKK

En 19 år gammel kvinne kommer på legekantoret i mars. Hun er nesetet. Det har hun vært hver vår de siste tre årene, men hun har ikke gjort noe med det. I år synes hun det er mye verre. Hun begynner å få problemer med å gjøre skolearbeid, noe som gjør henne bekymret fordi hun går siste året på videregående. Hun har også problemer når hun løper ute. Hun har en omfattende treningsmengde, opp mot 15 timer i uka. Hun konkurrerer på høyt nasjonalt nivå i orientering og det nærmer seg sesongstart.

Diagnose

Først må vi stille en så korrekt diagnose som mulig. Årsaker til nesetetthet kan være mange. Dette inkluderer både strukturelle årsaker som septumdeviasjoner, andre neseanomalier og tumores, og slimhinnesykdommer som rhinitter og mucociliære forstyrrelser. Rhinitt defineres som en inflammasjon av neseslimhinnen karakterisert av minst to av følgende symptomer: Rhinorre, nesetetthet, nysing og kløe (1). Rhinitt kan klassifiseres videre i infeksjons rhinitt, allergisk rhinitt og en sammensatt gruppe med andre årsaker som hormoner, medikamenter eller annen hyperreaktivitet. Allergisk rhinitt/rhino-konjunktivitt er en immunologisk hypersensitivitetsreaksjon i øvre luftveier. De vanligste allergenene ved allergisk rhinitt er pollen (hovedsakelig fra bjørk, gress og burot), dyrehår og husstøvmidd (1, 2, 3).

En grundig *anamnese* er viktig for å stille korrekt diagnose. Det viktigste ved anamnesen er å sannsynliggjøre en sammenheng mellom allergen og symptomer! Det

gjøres selvfølgelig ved å kartlegge symptomer, varighet og sammenheng med utløsende agens. I tillegg er alvorlighetsgrad svært viktig å avklare, slik at man kan finne rett behandlingsnivå.

Symptomer ved allergisk rhinitt er kløende, rennende nese, hovne slimhinner og nesetetthet. Kløende, rennende og hovne øyne (allergisk konjunktivitt) foreligger ofte samtidig. Dessuten kan pasienten være trøtt, uopplagt og ha redusert konsentrasjonsevne.

Neste trinn for å stille riktig diagnose er å gjennomføre en grundig *undersøkelse*. Det er viktig å huske på at *hva* vi finner, avhenger av om pasienten har pågående symptomer eller ikke. Men uansett er det alltid viktig å undersøke pasienten! Kanskje har hun skjev neseskillevegg eller polypper som også kan gi nesetetthet. Eller kanskje vil en undersøkelse vise at hun har astma eller sekretorisk otitt som følge av nesetettheten.

Allergitestene gjenstår, som siste ledd i diagnostiseringen. Dette innebærer vanlig-





ILLUSTRASJONSFOTO: COLUJBRIOX

vis serologiske prøver fastlegen tar på legekontoret eller prikktester som utføres ved en spesialistklinikk. Ved allergisk rhinitt har både prikktest og serologi høy sensitivitet og spesifisitet, slik at vi i stor grad kan stole på testene dersom de sammenfaller med anamnesen og den kliniske undersøkelsen (4). Men allergitester er ikke en fasit. Derfor stiller vi ikke diagnosen allergisk rhinitt basert på allergitester alene uten at pasienter har symptomer. Dersom vi har en overbevisende anamnese og undersøkelse, men ikke får positiv serologi eller prikktest, kan vi gjøre nasal provokasjon med det aktuelle allergenet (5). Dette

gjøres foreløpig i liten grad i Norge, men det gjøres ved en del spesialistklinikker, og sannsynligvis kommer metoden til å tas mer i bruk i tiden som kommer.

Kasuistikken fortsetter: Prikktest er positiv for bjørk, og vi finner forhøyet spesifikt IgE mot bjørk. Fordi vi også har en anamnese med symptomer fra nesen i bjørkepollensesongen, kan vi stille diagnosen bjørkepollenallergi.

Behandling

Behandlingsmålet er å kunne leve så normalt som mulig! For ei jente på 19 år, betyr det å kunne være på skolen/studier, være med

på russetid, gjennomføre eksamener, trene ute i fint vær osv. For å få til dette, er det viktig at hun får god behandling. Like viktig er det at behandlingen følges opp for å sikre at den er forstått, etterfølges og ikke minst, at den fungerer som forventet!

Allergisk rhinitt er en kronisk sykdom. Hun kan ikke regne med å bli kvitt den med det første. Derfor er det helt avgjørende at hun forstår sykdommen sin, forstår hva hun kan gjøre for å holde symptomene i sjakk, med andre ord: Hun trenger hjelp til å ta kontroll over sykdommen! Det er derfor viktig å *informere* om metoder for å redusere allergeneksponeringen som å vaske hender og ansikt når hun har vært ute, samt lufte når det er minst mulig pollen ute. Saltvannsskylling av nese og øyne på dager med mye pollen kan også redusere symptomene (1, 3).

Videre er det viktig å forstå kryssallergi dersom hun har det. En stor andel av pasienter med bjørkepollenallergi har kryssreaksjoner mot rå stenfrukter, peanøtter, nøtter m.m. Dersom hun har dette, er det viktig at hun får god informasjon. Vanligvis holder pasientene seg automatisk borte fra de matvarene som klør når de får de i munnen. Men det er viktig at de ikke holder seg unna mer enn nødvendig. For eksempel kan de med kryssreaksjoner mot epler, spise stekte eller kokte epler, slik at eplekake vanligvis ikke er noe problem (1).

De *medikamentene* vi bruker er i hovedsak antihistaminer, nasale steroider og eventuelt antileukotriener (1, 3, 6, 7). Tradisjonelt har vi i Norge ofte brukt systemiske antihistaminer som førstehåndsbehandling. I nyere studier anbefaler man nå oftere nasale steroider som førstehåndsbehandling, også til barn. Imidlertid er det viktig hos barn å vurdere type nasalt steroid og også vurdere totaldosen topikalt steroid. Se egne veiledere for dette (1). I utenlandske studier ser det også ut til at antileukotriener oftere brukes som førstehåndsbehandling eller som kombinasjonsbehandling sammen med nasale steroider i stedet for antihistaminer (6). Selv om vi ikke har tradisjon for dette i Norge, er det viktig å kjenne til muligheten. Hos noen pasienter kan antileukotriener gi bedre behandlingseffekt enn antihistaminer (men dessverre er det ikke refusjon for antileukotriener ved allergisk rhinitt i Norge). Som tommelfingerregel vil jeg i øyeblikket anbefale: Nasale steroider, legge til systemiske antihistaminer dersom pasienten fortsatt har symptomer. Deretter kan legen vurdere å legge til antileukotriere eller bytte ut antihistaminer med antileukotrier dersom man ikke kommer til målet. Nasalt steroid i kombinasjon med

nasalt antihistamin gir også veldig god effekt hos mange pasienter.

Kasuistikken fortsetter: Hos 19-åringen vil vi ofte starte med nasale steroider eventuelt også systemiske antihistaminer fordi hun har mye plager.

Så, er vi ferdige her? Nei, disse pasientene må *følges opp*! Vi må kontrollere om de håndterer sykdommen sin godt, om den utvikler seg og om effekten av medisinene er som forventet. Bør vi forandre noe? Hvis pasienten kommer tilbake på våren med sterke symptomer som gjør at de ikke klarer skole eller jobb. Hva gjør vi da?

Skal vi gi systemiske steroider? I internasjonale retningslinjer for allergibehandling har systemiske steroider liten plass, og det advares mot å bruke injeksjon av glukokortikoider i depotform. I følge Lege-middelhåndboken skal systemiske steroider kun brukes der annen antiallergisk behandling ikke har tilfredsstillende effekt eller ikke kan brukes, og da bare som korttidsbehandling (7). Jeg vil påstå at systemiske steroider kun skal være en «rescue» behandling, og at forsiktighet må utvises, spesielt hos barn og unge. Vanligvis anbefaler vi en kort peroral kur fremfor injeksjoner. Hos idrettsutøvere, slik som hos vår 19 årning, må vi sjekke dopinglisten nøye og

diskutere eventuelle konsekvenser ved bruk av systemiske steroider.

Dersom pasienten har fått så store plager i allergisesongen at vi har vært nødt til å gi systemiske steroider, mener jeg at man samtidig skal legge en plan for allergibehandlingen det neste året. Har den forebyggende behandlingen vært god nok, eller kan den forbedres? Bør pasienten henvises til allergen immunbehandling?

Allergen immunterapi

Allergen immunterapi, tidligere ofte kalt hyposensibilisering eller allergivaksinasjon, er en viktig behandlingsmetode å vurdere hos pasienter som har plager til tross for optimal allergibehandling. Her eksponerer man pasienten for det pasienten er allergisk for, og tvinger frem en immunologisk toleranseutvikling, slik at pasienten tolererer å bli eksponert for allergenet senere. Tradisjonelt sett har dette vært gjort ved å gi injeksjoner med allergenekstrakt, først gradvis oppdosering, deretter vedlikehold over flere år. De senere årene har andre metoder kommet på banen, spesielt metoder for sublingual eksponering (8). I Norge har vi nå to tabletter på markedet, en mot gress og en mot husstøvmidd, i tillegg til andre medikamenter som kan brukes på registreringsfritak. Det finnes en norsk veile-

der i allergen immunterapi som er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider: «Praktisk veileder i allergivaksinasjon (2011)» (9). Denne er under oppdatering. Allergen immunterapi bør kun startes opp av lege med kompetanse innen dette.

REFERANSER

1. Roberts et al: Paediatric rhinitis: Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy. 2013 sept; 68 (9): 1102–16.
2. Fokkens et al: European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012, rhinol Suppl. 2012 Mar; (23): 3, 1–298.
3. Small et al: Allergic rhinitis. Allergy Asthma Clin Immunol 2018, 14 (Suppl 2): 51.
4. Nilsson L, Nilsson C, Duchon K, Jenmalm M. Pricktest og spesifikt IgE. Allergi i Prakiss 2018; 1: 20–5.
5. Schryver et al; Allergy Asthma Immunol Res 2015 Mar; 7 e20: Local Immunoglobulin E in the Nasal Mucosa: Clinical Implications.
6. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA): Achievements in 10 years and future needs: Journal of Allergy and Clinical Immunology, Available online 4 October 2012.
7. <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/13958>
8. EACI Guidelines on Allergen Immunotherapy: Allergic rhinoconjunctivitis. Roberts et al: Allergy 2018 Apr; 73(4): 765–798.
9. Bolle R, Berstad A, Florvaag E, Steinsvåg S: Praktisk veileder i allergivaksinasjon. Norsk kvalitets-sikringsdokument for Hyposensibilisering – Allergenspesifikk immunterapi–Allergivaksinasjon. 2. utgave 2011. Norsk Forening for Allergologi og Immunpatologi.

■ INGEBJØRG.SKRINDO@AHUS.NO

KONKLUSJON

- Allergisk rhinitt er en vanlig tilstand hos både barn og voksne der god kunnskap om sykdommen er avgjørende for symptomkontroll.
- Pasientene bør følges opp for å vurdere om behandlingen har ønsket effekt og for eventuell utvikling av tilstanden.
- Allergen immunterapi bør vurderes etter gjeldende retningslinjer.

Mikroplast – farlig for mennesker?

■ CAMILLA SVENDSEN • Forsker, ph.d., Folkehelseinstituttet

Det produseres enorme mengder plast hvert år. Mikro- og nanoplast er små plastpartikler på mindre enn 5 millimeter, og det har blitt funnet slike små plastpartikler i havet, drikkevannet vårt og i flere ulike matvarer. Laboratorieforsøk har vist indikasjoner på at plastavfall og små plastpartikler er skadelige for akvatiske organismer. Plastpartiklene kan absorbere helseskadelige miljøgifter og er grobunn for bakterier. Det er fortsatt store kunnskapshull om hvordan plastpartikler påvirker livet over og under havflaten, og det er usikkert om de utgjør en helserisiko for mennesker.



Mikroplastavfall
ILLUSTASJONSFOTO: COLOURBOX

Hva er mikro- og nanoplast?

Mikroplast er små plastpartikler og blir ofte definert som plastpartikler i størrelsen 5 millimeter (mm) og ned til 0,1 mikrometer (μm). Nanoplast er plastpartikler som er mindre enn 0,1 μm , mens plastbiter større enn 5 mm blir kalt makroplast (1).

Mikroplast kan deles inn i to hovedtyper; primær og sekundær mikroplast. Primær mikroplast er plastpartikler som er laget for å være mikroplastpartikler. Ulike kosmetiske produkter tilsettes små mikroplastbiter, såkalt «microbeads». Eksempler er tannkremmer med slipeeffekt og skrubbekremer. Sekundær mikroplast brytes eller slites ned fra større plastprodukter, som for eksempel bildekk, plastposer og skosåler (2).

Hvor kommer plastpartiklene fra?

Vi bruker enormt mye plast og det har blitt produsert over 8 milliarder tonn plast, siden 1950-tallet (3). Plast vil over tid brytes ned til mindre og mindre plastbiter, og ifølge en ny rapport fra Miljødirektoratet, oppstår det cirka 8000 tonn mikroplast i Norge hvert år. Slitasje av bildekk er oppgitt til å være den desidert største kilden og estimert til å stå for 4500 tonn mikroplast hvert år, altså over halvparten av de totale utslippene (4).

Den nest største kilden til mikroplast er gummigranulat fra kunstgressbaner. Gummigranulat er små gummibiter fremstilt av kasserte bildekk. Kunstgressbaner består av plastfibre festet til en teppebunn, hvorav gummigranulat fylles på i store mengder, både for å gi et mykt underlag og for gi bedre feste. I Norge har vi rundt 1500 kunstgressbaner, av ulik størrelse. En fotballbane har mellom 10 og 15 kilo gummikuler pr. kvadratmeter, noe som tilsvarer over hundre tonn gummigranulat per bane. Det er estimert at cirka 5 prosent av gummibitene, tilsvarende tre til fem tonn, forsvinner fra hver enkelt bane hvert år (4).

Andre store kilder til utslipp av mikroplast er maling og vedlikehold av skip og fritidsbåter og vask av tekstiler. For eksempel er fleeceprodukter laget av resirkulert plast, og både ved bruk og ved vask vil mange små plastpartikler løsne. Kosmetikk som er tilsatt mikroplast, utgjør bare en liten del av utslippet av mikroplast med rundt 40 tonn årlig. Det er estimert at rundt 4 tonn av dette fraktes helt ut til sjøen. Hvor mye av mikroplasten som havner i ferskvann og havet er vanskelig å fastslå sikkert, da dette vil variere avhengig av kilder, avstand til vannkilden og sjøen, og i hvilken grad det blir renset før det slippes ut i naturen. En undersøkelse av tre norske avløpsrenseanlegg viste at avløpsrensean-



Skrubbekrem med mikroplast. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

leggene renser ut mellom 87 og 97 prosent av plastpartiklene (4).

Marin plastforsøpling, altså plastavfall som dumpes i havet, er ikke medberegnet i tallene over, men antas å være en betydelig kilde til mikro- og nanoplastpartikler. Plastavfallet vil over tid brytes ned til mindre og mindre biter, men det finnes lite informasjon på hvor lang tid det tar før plastavfall har blitt brutt ned til mikro- og nanoplast (4).

Vi blir eksponert for mikroplast gjennom luft, mat og drikke

Mennesker blir eksponert for nano- og mikroplast både gjennom maten vi spiser og luften vi puster inn. Det er på nåværende tidspunkt ingen tilgjengelig metode for å påvise nanoplastpartikler, men mikroplast har blitt identifisert i både innendørs- og utendørsluft. I tillegg har mikroplast blitt funnet i matvarer som fisk og sjømat, øl, honning, bordsalt, sukker, flaskevann, kranvann. Fisk og sjømat er de matkildene som inneholder mest mikroplast, men fisk

bidrar likevel lite til inntak av mikroplast da mesteparten av disse partiklene vil sitte i fordøyelseskanalen som blir renset bort. Ved inntak av skjell, som blåskjell og østers, blir derimot ikke fordøyelseskanalen fjernet og kan derfor inneholde større mengder av plastpartikler sammenlignet med renset sjømat og fisk (1, 2, 5).

Lave nivåer av mikroplast i norsk drikkevann

Høsten 2017 kom det en rekke medieoppslag om mikroplast i drikkevann. Vannbransjen tok derfor initiativ til å kartlegge forekomst av mikroplast i drikkevannet i Norge. Totalt 24 vannverk deltok i studien, og det ble tatt prøver både av råvannet (urenset vann), behandlet vann (renset vann) og vann ute på ledningsnett.

Analysemetoden kunne detektere mikroplastpartikler i størrelsesområde 60–5000 μm . Kartleggingsstudien viste at det var lave nivåer av mikroplast i norske drikkevannskilder, både før og etter vannbehandling (6).



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Plastavfall og plastpartikler er skadelig for miljøet

Det har vært stort fokus på skadelige effekter av plastforurensning i havet. Blant annet har det vært en rekke nyhetsoppslag om funn av plast i hval og fisk (7–9). I ett av tilfellene ble det funnet 80 plastposer i magen til en død hval.

Dyr i havet kan tro mikroplast er mat, og det har blitt vist at en rekke arter i havet får i seg mikroplast, deriblant ulike skjell, reker, hummer, ansjos, sardiner, ørret, torsk og flere andre. Dyr kan også indirekte eksponeres for plastpartikler ved å spise andre organismer som fått i seg mikroplast, og på denne måten kan plastpartikler akkumuleres oppover i næringskjeden. Det er fortsatt lite informasjon om effekter av plastavfall og små plastpartikler på økosystemet og akvatiske organismer. Laboratorieforsøk på akvatiske organismer har vist at mikroplast kan føre til falsk metthetsfølelse og dermed redusert matinntak og energinivå. Det er viktig å merke seg at i laboratorieforskene brukes det høye nivåer av mikroplast, mye høyere enn det som finnes i havet, og disse effektene kan derfor ikke direkte overføres til effekter på organismer ute i naturen (2). Det er fortsatt behov for mer forskning på effekter av plastpartikler både på livet over og under havflaten.

Mesteparten av mikroplastpartiklene tas ikke opp i kroppen

Det er lite studier på opptak av plastpartikler, men eksisterende kunnskap fra dyreforsøk viser at mesteparten av mikroplastpartiklene går rett igjennom fordøyelsessystemet uten å bli tatt opp i kroppen. Det er partikkelstørrelsen som er den viktigste faktoren som avgjør om plastpartikkelen vil tas opp eller ikke, hvorav partikler som er større enn 150 µm ikke tas opp. Nåværende kunnskap viser at av selv for partikler som er mindre enn 150 µm vil kun en brøkdel bli tatt opp. I en nylig publisert artikkel, ble det funnet mikroplast i feces fra

mennesker (10), noe som ikke er overraskende ettersom mikroplast har blitt funnet i en rekke matvarer.

Mikroplast kan inneholde helseskadelige stoffer og patogene bakterier

Potensielle helseskadelige effekter hos mennesker forårsaket av mikro- og nanoplast har blitt diskutert. Det finnes en rekke ulike plasttyper, og plast blir tilsatt ulike kjemikalier for å gi plasten ønskede egenskaper. Kjemikaliene er blant annet flammehemmere, antioksidanter og fargestoffer. I tillegg, er plast hydrofob og kan derfor absorbere stoffer i vannet. Det har blitt vist at mikroplast inneholder forholdsvis høye konsentrasjoner av persistente og helseskadelige miljøgifter, som blant annet polyklorete bifenyler. Beregninger har vist at selv en stor porsjon blåskjell bidrar kun med en liten prosentandel av det totale inntaket av disse stoffene og er ansett til å ikke utgjøre noen helsemessig risiko (1, 2).

I tillegg, har det blitt vist at plastbiter, inkludert mikroplast, kan fungere som grobunn for bakterier, også patogene bakterier (11).

Det er usikkert i hvilken grad mikroplast utgjør en helserisiko for mennesker

I 2016, publiserte den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet, European Food Safety Authority (EFSA), en rapport om mikro- og nanoplast i mat, med spesielt fokus på sjømat. EFSA konkluderer med at det ikke er tilstrekkelig kunnskap om opptak, omsetning og mulige helsevirkninger av mikro- og nanoplast for å kunne gjøre en fullstendig vurdering av risiko knyttet til inntak av mat som inneholder disse (1).

Hva nå?

Det er fortsatt behov for mikroplastforskning, både når det gjelder helse og miljø og

ikke minst når det gjelder metodeutvikling for påvisning av små plastpartikler. Siden publiseringen av EFSA-rapporten har det kommet mange nye publikasjoner på området. I løpet av 2019 vil Vitenskapskomiteén for mat og miljø komme med en oppsummering av kunnskap på både forekomst og helse- og miljøeffekter av mikro- og nanoplast.

REFERANSER

1. EFSA. 2016. Presence of microplastics and nanoplastics in food, with particular focus on seafood.
2. Lusher ALH, P.C.H.; Mendoza-Hill, J.J. 2017. Microplastics in fisheries and aquaculture - Status of knowledge on their occurrence and implications for aquatic organisms and food safety. FAO Fisheries and Aquaculture Technical Paper. No. 615. Rome, Italy.
3. Geyer R, Jambeck JR, Law KL. 2017. Production, use, and fate of all plastics ever made. Science Advances 3:e1700782.
4. Norwegian Environment Agency. Report: Sources of microplastic pollution to the marine environment.
5. Gasperi J, Wright SL, Dris R, Collard F, Mandin C, et al. 2018. Microplastics in air: Are we breathing it in? Current Opinion in Environmental Science & Health 1: 1–5.
6. Uhl W, Eftekhardakh M, Svendsen C. 2018. Mapping microplastic in Norwegian drinking water, Norwegian Water.
7. NRK. 2018. Hval døde med 80 plastposer i magen. (nettside). Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/urix/hval-dode-med-80-plastposer-i-magen-1.14066830>. (Lest 2. februar 2019).
8. VG. 2018. Død hval hadde 1000 plastbiter i magen. (nettside). Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/nyheter/utenriks/i/xRow1l/does-hval-hadde-1000-plastbiter-i-magen>. (Lest 2. februar 2019).
9. VG. 2018. Siv fisket 11-kilos torsk - Fisker var full av plast. (nettside). Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/wEmEe5/siv-fisket-11-kilos-torsk-fisker-var-full-av-plast>. (Lest 2. februar 2019).
10. Schwabl P. 2018. Assessment of microplastic concentrations in human stool – Preliminary results of a prospective study, Presented at UEG Week 2018 Vienna, October 24, 2018. (nettside). Tilgjengelig fra: http://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/presse/news_2018/UEG_Week_2018_-_Philipp_Schwabl_Microplastics_Web.pdf. (Lest 2. februar 2019).
11. Frère L, Maignien L, Chalopin M, Huvet A, Rinnert E, et al. 2018. Microplastic bacterial communities in the Bay of Brest: Influence of polymer type and size. Environmental Pollution 242: 614–25.

■ CAMILLA.SVENDSEN@FHI.NO

Kva er det viktigaste i Enno eit kapittel i prioriteringssoga

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

Rett før jul la Blankholmutvalet fram NOU 2018:16 om prinsipp for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstenesta og for dei offentleg finansierte tannhelsetenestene. Såleis skreiv den norske helseforvaltninga seg enno ein gong inn i verdssoga om prioritering. Knappt noko anna land kan skilta med så grundige innsatsar over lang tid når det gjeld forsøk på å analysere og normere prioriteringsarbeidet, både på politisk og utøvande nivå, som me kan visa til her i landet. Problemet er berre å finna fram til kva som verkar, om dette i det heile har nokon verknader, og om dei eventuelle verknadene er ønskte.

DOKUMENTET FRÅ BLANKHOLMUTVALET står etter mi vurdering i ein svært så ærerik, norsk tradisjon. Vanlegvis vil me få høyra at denne tradisjonen starta med utgreiinga i 1987 frå det første prioriteringsutvalet som blei leia av Inge Lønning (NOU 1987:23). Men den kan eigentleg sporast enno lenger bakover, til *St. meld. nr. 9 (1974-74)* om sjukehusutbygginga i eit regionalisert helsevesen. Rett nok er det spesialisthelsetenesta som får mest merksemd der. Ordet prioritering er ikkje i fokus, men det er eigentleg nettopp det den stortingsmeldinga handlar om. Dette blir grundig understreka ved at prinsippet om undersøking og behandling på lågaste, effektive omsorgsnivå skal følgjast (LEON-prinsippet). Ingen av dei etterfølgjande prioriteringsarbeida har eigentleg utfordra dette prinsippet. Det gjer heller ikkje Blankholm-utvalet.

Blankholmutvalet tek utgangspunkt i og endar opp med dei same kriteria for primærhelsetenesta som gjeld i dag for spesialisthelsetenesta, nemleg *nytte, ressurs og alvor*. Sjølv om utvalet peikar på dei store og til dels fundamentale skilnadene som finst mellom det faglege arbeidet i spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta, trur eg at det er klokt å unngå å markere eit skilje mellom desse to delane av helsetenesta meir enn det som er absolutt nødvendig av reint faglege omsyn.

Personleg stussar eg noko på rekkjefølgda som prinsippa blir presenterte i. Kunne

dei ikkje vore vel så logisk å starta med alvor som «inngangsbilletten» til første linje i prioriteringsspelet? Det ligg truleg nært opp til den norske folkesjela å kunna akseptere at dei alvorleg sjuke kjem framfor dei mindre alvorleg sjuke i køen. Dette ville også vera i samsvar med tradisjonen frå Lønning I-utvalet, som hadde alvorgrad som avgjerande, og einaste, kriterium. Deretter kunne det vore rimeleg å ta nyttekriteriet, nemleg å seia at tiltak med påviseleg ønskte verknader skulle koma framfor tiltak med meir diffuse verknader, om enn aldri så velmeinte. Til sist er det ganske naturleg å seia at når ein kan nå til målet med ulike tiltak, skal ein velja det som krev minst ressursbruk. Det handlar i grunnen om etisk forsvarleg bruk av tilgjengelege ressursar.

UTVALET PEIKAR PÅ AT KOMMUNANE

har eit langt breiare oppdrag enn spesialisthelsetenesta. Kommunehelsetenesta har også vidare faglege mål, og kunnskapsgrunnlaget er jamt over meir utydeleg. Det er ikkje vanskeleg å vera samd med utvalet i mykje av dette. Men utvalet unngår å drøfta det meir i djupet. Korleis skal ein til dømes avvege kommunen si plikt til å skaffa husvære til trengjande eldre opp mot dei meir konkrete helsetenestebehova som dei har? Utvalet går ikkje inn i dette, sjølv om bustadutgiftene for kommunane til store brukargrupper er ganske omfattande. Dette er vel så mykje politiske

som faglege utfordringar, men uansett krev det prioriteringar i det årlege kommunale budsjettarbeidet. Utvalet tek ikkje stilling til kva som er kjerneytningar frå helsetenesta, og kva som kommunane elles skal ta seg av. Det er rett nok ikkje slike spørsmål som plagar helsepersonellet i det daglege, men det er slikt som er med på å setja rammeføresetnadene for tenesteytinga.

Nett slik som Norheimutvalet (NOU 2014:12), trekkjer også Blankholmutvalet fram poenget med at prioritering i vår tid må ta omsyn til synspunkta frå brukarar (pasientar) og pårørande. I samband med dette kan det vera verdt å hugsa at eit av dei vesentlege prioriteringspoenga i Lønning I-utgreiinga blei effektivt torpedert av eit massivt press frå folkedjupet (eller kanskje meir presist visse interessegrupperingar godt støtta av media) mot dåverande sosialminister Tove Strand Gerhardsen. I løpet av få dagar var behandling av ufrivillig barnløyse, som Lønning I hadde sett på null-prioritetsnivå, kome nært opp mot toppen av prioriteringspallen.

INGEN HAR ENNO KNEKT KODEN for korleis brukarsynspunkt skal inkludrast i det konkrete prioriteringsspelet, som i møte med konkrete ressursfordelingsoppgåver kan stå fram som ganske rått og brutalt for den einskilde pasienten. Kven andre enn dei eigentleg folkevalde kan representere brukarane i dei store og overordna prioriteringss spørsmåla? Dei av oss som til ei kvar tid er pasientar, vil truleg helst kunna velja på øvste hylla i helsetenesta sin supermarknad, ikkje berre i spesialisthelsetenesta, men også i kommunane. Difor kunne eg ønskt meg ei fylldig drøftinga av det prioriteringsansvaret som ligg på dei folkevalde i kommunane.

Prioritering handlar eigentleg om ressursbruk som etisk felt. Då blir det kanskje litt for lett vint å omtala prioritering som at det handlar om *å si nei til noe og ja til noe annet; å prioritere innebærer å rangere*. Nettopp denne doble konnotasjonen til ordet prioritering i det norske folkespråket er ei fallgrop. Det

helsetenesta?

norske folket ser ut til å hata både å få eit nei i neven og å måtta stå i kø. Lønning I prøvde å seia nei til noko, jf. barnløyse ovanfor, men det blei kjapt overprøvd.

Deretter har den norske prioriteringa prøvd å ri to hestar; både å seia nei eller ja og å ordna køen. Norheimutvalet prøvde å rydda litt i det, men blei ikkje høyrte. Blankholmvalet skriv seg litt ut av det, og drøftar ikkje at eit sterkt rettskravsorientert regime eigentleg inneber ein sterk demarkasjon mellom dei som har rett på noko (får ja) og dei som ikkje har rett på noko (får nei). Er det dette pasientar i kommunehelsetenesta ønskjer? Eller ønskjer dei seg, og kanskje også har tillit til, helsepersonell som er i stand til å ordna køen på ein menneskeleg og fagleg forsvarleg måte?

NO HAR EG KANSKJE VORE FOR KRITISK med utvalets utgreiing. Eg skal ta meg inn her mot slutten. Dokumentet er prisverdig godt skrive og såleis lett å lesa. Det er ingen overdriven tru på at digitale løysingar skal berga oss frå å gjera nødvendige prioriteringar. Det er grundige og trygge framstillingar av rådande syn på

kommunalpolitikk og lovgeving som gjeld for kommunane. Utgreiinga sin styrke er at den plasserer og synleggjer dei kommunale tenestene og tannhelsetenesta trygt inn i den tradisjonsrike norske prioriteringsdebatten. Veikskapen er at den i for liten grad utforskar det ukjente. Dei føreslegne verkemidla er stort sett velkjente.

Ei lita von til slutt. Utvalet peikar gong på gong på behovet for meir kunnskap. Det bør departementet merka seg. Det er ikkje sik-

tiltaka som utvalet føreslår, utfordrar dei grunnleggjande strukturane i helsetenesta, sjølv om tiltaka kvar for seg verkar ganske så fornuftige.

Avslutningsvis må eg nemna at eg både har halde eit innlegg for utvalet og gitt eit skriftleg innspel til arbeidet. Merknadene ovanfor handlar ikkje om den tematikken som eg har vore med på å drøfta.

■ GEIR.SVERRE.BRAUT@SUS.NO



kert at tildeling av middel til relevant forskning om prioritering bør skje gjennom opne og breie utlysingar gjennom Noregs forskingsråd, jf. til dømes «Helsevel». Denne utgreiinga viser ei rekkje kunnskapshol som ein heller bør søkja å dekkja gjennom utlysingar av prosjekt for å få svar på ganske så mange spesifikke (og forskbare) spørsmål, til dømes kva er det som karakteriserer forholdet mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta i eit geografisk perspektiv?

Brått kan ein då koma til å sitja med svar som gjer at ein må stilla spørsmålet om det organisatoriske skillet mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta er føremålstenleg. Ingen av dei

Viktige dokument for den som vil studera den norske prioriteringshistoria

- St. meld. nr. 9 (1974–74). Om sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen.
- NOU 1987:23. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. (Lønning I)
- NOU 1997:7. Piller, prioritering og politikk – Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn? (Grund)
- NOU 1997:18. Prioritering på ny – gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. (Lønning II)
- St. meld. nr. 26 (1999–2000). Om verdier for den norske helsetenesta. (Høybråten)
- NOU 2014:12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. (Norheim)
- HOD (2015). På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering. (Magnussen)
- Meld. St. 34 (2015–2016). Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering. (Høie)
- I tillegg kjem stortingsbehandlinga av dei ulike stortingsmeldingane. Dei årlege statsbudsjetta, særleg etter årtusenskiftet, har også ein del stoff om prioritering og verdigrunnlag for helsetenesta.

Resistens i sykehjem – legene må ta styringen

■ **KJELLAUG ENOKSEN** • Sykehjemsoverlege Askøy kommune, spes. samfunnsmedisin, indremedisin og infeksjonssykdommer.
AFU-stipendiat, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

Spredning av resistente bakterier er en trussel mot folkehelsen og på sikt kan dette true videre utvikling av moderne medisin.

Verdens helseorganisasjon (WHO) lanserte en global handlingsplan, (Global Action Plan) mot antibiotikaresistens, i 2015. Samme år kom regjeringen med sin handlingsplan mot antibiotikaresistens (1), og Antibiotikasenteret for primærmedisin ble gitt i oppdrag å arbeide for riktig antibiotikabruk i sykehjem (2).

Forbruket av antibiotika i sykehjem utgjør ca. 6 prosent av det totale forbruket i Norge, men det er økende forekomst av bakterier med utvidet resistens også her. Antallet sykehjemsplasser har holdt seg på samme nivå de siste årene. I 2017 var det 40 401 plasser på landsbasis. Antallet korttidsplasser har økt og utgjør nå ca. 20 prosent av alle ordinære plasser.

Gjennom samhandlingsformen har primærhelsetjenesten i økende grad fått ansvar for medisinsk behandling som tidligere var forbeholdt sykehus. Dette har ført til økt forbruk av resistensdrivende, bredspektrede antibiotika i sykehjem. Det er svært problematisk når resistens utvikler seg hos bakterier som koloniserer urinveier og tarm hos pasienter som har opphold i sykehjem. Dette gir økt risiko for spredning av mikrober med utvidet resistens fra sykehus til sykehjem og videre ut til befolkningen. Det stiller større krav til kompetanse om antibiotikabruk og smittevern ute i kommunen.

Riktig diagnose er en forutsetning for valg av riktig behandling. Kasuistikken under viser noen av de utfordringer som legen blir stilt over for når pasienter i sykehjem viser tegn på sykdom.

Kasuistikk

Alma på 89, år har alvorlig demens og har de siste to årene bodd på sykehjem i en avdeling for personer med demens. Ved inn-

leggelse på avdelingen var hun somatisk frisk og blodprøver var normale. Hun er blitt fulgt med legeundersøkelse inkludert blodprøver hvert halvår. Hun er i god allmenntilstand og bruker ingen faste medisiner ut over avføringsmiddel tre dager i uken. Hun er oppe hver dag og spiser alle måltider i fellesrom.

Familien tar kontakt med pleiepersonellet og uttrykker bekymring fordi de synes hun de siste dagene har vært svært trett. Under besøk har hun sovnet av, og hun har også problemer med å gå. En pleier som kjenner Alma godt har også lagt merke til disse endringene. Hun er blitt økende forvirret, og ved gange er hun ustø med falltendens. Nå trenger hun støtte av personalet når hun skal gå inn og ut av rommet. Til vanlig er hun kontinent for både urin og avføring, men nå er det observert at hun har hatt uhell med urin. Hun har ikke klaget over smerte eller andre plager.

Personalet har observert stram lukt av urinen og det er tatt urinstrimmel som viser fullt utslag på hvite og røde blodceller, og nitritt er positiv. Det er sendt urin til dyrkning, men svar foreligger ikke. Temperatur, puls og respirasjon er normal, litt lavt blodtrykk 110/65. CRP < 5.

Både datteren og personalet er sikker på at dette må være urinveisinfeksjon (UVI). Lege blir oppringt for å vurdere oppstart med antibiotika. Lege skaffer en god anamnese. Deretter blir pasienten undersøkt. På grunn av sterkt nedsatt hukommelse er hun ikke i stand til å forklare seg om sykehistorien. Hun er i godt humør og samarbeider godt, men hun er trett og litt ustø. Hun er litt blek, har belegg på tungen og sprukne slimhinner i munnviken, men ellers er det normal organstatus.

Legen er usikker på hva som er årsaken til endringen. I samråd med personalet blir det bestemt å se det an. CRP, hvite med diff. og Hb blir bestilt fra laboratoriet. Dagen etter får legen svar på blodprøver som viser normal CRP og hvite, men Hb er 8,2. Ved kontroll tre måneder tidligere var Hb 12,1. Det blir bestilt blodprøver som viser jern-

mangelanemi, og det startes opp med jerntilskudd. Etter én måned er hun tilbake i samme form som før.

Diagnostisk prosess

Denne sykehistorien vil nok de fleste sykehjemsleger kunne kjenne igjen. Den gir et godt bilde på utfordringen som legen står overfor når pasienter i sykehjem viser tegn på sykdom.

Den diagnostiske prosessen starter med de observasjoner som blir gjort av pårørende og pleiere som har den daglige omsorgen. Det er avgjørende at observasjoner blir notert og formidlet til lege. Ved sykehjemsavdelinger med faste plasser er det som regel legevisitt en gang i uken. Resten av tiden er det sykepleiere eller fagarbeidere som tar kontakt med lege på telefon når pasientens tilstand endrer seg.

Det er fortsatt vanlig at pleiepersonell på eget initiativ tar urinprøve og CRP før henvendelse til lege. Mange leger forlanger også at dette er gjort før de blir kontaktet. Etter min erfaring stoler ofte leger på den vurdering som sykepleier gjør når det er mistanke om UVI hos pasienter i sykehjem. Dette fører til at urinveisantibiotika blir ordinert dersom det blir bedt om det i en telefonkonsultasjon, noe som også er blitt vist i flere studier (3, 4). Både pleiepersonell og leger legger vekt på positiv urinstrimmel som grunnlag for å starte opp med antibiotika, men leger er mer bevisst på at det også må være symptomer på UVI.

Særtrekk ved pasienter i sykehjem

Pasienter innlagt i sykehjem har høy alder og er fysisk svekket. De fleste har også kognitiv svikt. Kroniske lidelser som demens, diabetes, KOLS, hjerte- og nyresvikt er vanlig, og enkelte har flere av disse lidelser. De aller fleste bruker faste legemidler, men dette varierer fra 1 til over 20 ulike typer daglig. Kombinasjon av alder, kronisk sykdom og legemiddelbruk fører



Opptil 75 prosent av antibiotikakurer i sykehjem blir gitt feil eller unødig. Det er viktig at legen er tilgjengelig og kobles tidlig på.



Urinstrimmel er bedre egnet til å utelukke enn påvise UVI.

til svekket immunrespons. Vanlige sykdommer har ofte atypisk sykdomspresen-
tasjon.

Mistanke om sykdom

Alvorlig sykdom kan bli oversett dersom det startes opp behandling på feil grunnlag. Uspesifikke symptomer som forvirring, uro, apati, ustøhet, falltendens, kvalme, nedsatt matlyst og lignende kan utløses av miljøforandringer, forstoppelse og somatisk sykdom. Derfor er det avgjørende at legen får og etterspør informasjon om hendelsesforløpet.

Det er pårørende eller pleiepersonell som deltar i daglig stell av pasienten som ser endring og får mistanke om sykdom. For at legen skal kunne ha nytte av disse observasjoner er det viktig at de blir skrevet ned systematisk. Dessverre er det liten tradisjon for dette i dag og de journalsystem som benyttes gir liten støtte til slik systematikk.

Pleiepersonell i sykehjem har svært varierende kompetanse og erfaringsbakgrunn. Observasjon og rapportering av sub-akutte og akutte endringer hos skrøpelige eldre bør derfor bli en del av grunnopplæringen.

Asymptomatisk bakteriuri

Med økende alder og skrøpelighet blir urinblæren kolonisert med bakterier. Dette kalles asymptomatisk bakteriuri (ABU). I mer enn 40 år har anbefalingen fra eksperter vært at ABU ikke skal behandles fordi dette fører til at pasienten får hyppigere urinveisinfeksjon og bakterien har da utvidet resistens. Når vi dreper de snille bakteriene som koloniserer urinblæren så slipper vi inn de aggressive bakteriene som er i stand til å ta liv. Ved å sette inn tiltak mot bruk av antibiotika for ABU og virale luftveisinfeksjoner er det vist at bruken av antibiotika blir redusert (5).

Forekomsten av ABU hos pasienter i sykehjem ligger et sted mellom 15 og 50 prosent og er hyppigere hos kvinner enn hos

menn. Denne kunnskapen har som regel legen, men hos pleiepersonell i sykehjem er det varierende kunnskap om dette. En studie publisert i 2000 viste at sykepleiere spiller en sentral rolle i beslutningen om diagnostikk og antibiotikaforskrivning for urinveisinfeksjon (4). Man fant også at både illeluktende urin og en rekke uspesifikke plager observert av pleiepersonell førte til at urinprøve til dyrkning ble tatt. Bedre opplæring av alle ansatte i sykehjem var forfatterens forslag for å bedre praksis, men allerede da tok eksperter til orde for å innføre restriksjoner på bruk av diagnostiske tester.

Diagnostiske tester

Det er utstrakt bruk av diagnostiske tester som CRP og urinstrimmel i sykehjem. CRP er et akutfaseprotein som er forhøyet ved en rekke tilstander og skiller ikke mellom autoimmune tilstander, kreft, vevsskade, bakterielle eller virale infeksjoner. CRP kan også være kronisk forhøyet. Prøven må alltid vurderes opp mot anamnese og klinisk tilstand.

Det finnes ingen gullstandard for å diagnostisere UVI hos eldre. Dette er en klinisk diagnose og kravet er at det må være symptomer fra urinveiene. På grunn av høy forekomst av ABU er urinstrimmel ikke egnet for å diagnostisere UVI. Prøven skal kun tas dersom pasienten har symptomer fra urinveiene og det er mistanke om UVI. Dersom urinstrimmel da er negativ er det overveiende sannsynlig at pasienten ikke har UVI (6). Når det er besluttet å gi behandling, er urin til bakteriologisk undersøkelse og resistensbestemmelse nyttig for å sikre at det blir gitt virksomt antibiotikum.

Legen blir 'fanget' ved positiv prøve

Når urinstrimmel og dyrkningsprøve blir tatt, er det stor sannsynlighet for at det blir gitt antibiotika dersom prøven gir indikasjon på bakterier i urinen (7). Forhøyet CRP

kan også lede til oppstart med antibiotika selv om det ikke er påvist bakteriell infeksjon. Dette skyldes at både leger og sykepleiere har problem med å la være å sette inn tiltak dersom det er en «positiv» prøve, selv om prøven er tatt på feil grunnlag. Dess lenger ut i prosessen før legen blir koblet på, dess større er sannsynligheten for at legens vurdering blir farget av tolkninger som blir gitt sammen med prøven.

Kunnskap om antibiotika

Kunnskap om bruk av antibiotika og farer ved feil bruk må ut til alle som jobber i helsetjenesten og til resten av befolkningen (8). I flere land er det laget egne program for å nå ut med slik kunnskap. Zimmerman og medarbeidere laget program for kvalitetsforbedring rettet mot leger, pleiepersonell, pasienter og pårørende med sikte på å få ned bruken av antibiotika (9). De fokuserte på 12 tilstander der antibiotika ikke var indisert og fikk en reduksjon fra 13,2 til 9,5 antibiotikakurer pr. 1000 liggedøgn i intervensjonsgruppen.

Det er vist at opp mot 75 prosent av antibiotikakurer i sykehjem blir gitt feil eller unødvendig (10). Selv for erfarne klinikere er det vanskelig å avgjøre om en skrøpelig pasient på sykehjem har en infeksjon eller ikke. Kunnskap om sykdomsutviklingen og god informasjon fra dem som har den daglige omsorgen er avgjørende for den beslutning som legen tar.

Vent og se

'Vent og se' er en strategi som bør brukes dersom det er uklare tilstander og pasienten er gammel og skrøpelig. Nyten av behandling må alltid veies opp mot ulempe. Det kan være plagsomt å ta store tabletter som gir vond smak og nedsatt matlyst. Bivirkninger som kvalme, oppkast og diaré kan gi dehydrering og utløse nyresvikt. Kramper og tarminfeksjon forårsaket av *Clostridium difficile* er også hyppig i denne pasientgruppen. De fleste eldre

bruker faste legemidler, slik at interaksjon mellom legemidler er vanlig.

Ikke alt som kan behandles skal behandles.

Forslag til tiltak

- Pleiepersonell må få opplæring i systematisk dokumentasjon og rapportering av observasjoner.
- Legen må ta styringen med bruk av diagnostiske tester.
- Ved uklare tilstander: vent og se.
- Fokuser på god pleie- og omsorg.

Oppsummering

Leger i sykehjem må ta styring med den medisinske utredningen og behandlingen fra pasienten kommer inn og til de skrives ut ved hjemreise eller død. Dette er bra for pasienten, pleiepersonellet og samfunnet. Da kan vi sikre oss at antibiotika gis kun når det trengs.

REFERANSER

1. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten, Helse- og omsorgsdepartementet. 2015: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-antibiotikaresistens-i-helsetjenesten/id2469646/>.
2. Antibiotikastyring i sykehjem – et nybrottsarbeid, Utposten. 2017: <https://www.utposten.no/i/2017/7/utposten-7-2017b-722>.
3. Zabarsky, T.F., A.K. Sethi, and C.J. Donskey, Sustained reduction in inappropriate treatment of asymptomatic bacteriuria in a long-term care facility through an educational intervention. *American journal of infection control*, 2008. 36 (7): p. 476–480.
4. Walker, S., et al., Why are antibiotics prescribed for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly people? A qualitative study of physicians' and nurses' perceptions. *CMAJ*, 2000. 163 (3): p. 273–7.
5. van Buul, L.W., et al., Antibiotic Prescribing In Dutch Nursing Homes: How Appropriate Is It? *Journal of the American Medical Directors Association*, 2015. 16 (3): p. 229–237.
6. Sundvall, P.D. and R.K. Gunnarsson, Evaluation of dipstick analysis among elderly residents to detect bacteriuria: a cross-sectional study in 32 nursing homes. *BMC Geriatr*, 2009. 9: p. 32.
7. Sloane, P.D., et al., Urine Culture Testing in Community Nursing Homes: Gateway to Antibiotic Overprescribing. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 2017. 38 (5): p. 524–531.
8. Crnich, C.J., et al., Optimizing Antibiotic Stewardship in Nursing Homes: A Narrative Review and Recommendations for Improvement. *Drugs & Aging*, 2015. 32 (9): p. 699–716.
9. Zimmerman, S., et al., Successfully reducing antibiotic prescribing in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, 2014. 62 (5): p. 907–12.
10. Morrill, H.J., et al., Antimicrobial Stewardship in Long-Term Care Facilities: A Call to Action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2016. 17 (2): p. 183.e1–183.e16.

■ KJELLAUG.ENOKSEN@UIB.NO

Sammen – ikke hver for oss

■ ANDREAS MOAN • Prosjektdirektør, Helse Sør-Øst RHF

■ JAN FRICH • Direktør for medisin og helsefag, Helse Sør-Øst RHF

I 2016 vedtok Stortinget Nasjonal helse- og sykehusplan

(2016–2019). Dette var en milepæl i norsk helsetjeneste.

Alle helseforetak og sykehus har siden laget egne utviklingsplaner med utgangspunkt i den nasjonale planen.

De lokale planene er i neste runde lagt til grunn når helseregionene har utarbeidet regionale utviklingsplaner. Arbeid med slike planer bidrar til refleksjon om utfordringer og muligheter og legger et grunnlag for å peke ut retningen for utviklingen av helsetjenesten.

Utfordringene

Utfordringsbildet er velkjent. Vi blir (heldigvis) flere eldre, samtidig som det fødes færre barn. Flere unge flytter til tettstedene, og det blir færre yngre til å ta seg av de eldre. Samtidig vokser oppgavene både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Forskyving av oppgaver mellom nivåene kan ikke være løsningen alene. Ingen sitter og venter på nye oppgaver; ikke på sykehuse, og ei heller i kommunene. Vi er avhengig av hverandre for å kunne løse oppgavene bedre – sammen. Hørt den før? Dette var en bærende ide i samhandlingsreformen. Tanken er like gyldig i dag. Noen mener vi trenger en samhandlingsreform 2.o. Men – kanskje er det bedre samhandling på klinisk nivå vi trenger mer av?

Helse Sør-Øst RHF har nylig ferdigstilt sin regionale utviklingsplan. Vi vil peke på noen av de viktigste innsatsområdene i planen.

Brukerstyrt poliklinikk og avstandsoppfølging

Noen ganger er det avgjørende at pasienten møter på poliklinikken. Andre ganger møter pasienten uten at det strengt tatt er nødvendig. Dette gjelder både kontroller og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. I Danmark har man tatt dette

inn over seg. Der har helsetjenesten lagt til rette for at det er pasientens behov som skal avgjøre om fysisk frammøte er nødvendig. Pasienter med sykdommer som epilepsi og diabetes settes ikke opp til rutinekontroller, men tilbys avstandsoppfølging. Pasientens svar på et spørreskjema avgjør hvilken type oppfølging det er behov for.

Resultatet er at antall poliklinikkbesøk for disse pasientene er redusert med 25 prosent. Nye arbeidsformer skaper rom i en travel hverdag på poliklinikkene. Denne formen for oppfølging passer selvfølgelig ikke alle. Men evalueringer i Danmark har vist at for dem som benytter den, er det regelmessig mer fornøyde pasienter og bedre utfall på kvalitets- og overlevelsesmålinger. Teknologien for å overføre et slikt spørreskjema er ikke spesielt avansert, og helsenorge.no er en god kanal. Mange arbeider for å få dette på plass, og vi må bidra med å prioritere dette fra helseregionenes side.

Flere sykehus har etter hvert fått gode erfaringer med «sykehus hjemme», både for barn og voksne. Slik avstandsoppfølging, kombinert med besøk i hjemmet, gjør at pasienter ikke trenger å være innlagt i sykehus, men kan være i kjente omgivelser og tett på familien.

E-poliklinikk og bruk av videokonferanser

Videokonferanser er moden teknologi. Infrastrukturen finnes mange steder, men er for sporadisk brukt. Norsk helsenett kan tilby sikker kommunikasjon, og alt vi trenger av funksjonalitet ligger i dag i mobiltelefonen vi har i lomma. Helsetjenesten ligger her en aning etter andre sektorer i



bruken av slik teknologi. Det er også bekymringsfullt å se at private aktører tar i bruk nye kommunikasjonsløsninger i større grad enn den offentlige helsetjenesten.

Den perfekte løsning kommer aldri. Vi må bruke sikker teknologi som er tilgjengelig i dag og se på muligheten for å organisere e-poliklinikker på sykehusene. Også en virtuell e-poliklinikk trenger en fysisk forankring og fast ansatte. I første omgang tror vi pasienten skal møte til konsultasjon på fastlegekontoret der det brukes løsninger for telekommunikasjon. Da kan pasient, fastlege og spesialist arbeide sammen. Dette vil gi kunnskapsoverføring mellom alle. For å få til dette må vi samarbeide mellom nivåene. På regionalt nivå må vi samarbeide med Helsedirektoratet og politiske myndigheter for å finne måter å finansiere slik samhandling på – arbeidet er i full gang.

En e-poliklinikk vil ha planlagte og akutte avtaler akkurat som en fysisk poliklinikk. De kan brukes til å vurdere behov for innleggelse og til kontroller der pasienten ellers måtte reise langt, for eksempel etter en operasjon. Det må også etableres stabil billedbasert kommunikasjon med sykestuer og lokalmedisinske sentra. God organisering gir mulighet for beslutningsstøtte og samarbeid på tvers.

Samarbeid om de som trenger det mest

Fem prosent av pasientene bruker om lag 50 prosent av ressursene i spesialisthelsetjenesten. Dette forholdet er overraskende stabilt, på tvers av sykehus, regioner og

land. Denne gruppen pasienter har flere sykdommer og tilstander. Det kan typisk være hjertesvikt og diabetes eller KOLS, eller utfordringer med psykiske lidelser eller rusavhengighet, i kombinasjon med kroniske somatiske sykdommer. Pasientgruppen bør få et bedre tilbud i spesialisthelsetjenesten enn i dag. Den funksjonsbaserte tenkingen, som brukes i primærhelsetjenesten, må trolig også brukes på sykehuset. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» bør stilles oftere og kan være et godt utgangspunkt. Svaret fra dem som bruker og trenger helsetjenesten mest, vil ofte innebære elementer av skreddersøm, tuffet på system med rutine for samarbeid om gode behandlingsforløp.

Hvordan skreddersy oppfølgingen? Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge er «Pasientsentrert helsetjenesteteam» et eksempel til inspirasjon. Teamet har ansatte både fra sykehuset og fra kommunene Tromsø og Harstad. Slik samles kunnskap fra hele behandlingskjeden om en enkelt pasient. Dette bidrar til færre (unødvendige) innleggelser, og til at tilbudet etter utskrivelse blir godt planlagt og omforent. Arbeidsmåten fungerer også opp mot små kommuner, og videokommunikasjon kompenserer for lange avstander.

Denne formen for samarbeid gir også opplæring og utveksling av erfaring og kompetanse mellom de som skal behandle den enkelte pasienten. Noen steder i utlandet er pasienten innlagt på sykehus første døgnet etter utskrivning. Så brukes tiden til møte mellom behandlere. På tvers av nivåene, men hjemme hos pasienten.

Arbeid fremover

Det er på tide at spesialisthelsetjenesten blir mer utadvendt. Vi må erkjenne at spesialisthelsetjenester kan ytes på nye måter, også utenfor sykehusenes vegger. Det vil være viktig å rette oppmerksomheten mot hva vi kan få til her og nå, med dagens teknologi og basert på det vi kan lære av andre og hverandre. Sammen og ikke hver for oss, gjelder for både for regioner og på tvers av nivåene i helsetjenesten.

I Helse Sør-Øst startes prosjekter og piloter slik at vi kan lære. Det er nylig tildelt midler til prosjekter innen bruk av videokommunikasjon prehospitalt og til etterkontroller, veiledning knyttet til autistiske barn via nett og utvikling av system for avstandsoppfølging på poliklinikkene. Lignende prosjekter foregår også i Helse Nord, Helse Midt og Helse Vest. Diakonhjemmet sykehus og Flekkefjord sykehus er to av sykehusene som i 2018 har mottatt innovasjonsmidler fra Helse Sør-Øst for å videreutvikle nye arbeidsformer sammen med sine brukere. I Helse Sør-Øst kan vi bygge videre på erfaringene fra vellykkede eksempler på tjenesteinnovasjon i egen og andre regioner, for å bre løsningene til de andre helseforetak og sykehus. Vårt bidrag fra regionalt nivå er at vi vil følge disse nøye og bidra til å identifisere og fjerne noen av hindringene som gjør samarbeid vanskelig. Her ligger felles muligheter for å skape en ny og bedre helsetjeneste og for å kunne bruke ressursene på en bedre måte.

■ ANDREAS.MOAN@HELSE-SOROST.NO

LEGEMIDLER PÅ LEGEKONTORET: Få studier og det meste er

■ JULIE KALVELAND • *Frilandsjournalist*

En doktorgradsavhandling fra Universitetet i Oslo har gjort opp status når det gjelder utprøving av legemidler på pasienter i allmennpraksis.

– Dette er et felt det fort kan bli mye synsing om, men nå har vi telt opp de konkrete tallene, sier Anja Brænd som i august 2018 disputerte for doktorgraden i medisin (1). I doktorgradsprosjektet satte hun seg fore å finne ut akkurat hvor mye legemiddelforskning som faktisk inkluderer pasienter fra allmennpraksis, og hvor lett det er for allmennlegene å dra nytte av den.

Kun to prosent allmennpraksis-studier

Sammen med kolleger har Brænd gått gjennom søknader om legemiddelutprøvinger i regi av Statens legemiddelverk i perioden 1998–2007. Dette var det hun fant:

- Knappt ti prosent av alle legemiddelstudier i Norge i perioden ble gjennomført med pasienter fra allmennpraksis. Til sammen 196 av 2000 studier.
- De fleste av disse studiene kombinerte pasienter fra spesialisthelsetjenesten og allmennpraksis. Bare 45 studier – to prosent – var kun utført i allmennpraksis.
- Legemiddelstudiene var nesten utelukkende legemiddelfinansiert, kun sju studier ble initiert av forskere.

- De fleste studiene var internasjonale studier som inkluderte pasienter fra flere land.

Forskeren selv er forsiktig med å trekke konklusjoner ut fra tallene, men mener at det er rom for mer forskning: – Det er snakk om veldig få studier når man tenker på at 90 prosent av resepter skrives ut i allmennpraksis.

Omfattende studie

Prosjektet tar utgangspunkt i studier det ble søkt om godkjenning til i perioden 1998–2007: – Studiene ble utført fram til 2012. Dette var et prosjekt som var igangsatt før jeg kom til instituttet, men som hadde stått på pause en stund og som det var behov for å fullføre, sier Brænd.

Siden søknadene tidligere ble behandlet kun på papir, har det vært et omfattende arbeid med å gå gjennom gamle papirarkiver.

– I 2008 ble det lagt om til elektronisk registrering, men kravene til å få tilgang gjør at det ikke er så lett å bare «legge til» søknader for senere år, sier hun.

Det kan også være fordeler ved å se på studier som ligger tilbake i tid: – Jeg har også sett på om studiene blir publisert. Da må man ha et tidsvindu, det er jo ikke sånn at en studie blir publisert dagen etter at den er fullført.

Publiserte ikke funn i 30 prosent av tilfellene

I avhandlingen har Anja Brænd sett på hvor mange av studiene som inkluderte pasienter fra allmennpraksis, altså 196 studier i alt, som endte med publiserte resultater.

– I klinisk forskning på legemidler bruker man pasienter som utsetter seg for potensielt ubehag. Enten man finner at dette virker eller ikke, har man en etisk forpliktelse til å offentliggjøre resultatene, så andre forskere kan bygge videre på resultatene, sier hun.

Slik fordelte studiene seg:

- Av legemiddelstudiene som inkluderte pasienter fra allmennpraksis hadde drøyt 70 prosent publisert resultatene i en tidsskriftartikkel. 30 prosent hadde ikke publisert resultater.
- Noen studier ble gjort tilgjengelig på andre måter enn gjennom tidsskriftartikler, for eksempel i databaser over kliniske studier. I 18 prosent av studiene var ikke funnene gjort tilgjengelige på noen måte.

– Det er generelt bekymringsfullt at funnene fra en del av studiene ikke blir publisert i det hele tatt, sier Brænd. – Men, understreker hun: – Det er ikke verre for allmennpraksis enn for legemiddelforskning generelt.

Nye regler gjør det enklere å rydde i e-resepter

I januar 2019 ble reseptformidlerforskriften endret slik at norske leger ikke lenger behøver å innhente samtykke fra pasienten for å kunne se pasientens legemidler i reseptformidleren. Pasienten har fremdeles en rettighet til å blokkere helseper-

sonell fra tilgangen til å se sine legemidler.

Endringen er viktig for å redusere antall uaktuelle resepter i Reseptformidleren, som er en kjent utfordring i e-resept i dag. Mange leger har gitt tilbakemelding om at innhenting av samtykke er et hinder for

gode arbeidsprosesser knyttet til legemiddelbehandling og dermed gjør det vanskelig å rydde i uaktuelle resepter.

Med uaktuelle resepter menes resepter som pasienten ikke skal benytte og som skulle ha vært tilbakekalt. Uaktuelle re-

finansiert av industrien

Andre sykdommer ofte ikke nevnt

For Anja Brænd var det også interessant å se på hvor vidt studiene ble gjort tilgjengelige på en måte som gjorde dem nyttige for allmennlegene. Søknadene til Statens legemiddelverk viste hvilke studier som inkluderte pasienter fra allmennpraksis, men dette gikk ofte ikke fram av de publiserte resultatene, ifølge Brænd. Det var også lite informasjon om pasientene.

– Det kan for eksempel være viktig om pasientene også har andre sykdommer eller om de brukte andre medisiner i tillegg. Det var ofte ikke nevnt i publikasjonene.

Ble bedre med årene

Til tross for bekymringsfulle funn etter «opptellingen», tror Brænd det har skjedd mye de senere årene som kan ha gjort at helhetsbildet er bedret i dag.

– Vi så at noen ting ble bedre i løpet av perioden. Flere meldte om hvilke andre sykdommer pasientene hadde. Vi så en slags positiv utvikling som man kan tenke seg har fortsatt i årene etter.

REFERANSE

1. Brænd A. Clinical drug trials in Norwegian general practice. A study of a 10-year cohort of trials identified from applications to the Norwegian Medicines Agency 1998–2007. Oslo: Universitetet i Oslo; 2018.

■ JKALVELAND@GMAIL.COM



Kun to prosent av studiene Anja Brænd har sett på ble utført på pasienter i allmennpraksis.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX / MODIFISERT

septer gir først og fremst en risiko for feil legemiddelbruk og utgjør derfor en risiko for pasientsikkerheten.

I tillegg er regelverksendringene et nødvendig skritt på vei for å realisere pasientens legemiddelliste, ettersom det vil bli mulig å lagre innhold utover kun reseptinformasjon, slik at helsepersonell kan få en oversikt over hvilke legemidler pasienten faktisk bruker.

En rydding i uaktuelle resepter er et første steg og en viktig forberedelse for å ta i bruk pasientens legemiddelliste, og vi oppfordrer

alle norske leger til å rydde i legemiddellistene til sine pasienter. Prosjektet pasientens legemiddelliste ledes av direktoratet for e-helse, utprøvingen skal begynne i 2019.

Praktiske konsekvenser

- Ettersom kravet om samtykke først bortfaller når det er tilpasset i det enkelte EPJ, kan det hende at leger i en overgangsperiode må klikke «ja» på at samtykke er innhentet. Ta kontakt med din EPJ-leverandør for mer informasjon om når funksjonaliteten er tilpasset.

- Det finnes et gratis e-læringskurs om kvalitet i e-resept. Kurset gir en gjennomgang av hvordan e-resept skal brukes for å øke pasientsikkerheten og redusere antall uaktuelle resepter. Les mer om kurset her: <https://www.skilnet.no/kurs>
- Pasienten kan blokkere innsyn til sin legemiddelliste på helsenorge.no, eller de kan få hjelp til det ved å ringe 800HELSE.

LISBETH LYCK FASTING
Seniorrådgiver kommunikasjon
direktoratet for e-helse

Av skade ble vi kloke

– blir vi fortsatt kloke av skade?

■ ANDERS SMITH • Spes. i samfunnsmedisin, M. Sc. Community Medicine, redaktør av Helserådet

Til alle tider har menneskene vært utsatt for påvirkninger fra omgivelsene som har hatt negativ innvirkning på helse og trivsel, ja på liv og død. Det har dreid seg om, og det dreier seg fortsatt om, faktorer som vi på en nøktern og saklig måte kan inndelegge i fysiske, kjemiske og biologiske faktorer, men vi skal heller ikke glemme det vi gjerne kaller sosiale miljøfaktorer.

Til alle tider har menneskene også, i varierende grad, lært seg å ta forholdsregler mot virkningene av slike faktorer. Noen ganger burde menneskene på forhånd ha sett konsekvensene av slike påvirkninger og tatt forholdsregler. Andre ganger måtte menneskene først erfare virkningene selv, for deretter å etablere forholdsregler for å hindre gjentakelser eller i hvert fall minske skadeomfanget.

Skade- og ulykkesforebyggende arbeid har stått i en særstilling. Her har det som oftest dreid seg om brått innsettende ytre krefter av høyst forskjellig natur. Ja, de har vært så forskjellige av natur at det kan ha vært vanskelig, for ikke å si umulig, å forutse dem. Men noen ting kunne man ha sett på forhånd, i hvert fall nå i ettertankens lys.

Jeg tenker på luksusskipet «Titanic». Hvorfor måtte dette praktfulle skipet, under sin jomfrutur i april 1912, gå til bunns i Nord-Atlanteren med det resultat at over 1500 mennesker omkom, vesentlig fordi det var for få livbåter om bord? Ja, men *skipet kunne jo ikke synke*, sa eierne og skipsbyggerne. Hun hadde jo dobbelt bunn! Så hjalp det altså ikke med dobbelt bunn. Kanskje burde man ha tenkt den tanken på forhånd, før skipet forlot skipsverftet Harland & Wolff noen uker tidligere. Men lærdommen, etterpå, ble at heretter skulle alle skip i lignende fart ha et tilstrekkelig stort antall livbåter. Tungt lovverk og internasjonale konvensjoner ble tatt i bruk for å sikre dette.

Kirkebrannen i Grue

Jeg har gjennom noen år vært opptatt av noe forferdelig som skjedde i Grue for snart 200 år siden, nærmere bestemt kirkebrannen i Grue i 1822.

Nordvest for Kirkenær i Solør stod den gamle kirken i Grue. Den eldste delen av kir-

ken var fra 1200-tallet og bygd i stavteknikk. Noen hundreår senere ble kirken påbygd med sidefløyer og et høyt sentraltårn. Kirken kunne nå romme 600–700 mennesker.

Det var inngangsdører på alle tre skip; disse slo innover, og stengte samtidig i åpen stilling trappen til galleriene. Høyt plassert oppe på veggen var de blynnfattede glassvinduene med jerngitter utvendig. Kirken var utvendig innsatt med tjære.

1. pinsedag 1822 skinner solen fra klar, blå himmel, og kirken var fullstappet med 500–600 mennesker. Midt under sogneprest Hesselbergs preken begynte det å brenne i ytterveggen på sørskipet, og brannen slo raskt inn. I løpet av 10–15 minutter var kirken fullstendig overtent og brant raskt ned til grunnen.

Iver Hesselberg (1780–1844) var sogneprest i Grue fra 1813 til 1834. Han reddet livet ved å komme seg ut av et vindu i kirken.

ILL.: WIKIMEDIA COMMONS



Evakueringen ble vanskeliggjort av måten dørene var konstruert på. Det oppsto raskt panikk inne i kirken og det ble alles kamp mot alle for å komme seg ut. Det offisielle tallet på omkomne er 113. Men tallet 116 og 117 er også nevnt. Av dem som brant inne, var det betegnende nok bare syv voksne menn. Trolig var det lettere for menn å komme seg ut av vinduene. Av de 116 som omkom, var 105 kvinner og barn. Minst 45 av de omkomne var barn under 16 år.

Mange ble fanget i trappene ned fra galleriene, der de ugifte kvinnene pleide å sitte. De som var kommet seg ut, forsøkte å holde dørene åpne, men arbeidet ble vanskeliggjort av presset mot dørene innenfra og den voldsomme varmen. De privilegerte i Grue hadde egne losjer i kirken med egne utganger og reddet seg unna i live. Sogneprest Hesselberg reddet livet ved å komme seg ut av et vindu. Fogd Dines Guldberg Høegh var den eneste av de omkomne som kunne identifiseres – da de fant hans sabel og uniformsknappene. I sakristiet i Grue kirke står sabelen i dag utstilt.

Høegh ble begravet i egen kiste. Resten av ofrene delte fire andre kister.

Fogd Dines Guldberg Høegh var den eneste som kunne identifiseres etter brannen. Sabelen som ble funnet etter brannen er i dag utstilt i sakristiet i Grue kirke.



Våren 2018 ble vi utfordret til å gi noen glimt fra folkehelsearbeidets historie gjennom små tekster. Hensikten var ikke å gi en komplett historisk fremstilling av folkehelsearbeidets utvikling, eller hva som har gjort at folkehelsearbeidet har blitt som det har blitt, men snarere å skape interesse for denne delen av medisinsk historie. Tanken var at tekstene skulle inngå som en del av Folkehelseinstituttets «Folkehelse rapport». Vi dannet en skrivegruppe og ble enige om å skrive korte fortellinger om enkelte hendelser som vi mente hadde hatt betydning for folkehelsearbeidet gjennom tidene, både i Norge og i enkelte andre land. Det var ingen systematikk i utvelgelsen av hendelsene vi skrev om, men vi ble enige om i første omgang å skrive om hendelser fra antikken og frem til 1900-tallet. Alle kom med sine ideer som så ble diskutert i gruppen. Resultatet ble små «snutter», noen svært korte, andre litt mer omfattende, noen basert på kilder av en viss vitenskapelig karakter, andre i mer anekdotisk form. Av ulike grunner ble disse likevel ikke tatt inn i Folkehelse rapporten, men Utposten kontaktet oss og var interessert i å publisere vår små «snutter». Så langt det går prøver vi, i samarbeid med Utposten, å publisere to artikler i hvert nummer av Utposten i 2019; en med samfunnsmedisinsk vinkling, og med mer allmennmedisinsk innhold.

Harald Siem, Magne Nylenna, Anders Smith og Arild Aambø



De fleste som døde i brannen var kvinner og barn. Kun syv av de som mistet livet var voksne menn.

ILLUSTRASJON: BRØDERNE BRUNSKOW

Følger av brannen

Hvert år på Kristi himmelfartsdag er det en lokal, utendørs markering av brannen i nærheten av kirkestedet. Brannen i Grue er ikke så godt kjent utenfor lokalsamfunnet. Den gangen var det andre tradisjoner for markeringer etter tragiske hendelser, enn slik vi ville håndtert dette i dag. Men om vi ikke kjenner selve historien om brannen i Grue, har den likevel etterlatt seg fotspor på en annen måte.

I dagene og ukene etter brannen kom det krav fra mange forskjellige hold om endringer i byggeforskriftene for kirker. Brannen i Grue kirke førte da også til at det kom en lov om at alle dører i offentlige bygg skulle vende utover. Således er oppfølgingen etter kirkebrannen i Grue et godt eksempel på at myndigheter «ute i samfunnet» tok ansvar for å sikre folks liv og helse dersom en ny lignende hendelse skulle oppstå. I dag finner vi gyldig regelverk på hjemmesiden til Direktoratet for byggkvalitet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Norsk brannvernforening og Forsikringssekskapenes godkjenningsnemnd. Brannvernlovgivningen er resultat av godt folkehelsearbeid! Og folkehelseloven har et tydelig innhold som blant annet sier noe om kommunenes plikter, også på dette området:

§4. Kommunens ansvar for folkehelsearbeid

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

§5. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på

- a opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25,
- b kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og



c kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

§7. Folkehelse tiltak

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

■ ANDE-SMI@ONLINE.NO
KILDE: VEDR. BRANNEN I GRUE KIRKE: WIKIPEDIA

Fascinerende lesning

Cecilie Arentz-Hansen
**«Kvinder med begavelse
 for lægevirkksomhed»**
 Norges første kvinnelige leger,
 og tiden de virket i
 444 sider
 Cappelen Damm
 Oslo 2018
 ISBN: 978-82-02-50329-1

I *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 1/2019 er det et intervju med kollega Cecilie Arentz-Hansen. For mange leger i primærhelsetjenesten er hun kjent for bl.a. å stå som forfatter av *Legevakthåndboken* (utgitt første gang i 1993) sammen med Kåre Moen. Med *Kvinder med begavelse for lægevirkksomhed* har hun gitt oss en perle av et bokverk. Vi kan ane et enormt arbeid med stoffet, rene «gullgravervirkksomheten» i nasjonale og mer lokale arkiver, i aviser og bøker, i legenes forskningsarbeider og i samtaler med en rekke personer over flere år osv. osv.

Dette er en bok man rett og slett suges inn i. Forfatteren skriver svært godt, og stoffet er så fascinerende at det er vanskelig å legge boken til side underveis i lesningen.

Marie Spångberg-prisen (Legeforeningen) er antakelig godt kjent blant kolleger her til lands. Marie Spångberg Holth var den første kvinnelige legen i Norge, uteksaminert fra universitetet i Kristiania i 1893. Men det var 17 kvinner til som ble ferdig med legestudiet her på slutten av 1800-tallet (samt én i København). Disse legene har vi ikke hørt så mye om – ja, kanskje var de i ferd med å bli helt glemt?

Cecilie Arentz-Hansen beskriver levende den kampen kvinner generelt hadde på slutten av 1800-tallet om de ønsket å skaffe seg en utdanning. Det var svært mye motstand mot at jenter skulle få videre skolegang – for ikke å snakke om høyere utdanning. Fra menn med makt ble det proklamert med styrke at kvinner hverken hadde psykiske eller fysiske forutsetninger for å kunne studere – for ikke å snakke om å inneha bl.a. offentlige stillinger. Og ikke minst vesentlig: de ville angivelig miste sin kvinnelighet om de ble sluppet fram i yrkeslivet.

En må bare «ta av seg hatten» for det motet og den styrken disse kvinnene på den tiden viste ved ikke å gi seg. En gryende kamp for likestilling var i gang internasjonalt, så også i Norge. Menneskeverdet var et aktuelt tema, noe som de kvinnelige legene som omtales i boken tok på det største alvor. De engasjerte seg for kvinner, barn og fattige,



for folkehelse, inklusive for infeksjonssykdommene som herjet og skapte ubeskrivelig lidelse og nød for mange.

De første kvinnelige legene hadde sine kliniske praksiser overfor kvinner og barn – delvis gratis. De holdt foredrag for allmennheten, de tok initiativ til institusjoner for bl.a. fattige/foreldreløse barn, de skrev i aviser og ga ut bøker. Og de gjorde banebrytende forskning, til dels sammen med kolleger i Europa – som f.eks. Marie Curie (!). Kort sagt gjorde de svært mye for

en humanisering av helsetjenesten. Men fortsatt var offentlige stillinger forbeholdt menn. Forbigåelser, selv til underordnede stillinger, var regelen.

Cecilie Arentz-Hansens bok er mettet med spennende fortellinger både om hver av disse kvinnelige kollegene våre, samt grundige beskrivelser av tiden de virket i. I tillegg har hun skrevet en oversikt bak-erst i boken med fyldige biografiske opplysninger for hver av legene.

ELI BERG

Festtale for et sunt liv



Festskrift i anledning Atle Tellnes 70 år
46 forfattere. Gunnar Tellnes (red.)

Friluftsliv, kystkultur og vakre løsninger
Hvordan styrke de unges helse, miljø og livskvalitet

Utgitt 2018 av:

- Stiftelsen NAKUHEL Norge,
Nasjonalt senter for Natur-Kultur-Helse
- UiO Universitetet i Oslo,
Institutt for helse og samfunn

ISBN: 978-82-997454-3-7

PRIS: 199,-

Atle og Gunnar Tellnes er brødre (red.anm)

Denne boka er et fint festskrift, en hyllest til den verdige jubilanten, med formål å styrke de unges helse, miljø og livskvalitet. Her er fortellinger om natur, friluftsliv, stedstilhørighet, kystkultur, historie, miljø, permakultur, det grønne skiftet, folkehelse og helsefremmende aktiviteter, samt biografi, innslag av poesi, illustrasjoner og foto. Akademisering av friluftslivsfaget er et viktig punkt, med forankring i økofilosofier som Arne Næss og Sigmund Kvaløy, samt merittene til legenden Nils Faarlund.

Atle Tellnes var den første som tok hovedfag i friluftsliv.

Innleggene konvergerer mot jublantens interessante biografi og argumenterer for å bygge barns helse gjennom gode livsvilkår. Dette er viktig i en tid med økende kunnskap om helseskade etter negative hendelser i oppveksten. Det er derfor all grunn til å ønske velkommen initiativ som kan øke bevisstheten om at trygg forankring i lokalt miljø og utfoldelse i naturen gir sunnhet.

Boka er ryddig og pent innbundet. Inn-

leggene kan godt leses hver for seg, men sett i sammenheng kommer det store bildet fram. Redaktøren var initiativtaker og første styreleder for stiftelsen Nasjonalt senter for Natur-Kultur-Helse fra 1994.

NaKuHel-konseptet bygger på tidligere distriktslegers og helsesøstres tradisjoner med miljørettet helsevern og forebygging, men er også inspirert av folkehøyskolene, speiderbevegelsen, Norges ungdomslag, Norges naturvernforbund, Framtiden i våre hender og Steinerskolen. Verdien av lokalhistorie, friluftsliv og bærekraftig kosthold står sentralt.

Boka vil være spennende og interessant lesing for alle med bred interesse for «stedets sunnhetstilstand, og hva derpå kan ha innflytelse», som det sto i sunnhetsloven av 1860, tolket i sin videste forstand.

Så kan det selvsagt innvendes at boka omfatter for mye, har for store ambisjoner, kan leses som et skriv av og for «menigheten», er for lite kritisk-analytisk.

Et eksempel er beskrivelsen av en vakker løsning. Den er kjennetegnet ved at du selv har glede av den, at andre har glede av den og at den samtidig er en fordel for samfunnet – etter vanlige, etiske og moralske oppfatninger.

Dette kan nok bli i vakreste laget og påkalle trangen til å problematisere.

Akademisk forankring må åpne for akademiske diskurs, den akademiske ytringsfriheten. De mange fagområdene som berøres i denne boka går langt ut over en vanlig samfunnsmedisinsk kontekst og denne anmelderens kompetanse, så her kan andre fagmiljø gjerne føle seg kallet.

Men festskrift-formatet tillater å male med bred pensel, ta for seg det store bildet, ha visjoner, både for klima, miljø, natur, kultur og helse, uten mange kontradiksjoner.

Det brede konseptet folkehelse har fått et verdifullt tilskudd og en ny referanse. Mange vil finne interessante og inspirerende innslag i denne boka. Sunnhet har sammenheng med å føle tilhørighet, både i naturen vi lever i, det kulturelle mangfoldet, fellesskapet og vår plass i historien.

Den beste oppsummeringen gis av lege og tidligere helseminister Werner Christie:

«Vi bør sammen dyrke et aktivt og omsorgsfullt forhold til naturen og havet gjennom friluftsliv og fritidsaktiviteter som lar oss erfare naturens egenverdi. Da først kan vi også selv finne tilbake til det beste i vår egen natur som mennesker.»

KAI BRYNJAR HAGEN



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... Dag-Helge Rønnevik?



Hva leser du nå, Dag-Helge Rønnevik, samfunnsmedisiner i Haugesund og stipendiat ved NTNU?

Jeg prøver for tiden å lese to bøker som jeg fikk til jul – samtidig. Begge handler om det samme; hvordan psykologien kan bidra til å sykeliggjøre folk. Den ene er Helga Flatlands roman *Vingebelastning* som handler om en ung mann som egentlig ikke feiler så mye, men som ender opp i klamme favntak, som aldeles ikke hjelper han å mestre livet. Absolutt et tankekors på vei en mot «pasientens helsevesen». Den andre boka på nattbordet mitt er en beslektet fagbok av Ole Jacob Madsen med tittelen *Den terapeutiske kultur*. Her tar Madsen for seg hvordan psykologien har breddet om seg i samtidskulturen på stadig nye områder, og spør om profesjonen virkelig er tjent med å logre for et liberalistisk menneskesyn der mer individuell behandling er løsningen på samfunnets helseutfordringer.

Hvorfor valgte du disse bøkene?

Jeg fikk et tips av en kollega da vi diskuterte dette med overdiagnostikk/overbehandling. Også psykoterapi har bivirkninger – det kan bli too much. Som hjelpere skal vi vokte oss for å ville hjelpe for mye, vi ender opp med å gjøre folk avhengige av eksperter for å takle livets normale utfordringer. Det medisinske prosjekt må være å befri folk fra helsevesenet, og heller hjelpe dem å finne sin styrke til å leve gode liv der de selv takler det som måtte kastes på dem av utfordringer. Vi må ikke gjøre folk hjelpeløse og uselvstendige. Som leger (og psykologer!) bør vi derfor være kjent med teorien om salutogenese; teorien om hva som skaper god helse (motstykket til patogenese). Hvordan skal vi ellers kunne

hjelpe folk på en varig og god måte? Både *Vingebelastning* og *Den terapeutiske kultur* handler om disse tingene. Og de gir et makroperspektiv på det helsevesenet vi selv er en del av. Logrer også den medisinske profesjon med halen når vi behandler de syke og pengene klirrer i kassa? Kurativ legevirksomhet har blitt prioritert i stor skala de siste tiårene sammenliknet med offentlige legeoppgaver og samfunnsmedisinsk arbeid. Har vi som legestand prioritert feil? Jeg synes vi må granske oss selv og hvordan vi oppfyller vårt samfunnsoppdrag, og ikke være selvgode og bare peke finger mot psykologien.

Hvor leser du?

Jeg leser gjerne på senga, men ettersom kona er av typen A som ikke klarer å sove med lys i rommet, mens jeg er mer B, så begrenser det seg litt. Litt her og der, er vel det beste svaret. Og i rykk og napp. Jeg har som regel mange bøker liggende rundt omkring som jeg har begynt på, men ikke fullført. Jeg plukker ofte med meg ei bok i veska når jeg er ute og reiser. Jeg abonnerte en periode også på lydbøker, og da kan man jo «lese» mens man gjør andre ting. Jeg er også glad i podcast, der *Verdibørsen* på NRK P2, *Politisk kvarter* og *Freaconomics* er blant favorittene.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Jeg er nok glad i bøker som får meg til å forstå litt mer av samfunnet jeg er en del av. Det er jo så mye en egentlig ikke forstår. Politikk, samfunnsutvikling, ideologier, historie, filosofi... Som samfunnsmedisiner er jo det en viss forutsetning for å fungere i jobben at en prøver forstå sin

samtid og sitt sam-

funn. Jeg skal ikke si jeg lykkes, men

jeg vil gjerne til bunns i ting, forstå det helt ut. Formes verden rundt oss tilfeldig, eller er det klartenkte personer som styrer etter en gitt kurs? Jeg lurer stadig vekk på det, og det slår meg nok at jeg kanskje overvurderer f.eks. hvor langsynt politikerne er, og at ikke alt som skjer er planlagt. Jeg liker godt politiske biografier, og Jens Stoltenberg ligger for tiden og stirrer på meg fra nattbordet. Han lurer nok på når jeg skal plukke han opp igjen. På ferie har jeg kost meg med Jo Nesbøs krimserie om Harry Hole, den noe belastede, men dyktige etterforskeren. Det ikke-perfekte appellerer nok til meg mer enn glansbildene.

Har du en anbefaling til Utpostens lesere?

Det må vel nesten bli *Helsens mysterium* av Aaron Antonovsky om den salutogene modellen. Og i samme åndedrag kan vi ta med *Helse på norsk* av Per Fugelli og Benedicte Ingstad, der de har utforsket hva nordmenn mener skaper god helse. Det er mye mer enn fravær av sykdom! Og hvorfor ikke *The Upstream Doctors* av den amerikanske legen Rishi Manchanda når vi først er i gang. Den har undertittelen *Medical Innovators Track Sickness to Its Source* og knytter sammen arbeidet på legekontoret med samfunnet rundt. Dette er bøker som jeg tenker kan inspirere leger til å tenke nytt om hvordan vi kan jobbe helsefremmende og hjelpe pasientene til å gjenvinne god helse.



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 legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter 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.

Vortioksetin – ingen risiko for seponeringssymptomer?

RELIS har mottatt en bivirkningsmelding om en pasient som i samråd med lege ønsket å stoppe behandlingen med det antidepressive legemidlet vortioksetin (Brintellix).

Pasienten brukte høyeste dose, 20 mg/dag, og hadde brukt medisinen i noen måneder. I tråd med anbefalingen i preparatomtalen ble vortioksetin seponert uten forutgående nedtrapping. Om lag én uke senere fikk pasienten symptomer som minner om SSRI/SNRI seponeringssymptomer: hjertebank, dyspné, svetting, hodepine, synsforstyrrelser og følelse av elektriske støt i hjernen. Symptomene vedvarte i flere uker. Seponeringsymptomer er ikke nevnt i preparatomtalen under kjente bivirkninger av vortioksetin, og vi har sett nærmere på hva som er kjent om denne problemstillingen.

Vortioksetin

Vortioksetin fikk europeisk markedsføringstillatelse i desember 2013, og ble mar-

kedsført i Norge høsten 2014. Legemidlet er indisert for behandling av depressive episoder hos voksne (1). Ifølge tall fra Re-septregisteret fikk om lag 7000 norske pasienter resept på vortioksetin i 2017 (2). Vortioksetin virker på flere transmittorer; serotonin, noradrenalin, dopamin, histamin, acetylcholin, GABA og glutamatsystemet, og den nøyaktige virkningsmekanismen er ikke helt avklart. Mye av den antidepressive effekten antas å være relatert til direkte modulering av serotonerg reseptoraktivitet og hemmet reopptak av serotonin (1, 3). Vortioksetin metaboliseres hovedsakelig av CYP2D og har en halveringstid på 66 timer. Hovedmetabolitten er farmakologisk inaktiv (3, 4). Doseringen er 5–20 mg én gang daglig, og anbefalt vedlikeholdsdose er 10 mg x 1 (3).

Sprikende råd om behov for gradvis nedtrapping

Ifølge norsk preparatomtale kan behandlingen med vortioksetin avsluttes uten gradvis reduksjon av dosen. Produsenten viser til placebokontrollerte studier hvor det ved bråseponering ikke var noen forskjell mellom vortioksetin og placebo-gruppen med hensyn til forekomst eller type seponeringssymptomer, verken etter korttidsbehandling (6–12 uker) eller langtidsbehandling (24–64 uker) (3).

Amerikansk preparatomtale angir derimot at selv om vortioksetin kan bråseponeres, anbefales – hvis mulig – nedtrapping for pasienter som bruker de høyeste dosene. Ved bruk av 15–20 mg/dag anbefales reduksjon til 10 mg/dag i 1 uke før full seponering. Bakgrunnen er at det ved bråseponering av vortioksetin hos noen pasienter som brukte 15–20 mg/dag ble rapportert om for eksempel hodepine, muskelspenninger, humørsvingninger, raseriutbrudd, svimmelhet og rennende nese i løpet av den første uken etter seponering (5). Ifølge en artikkel fra amerikanske legemiddelmyndigheter (FDA) ble slike seponeringssymptomer rapportert hos om lag 5 prosent av pasientene som bråseponerte vortioksetin 15–20 mg/dag (6). Flere amerikanske oppslagsverk, deriblant en oversiktsartikkel i UpToDate som beskriver seponeringsreaksjoner ved bruk av antidepressiva, gjengir rådet om nedtrapping for pasienter på de høyeste dosene av vortioksetin (4, 7, 8). Hva som er bakgrunnen for denne diskrepansen mellom norsk og amerikansk preparatomtale er ukjent for oss.



Antidepressiva og seponeringsreaksjoner

Seponeringsreaksjoner er et kjent problem både etter bruk av serotoninreopptakshemmere (SSRI) og serotonin- og noradrenalinreopptakshemmere (SNRI) (8–10), og det er således ikke uventet at dette også kan være et problem ved bruk av vortioksetin. Hodepine, svimmelhet og kvalme er blant de hyppigst rapporterte symptomene. Svetting, dyspné, synsforstyrrelser og parestesier/sensoriske symptomer, noen ganger i form av elektriske støt i hodet som i dette tilfellet, er også rapportert i tillegg til en rekke andre reaksjoner. Seponeringsreaksjonene er generelt milde til moderate, men hos noen pasienter kan de være mer intense. Symptomene inntreffer vanligvis i løpet av de første dagene etter seponering. Som regel er symptomene selvbegrensende og forsvinner typisk innen noen få uker. Hos noen pasienter kan de vare lengre, og symptomer er rapportert hos pasienter i opptil to-tre måneder eller lengre. Høye doser og langtidsbehandling (> 5–8 uker) er kjente risikofaktorer for seponeringsreaksjoner (8–11).

Risikoen for seponeringssymptomer er generelt størst for preparater med kort halveringstid ($T_{1/2}$), som for eksempel paroksetin ($T_{1/2}$: ca. 20 timer) og venlafaksin ($T_{1/2}$: 5 og 10 timer for henholdsvis modersubstans og aktiv metabolitt), og lavest for legemidler med lang halveringstid som fluoksetin ($T_{1/2}$: 4–6 dager (modersubstans) og 4–16 dager (aktiv metabolitt)) (4, 8–10). Vortioksetin har relativt lang halveringstid (66 timer), noe som kan forklare lav risiko for seponeringssymptomer og vansker med å avdekke dette i kliniske studier med sterkt selekterte pasienter. Et interessant spørsmål er også hvor mange pasienter det var i disse

studiene som bråseponerte fra de høyeste dosene, samt hvor lenge disse hadde brukt legemidlet. Selv om forekomsten av seponeringsreaksjoner er langt lavere for fluoksetin enn for paroksetin og venlafaksin, er det rapportert om slike reaksjoner også for fluoksetin (8–10). Videre anbefales normalt gradvis nedtrapping også for fluoksetin, til tross for at denne har betydelig lengre halveringstid enn vortioksetin (3, 8). Det er viktig å være klar over at gradvis nedtrapping ikke alltid vil hindre seponeringsreaksjoner (9, 10). Pasienten bør derfor informeres om at seponeringsreaksjoner kan oppstå, at disse som regel er milde og forbigående, men ved uttalte langvarige plager bør lege kontaktes. En oversiktsartikkel i UpToDate gir råd om praktisk tilnærming for å hindre og lindre seponeringsreaksjoner på antidepressiva (8).

Viktig å melde om seponeringsreaksjoner

Som RELIS tidligere har angitt er det viktig å melde fra om bivirkninger også i form av seponeringssymptomer, spesielt for nye legemidler hvor dette ikke er godt kjent. Som alltid er det grunn til å forvente at nye bivirkninger og risikofaktorer oppdages når nye legemidler tas i bruk av mer heterogene pasientgrupper enn de som har vært inkludert i de kliniske studiene. Ved å melde fra om reaksjoner hos dine pasienter som du mistenker kan være legemiddelbivirkninger kan du bidra til økt kunnskap om bivirkningsprofilen til disse legemidlene.

Konklusjon

Det er etter vår vurdering all grunn til å forvente at seponeringsreaksjoner kan oppstå

hos noen pasienter også ved bruk av vortioksetin, spesielt etter bruk av høye doser. Pasienten bør informeres om dette, og selv om det ikke er sikkert at man med gradvis nedtrapping unngår alle seponeringsreaksjoner, vil vi anbefale at dette gjøres for pasienter som har brukt de høyeste dosene. Vi vil oppfordre til at informasjon om dette tas med også i den norske preparatomtalen.

REFERANSER

1. Langaas HC, Spigset O. Effekt og sikkerhet av Brintellix (vortioksetin) mot depresjon. www.relis.no (Publisert: 18. november 2014)
2. Reseptregisteret. www.reseptregisteret.no (Søk: 12. februar 2019).
3. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) a) Brintellix (Sist oppdatert: 8. februar 2019), b) Fontex (Sist oppdatert: 1. april 2016). <https://www.legemiddelsok.no/>
4. Lexicomp in UpToDate. Vortioxetine: Drug information. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Søk: 13. februar 2019).
5. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Label information Brintellix (vortioxetine). <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/> (Sist oppdatert: oktober 2018).
6. Zhang J, Mathis MV et al. The US Food and Drug Administration's perspective on the new antidepressant vortioxetine. *J Clin Psychiatr* 2015; 76 (1): 8–14.
7. Micromedex® 2.0 (online). Vortioxetine (Drugdex System). <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 1. februar 2019).
8. Hirsch M, Birnbaum RJ. Discontinuing antidepressant medications in adults. Version 5.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 12. desember 2018)
9. Fava GA, Gatti A et al. Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. *Psychother Psychosom* 2015; 84: 72–81.
10. Fava GA, Benasi G et al. Withdrawal symptoms after serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor discontinuation: systematic review. *Psychother Psychosom* 2018; 87 (4): 195–203.
11. Papp A, Onton JA. Brain zaps: An underappreciated symptom of antidepressant discontinuation. *Prim Care Companion CNS Disord* 20. desember 2018; 20 (6).

ELISABETH NORDMO
cand.pharm., RELIS Nord-Norge

TRUDE GIVERHAUG
cand.pharm., dr.scient., RELIS Nord-Norge

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

Velkommen og lykke til! 🌿 Tove Rutle – lagleder

Noen dager og andre dager

For meg er lyrikk en kilde til både påfyll, trøst, gjenkjennelse og glede. Dette diktet fikk jeg tilsendt av en kjær venninne nå til jul, og jeg synes det fanger essensen av livet så vakkert. Sorg og savn sier noe om at man har hatt noe som var verdifullt og verdt å holde fast på.

Og at det er akkurat slik det er, noen dager og andre dager. Både i stort og smått.

Noen dager og andre dager

Det finnes dager
som er mistedager,
hvor det vi ikke ville miste
blir mistet allikevel,
forsvinner for oss og går tapt,
selv om vi holdt så hardt fast,
selv om vi passet på så godt som bare det,
selv om vi tviholdt med alle våre krefter,
så blir det borte,
glir ut mellom fingrene våre,
ut av hendene våre, ut av livene våre,
over gjerdet, over elver, over sjøer og hav
og ut og bort og vekk,
og det er ikke noe å gjøre med det,
for borte er borte,
og av og til er borte borte for bestandig,
og sånn er det av og til.
Men den som har mistet,
har også hatt noe som kunne mistes,
noe som var fint og verdifullt
og verdt å holde fast på,
noe som var funnet og grepet tak i og holdt.
For det finnes finnedager også,
dager hvor noe blir funnet,
hvor det som vi ikke visste vi ville finne
kommer til oss og lar seg finne
og blir funnet så godt
at det blir noe vi ikke vil miste, ikke må miste,
for sånn er det av og til.

GRO DAHLE

Jeg vil gjerne sende lyrikkstafetten videre til min kollega, og støttekollega, Åse Valla på Korgen legekantor.

ANN KRISTIN ENGSTAD