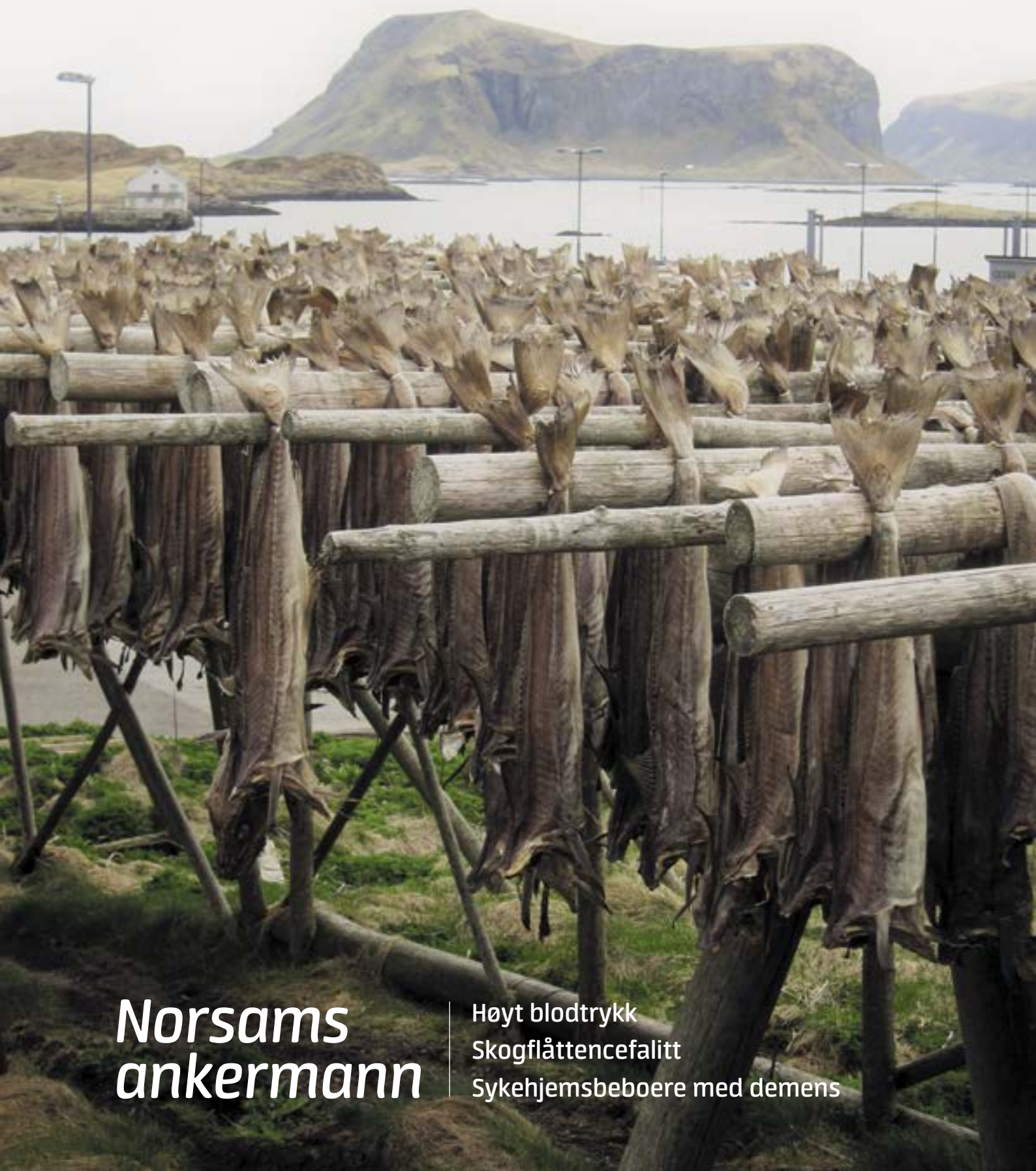


Utposten

4 2019
ÅRGANG 48

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



**Norsams
ankermann**

Høyt blodtrykk
Skogflåttencefalitt
Sykehjemsbeboere med demens

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

Marit Tuv

Garlivegen 53

2900 Fagernes

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.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

FORSIDEFOTO: Tom Sundar

BAKSIDEFOTO: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER:

Politikkens betydning for folkehelsen

Dag-Helge Rønnevik

2

UTPOSTENS DOBBELTIME:

Norsams ankermann

Henning Mørland intervjuet av Tom Sundar

8

ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:

Høyt blodtrykk – diagnostikk og behandling

Nøkterne norske retningslinjer i spennet mellom overbehandling og underbehandling

Bjørn Gjelsvik

14

Over 10 000 legebesøk om flått hvert år

Julie Kalveland

16

Skogflåttencefalitt

Solveig Jore, Arnulf Solvang, Katrine M. Paulsen og Åshild K. Andreassen

22

Behandling av nevropsykiatriske

symptomer hos sykehjemsbeboere med demens

– potensielle fordeler og risikoer

Gunhild Alvik Nyborg, Mette Brekke og Geir Selbæk

28

Ny spesialistutdanning – hvordan kan

kommunene bli gode utdanningsvirksomheter?

Marie Thoresen, Andreas Wedervang-Resell og Karin Straume

31

Hvordan sier vi nei?

Njål Flem Møland

34

Anafylaksi. Definisjon og patogenetiske mekanismer

Eva Stylianou og Geir Håland

38

Legemiddelforskning i allmennpraksis

Anja Brænd

40

MEDISINSK HISTORIE: Frederik Holst

– vår første samfunnsmedisiner

Magne Nylenna

41

MEDISINSK HISTORIE:

Den gåtefulle radesyken

Harald Siem

42

Nye ledere i AF og NFA

Utpostens redaksjon

44

BOKANMELDELSE:

Historien om legevakten

«Legevaktens historie» anmeldt av Geir Sverre Braut

45

BOKANMELDELSE:

U-land og reiser

«Reisemedisin» anmeldt av Eli Berg

46 FASTE SPALTER

RELIS 46

LYRIKKSTAFETTEN 48

HVA LESER LEGEN 49

Politikkens betydning for folkehelsen

Fremskrittspartiet (FrP) nevner omtrent ikke folkehelse med et eneste ord i sitt prinsipp- og handlingsprogram. Men nå har Sylvi Listhaug fått plass i regjeringen igjen som nettopp eldre- og folkehelseminister. Kombinasjonen FrP og folkehelse er verdt å fundere litt over, ettersom den er nærmest som olje og vann. Liberalismen som ideologi ønsker minst mulig statlig innblanding i folks liv, og høyrepopulister vil ha seg frabedt råd fra eksperter og fagfolk. Da kan det bli harde kår for universelle tiltak som å beholde en restriktiv alkoholpolitikk, mer fysisk aktivitet i skolene, kampen mot klimaeindringer og sosiale ulikheter i helse.

Listhaugs første uttalelse som folkehelseminister var at folk må få røyke og drikke så mye de vil. Det litt pussige er kanskje at Per Fugelli, professor i sosialmedisin, i sin tid sa omtrent det samme. Han snerret mot sunnhetspolitiet, sunnhetsstyranniet og helsefundamentalistene.

«Kristne moralister og ortodokse sosialister har til alle tider villet bestemme over folk. Nå har disse kreftene forkledd seg i hvite frakker. Formynderstaten har gjemt seg bak helsens edle motiver»,

uttalte han til *Dagbladet* i 2003. Samtidig ønsker vi oss ikke et samfunn som gjør oss syke. Så hvor finner vi den gylne middelvei? Fugelli endret etter hvert mening og ble en tilhenger av røykeloven, og han passet på å minne oss om sammenhengen mellom helse og politikk: Helse er lik biologi ganger kultur ganger politikk opphøyd i annen potens ($h = b \times k \times p^2$) (1).

Det er ikke uventet at folkehelsepolitikken, som all annen politikk, påvirkes av hvilke partier som sitter i regjering. I 1993 var Gro Harlem Brundtland (Ap) statsminister da stortingsmeldingen *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* kom, med hovedvekt på institusjoner og strukturelle tiltak. Det var derimot en sentrum/høyre-regjering (Bondevik II) som hadde ansvaret for *Resept for et sunnere Norge* som kom i 2003, som la mer vekt på den enkeltes ansvar for å passe på helsa si.

En sammenlikning av disse to meldingene viste at folkehelsepolitikken fra 1993 til 2003 hadde blitt klart mer individualisert, med økt fokus på livsstil, helserelatert atferd, kosthold og mosjon (2).

I nyere tid har Stoltenberg II-regjeringen gitt oss folkehelsemeldingen *God helse, felles ansvar* (2013) med en ny dreining mot universelle tiltak i tråd med den nye folkehelseloven. Men med regjeringsskiftet i 2013 svingte pendelen nok en gang tilbake mot individfokus et igjen gjennom meldingene *Mestring og muligheter* (2015) og *Gode liv i et trygt samfunn* (2019). Individualiseringen fører til at vi søker individuelle løsninger på kollektive problemer, og pengene flyter i retning behandling og reparasjon istedenfor forebyggende tiltak og utvikling av helsefremmende lokalsamfunn.

Tallenes tale er klar; Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å bruke kun 0,2 prosent av budsjettet sitt på folkehelse tiltak i 2019, og ansvaret for folkehelse ser ut til å være en uriaspost ingen i regjeringen egentlig vil ha. I kommunene er ansvaret for folkehelse løftet vekk fra helsetjenestene og opp på et tverrsektorielt nivå for å komme vekk fra sykdomsfokusert og det grenseløse behandlingsbehovet. Dette ser ut til å bære frukter, og det samme bør skje på statlig nivå slik at vi kan få en ekte folkehelseminister som faglig og budsjettmessig er frigjort fra helse- og omsorgstjenestene.

I mellomtiden: Med Listhaug som folkehelseminister kan vi forvente oss en ytterligere dreining mot at folkehelse handler om individuelle valg. Alt tilsier at det på sikt vil skape ytterligere press på et allerede presset helsevesen.

DAG-HELGE RØNNEVIK

REFERANSER

1. Fugelli, Per. Sosialmedisineren som aktør i det offentlige rom. *Tidsskr Nor Legeforen* 2002; 122: 1705–6.
2. Stenvoll D, Elvbakken KT, Malterud K. Blir norsk forebyggingspolitikk mer individorientert? *Tidsskr Nor Legeforen* 2005; 125: 603–5.



Norsams anker

Henning Mørland ■ INTERVJUET AV TOM SUNDAR

Hans gjennomføringsevne har kommet en halv generasjon samfunnsmedisinere til gode. Henning Mørland står utrettelig på for å organisere kursutdanningen i samfunnsmedisin og backe kolleger gjennom spesialiseringsløpet.

Noen har sagt at han bærer kursutdanningen på sine skuldre. Det er ikke langt fra sannheten, for som leder av Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam) gjennom ti år har han vært sentral i arbeidet med å støpe, styrke og stabilisere spesialistutdanningen, rekruttere kandidater og oppmuntre den enkelte på sin vei frem mot spesialistgodkjenning. Si navnet på en vilkårlig kandidat, og Henning kan nesten alltid angi hvor langt vedkommende har kommet i spesialiseringsløpet – og hvilke kurs han eller hun mangler for å komme i mål.

Norsam-styret 2017–19, fotografert på Sommarøy i april i år: f.v. Guro Steine Letting, Tom Sundar, Inger Marie Fosse, Anne Helene Kveim Lie, Tone Bruun, Hege-Kristin Aune Jørgensen, Kristian Onarheim og Henning Mørland. ALLE FOTO: UTPOSTEN



Snakk om å ha stålkontroll – og god oversikt. Nettopp hans administrative og organisatoriske evner er det folk peker på når de blir bedt om å si noe om Henning Mørland. Og, for ikke å glemme, at han er et reall arbeidsjern. Så mye som han får utrettet, kunne en nesten tro han var frikjøpt til Norsam fra sin daglige dont som klinikkssjef ved Sykehuset i Vestfold. Slik er det ikke. Foreningsarbeidet er noe han har påtatt seg i tillegg til en krevende lederstilling. Det vanker riktig nok et lederhonorar, men vi snakker om helt andre beløp enn den lønnskompensasjonen man får ved et frikjøp.

«Min viktigste hobby», sier han selv om sitt verv. «Men – en noe spesiell hobby», presiserer han gjerne med et karakteristisk snev av underfundig ironi.

Spesialitet i medvind

Utpostens intervju med Norsam-lederen finner sted på Sommarøy utenfor Tromsø

hvor foreningens styre er samlet til styre-seminar over flere dager, noe som kombineres med en serie dialogmøter med det samfunnsmedisinske fagmiljøet ved Universitetet i Tromsø. Det er lyse tider i dobbelt forstand: For det første befinner vi oss nord for polarsirkelen i sommerhalvåret; for det andre peker pilene oppover for norsk samfunnsmedisin hva gjelder rekruttering til spesialistutdanningen og nye spesialistgodkjenninger. Dette er da også den tematiske rammen for vår samtale.

Siden 2009, året han overtok ledervervet i Norsk samfunnsmedisinsk forening etter Einar Braaten (1), har tallet på nye spesialistgodkjenninger sakte, men sikkert gått oppover – fra 4 i 2010 til 31 i 2018. Den positive trenden ser ut til å fortsette også i 2019. Ja, vi må faktisk mer enn 20 år tilbake i tid for å finne like høye tall. Hvordan forklarer Mørland selv den positive utviklingen?

– Tallene i seg selv er svært gledelige, men enda viktigere for meg er det å registrere at interessen for å ta spesialistutdanningen er økende. Vi har fått på plass en tilfredsstillende organisering av kursutdanningen og veiledningsgruppene, og det betyr at kandidatene faktisk er i stand til å gjennomføre spesialistutdanningen på normert tid, sier han.

Men, understreker han, organisatoriske forhold er ikke nok til å forklare den voksende interessen for faget og spesialiteten; her er det flere faktorer som virker sammen: – Det hjelper jo ikke bare å lage et kurstilbud, og så tro at legene skal strømme til. Det er ikke kursene som gjør at folk vil bli spesialister. Det store bildet her handler om stigende etterspørsel etter samfunnsmedisinsk kompetanse i andre sektorer enn den kommunale. Det er en trend vi har sett de siste 10–15 årene. Vi ser også at stadig flere leger definerer seg inn i samfunnsmedisinske roller, i den forstand at de velger å ta spesialistutdanningen. Nå har vi kandidater fra både NAV og Forsvaret, for å ta noen eksempler, i tillegg til de som allerede er inne fra Helsedirektorat og Folke-

mann

helseinstituttet. Dette er bra for faget, vi skal utvikle breddekompetanse. Jeg tror også på en selvforsterkende effekt: Når noen går i gang med spesialisering, følger andre etter. Nok en ting er at vi nå er vitne til et generasjonsskifte. Flere unge leger, og ikke minst kvinner, velger samfunnsmedisin, sier intervjuobjektet.

Han tror den gode rekrutteringen også kan forklares ved at stadig flere oppdager at det er noen praktiske fordeler ved å være samfunnsmedisiner: – I mange av disse stillingene har man mer kontroll over egen arbeidshverdag enn i kliniske stillinger. Dessuten er det liten vaktbelastning, og ofte ikke vakter i det hele tatt. Det er medvirkende til at unge i en etableringsfase ser på samfunnsmedisin som en «levelig» så vel som spennende karrierevei.

Det kan også ligge noe i tiden, mener han, og han bruker metaforen om pendelen som svinger for å illustrere sitt poeng: – Da spesialitetene i allmennmedisin og samfunnsmedisin ble opprettet i 1980-årene, skjedde det samtidig med et stemnings-skifte i retning av økt samfunnsengasjement blant unge leger. Mange søkte seg til stillinger i primærhelsetjenesten og distriktene; det var stor entusiasme for å drive med fagutvikling innenfor de to nye spesialitetene. Da fastlegerreformen kom i 2001, dreiet den primærmedisinske oppmerksomheten over på fastlegedrift og fastlegerollen – samtidig som samfunnsmedisinen på den tiden «lå nede», nærmest med brukket rygg. Det var laber interesse for spesialiteten, og spesialistutdanningen var dårlig organisert. I de senere årene har pendelen svingt tilbake; interessen for faget har steget i takt med etterspørselen etter samfunnsmedisinsk kompetanse, sier 53-åringen.

Norsam tar grep

Han er ikke en type som tar ære for tingene når det går bra, men fremstår derimot som nokså beskjeden på egne vegne. Men det kan neppe være tvil om at Norsam ikke hadde vært det samme uten Henning Mørland.



– Det er gledelig å registrere økende interesse for å få spesialistutdanning i samfunnsmedisin, sier Henning Mørland.

land. Timene han har lagt ned i arbeidet med å bygge opp foreningens profil og kurs-repertoar kan ikke telles. Men hvordan har det seg egentlig at Norsam har fått en så sentral rolle som forvalter av kursutdanningen? Det må sies å være nokså unikt, sett i forhold til andre fagmedisinske foreninger? Norsam-lederen tar oss med noen år tilbake i tid for å besvare spørsmålet.

– Etter at det årlige kurset for offentlige leger, Bygdøy-kurset – senere kalt Folkehelsa-kurset – ble avviklet i 1990-årene, stod spesialistkursutdanningen i stampe i lang tid. I noen år var det en håndfull faglige ildsjeler, blant dem Helge Garås og Tove Røstad i Trondheim, som tilbød noen sentrale kurs i samfunnsmedisin.

Lenge fantes det ingen komplett kursutdanning, og det var i stor grad overlatt til den enkelte kandidat å snekre sammen et opplegg for å komme i mål med spesialiseringen, forteller Henning.

Han er selv blant dem som måtte gjøre tingene på den måten. Han skaffet seg kursene han trengte ved å plukke litt her og litt der; han valgte å kombinere «Trondheimpakken» med forskerkurs ved universitetet, allmennmedisinkurs i regi av Legeforeningen og saksbehandlingskurs i KS.

– I realiteten laget jeg min egen kursutdanning! sier han og trekker på smilebåndet. Men selv om det krevde ekstra planlegging og en del bryderi, viste det seg å være av stor læringsverdi. Han fikk erfarings-

grunnlaget han trengte for senere å kunne sette sammen et helhetlig kurstilbud i regi av Norsam. Høsten 2009 påtok foreningen seg oppgaven med å administrere den nye kursutdanningen som Helsedirektoratet og Legeforeningen hadde utredet. Mørland var fersk leder av Norsam og meldte seg som «kursarkitekt». Den nye ordningen omfattet ni obligatoriske kurs som skulle integreres med samfunnsmedisinsk tjeneste, ulike aktivitetskrav og deltakelse i veiledningsgruppe.

– Direktoratet og Legeforeningen hadde trukket opp endringene i spesialistutdanningen slik vi kjenner den i dag, først og fremst den tematiske modul-strukturen og den samfunnsmedisinske loggen som alle spesialistkandidater må skrive. Jeg husker godt et møte høsten 2009. Vi skulle drøfte arbeidet med ny veiledningshåndbok i samfunnsmedisin, men under møtet ble vi smertelig klar over at det var flere hull og mangler i spesialistutdanningen enn det vi antok. Jeg var ny i min lederrolle, og Frantz Leonard Nilsen var ny som leder av spesialitetskomiteen. Der og da besluttet vi å fordele oppgavene slik at spesialitetskomiteen skulle få gruppeveiledningen på stell og Norsam skulle ta seg av kursutdanningen.

UTPOSTEN: Når du ser tilbake, hva vil du si har vært de største utfordringene for Norsam?

– Jeg er opptatt av å tilby våre medlemmer et godt og forutsigbart kurstilbud, og jeg trives i min koordinerende rolle, men det er for mye som avhenger av meg. Kurslogistikk krever systematisk planlegging, og jeg savner initiativ fra andre aktører og instanser. Målet for Norsam nå er å forankre kursene i større fagmiljøer slik at logistikken og gjennomføringen blir mindre avhengig av enkeltpersoner – og dermed mindre sårbar. De siste årene har vi fått til et samarbeid med universitetene, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet innenfor temaområder som folkehelse, global helse, smittevern, kunnskapshåndtering og forskningsmetoder. Dette samarbeidet vil vi styrke og utvikle videre.

UTPOSTEN: Hva tror du blir de største utfordringene innen spesialistutdanningen i årene som kommer?

– Det er viktig å ta en gjennomgang av kursene og modernisere dem i henhold til det nye systemet med læringsmål. En rekke læringsmål bør kunne dekkes via andre aktiviteter enn kurs, primært gjennom arbeid i samfunnsmedisinsk stilling, men også gjennom å delta i veiledningsgruppe. Så ønsker jeg kurs med færre forelesninger

og mer aktivitet fra deltakerne, gjerne i form av gruppearbeid som en løpende del av det enkelte kurs. På den måten kan vi få mer interaksjon mellom deltakerne og bryte opp lange kursdager med case-baserte gruppediskusjoner. Da vil vi også få et læringssystem som i mye større grad samsvarer med de kliniske spesialitetene, hvor man oppfordrer til case-styrt undervisning – selv om våre caser, naturlig nok, er noe mer forvaltningspregede. Ellers tror jeg de største utfordringene vil være å få på plass gode systemer for individuell veiledning og få arbeidsgivere til å forstå at det ligger en viss forpliktelse i det å være registrert utdanningsvirksomhet.

Teft for lederjobber

I årene som Norsam-leder har Mørland hatt flere topplederjobber. Han var bydels-overlege i Sagene i Oslo i 2002–2015, avbrutt av et år som kommuneoverlege i Mo i Rana i 2014. Så gjorde Osломannen vestfolding av seg og flyttet med familien til Nøtterøy i 2015, samtidig som han tiltrådte stillingen som fylkeslege i Vestfold, med kontoradresse i Tønsberg. Høsten 2018 ble han så hentet til spesialisthelsetjenesten og posten som klinikkssjef ved Medisinsk klinikk, Sykehuset i Vestfold.

UTPOSTEN: Du har vært leder både i den operative helsetjenesten og i helseforvaltning.

Intervjuobjektet legger ikke skjul på at han trives i sin koordinerende rolle for kursutdanningen i samfunnsmedisin.



gen. Hva er det med administrasjon og ledelse som appellerer til deg?

– Jeg vil bidra til å forbedre og utvikle tjenestene. Min filosofi er at ledelse er langt mer enn bare det å ha kontroll; det handler om god organisering og godt samarbeid. Jeg mener selv jeg er beslutnings- og handlingsorientert. Jeg er heller ikke redd for å justere kursen underveis. Noen ganger erkjenner man at visse valg ikke var så lure likevel; og at det finnes andre og mer hensiktsmessige måter å gjøre ting på. Jeg legger ingen prestisje i mine veivalg, så for meg er det ikke noe nederlag å skifte mening og endre kurs. Samtidig er jeg opptatt av å utrede og kartlegge saker og ting til en viss grundighet, men man kan aldri utrede alt ned til hver minste detalj.

Både i Oslo og Mo i Rana markerte han seg som initiativtaker til å opprette kommunale legesentre. Han så behovet for å løse offentlige og sosialmedisinske oppgaver som ellers ikke ble godt nok ivarettatt innenfor rammene av den ordinære fastlegeordningen. Han ville lage en fastlegetjeneste som var bedre integrert i de kommunale tjenestene. I Oslo førte det til etableringen av Sagene lokalmedisinske senter i 2011.

– Vi ville ha et bedre tilbud til sårbare grupper og brukere med sammensatte behov, for eksempel personer med psykisk utviklingshemming i gruppebolig. Nå kunne fastlegen komme på besøk i boligen og sette opp en plan for konsultasjonene istedenfor at brukerne skulle fraktes med spesialtransport til fem forskjellige legekontor. Men det skulle ikke være en spesialomsorg; målet var å kombinere noen særskilte offentlige oppgaver med ordinær uselektert praksis. Så håpet jeg – og det håper jeg fortsatt – at allmennleger og annet helsepersonell, ved å jobbe tettere sammen, kunne bli bedre kjent og få til god samhandling. Her må jeg understreke at jeg absolutt ikke mener at alle legekontor bør være kommunale. Jeg tror en kombinasjon er en fordel, men det aller viktigste er at den enkelte kommune har et bevisst forhold til hvordan man innretter legetjenesten – og hvordan det kan gi kvalitetsforbedringer.

UTPOSTEN: Du har gått fra å være fylkeslege til å bli klinikkssjef, fra å være leder i et forvaltningsembete til å bli leder i spesialisthelsetjenesten. Det er et stort sprang å ta – hvordan har du opplevd overgangen?

– Hos fylkesmannen står grundighet og faglighet sentralt i arbeidet; man jobber systematisk med sakene. Min utfordring – slik jeg er anlagt – er at jeg synes oppgavene



Glimt fra et dialogmøte mellom Norsam og det samfunnsmedisinske fagmiljøet ved UiT, våren 2019.

ligger litt langt unna den operative helse-tjenesten. Dessuten dreier det seg i stor grad om klagesaker; klager fra folk som er misfornøyd med en behandling eller tjeneste de har fått eller ikke har fått, men som de mente de hadde rett til. Den store mengden klagesaker og «misfornøyde kunder» kan imidlertid skape et noe skjevt bilde av hel-sevesenet, i hvert fall opplevde jeg det slik – og det var en medvirkende grunn til at jeg valgte å skifte jobb.

– Spesialisthelsetjenesten gir en helt annen erfaring. Den er spesialisert, men dermed også mer fragmentert med hensyn til pasientutredninger og diagnostisk arbeid. Og den er utvilsomt mer profesjonsorientert. Jeg som har bakgrunn fra kommunehelsetjenesten, merker dessuten at mange i spesialisthelsetjenesten ikke har godt nok kjennskap til hva som foregår utenfor sykehusene og hvordan det er å jobbe i primærhelsetjenesten. Sånn sett er det et tankekors at det i spesialistutdanningen er krav om at allmennleger skal ha sykehus-tjeneste, men ikke vice versa – at sykehusleger skal ha praksis i primærhelsetjenesten. Riktig nok har man det ene halvåret som LIS1-lege i distrikt, men det er likevel beskjedent sett i forhold til det store oppgaverepertoaret i primærhelsetjenesten, sier Mørland.

Veilederrollen

Til tross for forskjellene mellom det å være fylkeslege og klinikkssjef, mener han at

begge rollene dreier seg om samfunnsmedisin – dog ulike aspekter. Som fylkeslege er man tilsynsmyndighet, mens jobben som klinikkssjef er rettet inn mot økonomistyring, administrasjon og planlegging av tjenester. Det siste handler om å fordele og prioritere ressurser, påpeker han. Og det er åpenbart et samfunnsmedisinsk anliggende.

UTPOSTEN: Hvordan ser dine sykehuskolleger på din bakgrunn som samfunnsmedisiner?

– Hvor mange som egentlig vet hva som ligger i samfunnsmedisin, er jeg usikker på, men de fleste har et forhold til fylkeslegen. Innad i organisasjonen jobber jeg med å fremheve at formålet med tilsynsmyndigheten i hovedtrekk er det samme som formålet med helsetjenesten; nemlig å sørge for tjenester av god kvalitet – og at det ikke er et mål i seg selv å påpeke feil, selv om jeg vet at mange klinikere har den oppfatningen. På det området har vi litt å jobbe med, sier klinikkssjef Mørland.

Mang en samfunnsmedisiner som har fått spesialistgodkjenning de siste årene kan meddele at «Det var Henning som oppmuntret meg» eller at «Henning var med på å få meg gjennom». Slike utsagn bevitner hans evne til å støtte kolleger og gi dem en ekstra dytt for å komme gjennom spesialiseringssløpet. Evnen til å motivere andre og gi gode råd er egenskaper som kommer godt med i rollen som gruppeveileder i samfunnsmedisin. Han begyn-



Henning Mørland er glad i maritime opplevelser. Her klar for RIB-safari rundt øyene på yttersia av Sommarøy og Kvaløya. T.h. Kristian Onarheim fra Norsam-styret.

te med det noen få år etter at han selv ble spesialist i 2008. Som veileder har han god oversikt over saker og ting – ikke minst over kandidatenes kursbehov og hvem som til enhver tid er under spesialisering.

– Som Norsam-leder har jeg oversikt over den «den store gruppen», men som veileder kommer jeg tett på den enkelte kollega. I den siste gruppen jeg har hatt, har vi blant annet besøkt hverandres arbeidsteder, og det har vært en nyttig erfaring. Vi har alltid en «nytt siden sist»-runde der folk kan ta opp forskjellige ting de har opplevd eller helt konkrete problemstillinger. I løpet av tre år skjer det mye i en slik gruppe; for eksempel at noen bytter jobb. Å dele erfaringer rundt det er verdifullt for alle i gruppen – og kanskje lærer veilederen vel så mye som gruppemedlemmene!

UTPOSTEN: Hva er din motivasjon for å være veileder?

– Jeg er ikke noe orakel som skal øse av min kunnskap over veilandene. Så finnes det heller ingen fasitsvar i samfunnsmedisinen. Man må ofte resonnerer og diskutere seg frem til ting. Mange av oss sitter litt ale-

ne i våre kommuner og organisasjoner, og da er det viktig å ha noen å snakke med og få råd og tips fra. Veiledningsgruppene er en verdifull arena for å lære og utvikle seg – i fellesskap med andre.

«Kullets organisator»

Til høsten gir Henning Mørland seg som Norsam-leder etter ti år – en rekordlang tid i legeforeningssammenheng. Nå må andre trå til, er beskjeden han har gitt til valgkomiteen før årsmøtet finner sted i Hauge-sund i slutten av august.

UTPOSTEN: Hva har vært din viktigste drivkraft i lederrollen?

– Helt enkelt: å få ting til og å jobbe med oppgaver jeg trives med! Det er moro å se resultatene av mange års innsats. Nå har vi et velfungerende kurssystem, og igjen utdannes det et anseelig antall spesialister i samfunnsmedisin. Så liker jeg kombinasjonen av fag og undervisning – og det praktiske rundt kursene. I kullboken fra medisinstudiet står det om meg: «kullets organisator». Det er ikke uten grunn. Der-

for er det heller ikke tilfeldig at det er fagene administrasjon, økonomi og ledelse jeg underviser i på grunnkursene i samfunnsmedisin.

UTPOSTEN: Hva er dine viktigste råd til den som overtar ledervervet etter deg?

– Å være leder for alle medlemmene, og ikke bare for de mange som jobber i kommunene. Jeg tenker på dem som jobber innenfor NAV-systemet, fylkesmannsembetet, direktoratet, FHI og departementet. Så må Norsam fortsatt ha en god dialog med universitetene. Vi har fått på plass årlige møter med de samfunnsmedisinske universitetsmiljøene – og det er viktig for begge parter å ha en slik arena for å drøfte hva spesialistutdanningen skal inneholde og hvilke emner som skal løftes frem.

UTPOSTEN: Norsam er blitt kritisert for å være for lite synlig både innad i Legeforeningen og utad i det offentlige rom. Hva har du å si til det?

– Jeg er ikke uenig i den kritikken, men for meg har det vært noen utfordringer og begrensninger knyttet til hva jeg har kunnet og ikke har kunnet foreta meg eller si. Dette handler om rollekonflikter. Som fylkeslege var jeg i en lederposisjon hos fylkesmannen, som faktisk er statens representant ut mot kommunene. Pr. definisjon er det fylkesmannens oppgave å sørge for at den til enhver tid sittende regjeringens politikk utøves i Kommune-Norge. I den rollen kunne jeg rett og slett ikke opptre politisk!

UTPOSTEN: Men å være mer synlig er vel strategisk viktig for en liten forening som Norsam?

– Ja, innad i Legeforeningen bør vi bli mer synlige av flere grunner. Som samfunnsmedisinere har vi en egenart og en profil, vi skal ikke bare bli sett på som et vedheng til allmennlegene. I mange saker har samfunnsmedisinen og allmennmedisinen sammenfallende interesser, men det vil også være saker der vi er uenige – og der vi til og med vil kunne bli allmennlegenes motpart. Både likheter og ulikheter må komme til syne, fremhever Mørland.

Han vedgår imidlertid at han trives aller best i kulissene. Han vil heller være grå eminense enn gallionsfigur: – Det ligger ikke til min natur å stå på barrikadene, det passer liksom ikke med min stil – verken som person eller som leder. Slik er nå engang jeg skrudd sammen, avslutter Norsams ankermann.

REFERANSE

1. Sundar T. Einars metoder (intervju med Einar Braaten). Utposten 2018; nr. 6: 2–6.

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.

Høyt blodtrykk – diagn

Nøkterne norske retningslinjer i spennet mellom

■ BJØRN GJELSVIK • Førsteamanuensis, Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo og fastlege Tanum Legekontor

Blodtrykk er et dynamisk fysiologisk mål. Det er vel kjent at mange faktorer påvirker blodtrykket, og at det finnes flere mulige feilkilder ved målingen.

Høyt blodtrykk er en sentral risikofaktor for hjerte- og karsykdom. Beskjed om «høyt blodtrykk» kan i seg selv øke det blodtrykket man senere måler (1), og øke personens engstelse for framtidig sykdom. Imidlertid kan denne negative effekten oppveies av råd og behandling som senker blodtrykket og dermed også risiko for sykdom, først og fremst slag og hjerteinfarkt (2). Effekten av behandling er generelt større jo høyere blodtrykket er, og også dersom det foreligger andre risikofaktorer for hjerte- og karsykdom (3).

Definisjon og intervensjonsgrense – bør alle med høyt blodtrykk behandles?

Ved hvilke verdier for systolisk og/eller diastolisk blodtrykk bør behandling med legemidler eller andre tiltak anbefales? Hvor stor bør absolutt risiko for hjerte- og karsykdom være? De såkalte intervensjonsgrensene

har vært et hett stridstema i mange år. Norsk allmennmedisin har en stolt tradisjon i å argumentere for en grundig avveining av fordele og ulemper ved behandling (4). Intervensjonsgrensene er opplagt ikke gitt en gang for alle, og det finnes ingen «riktig» grense – bare vurderinger der nytte og risiko, både for enkeltindividet og samfunnet, må veies opp mot hverandre.

Det er absolutt risiko for framtidig sykdom som har betydning, og det må også tas hensyn til risiko for overdiagnostikk og overbehandling. I primærforebygging kan store deler av befolkningen bli satt på en behandling mange ikke har nytte av, og som hos disse kan føre til bivirkninger og sykeliggjøring. Behandlingen kan også ha store samfunnsmessige kostnader (5, 6). De oppdaterte norske retningslinjene fra 2017 følger WHO's definisjoner av høyt blodtrykk (TABELL 1) og anbefaler utredning av kardiovaskulær risiko hos alle med blodtrykk $\geq 140/90$ (7). Det gis anbefalinger om kost, mosjon og ev. røykeslutt hos de som røyker. Dersom den kardiovaskulære risikoen er under intervensjonsgrensen og det ikke foreligger målorganskade eller annen komorbiditet, anbefales ikke medikamentell behandling ved hypertensjon grad 1. Inter-

vensjonsgrensen for høyt blodtrykk som eneste risikofaktor, er systolisk blodtrykk over 160 og/eller diastolisk over 100.

Nytten av å behandle ukomplisert mild hypertensjon (grad 1) har vært og er omdiskutert. Blodtrykk over 120/80 innebærer en forhøyet risiko for slag eller infarkt, men den absolutte 10 års risikoen er fremdeles liten slik at «Numbers Needed to Treat» (NNT) for å forhindre en enkelt hendelse blir høyt. En Cochrane-analyse fra 2012 viste ikke effekt på harde endepunkter (6), mens en senere metaanalyse som omfattet flere pasienter, men også med en stor andel med diabetes og pasienter på blodtrykksbehandling, viste en reduksjon av slag, men ikke reduksjon i total kardiovaskulær dødelighet (3). En nylig publisert amerikansk observasjonsstudie har bekreftet den manglende nytten av å behandle mild ukomplisert hypertensjon (8).

Det vakte derfor oppsikt da det mektige amerikanske kardiologiselskapet American College of Cardiology (ACC) i november 2017 endret definisjonen av høyt blodtrykk og senket intervensjonsgrensen for systolisk blodtrykk til 130 mm Hg:

«One in three Americans had previously been diagnosed with the condition, but now 14 per cent more Americans will be diagnosed with high blood pressure. The new guidelines will classify 103.3 million people as having high blood pressure, while the previous guidelines placed only 72.2 million Americans in this category, according to the authors of the report.» CNN HEALTH 14/11-2017

Klassifiseringen av blodtrykk i USA er nå:

- NORMALT BLODTRYKK: 120/80
- FORHØYET BLODTRYKK: Systolisk mellom 120–129 og diastolisk > 80
- HYPERTENSJON STADIUM 1: Systolisk mellom 130–139 eller diastolisk mellom 80–89
- HYPERTENSJON STADIUM 2: Systolisk over 140 eller diastolisk over 90

TABELL 1. Definisjon av hypertensjon (WHO/ISH 2003*)

DIAGNOSE	SYSTOLISK BLODTRYKK (SBT) (MMHG)	DIASTOLISK BLODTRYKK (DBT) (MMHG)
Optimalt blodtrykk	< 120	< 80
Normalt blodtrykk	< 130	< 85
Høyt normalt blodtrykk	130–139	85–89
Grad 1 hypertensjon (mild)	140–159	90–99
Grad 2 hypertensjon (moderat)	160–179	100–109
Grad 3 hypertensjon (alvorlig)	≥ 180	≥ 110
Isolert systolisk hypertensjon	≥ 140	< 90

* Whitworth JA. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens. 2003 Nov;21(11):1983–92.

Diagnostikk og behandling

overbehandling og underbehandling



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

- HYPERTENSIV KRISE:** Systolisk over 180 og/eller diastolisk over 120. Pasienten trenger da umiddelbar endring i behandling hvis det ikke er sykdomstegn, eller umiddelbar innleggelse hvis det er tegn til organskade.

Disse ACC-retningslinjene anbefaler individuell rådgiving ved stadium 1 og medikamentell behandling dersom blodtrykket

er over 140/90, eller over 130/85 hos de med forhøyet kardiovaskulær risiko. Dette innebærer altså at en stor andel av USAs befolkning får en diagnose og blir gjenstand for individuell rådgiving og eventuelt medikamentell behandling. Disse retningslinjene skiller seg fra de norske når det gjelder nettopp intervensjonsgrensen, og det kan se ut til at diskusjonen om over-

diagnostikk og overbehandling ikke har nådd amerikanske kardiologer.

Det anbefalte risikoverktøyet i Norge er NORRISK 2, som beregner den absolutte 10-års risikoen for hjerte- og karsykdom (9). Risikoinstrumentet er oppdatert og bygger på norske epidemiologiske data, og til forskjell fra tidligere, oppgis risikoen for å få et akutt ikke-dødelig eller dødelig hjer-

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



TABELL 2. Sensitivitet og spesifisitet ved ulike intervensjonsgrenser i modellpopulasjonen (HUNT 2, Tromsø 4 og HUSK). Optimal samlet sensitivitet og spesifisitet foreligger ved de valgte intervensjonsgrenser (5, 10 og 15 prosent).

KILDE: RETNINGSLINJEN: <https://helsedirektoratet.no/RETNINGSLINJER/FOREBYGGING-AV-HJERTE-OG-KARSYKDOM/SEKSJON?TITTEL=RISIKOVURDERING-OG-GRENSE-FOR-20014704#RISIKOVURDERING-OG-GRENSE-FOR-LEGEMIDDELBEHANDLING-VED-FOREBYGGING-AV-HJERTE-OG-KARSYKDOMSTERK-ANBEFALING>

ALDER	GRENSE	MENN		KVINNER		MENN + KVINNER	
		SENSITIVITET	SPESIFISITET	SENSITIVITET	SPESIFISITET	SENSITIVITET	SPESIFISITET
	%	%	%	%	%	%	%
45-54	2	98	9	72	62	90	37
	4	84	44	37	88	70	67
	5	73	57	25	93	59	76
	7	56	76	11	97	42	87
	8	48	81	7	98	36	90
55-64	5	99	6	85	43	94	26
	7	94	21	60	66	81	45
	8	90	29	53	73	76	53
	10	78	46	40	84	64	66
	12	62	61	25	91	48	77
65-74	10	100	2	91	21	96	13
	12	98	6	80	38	90	25
	15	90	19	57	62	75	43
	20	60	53	28	86	46	72

Sensitivitet: Andel med beregnet risiko over grense blant personer som senere fikk et akutt hjerteinfarkt eller hjerneslag i løpet av 10 år. **Spesifisitet:** Andel med beregnet risiko under grense blant personer som senere ikke fikk et akutt hjerteinfarkt eller hjerneslag i løpet av 10 år.

neslag eller ikke-dødelig akutt hjerteinfarkt eller død av koronar hjertesykdom i løpet av de neste 10 år. Faktorer som inngår i modellen er kjønn, alder, røykevaner, systolisk blodtrykk, total kolesterol, lavt HDL-kolesterol, hjerteinfarkt hos førstegrads-slektninger før 60-års alder og legemiddelbehandlet hypertensjon. Skåren må justeres dersom det foreligger risikofaktorer som ikke inngår i modellen: leddgikt, sørsiatisk etnisitet, abdominal fedme eller psykososialt stress. Den elektroniske kalkulatoren ligger på <http://hjerterisiko.helsedirektoratet.no/>.

De norske intervensjonsgrensene er aldersjusterte, og sensitivitet og spesifisitet i ulike kjønns- og aldersgrupper er beregnet (TABELL 2). En høy sensitivitet betyr at en stor andel av dem som har fått en hendelse etter 10 år hadde risiko som var over intervensjonsgrensen. Høy spesifisitet innebærer at få av de som har fått en hendelse hadde risikoskår som var under intervensjonsgrensen. Begge verdier bør altså være høyest mulig, men som man ser av tabellen, vil en høy sensitivitet (altså at grensen fanger opp mange som får en hendelse) også innebære lav spesifisitet: mange som ikke vil få en hendelse vil komme under behandling. Aldersjusteringen innebærer å ta hensyn til at alder i seg selv er en betydelig ikke-modifiserbar risikofaktor, slik at vi unngår å behandle et stort antall friske eldre med liten nytte av behandlingen, samtidig som yngre med moderat forhøyet risiko og som har mange gjenværende leveår, tilbys behandling. Man ser av tabellen at det er kjønnsforskjeller som kunne indikere ulike intervensjonsgrenser for menn og kvinner. Dette er imidlertid ikke gjort, bl.a. for å unngå for kompliserte råd.

I de senere årene har det også kommet studier som har dokumentert effekten av å redusere høyt blodtrykk hos friske gamle (10), men det er verdt å merke seg at målblodtrykket for denne gruppa er systolisk BT < 150, altså høyere enn for yngre og middelaldrende. Dette er begrunnet i økt risiko for fall og frakturer på grunn av postural hypotensjon.

Måling av blodtrykk – diagnostikk og utredning (RAMME 1)

Blodtrykket er styrt av flere fysiologiske prosesser som involverer det autonome nervesystem og humorale systemer. Blodtrykket er dynamisk og varierer med situasjon, stress, fysisk aktivitet og mange andre tilstander. Det er vedvarende forhøyet blodtrykk som er en risikofaktor, og det er en rekke feilkilder som må tas i betraktning.

Det er viktig at målingen gjøres standardisert (RAMME 2). Risikoestimatene som ligger til grunn for NORRISK 2-skår baserer seg på en standardisert blodtrykksmåling der blodtrykket er målt med pasienten sittende på et legekontor.

I retningslinjen anbefales det at legen måler blodtrykket ved tre adskilte konsultasjoner med noen ukers mellomrom. Blodtrykket måles auskultatorisk eller med oscillografisk apparat tre ganger med ett minutt mellomrom, og man journalfører gjennomsnittet av de to siste målingene. Gjennomsnittet av journalført blodtrykk ved det siste konsultasjonen er diagnoseblodtrykk som er utgangspunkt for kalkulerer av absolutt risiko i NORRISK 2-skår.

Hvis blodtrykket bare er moderat forhøyet, dvs. systolisk BT mellom 140 og 159 og/eller diastolisk BT 90–99, er det forsvarlig å bruke en del tid på kartlegging av risiko og effekter av livsstilsintervensjon. Dersom pasienten har diabetes eller det foreligger endorganskade, f.eks. nyresvikt, venstre ventrikkelhypertrofi, tegn til tidligere infarkt eller retinopati, er den absolutte risikoen høyere og beslutning om medikamentell behandling bør tas raskere. Ved moderat forhøyet blodtrykk uten andre risikofaktorer,

og NORRISK2-skår under intervensjonsgrensen, er det som nevnt ikke vist at medikamentell reduksjon av blodtrykket har effekt på kardiovaskulær sykdom eller død.

Hvitfrakk-hypertensjon

Mange pasienter vil ha et høyere blodtrykk på kontoret enn de har hjemme eller på arbeidet. Hvis dette ikke blir oppdaget, vil legen risikere å starte blodtrycksbehandling hos en person som egentlig ikke har forhøyet risiko. Såkalt «white coat hypertension» – eller hvitfrakk-hypertensjon – er hyppig, i undersøkelser varierer anslag fra 10 til 54 prosent (11). Vi kjenner ikke omfanget av hvitfrakk-hypertensjon i norsk allmennpraksis. I praksis bør man kanskje regne med at 1/3 av pasientene har denne tilstanden.

Det er risiko for overdiagnostikk og overbehandling ved at personer med lav samlet risiko tilbys omfattende utredning, oppfølging og kanskje medikamentell behandling. Ved usikker behandlingsindikasjon er det viktig å utrede videre ved hjelp av ambulatorisk 24-timers måling og eventuelt hjemmemålinger.

24-timers blodtrykk og hjemmemålin-

ger anbefales for å klarlegge indikasjon for behandling, men også for å evaluere effekt av behandling. Hvis kontorblodtrykket fortsatt er høyt etter oppstart av behandling kan en 24 timers registrering kanskje vise normale trykk, og en unødvendig opptrapping av behandlingen kan unngås.

Ved hjemmemåling av blodtrykk anbefales måling av blodtrykket daglig i tre til fire dager og helst sju dager på rad, både morgen og kveld. Målingen gjøres sittende etter fem minutters hvile, og med to målinger med ett til to minutters mellomrom.

Hjemmemålt og 24 timers blodtrykk kan ikke direkte overføres til NORRISK-instrumentet. Som en tommelfingerregel bør gjennomsnittsverdiene påplusses 5–10 mm Hg for å tilsvare et kontormålt blodtrykk, se tabell 3 (12).

Maskert hypertensjon

De senere årene har man blitt mer oppmerksom på en annen gruppe pasienter med såkalt «maskert hypertensjon». Disse pasienter har normalt blodtrykk ved kontormåling, men forhøyet blodtrykk ved 24 timers måling. Det sier seg selv at denne tilstanden er vanskelig å oppdage i vanlig

Såkalt «white coat hypertension» – eller hvitfrakk-hypertensjon – er hyppig.

ILLUSTRASJON:
FOTO: COLOURBOX



RAMME 1

	SYSTOLISK		DIASTOLISK
Kontor-blodtrykk	< 140	og/eller	< 90
24 timer gjennomsnitt døgnet	< 130	og/eller	< 85
24 timer gjennomsnitt dag	< 135	og/eller	< 85
24 timer gjennomsnitt natt	< 120	og/eller	< 70
Hjemme-blodtrykk	< 135	og/eller	< 85

TABELL 3.
Veiledende tabell for normalt kontor-blodtrykk versus ambulatorisk blodtrykk.

RAMME 2

KRAV til diagnostisk blodtrykksmåling

- Be pasienten møte i god tid før timen, og la pasienten sitte rolig i flere minutter uten å prate før målingen
- Bruk automatisk oscillografisk apparat, eventuelt kalibrert aneroid måleapparat, se nedenfor.
- Det bør brukes utstyr som måler trykket i overarmen. Bruk av utstyr som måler blodtrykk i håndledd eller finger bør unngås pga. dårligere presisjonsnivå.
- Foreta minst to målinger med 1 minutt mellomrom, helst 3 målinger og ta gjennomsnitt av de to siste
- Bruk en standardmansjett (12–13 x 35 cm) for vanlig armtykkelse og større mansjett for tykkere arm og ev. barnemansjett for tynne armer
- Mansjetten skal være i hjertehøyde
- Slipp luften langsomt ut av mansjetten (2 mm Hg/sekund)
- Mål blodtrykket også i stående stilling (etter 1 og 3 minutter) hos eldre og personer med diabetes (økt risiko for ortostatisk hypotensjon)
- Diagnostikk er vanligvis basert på måling ved 3 uavhengige besøk og diagnose-blodtrykket er gjennomsnittet av trykket ved de to siste konsultasjonene.

RETNINGSLINJEN

– hovedanbefaling utredning av blodtrykk

- Personer med gjentatte blodtrykksmålinger $\geq 140/90$ mmHg anbefales å få kartlagt nøyaktig blodtrycksnivå (ofte ved hjelp av 24-timers registrering eller hjemmemålinger), andre risikofaktorer, eventuelle underliggende årsaksfaktorer og/eller organskade for å avklare behandlingsbehov.
- Utredning av mild hypertensjon kan gjøres over flere måneder, mens mer alvorlig forhøyet blodtrykk ($\geq 160/100$ mmHg) vil kreve raskere inngripen, og kan i spesielle tilfeller (malig hypertensjon) kreve umiddelbar behandling og sykehusinnleggelse.

klinisk praksis. Prevalensen av tilstanden i ulike europeiske populasjoner har ligget mellom 5 og 10 prosent. 10-års risiko for hjertesykdom og død i denne gruppa er på linje med risikoen hos pasienter med ubehandlet høyt blodtrykk (13). Disse pasientene oppdages ved at det gjøres 24-timers måling, og kliniske tilstander der mistanken kan vekkes inkluderer f.eks. tegn til venstre ventrikkelhypertrofi (VVH) uten samtidig hypertensjon, nyoppdaget atrieflimmer eller andre uavklarte hjertesymptomer hos pasienter med normalt kontorblodtrykk.

Utredning

En allmennmedisinsk utredning av høyt blodtrykk og økt risiko for hjerte- og karsykdom har en bio-psyko-sosial ramme: Bli kjent med din pasient! Bekymringer og stressfaktorer knyttet til familie eller arbeid kan føre til høyt blodtrykk, og

levevaner med hensyn til kost, mosjon, røyking, alkoholbruk bør kartlegges. Hjelp til røykeslutt eller reduksjon av skadelig alkoholbruk er ofte det viktigste tiltaket for å redusere risiko. Kostomlegging i retning «middelhavskost» har dokumentert effekt. Økt fysisk aktivitet er mindre godt dokumentert, men få tviler allikevel på at det er nyttig å komme opp av sofaen. Det kan være vanskeligere å intervenere i forhold til særlig belastende stressfaktorer i hverdagen, men av og til kan det være god indikasjon for hel eller delvis sykmelding ved særlig høye blodtrykksnivåer der relasjonen til denne typen stress vurderes som overbevisende. Økt familiær belastning av hjerte- og karsykdom må kartlegges, og inngår i beregning av total risiko.

Den somatiske utredningen omfatter klinisk undersøkelse av hjerte og perifere kar, inkludert oftalmoskopi som er nyttig for å vurdere organskade ved særlig høye

blodtrykk. Supplerende undersøkelser inkluderer EKG for å avklare eventuelle rytmeforstyrrelser, særlig atrieflimmer, venstre ventrikkelhypertrofi eller tegn til tidligere infarkt. Av laboratorieundersøkelser anbefales Hb, kreatinin (GFR), lipidstatus, HbA_{1c}, elektrolytter, evt. leverprøver og thyroideastatus for å avklare behandlingstrengende anemi, hemokromatose, diabetes, nyresvikt eller hypotyreose. I noen tilfeller, særlig hos yngre, personer med særlig høyt blodtrykk, eller ved manglende respons på behandlingen, bør man også undersøke muligheten for sekundær hypertensjon.

Medikamentell behandling av høyt blodtrykk

Budskapet er enkelt: Medikamentgruppen tiazider, angiotensin-hemmere (ACEI), angiotensin-reseptor-blokkere (ARB) og kalsium-blokkere (CCB) er godt dokumentert i primærprofylakse og er anbefalt som likeverdige førstevalg ved ukomplisert hypertensjon. Betablokker (BB) kan også brukes, men er ikke førstevalg. Også alfa-blokker, aldosteron-antagonister (spironolakton), kaliumsparende diuretika (amilorid) og direkte virkende vasodilaterende medikamenter (monoxidin, hydralazin) kan brukes, og i noen tilfelle sentraltvirkende antihypertensiva som minoxidil, men disse har ikke like god dokumentasjon i primærprofylakse. Medikamentene har noen tilleggsindikasjoner og kontraindikasjoner som bør tas i betraktning (TABELL 4). For å oppnå tilstrekkelig blodtryksreduksjon er det ofte nødvendig å kombinere flere medikamenter. Tiazider bør ofte inngå i kombinasjonen, både fordi effekten kan potenseres (bli større enn medikamentene hver for seg) samtidig som bivirkninger reduseres. Faste kombinasjoner (fixed dose) og langtidsvirkende medikamenter med en daglig dosering er ofte gunstig for å bedre etterlevelse av behandlingen.

Kombinasjonen av betablokker og diuretika anses ikke optimal i primærforebygging, bl.a. grunnet diabetogen effekt, bivirkninger og redusert etterlevelse. For personer av afrikansk herkomst ses ofte noe mindre blodtrykkssenkende effekt ved midler som hemmer renin-angiotensinsystemet, slik at kalsiumantagonister og diuretika kan anses som mer naturlige førstevalg.

Hyppige bivirkninger er økt vannlating (tiazider), hoste (ACEI) og ankelødemer (CCB). Den vanndrivende effekten av lavdose tiazider avtar som regel i løpet av noen uker, og man kan ofte se pasienten se det an en tid før man eventuelt skifter be-

TABELL 4. Tilleggsindikasjoner og kontraindikasjoner.

LEGEMIDDELGRUPPE	TILLEGGSINDIKASJONER	KONTRAINDIKASJONER	SPEIELL FORSIKTIGHET VED
Diuretika			
- Tiazider	Isolert systolisk hypertensjon Hjertesvikt		Lavt K + Urinsyregikt**
- Furosemid*	Hjertesvikt Nyresvikt (kreatinin > 150 mol/l)		Lav K +
- Kaliumsparende*	Hjertesvikt, lavt K +		Høyt K +, nyresvikt
Betablokkere	Koronarsykdom Angina pectoris Hjertesvikt Takyarytmi Migrene Glaukom (grønn stær)	Hjerteblokk Dekompensert hjertesvikt	Obstruktiv lungesykdom (ikke-selektiv betablokker)
Alfablokkere*	Benign prostatahyperplasi	Ortostatisk hypotensjon	
ACE-hemmere	Hjertesvikt Koronarsykdom Diabetisk-nefropati	Bilateral nyrearteriestenose Graviditet	Høyt K +
Angiotensin-reseptor-antagonister	Hjertesvikt Diabetes-nefropati Venstre ventrikkelhypertrofi	Bilateral nyrearteriestenose Graviditet	Høyt K +
Kalsiumantagonister			
- Dihydropyridiner	Isolert systolisk hypertensjon Angina pectoris		Systolisk hjertesvikt
- Diltiazem	Angina pectoris Takyarytmi	Hjerteblokk	Systolisk hjertesvikt
- Verapamil	Angina pectoris Takyarytmi	Hjerteblokk	Systolisk hjertesvikt

* Anbefales ikke som førstevalg eller monoterapi op grunn av manglende dokumentasjon eller lavere effekt i primærforebygging.
** Bruk av tiazid kan være avgjørende for å oppnå blodtrykkskontroll og kan evt. gis ved samtidig bruk av tilstrekkelig allopurinol.



Medikamentell blodtrykk behandling. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

handling. Sjeldnere bivirkninger er angio-nevrotisk ødem (ACEI/ARB), urinsyregikt (tiazider) og medikamentallergier.

Behandlingsmål og oppfølging

Målet med behandlingen er å redusere blodtrykket for å oppnå en best mulig reduksjon i risikoen for fremtidige hendelser, først og fremst slag og hjerteinfarkt, samtidig som pasienten har minst mulig bivirkninger av behandlingen. Det er ønskelig å nå et målblodtrykk under 140/90, for eldre (over 80 år) bør blodtrykket ikke senkes lenger enn til 140–150 mm Hg pga. risiko for hypotensjon og fallulykker. Blodtrykksmålet hos diabetikere er < 135/85. Hvis pasienten ikke oppnår en effektiv blodtrykksreduksjon, skyldes det ofte manglende eller dårlig etterlevelse. Start fra bunnen av og sjekk ut pasientens preferanser og behov. Kanskje pasienten tviler på nytten av behandlingen, og da hjelper det ikke med paternalistiske formaninger.

Når henvise?

- HØYE BLODTRYKK: > 220/130
- UNGE PASIENTER: < 30 år
- Vanskelig regulerbare pasienter
- Mistanke om underliggende hjertesykdom / sekundær hypertensjon.

REFERANSER

1. Rostrup M, Kjeldsen SE, Eide IK. Awareness of hypertension increases blood pressure and sympathetic responses to cold pressor test. *Am J Hypertens*. 1990; 3(12 Pt 1): 912–7.
2. Moran AE, Odden MC, Thanataveerat A, Tzong KY, Rasmussen PW, Guzman D, et al. Cost-Effectiveness of Hypertension Therapy According to 2014 Guidelines. *New England Journal of Medicine*. 2015; 372(5): 447–55.
3. Sundstrom J, Arima H, Woodward M, Jackson R, Karmali K, Lloyd-Jones D, et al. Blood pressure-lowering treatment based on cardiovascular risk: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet*. 2014; 384(9943): 591–8.
4. Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. A descriptive epidemiological study. *Scand J Prim Health Care*. 2004; 22(4): 202–8.
5. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I, Kirkengen AL, Romundstad S, Holmen J. Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2003 European guidelines: modelling study. *BMJ*. 2005; 331(7516): 551.
6. Diao D, Wright JM, Cundiff DK, Gueyffier F. Pharmacotherapy for mild hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8:CD006742.
7. National Guidelines for Prevention of Cardiovascular Diseases. In: Directorate NH, editor. Oslo: Norwegian Health Directorate; 2017.
8. Sheppard JP, Stevens S, Stevens R, et al. Benefits and harms of antihypertensive treatment in low-risk patients with mild hypertension. *JAMA Internal Medicine*. 2018; 178(12): 1626–34.
9. Selmer R, Igland J, Ariansen I, Tverdal A, Njolstad I, Furu K, et al. NORRISK 2: A Norwegian risk model for acute cerebral stroke and myocardial infarction. *European journal of preventive cardiology*. 2017 24(7): 773–82.
10. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older. *New England Journal of Medicine*. 2008; 358(18): 1887–98.
11. Gorostidi M, Vinyoles E, Banegas JR, de la Sierra A. Prevalence of white-coat and masked hypertension in national and international registries. *Hypertension Research*. 2014; 38: 1.
12. Mancia G, De BG, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*. 2007; 25(9): 1751–62.
13. Pierdomenico SD, Cuccurullo F. Prognostic Value of White-Coat and Masked Hypertension Diagnosed by Ambulatory Monitoring in Initially Untreated Subjects: An Updated Meta Analysis. *American Journal of Hypertension*. 2011; 24(1): 52–8.

INTERESSEKONFLIKTER: Medlem av forfattergruppa for Helsedirektoratets retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdom (2009 og 2017). Han har ikke mottatt honorarer fra industrien siste ti år.

■ BJØRNGJELSVIK@MEDISIN.UIO.NO

Over 10 000 legebesøk om

■ JULIE KALVELAND • Frilansjournalist

Forsker Knut Eliassen har fire tommelfingerregler til leger som får inn pasienter med flåttbitt.

Hver sommer, nesten uten unntak, slår avisene opp store oppslag om den farlige flåtten. Redselen for flåtten er ikke til å kimse av, mener Knut Eliassen. Han er allmennlege og forsker ved Universitetet i Oslo, med flått som spesialfelt.

– Vi har andre dyr som kan stikke og bite oss, men ingen andre dyr biter seg fast, suger blod og kan overføre sykdommer til oss – til og med uten at man merker at den har gjort det. Det er en hel del skremmende momenter i måten flåtten interagerer med oss på.

Registrerer kun alvorlig sykdom

Det er likevel få som får varige mén som følge av flåttbitt. Årlig rammes kun 400 mennesker av alvorlig borreliose i Norge.

– Da jeg begynte å jobbe med dette i 2008, lurte vi på hvorfor folk var så opptatt av en tilsynelatende sjelden sykdom, ut-

over det at den er ekkel og skummel, sier Eliassen.

Han og hans kollegaer la merke til at det bare er de mest alvorlige tilfellene som ble registrert hos Folkehelseinstituttet. Ingen visste hvor vanlig den mildeste formen for borreliose, erythema migrans, var. Derfor bestemte de seg for å kartlegge hvor ofte personer oppsøker fastlege eller legevakt med mistanke med hudutslett som følge av flåttbitt i de fire fylkene med høyest forekomst av flått: Aust- og Vest-Agder, Telemark og Vestfold. Basert på funnene satte forskerne opp et nasjonalt estimat.

– Det er minimum 7000 personer som går til lege med erythema migrans hvert år. I tillegg går 4000 personer til lege etter bitt uten å ha blitt syk av det. Da ser vi at dette har betydning for folkehelsen, og at det er en viktig problemstilling på legekantoret og legevakten, understreker Eliassen.

Flåtten sprer seg

Flåttforekomsten har økt de siste årene, forklarer Eliassen.

– De siste ti årene har det vært en vekst i

forekomsten av flått. Flåtten kan for eksempel komme til landet med trekkfugler. En økt temperatur i verden er med på å flytte trekkfuglene og å flytte flåtten til nye områder. I tillegg gjør økt middeltemperatur at flåtten er aktiv i flere dager i året. Om det er klima godt nok til at ting kan gro, så kan flåtten være der, sier han.

Flere fylker har nå like høy forekomst som fylkene Eliassen og kollegaene studerte, blant annet Rogaland og Møre- og Romsdal. Men at det har blitt flere flått betyr ikke at flere blir syke.

– Det er omtrent like mange som blir syke i dag som tidligere, forklarer Eliassen og legger til: – Etter et flåttbitt er det rundt én prosent sjanse for å utvikle sykdom. Av den ene prosenten, får 90 prosent erythema migrans.

Vanlig penicillin ved behandling

Behandling må alltid skje etter påvist sykdom, påpeker forskeren:

– Man skal ikke behandle forebyggende med antibiotika for unngå smitte. Det vil ikke hjelpe. Men ved smitte av borreliose

Flåtten kan for eksempel komme til landet med trekkfugler. ALLE FOTO: COLOURBOX



flått hvert år



skal man alltid behandle. Det har lenge vært en nordisk konsensus om at man kan behandle med alminnelig penicillin for erythema migrans, som er forbundet med en økt sjanse for nervebetennelse etterpå, sier han.

Eliassen gjennomførte derfor en studie på 188 pasienter med tre forskjellige behandlinger: amoxicillin, doxycillin og penicillin. Han fant ingen forskjeller i varighet av sykdom eller følgesymptomer i de ulike behandlingsgruppene.

– Derfor anbefaler vi å bruke vanlig penicillin. Som med alt annet er det om å gjøre å behandle med så mild og snill antibiotika som mulig, sånn at vi kan beholde effekten av antibiotika så lenge som mulig, poengterer han.

I studien av hvor mange som oppsøkte helsetjenesten på grunn av erythema migrans, så Eliassen også på hvilken behandling pasientene fikk.

– Behandlingen var i veldig stor grad i overensstemmelse med retningslinjer for antibiotikabruk, sier han.

Det så likevel ut til at det ble gjort i overkant mange tester: – Vi så en ganske høy

andel av prøvetaking, kanskje også der det ikke var nødvendig. Budskapet om at dette ikke er noe å tulle med, har nok kommet gjennom. Om en lege har tenkt at dette kan være borreliose, er det lav terskel for å sjekke for det, sier Eliassen.

Råder leger til å sjekke grundig

Forskeren har fire klare råd til leger som får inn pasienter og mistenker flåttbåren sykdom:

1) Ikke utelukk flåtten

– Hvis du har tenkt at noe kan være flåttbåren sykdom, kan du ikke utelukke dette fordi pasienten ikke vet at han eller hun har blitt bitt. Man legger ikke nødvendigvis merke til flåttbitt. Er du bitt i knehasen, på ryggen eller bak øret, har du kanskje ikke sett det. Har pasienten vært i områder der det er flått, kan det være en god nok indikasjon.

2) Undersøk kroppen grundig

– Pass på å kle av pasienten og se godt på hele kroppen. Erythema migrans ser ut

som en ring på huden rundt flåttbittet. Har pasienten hatt det lenge nok har ringen kanskje blitt en halvmeter i diameter, og da må man få av klærne for å se hele bildet.

3) Vær obs på brennende smerter

– Det er lett å tenke at nevroborreliose først vises med en ansiktslammelse; at man blir skeiv i ansiktet. Men det vanligste tegnet er proksimal nevralgi, brennende smerter enten i skuldre, overarmer eller hofte/lår.

4) Ikke start behandling for nevroborreliose

– Har man først tenkt at det kan være nevroborreliose, bør man ikke behandle for sikkerhets skyld. Da skal man videresende pasienten til spesialist, slik at man får gjennomført en ordentlig diagnostikk ved å sjekke for antistoffer i spinalvæske, før man starter behandling.

■ JKALVELAND@GMAIL.COM

Etter et flåttbitt er det rundt én prosent sjanse for å utvikle sykdom. Av den ene prosenten, får 90 prosent erythema migrans.



Skogflåttencefalitt

■ SOLVEIG JORE • BV.Sc, ph.d., seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

ARNULF SOLVANG, ph.d., seniorforsker, Folkehelseinstituttet | KRISTIN EDGAR, BSc, overingeniør, Folkehelseinstituttet

KATRINE M. PAULSEN, MSc, ph.d.-stipendiat, NMBU & Folkehelseinstituttet | ROSE VIKSE, ph.d., seniorforsker, Folkehelseinstituttet

ÅSHILD K. ANDREASSEN, ph.d., seniorforsker, Folkehelseinstituttet | BERIT SOFIE WIKLUND, Cand.pharm., seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

Skogflåttencefalitt (TBE) skyldes infeksjon med tick-borne encephalitis-virus (TBEV) som er et arbovirus i familien flaviviridae. Viruset kan forårsake infeksjon i sentralnervesystemet og smitter primært gjennom flåttbitt.

Sykdommen spres gjennom smittet skogflått (*Ixodes ricinus*), som finnes i skogsnære områder fra Europa til nordøstlige deler av Asia. Infeksjon med TBE-virus er meldepiktlig til Meldesystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) i gruppe A under «virale infeksjoner i sentralnervesystemet» under diagnosen «encefalitt». Sykdommen har vært meldepiktlig siden 1975.

Det er i dag fem kjente subtyper av viruset. I Norge er det TBEV-Eu vi finner, og smitte skjer gjennom bitt av smittebærende skogflått. Skogflåtten gjennomgår tre stadier etter klekking: larve, nymfe og voksen (FIGUR 1). Larvestadiet er sjelden smittebærende. Det er spesielt nymfestadiet som er regnet for å utgjøre den største risikoen når det gjelder smitte av flåttbårne patogener til mennesker. Bagrunnen for dette er at det finnes veldig mange flere nymfer enn voksne flått i naturen, og at nymfene er såpass små at de ofte oversees når man får dem på seg. Skogflåtten er i aktivitet i den snøfrie delen av året når det er mer enn fem varmegrader. Smitte er også beskrevet gjennom infisert upasteurisert melk, hovevdsakelig geitemelk, men dette regnes for en sjelden smittevei (1).

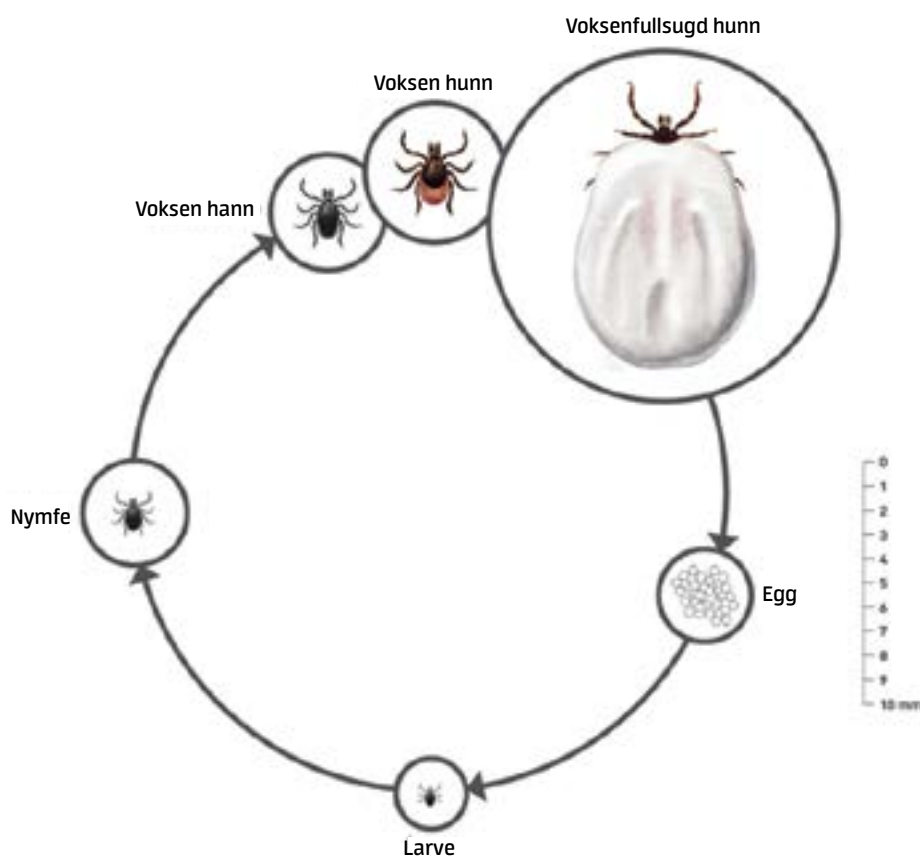
Ved TBE-infeksjon er det stor variasjon i det kliniske sykdomsbildet, fra asymptomatisk til svært alvorlig sykdom. Studier har vist at omtrent 70 prosent av dem som blir smittet av TBE-virus ikke utvikler sykdom, men tallene er usikre. Dessuten er sykdommen sannsynligvis underdiagnostisert. Inkubasjonstiden er 2–28 dager, og et bifasisk sykdomsforløp er vanlig. Første fase gir feber, hodepine og muskelsmerter i

inntil én uke. Etter et feberfritt intervall på ca. én uke får ca. 30 prosent av de syke symptomer på hjernebetennelse med høyere og mer langvarig feber, sterkere hode-smerter, søvnløshet, forvirring, oppkast, nakkestivhet, muskelsmerter og pareser. Mange av de syke kan bli langvarig plaget med hodepine, konsentrasjonsvansker og søvnplager. Varige sekveler i form av nevropsykiatriske symptomer, hodepine, balanse- og bevegelingsproblemer er ikke uvanlige og oppstår hos ca. 10 prosent av dem som får encefalitt. Dødelighet av syk-

dommen i Vest-Europa er under én prosent, mens ca. tre prosent av de smittede får permanente pareser. Sykdommen har vanligvis et mildere forløp hos små barn (2).

Utbredelse av skogflått (*Ixodes ricinus*) i Norge

Skogflåtten trives best i fuktig løvskog med rik undervegetasjon, men kan også finnes i blandingsskog og åpen granskog med blåbærlyng og gress. Tørre furuskoger og tørre lyngheier er derimot et lite egnet



FIGUR 1. Livssyklusen til flått med egg, larve, nymfe og voksne. Nymfene er regnet som det viktigste stadiet når det gjelder smitteoverføring til mennesker. Legg spesielt merke til hvor små disse nymfene er. FOTO: © PER EIKESET KNUDSEN / KJELLAND M.F.L. (2014): FAKTA OM FLÅTT. KAGGE FORLAG. ILLUSTRASJON: HALLVARD ELVEN OG PREBEN OTTESEN, © FOLKEHELSEINSTITUTTET.



Skogflåtten er liten og kan være vanskelig å oppdage. Det er ofte nymfene som overfører smitte.

habitat fordi flåtten er følsom for uttørking. Mengden av flått kan variere mye selv over korte distanser, avhengig av mikroklimatiske forhold, vegetasjon og tilgjengelighet av ulike vertsdyr. Generelt finner man færre flått jo lenger fra kysten og jo høyere opp i fjellet man kommer. I 1943 beskrev zoologen Tambs-Lyche at skogflåtten var utbredt langs kysten fra Østfold i sørøst og nordover til Brønnøysund i Nordland ved 66°N (3). Dette ble bekreftet i en undersøkelse fra 1983 (4). En landsdekkende utbredelseskartlegging fra 2011 viste at flåtten nå kunne påvises høyere opp i innlandet og lenger nord (69°N) enn tidligere (5). I to senere feltstudier

hvor det ble flagget etter flått i Trøndelag, Nordland og Troms ble det imidlertid ikke gjort funn av flått nord for Dønna ved 66,1°N (6, 7).

Utbredelse av skogflåttencefalitt og TBE-virus

De to første tilfellene av skogflåttencefalitt (TBE) i Norge ble rapportert i 1998 og 1999 hos personer som hadde oppholdt seg på Tromøy i Aust-Agder i tiden før de ble syke (8). TBE-antistoffer hos hunder og TBE-virus i flått har blitt funnet i samme område (9–11). Siden den gang har totalt 169 tilfeller av TBE blitt rapportert i Norge (per ja-

nuar 2019). Av disse har 139 personer blitt infisert i Norge, mens 30 personer har fått infeksjonen i utlandet eller har en ukjent infeksjonshistorie. Ifølge MSIS har det de siste årene vært mellom 5–16 tilfeller av TBE hvert år, for 2018 har det imidlertid vært en økning til 26 tilfeller – mange av dem fra Vestfold. TBE er rapportert langs kysten av Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud, og risikoen for smitte er høyest i disse områdene. Tilfeller er ikke rapportert fra vestlige eller nordlige kystområder eller fra området øst for Oslofjorden. Dette til tross for at det er funnet TBE-virus i flått fra ulike lokaliteter i fylker langs kysten fra Østfold til og med Nord-

Mengden av flått kan variere mye selv over korte distanser, avhengig av mikroklimatiske forhold, vegetasjon og tilgjengelighet av ulike vertsdyr. Generelt finner man færre flått jo lenger fra kysten og jo høyere opp i fjellet man kommer.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



land (Oslo er ikke undersøkt enda) (FIGUR 2). Utbredelsen av TBE-virus i flått er bekreftet fra humane seroprevalensstudier og serum- og melkeprøver fra dyr (FIGUR 2).

TBE har vært meldepliktig og overvåket av det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) siden 2012. TBE-virus forekommer flekkvis i endemiske områder rundt Østersjøen, Sentral-Europa og Russland. I Sverige har det vært en økning i antall TBE-tilfeller de senere årene, og i 2018 ble det rapportert om 385 tilfeller. I 2016 ble det i EU/EØS-området rapportert 2674 tilfeller. Flest tilfeller pr. 100 000 innbyggere ble rapportert fra Litauen, Estland, Tsjekkia, Latvia, Slovenia, Slovakia og Sverige. I dag er sykdommen endemisk i 27 europeiske land og minst fire land i Asia (12). En økning i dødelighet er observert i Europa, mens det er en nedgang i insidensen i Russland sammenlignet med data fra slutten av 1990 tallet (13).

Smitterisiko

I Norge er det funnet lave mengder av TBE-virus i både flått- og pasientprøver, mye lavere enn for eksempel av bakterien *Borrelia burgdorferi*. I en studie fra fire regioner i Sverige og Åland i Finland ble totalt 2167 flått samlet fra 1886 personer i perioden 2008–2009. Av disse var 860 vaksinert mot TBE. Det var lav prevalens av TBE-virus i flått tatt fra menneske, bare fem av 2167 undersøkte flått var positive (0,23 prosent) (14). Studien viste også at man kan få antistoffrespons uten å utvikle sykdomstegn. Det vil ikke alltid føre til dannelse av antistoff eller klinisk sykdom ved flåttbitt hvis flåtten har lav mengde TBE-virus og flåttenes blodmåltid på mennesket er av kort varighet. Risiko for overføring av TBE-virus ved flåttbitt i Norge kan derfor regnes som lav. (14). Smitte fra upasteurisert melk og melkeprodukter (ku, geit og sau) er en sjelden smittevei, estimert til å utgjøre 0,9 prosent av TBE-tilfellene i Tsjekkia i årene 1997–2008 (1). Det er nylig gjort funn av TBE-virus i kumelk fra gårder i tre norske kommuner (Skedsmo, Mandal og Brønnøy) (15), men det er ukjent om dette utgjør noen smitterisiko.

Hvordan kan man beskytte seg mot flåttbitt?

Ved ferdsel i områder med mye flått anbefales det å bruke langbukser og være godt tildekket ved ankene. Det anbefales å gå på stier i stedet for på steder med høyt gress, bregner, lyng og kratt. Bruk av insektmidler med dietyloluamid og icaridin på hud og klær kan redusere antall flått som fester seg.

Etter ferdsel i områder med mye flått bør man inspisere huden, både på barn og voksne. Kjæledyr bør også sjekkes, og man bør lete etter flått på klærne. Det anbefales å dusje for å skylle bort flått som ikke har festet seg. Flåttnymfer fjernes best ved å trekke dem rett ut ved hjelp av pinsett eller fingre. Voksne flått kan med fordel vris rundt samtidig som de trekkes ut. Det anbefales å fjerne flått raskest mulig etter bittet for å redusere risiko for smitteoverføring.



1. Brønnøy, *I. ricinus* og upasteurisert kumelk
2. Vikna, *I. ricinus*
3. Hitra og Frøya, *I. ricinus*
4. Sekken, *I. ricinus* og antistoffer i hjortedyr
5. Farsund og Lyngdal, *I. ricinus* og antistoffer i hjortedyr
6. Mandal, *I. ricinus* og upasteurisert kumelk
7. Arendal og Tromøy, *I. ricinus* og antistoffer i serum fra hund og ku
8. Risør, *I. ricinus*
9. Skedsmo, upasteurisert kumelk
10. Spjærøy, *I. ricinus* og antistoffer i blodgivere

Figur 2. Steder der TBE-virus har blitt detektert i Norge fra 2004 til 2018. I tillegg ble det første antatte isolatet av TBE-virus i Norge påvist i skogflått (*I. ricinus*) fra Vestlandet i 1978. I det samme området ble antistoffer mot TBE-virus detektert fra humane serumprøver samt serumprøver fra storfe. Det er funnet TBE-virus i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane (upublisererte data). ILLUSTRASJON: HEIDI LINDSTEDT. KART: © KARTVERKET [HTTPS://WWW.KARTVERKET.NO/](https://www.kartverket.no/) ATTRIBUTION 4.0 INTERNATIONAL (CC BY 4.0).

TBE-vaksine

I Norge bør det vurderes å gi TBE-vaksine til barn og voksne som ferdes mye i skog og mark og ofte blir bitt av flått langs kysten i Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud. Risikoen for smitte er høyest i disse områdene, samt i tilgrensende geografiske områder. Selv om smitte til mennesker hittil bare har skjedd i sørlige kyststrøk, kan det være risiko for smitteoverføring der det finnes TBE-virus i flått (SE FIGUR 2).

Vaksine anbefales ikke ved vanlige turistreiser til endemiske områder i utlandet, men til reisende som skal oppholde seg i skogsområder (f.eks. i forbindelse med orienteringsløp, skogsarbeid, fottur eller cam-

ping) i områder hvor sykdommer er endemisk. Om mulig bør lokale kontakter rådspørres om hvorvidt vaksinasjon er nødvendig. I sørlige del av Sverige er det risiko for smitte i kystområder og ved store innsjøer. De siste årene er det registrert flere tilfeller på den svenske vestkysten fra rett sør for Göteborg til nord i Bohuslän. Svenske helsemyndigheter anbefaler at fastboende og personer som om sommeren ferdes mye i skog og mark i disse områdene tilbys vaksine.

TBE-vaksinen har en beskyttelseseffekt på om lag 95 prosent etter fullført grunnvaksinasjon. Vaksinen settes med sprøyte i overarmen (intramuskulært i deltoidområdet) og kan gis til personer over 1 år. For

immunfriske personer 1–60 år består grunnvaksinasjon av to doser med én til tre måneders intervall. Intervallet kan reduseres til 14 dager hvis det er behov for rask beskyttelse. Tredje dose gis etter 5–12 måneder (før neste flåttsesong). Ved behov for fortsatt beskyttelse gis en oppfriskningsdose etter tre år og deretter hvert femte år. For personer over 60 år og personer med immunsviktilstander består grunnvaksinasjon av fire doser. De tre første dosene gis med én til to måneders intervall. Fjerde dose gis 5–12 måneder etter tredje dose (før neste flåttsesong). Denne anbefalingen går lengre enn doseringsanvisningen i vaksinnens preparatomtale. Anbefalinger om et tilsvarende firedoseregime ble innført i Sverige etter at det var funnet svak antistoffrespons etter TBE-vaksinasjon med tre doser hos mange personer over 60 år og med immunsvikt. Noen tilfeller av vaksinesvikt er rapportert i Sverige. Det anbefales ikke vaksine etter eksponering, dvs. etter flåttbitt i endemisk område (16).

Diagnostikk og behandling

Det er nødvendig med laboratorieanalyser for å stille TBE-diagnosen, spesielt siden det finnes mange andre agens som kan gi

Ved ferdsel i områder med mye flått anbefales det å bruke langbukser og være godt tildekket ved ankene.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



encefalitt. ELISA-påvisning av spesifikke IgM og IgG-antistoffer mot TBE-viruset er standard laboratoriemetode for å stille TBE-diagnosen fra serum og spinalvæske. Det er fire laboratorier i Norge som utfører disse analysene; Sørlandet Sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark og Avdeling for virologi ved Folkehelseinstituttet. Sistnevnte er referanselaboratorium for TBE-virus i Norge. Påvisning av TBE-virus er kun mulig når prøven er tatt i den viremiske fasen av sykdommen. Der det er et alvorlig sykdomsforløp, som for eksempel ved immunsvikt, vil det være mulig å påvise viruset over en lengre periode enn den vanlige viremiske fasen. Avdeling for virologi ved Folkehelseinstituttet utfører genteknologisk påvisning av TBE-virus-RNA i serum eller spinalvæske. Det er bare encefalitt- eller meningitt-tilfeller som er meldepliktig til MSIS i Norge. Kriteriet er påvisning av antistoff og/eller TBE-virus RNA i serum eller spinalvæske.

Forskning og trender

På grunn av de pågående miljø- og klimaendringer har det vært et spesielt fokus på vektorbårne sykdommer, som er såkalte «klimasensitive sykdommer». Skogflåtten har endret utbredelse i Europa og Nord-Amerika (17, 5, 18–20), og mest sannsynlig har også TBE endret utbredelsen over tid (19–20). Dette skyldes imidlertid ikke klimaendringene alene, også andre faktorer som sosioøkonomiske endringer og endringer i landskapet kan påvirke samspillet mellom smittebærende flått, mennesker og andre vertsdyr.

REFERANSER

- Kriz B, Benes C, Daniel M: Alimentary transmission of tick-borne encephalitis in the Czech Republic (1997–2008). *Epidemiol Microbiol Immunol* 2009; 58: 98–103.
- Folkehelseinstituttet, Smittevernveileder. Skogflåttencefalitt – veileder for helsepersonell. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/skogflattencefalitt-tbe-virusinfeks/>
- Tambs-Lyche H. *Ixodes ricinus* og piroplasmosen i Norge (Meddelelse fra Bergens Museums zoologiske afdeling) *Norsk veterinærtidsskrift*. 1943; 55: 337–542.
- Mehl R. The distribution and host relations of Norwegian ticks (Acari, Ixodidae) *Fauna norvegica Series B*. 1983; 30: 46–51.
- Jore S, Viljugrein H, Hofshagen M, Brun-Hansen H, Kristoffersen A, Nygard K, Brun E, Ottesen P, Saevik B, Ytrehus B. Multi-source analysis reveals latitudinal and altitudinal shifts in range of *Ixodes ricinus* at its northern distribution limit. *Parasit Vectors*. 2011; 4: 84. doi: 10.1186/1756-3305-4-84.
- Soleng A, Edgar K.S., Paulsen K.M., Pedersen B.N., Okbaldet Y.B., Skjetne I.E.B., Gurung D, Vikse R, Andreassen Å.K. Distribution of *Ixodes ricinus* ticks and prevalence of tick-borne encephalitis virus among questing ticks in the Arctic Circle region of northern Norway. *Ticks and Tick-borne Diseases*. Volume 9, Issue 1, January 2018, Pages 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.ttbdis.2017.10.002>.
- Hvidsten, K. Frafjord, J. Gray, A. J. Henningsson, B. Kristiansen, M. Lager, B. Rognerud M. Slåttsve, F. Stordal, S. Stuen, P. Wilhelmsson. The distribution limit of *Ixodes ricinus* in north-western Europe. Abstract til 13th International Symposium on Ticks and Tick-borne Diseases, 28–30 March 2019, Weimar, Germany, page 51–51.
- Skarpaas, T., et al., Tickborne encephalitis virus, Norway and Denmark. *Emerg Infect Dis*, 2006. 12(7): p. 1136–8.
- Andreassen, A., et al., Prevalence of tick borne encephalitis virus in tick nymphs in relation to climatic factors on the southern coast of Norway. *Parasit Vectors*, 2012. 5: p. 177.
- Kjelland, V., et al., Tick-borne encephalitis virus, *Borrelia burgdorferi sensu lato*, *Borrelia miyamotoi*, *Anaplasma phagocytophilum* and *Candidatus Neorhlichia mikurensis* in *Ixodes ricinus* ticks collected from recreational islands in southern Norway. *Ticks Tick Borne Dis*, 2018. 9(5): p. 1098–1102.
- Csango, P.A., et al., Tick-borne encephalitis in southern Norway. *Emerg Infect Dis*, 2004. 10(3): p. 533–4.
- Suss J. Tick-borne encephalitis in Europe and beyond—the epidemiological situation as of 2007. *Euro Surveill*. 2008 Jun 26; 13(26). pii: 18916.
- Erber W, Schmitt HJ. Self-reported tick-borne encephalitis (TBE) vaccination coverage in Europe: Results from a cross-sectional study. *Ticks Tick Borne Dis* 2018 May; 9(4): 768–777. doi: 10.1016/j.ttbdis.2018.02.007.
- Lindblom P, Wilhelmsson P, Fryland L, Sjöwall J, Haglund M, Matussek A, Emerudh J, Vene S, Nyman D, Andreassen Å.K., Forsberg P, Lindgren P-E. Tick-borne encephalitis virus in ticks detached from humans and follow-up of serological and clinical response. *Ticks and Tick-borne Diseases*. Volume 5, Issue 1, February 2014, Pages 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.ttbdis.2013.07.009>
- Paulsen KM, Stuen S, das Neves CG, Suhel F, Gurung D, Soleng A, Stiasny K, Vikse R, Andreassen ÅK, Granquist EG. Tick-borne encephalitis virus in cows and unpasteurized cow milk from Norway. *Zoonoses Public Health*. 2019 Mar; 66(2): 216–222. doi: 10.1111/zph.12554
- Folkehelseinstituttet, vaksineveileder <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/skogflattencefalittvaksinasjon-tbe/>
- Medlock J.M, Hansford K.M, Bormane A, Bortel W.V. Driving forces for changes in geographical distribution of *Ixodes ricinus* ticks in Europe. *Parasit & Vectors* 2013 6:1. <https://doi.org/10.1186/1756-3305-6-1>
- Daniel M, Danielova V, Kriz B, Jirsa A, Nozicka J. Shift of the tick *Ixodes ricinus* and tick-borne encephalitis to higher altitudes in central Europe. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2003, 22(5): 327–328.
- Clow KM, Ogden NH, Lindsay LR, Michel P, Pearl DL, Jardine CM. Distribution of Ticks and the Risk of Lyme Disease and Other Tick-Borne Pathogens of Public Health Significance in Ontario, Canada. *Vector Borne Zoonotic Dis*. 2016 Apr; 16(4): 215–22. doi: 10.1089/vbz.2015.1890.
- Lindgren E, Gustafson R. Tick-borne encephalitis in Sweden and climate change. *Lancet* 2001 Jul7; 358(9275): 16–18. doi: 10.1016/S0140-6736(00)05250-8.

■ SOLVEIG.JORE@FHI.NO

Behandling av nevropsykiatriske sykehjemsbeboere – potensielle fordeler og risikoer

■ GUNHILD ALVIK NYBORG

Postdoktor ved Seksjon for revmatologi, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet

■ METTE BREKKE

Professor ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo og fastlege ved Kurbadet Legesenter i Oslo

■ GEIR SELBÆK

Forskningssjef ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og professor II ved Institutt for helse og samfunn, UiO

Gunhild Alvik Nyborg er tidligere allmenn- og sykehjemslege og forsvarte i 2018 sin PhD «Potentially Inappropriate Medication Use in the Elderly: A Modern Epidemic». Denne artikkelen bygger på oppgitt emne til prøveforelesning: «Treatment of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: potential benefit and risk».

Her gjennomgås behandlingsmuligheter for nevropsykiatriske symptomer ved demens, og hva vi vet om effekten av, og risiko ved, ulike tiltak. Ny kunnskap peker mot at ikke-farmakologiske tiltak kan være effektive. Behandlingsanbefalingene i denne artikkelen er i tråd med nye nasjonale retningslinjer om demens fra 2017.

Over de senere tiår har andelen beboere med demens i norske sykehjem vært økende, likeledes andelen med alvorligere former for demens (2). Mer enn 80 prosent av norske sykehjemsbeboere har nå demens (3). I forløpet av en demenssykdom vil de fleste oppleve ett eller flere nevropsykiatriske symptomer (NPS), også kalt atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). NPS inkluderer

- agitasjon, herunder aggresjon, motorisk uro, irritabilitet, manglende hemninger
- psykotiske symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner
- affektive symptomer, som depresjon og angst
- apati

De vanligste NPS er agitasjon, depresjon og apati. NPS kan debutere både tidlig og sent i demenssykdommen og fluktuerer ofte gjennom sykdomsforløpet (4). I tverrsnittstudier fra norske sykehjem har 75 prosent eller mer av sykehjemsbeboere med demens hatt minst ett klinisk signifikant NPS (5), og over tid har nesten alle minst ett klinisk signifikant NPS (6).

NPS er forbundet med dårligere livskvalitet og funksjonsevne og raskere forverring av kognitive evner. Det er sett økt forekomst av depresjon hos pårørende til pasienter med NPS (7). I verste fall kan pasientene utgjøre en fare for både seg selv og andre. Det er derfor viktig å forebygge, utrede og behandle NPS. Standardiserte metoder for symptomvurdering, som døgnregistreringsskjema og Nevropsykiatrisk intervjuguide (NPI) bør implementeres i sykehjem.

Behandling av NPS er utfordrende, men ved å kombinere ulike tilnærminger kan man ofte oppnå gode resultater.

1. Utelukke eller behandle underliggende organisk sykdom

Ved behandlingstrengende NPS bør man alltid vurdere om det foreligger somatisk sykdom, spesielt i tilfeller med akutt debut eller forverring (8). Delirium med somatisk årsak er vanlig ved demens og kan gi seg uttrykk som NPS. Delirium som årsak til NPS har ofte vært oversett, og man har kanskje vært for raske med å ty til sympto-

matisk behandling med psykofarmaka uten å gjøre en grundig utredning.

Å finne underliggende sykdom kan være en utfordring når pasienten ikke selv kan fortelle om sine plager. Omfattende utredning kan være belastende for disse pasientene. Utredning bør ikke utelates av denne grunn, men tilpasses pasientens sårbarhet. Vanlige tilstander som kan gi seg uttrykk som NPS er urinveisinfeksjon, lungebetennelse, forstoppelse, smerter, dyspepsi og hjertesvikt. Men i prinsippet kan alle sykdommer ligge bak.

Undersøkelser har vist at mange pasienter med demens går med ubehandlede smerter. Tenner kan også være kilde til smerter. Behandling med smertestillende er vist å redusere smerteintensiteten hos personer med demens og NPS. Både paracetamol og sterke smertestillende har vist effekt mot uro ved demens, og paracetamol er sett å bedre funksjonen av aktiviteter i dagliglivet (ADL) (9). NSAIDs (non-steroid-anti-inflammatorisk-drugs) har potensielt alvorlige bivirkninger hos sykehjemsbeboere, blant annet nyre- og hjertesvikt og blødningsrisiko, og er som regel ikke anbefalt.

Pasienter med demens er spesielt utsatt for sedasjon som bivirkning ved behandling med sterke smertestillende. Opioider er ikke anbefalt som behandling av NPS, med mindre man har mistanke om sterke smerter. Opioider kan utløse delirium og dermed være en årsak til NPS i seg selv. For

symptomer hos med demens



ILLUSTRASJON: COLOURBOX

å utrede smerter og overvåke smertebehandling hos personer med moderat og alvorlig demens, kan man med fordel bruke strukturerte verktøy som inkluderer observasjoner av atferd.

Vurder om det er behov for kontroll av hørsel og syn. Et defekt høreapparat kan øke følelsen av desorientering, likeledes gamle briller, hvis synet har endret seg.

2. Legemiddelgjennomgang

Legemiddeltoksisitet er en vanlig årsak til NPS. Sykehjemsbeboere bruker nå i gjennomsnitt ca. sju faste medisiner daglig (10). Dette gir stor risiko for medikamentinteraksjoner. Det anbefales å bruke interaksjoner.no rutinemessig.

Eldre er ekstra sårbare for bivirkninger grunnet fysiologiske endringer i kroppen som følger aldringen. Pasienter med demens har økt risiko for å oppleve redusert kognisjon som bivirkning. Legemidler med antikolinerge bivirkninger kan bidra til å svekke kognisjon og syn og øker risikoen for obstipasjon og urinretensjon. Prednisolon øker risikoen for psykose i denne pasientgruppen.

Potensielt uhensiktsmessige legemidler har høyere risiko for uheldige bivirkninger og lav nytteverdi. Dersom pasienten bruker slike, bør man vurdere om det er mulig å seponere eller bytte til annet legemiddel. NORGE-PH-kriteriene er en liste over po-

tensielt uhensiktsmessige legemidler beregnet på sykehjemsbeboere (11). Man bør spesielt være oppmerksom på om pasienten bruker flere psykotrope medikamenter samtidig. Dette er hyppig forekommende blant sykehjemsbeboere og øker risikoen for uønsket sedering og fall (10).

Tiltak rettet mot å optimalisere forholdene slik at den som er rammet av demens i størst mulig grad kan oppfatte (se, høre og forstå) hva som skjer, og ha minst mulig kroppslige plager som forstyrrer, er ofte effektive og viktig i forebygging og behandling av NPS. I tillegg kommer ikke-medikamentelle tiltak, som blir beskrevet nedenfor. Men om man likevel ikke kommer i mål, eller situasjonen krever akutte tiltak, kan det være indikasjon for å behandle NPS med psykofarmaka.

3. Behandling av NPS med psykofarmaka

Effekten av psykofarmaka er ofte sparsom. Pasienter med demens er ekstra utsatt for sentralnervøse bivirkninger og kan også ha vanskeligheter med å fortelle om opplevde bivirkninger. Bivirkninger kan også feiltolkes som nye sykdommer som krever behandling. Det er vist at mange sykehjemspasienter blir stående på samme preparat over lengre tid (6). Men fordi NPS kan fluktuere over tid og bivirkninger ofte øker med eksponeringstiden, skal man prøve å

redusere dose eller seponere etter noe tid, selv om man mener preparatet har hatt effekt. Bruk av psykofarmaka bør alltid monitoreres, fortrinnsvis ved hjelp av validerte scoringsverktøy, og stanses om den ikke har forventet effekt.

Atypiske antipsykotika

Atypiske antipsykotika er en av få legemiddelgrupper med dokumentert effekt på enkelte NPS, men effekten er ofte liten til moderat, og langt fra alle blir bedre. I en stor multisenterstudie hadde mindre enn en tredel av pasientene effekt av behandlingen, mens 20 prosent ble bedre på placebo (12). Risperidon har vist liten til moderat effekt mot aggresjon og psykose og er første valg (1), med lav startdose, 0,25–0,5 mg x 2. Olanzapin har vist effekt mot aggresjon og kan være et alternativ (13). Aripirazol kan se ut til å ha noe effekt på NPS (14). Kvetiapin ser ut til å ha noe dårligere effekt enn de andre preparatene, og er ikke anbefalt, til tross for noe gunstigere bivirkningsprofil. Anbefalingene gjelder demens av Alzheimers type, vaskulær demens, eller blandet Alzheimers/vaskulær demens. Pasienter med demens med Lewy-legemer og demens ved Parkinsons sykdom får oftere alvorlige bivirkninger ved bruk av antipsykotika, inkludert malignt nevroleptikasyndrom. Antipsykotika er derfor ikke anbefalt til disse pasientene.

Atypiske antipsykotika har hyppige og

til dels svært alvorlige bivirkninger, inkludert økt dødelighet. Denne risikoen ser ut til å være høyest den første tiden etter oppstart av behandling. Nyere studier peker mot at risiko for død som bivirkning kan være høyere enn tidligere antatt (15). Risikoen øker med høyere dose og ser ut til å vedvare over tid. Årsaker til økt dødelighet foruten hjerneslag er blant annet aspirasjonspneumoni, blodpropp og fall som følge av sedasjon.

Risikoen for cerebrovaskulære hendelser er også økt ved bruk av atypiske antipsykotika (13). Risikoen er størst for de eldste pasientene. Ekstrapyramidale bivirkninger forekommer også, spesielt ved høyere doser. Andre vanlige bivirkninger er søvnforstyrrelser, infeksjoner, forstoppelse, hodepine, uro, depresjon og angst. Behandling med antipsykotika medfører ofte økt passivitet og initiativløshet.

Konvensjonelle antipsykotika er ikke lenger anbefalt brukt i behandling av NPS grunnet svak dokumentasjon på effekt og hyppige og alvorlige bivirkninger. Unntaket kan være ved akutt delirium da haloperidol fortsatt kan være indisert.

På grunn av antipsykotikas lite gunstige nytte-risikoprofil, er bruk av slike preparat kun aktuelt ved tilfeller med alvorlig aggresjon, der det er høyt lidelsestrykk, eller der pasienten kan være til fare for seg selv eller andre og andre tiltak ikke har effekt. Man skal bruke laveste effektive dose antipsykotika, pasienten må følges nøye, og seponering av behandling bør vurderes senest etter seks til tolv uker, også ved god effekt. Seponering av antipsykotika brukt mot NPS er en effektiv måte å vurdere behandlingsrespons. Seponeringsstudier viser at man ofte ikke ser økte symptomer etter seponering, med mindre pasienten står på høye doser i utgangspunktet (16). For slike pasienter kan man først forsøke dosereduksjon før man eventuelt prøve-seponerer.

Antidepressiva

Det kan være vanskelig å vurdere graden av depresjon hos pasienter med demens og NPS. Mer enn 20 prosent av sykehjemsboere med demens lider i tillegg av depresjon (17). Ved behandling for depresjon hos pasienter med demens, ser det foreløpig ut til å være liten eller ingen forskjell mellom antidepressiva og placebo (18). Noen antidepressiva ser ut til å ha en viss positiv effekt på enkelte med NPS, inkludert agitasjon og psykose (19, 20). Selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI) er best studert og anbefales ved behandling av depresjon ved NPS med antidepressiva.

Dokumentasjonen gir foreløpig ikke grunnlag for å anbefale ett SSRI fremfor andre, men citalopram og sertralin er relativt godt undersøkt. En metaanalyse finner at effekten av antidepressiva mot agitasjon ved NPS er på linje med effekten av atypiske antipsykotika (19). Siden bivirkningene er vesentlig mindre alvorlige for antidepressiva, kan det være fornuftig å forsøke antidepressiva i noen tilfeller, særlig der man ser mye affektive symptomer, aggresjon eller apati.

Selektive serotonin- og noradrenalinreopptakshemmere (SNRI) er foreløpig ikke anbefalt, da det fortsatt er usikkert hvor god effekten er på NPS. Trisykliske antidepressiva er ikke anbefalt grunnet antikoagulerende bivirkninger.

Kolinesterasehemmere og memantin

Kolinesterasehemmere er indisert for behandling av hukommelsessvikt og andre demenssymptomer ved mild til moderat Alzheimer demens (AD). Preparatene er stort sett godt tolerert. Wang et al fant i en metaanalyse fra 2015 at kolinesterasehemmere hadde noe effekt mot NPS (14), men resultatene er usikre, og preparatene er ikke anbefalt i behandling av NPS i de nye nasjonale retningslinjene. NMDA-reseptorantagonisten memantin er indisert ved behandling av mer alvorlige tilfeller av AD. Av sju tilgjengelige studier fant Wang et al ikke effekt på NPS ved bruk av memantin (14).

Hypnotika

Personer med demens har ofte påvirket søvn-mønster. Ifølge de nye nasjonale retningslinjene bør de ikke tilbys z-hypnotika (zopiklon og zolpidem), fordi effekten er sparsom. Spesielt på lang sikt vil de fleste av dem som står på disse medisinene ikke få bedret søvn. Samtidig er bivirkningene hyppige og kan være alvorlige, blant annet i form av sedasjon, økt risiko for fall med påfølgende risiko for brudd og tilvenningsfare.

Melatonin er ikke vanedannende. Legemiddelet er foreløpig ikke vist å ha effekt i oversiktsstudier, men enkeltpersoner kan likevel se ut til å ha nytte av det, og bivirkningene er, basert på klinisk erfaring, få og milde.

Benzodiazepiner

Benzodiazepiner har kun kortvarig symptomatisk effekt på uro. Preparatene har forlenget halveringstid hos eldre pasienter, for diazepam opptil 100 timer, med derav høy risiko for akkumulasjon. Sederer en hyppig bivirkning. For enkelte av preparatene er denne uttalt. Benzodiazepiner er forbundet med økt fallrisiko og dårligere

kognitiv funksjon hos pasienter med demens. De er derfor ikke anbefalt i behandlingen av NPS.

Benzodiazepiner er vanedannende, og vellykket seponering kan være utfordrende hos eldre som allerede er tilvent. Et mål må være at pasienten har best mulig lindring i den tiden de har igjen å leve. Med langsom, gradvis nedtrapping, kan man likevel komme i mål, eller et stykke på vei.

Klometiazol

I en nyere studie fra norske sykehjem brukte én prosent av deltakerne klometiazol (Heminevrin) fast, og åtte prosent som behovsmedisin (10). Klometiazol har internasjonalt stort sett vært brukt i behandling av alkoholisk delir og er lite brukt utenfor Norge. De få studiene som foreligger er på denne indikasjonen. Selv om studiene er svært små, har man påvist en klart økt mortalitet hos pasienter som får klometiazol, blant annet på grunn av dårlig kardio-pulmonal risikoprofil (21). Det er ikke kunnskapsgrunnlag som tilsier at klometiazol skal brukes til personer med NPS. Bruk av klometiazol bør reserveres til hemodynamisk og respiratorisk stabile pasienter med delir, der pasienten ikke får sove, og man ikke kommer til mål på annet vis.

Stemmingsstabiliserende legemidler som litium, karbamazepin og valproat er ikke anbefalt for NPS på grunn av usikker effekt og alvorlig bivirkningsprofil.

4. Ikke-medikamentelle tiltak

Generelt fungerer ikke-medikamentelle tiltak bedre til forebygging av uro, eller til å dempe mild uro, enn som tiltak i akutte kriser. Dette er tiltak der mange har hatt gode erfaringer, men der det har manglet studier av høy metodologisk kvalitet. Det kommer likevel stadig ny kunnskap (22). I det følgende nevnes noen av tiltakene som er best undersøkt og ser ut til å ha best effekt.

Psykososiale og miljømessige tiltak

Ifølge de nye behandlingsanbefalingene er slike tiltak førstevalg ved behandling av NPS, unntatt i de alvorligste tilfellene.

Et viktig tiltak er et stabilt, oversiktlig og funksjonelt bomiljø, som kan bidra til at personer med demens blir inkludert og akseptert. Det kan se ut til at pasienter i enheter tilpasset personer med demens opprettholder kognisjon og praktisk fungerings-evne lenger og bruker mindre antipsykotiske legemidler (23). Behov for tvangstil-tak kan også bli redusert. Tilrettelegging



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLABROX

av uteområder der beboerne kan stelle i hagen, eller gå omkring uten at de forsvinner, er miljøtiltak der evidens er sparsomt, men som kan se ut til å ha effekt (24). Tiltak som gjør innemiljøet triveligere kan også synes å være gunstig, blant annet hjemligere atmosfære i oppholdsrom.

Enkelte adferdsregulerende teknikker ser ut til å være effektive, spesielt de som retter seg mot personale og omsorgspersoner (25), og særlig om man klarer å individualisere tiltakene. En ny, norsk intervensjonsstudie har vist at en målrettet biopsykososial modell for evaluering og behandling av NPS (tværfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens – TID) hadde signifikant effekt på moderat til alvorlig agitasjon (26). Metoden er basert på kognitiv adferdsterapi og personsentrert omsorg.

Personsentrert omsorg

Praktisk, personsentrert omsorg innebærer at man tar utgangspunkt i perspektivet til personen med demens, og anerkjenner dennes personstatus («personhood») (27). Tiltak som iverksettes skal være tilpasset personens interesser, behov og ressurser, og justeres med endringer i demenssykdommen. Det er begrenset evidens for at systematiske tiltak for å implementere

personsentrert omsorg har effekt på NPS, men en oversiktsartikkel fra 2014 fant at tilnærmingen hadde effekt på NPS (25).

Hovedpoenget med personsentrert omsorg er å forsøke å se individet bak demenssykdommen og alle symptomene, og er like mye et kulturelt/filosofisk/moralsk konsept som en behandlingsmetode. Personsentrert omsorg dreier seg om å dekke behov som vi alle har, og er et moralsk og etisk imperativ som bør gjennomsyre vårt arbeid, uavhengig av NPS. Omsorgspersoner bør være åpne for at NPS kan være uttrykk for at pasienten prøver å formidle behov eller ønsker over et stort spekter. Som ledd i individualisert tilnærming bør alle sykehjem etterstrebe å skaffe seg informasjon om personen i premorbid fase; interesser, preferanser og antipatier helt tilbake i ungdommen. Denne kunnskapen er vesentlig i forståelse, forebygging og behandling av NPS.

Musikkterapi

Det ser ut som mottageligheten for musikalske minner beholdes til sene stadier av demens, også når kognitiv funksjon er betydelig svekket (28). Musikk kan fremkalle minner og tanker om fortiden. Dersom språket ikke lenger kan forstås, kan musikk gi en følelse av trygghet og velvære

(29). En større metaanalyse fra 2015 fant moderat til god effekt av musikkterapi på utagerende adferd, moderat effekt på angst og depressive følelser, og liten positiv effekt på kognitiv fungering (29), mens en ny Cochrane-oversikt fant effekt på depresjon og generelle adferdsproblemer, men ikke på uro, aggresjon og kognisjon (30). Musikkterapi har vist større effekt på pasienter med mild til moderat demens enn pasienter med moderat til alvorlig demens.

Interaktiv musikkterapi virker å ha større effekt enn passiv (reseptiv). Terapien må individualiseres for at den skal oppleves positiv. Noen ganger må man langt tilbake i tid for å finne gjenkjennelse. Tips fra pårørende kan være nyttig. Individuell musikkterapi åpner for hensyntagen til klientens evner og erfaringer, og anbefales gitt en gang i uken. Gruppeterapi anbefales gitt to eller flere ganger i uken (29). Her vil interaksjon mellom deltakerne i tillegg innebære sosial stimulering og trening. Effekten av terapien varer bare så lenge tilbudet opprettholdes.

Aktivitetsterapi

Aktivitetsterapi er eksempelvis matlaging, brettspill eller håndarbeid, der aktivitetene er tilpasset individets interesser og evner. En oversiktsartikkel fra 2016 fant ef-

fekt på flere NPS, spesielt uro, ved regelmessig individualisert aktivitetsterapi (31). Det er verdt å merke seg at forfatterne av en oversiktsartikkel på feltet understreker viktigheten av å seponere sløvende legemidler, for at man skal kunne se positive effekter (32).

Fysisk trening

Selv om enkelte studier rapporterer signifikant reduksjon i NPS ved fysisk trening, er det foreløpig ikke evidens for å anbefale tiltaket i behandlingen mot NPS (22).

Sansestimuli

Tiltak med hensyn på sansestimuli kan være effektive, men kunnskapsgrunnlaget er sparsomt. Aromaterapi har vist positiv effekt på uro i noen små enkeltstudier, andre har ikke funnet effekt. Felles for alle studiene er at svært få pasienter faller fra behandlingen underveis, noe som tyder på at tiltakene oppleves som positive der og da (22).

Lysterapi mot søvnproblemer har også vært undersøkt. Her har man ikke funnet gode nok resultater til at tiltaket anbefales i behandling av NPS (22).

Nyere studier på animal-assisted therapy peker i retning av at kjæledyr i sykehjem bedrer NPS, blant annet ved å redusere uro og bedre sosiale interaksjoner, men foreløpig er ikke detaljer i tiltakene studert nærmere (33).

Oppsummering

Ved oppfølging av pasienter med demens og NPS bør man

- utelukke behandlingstrengende organisk sykdom og smerter
- rydde i medisinalistene
- fokusere på personsentrert omsorg og opplæring av personalet
- forsøke ikke-medikamentelle tiltak.

Hvis man til tross for disse tiltakene likevel ikke får tilfredsstillende symptomkontroll, kan man vurdere behandling med psykofarmaka, hvor valg av medikament er avhengig av komorbiditet og symptomatologi. Kun i tilfeller med stor lidelse, eller der pasienten er til fare for seg selv og/eller andre, kan man vurdere behandling med atypiske antipsykotika i laveste effektive dose i kortest mulig tid, og under nøye overvåking.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens. In: Helsedirektoratet, editor. 2017.
2. Helvik AS, Engedal K, Benth JS, Selbaek G. Prevalence and Severity of Dementia in Nursing Home Residents. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015; 40(3–4): 166–77.
3. Helvik AS, Engedal K, Wu B, Benth JS, Corazzini K, Roen I, et al. Severity of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Residents. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*. 2016; 6(1): 28–42.
4. Selbaek G, Engedal K, Benth JS, Bergh S. The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *Int Psychogeriatr*. 2013: 1–11.
5. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22(9): 843–9.
6. Bergh S, Engedal K, Roen I, Selbaek G. The course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia in Norwegian nursing homes. *Int Psychogeriatr*. 2011; 23(8): 1231–9.
7. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009; 11(2): 217–28.
8. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia (Internet). UpToDate. 2018 (cited 21.02.18). Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia?search=neuropsychiatric%20symptoms%20of%20dementia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H270370739.
9. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ*. 2011; 343: d4065.
10. Nyborg G, Brekke M, Straand J, Gjelstad S, Romoren M. Potentially inappropriate medication use in nursing homes: an observational study using the NORGE-NH criteria. *BMC Geriatr*. 2017; 17(1): 220.
11. Nyborg G, Straand J, Klovning A, Brekke M. The Norwegian General Practice–Nursing Home criteria (NORGE-NH) for potentially inappropriate medication use: A web-based Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2015; 33(2): 134–41.
12. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2006; 355(15): 1525–38.
13. Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(1): CD003476.
14. Wang J, Yu JT, Wang HF, Meng XF, Wang C, Tan CC, et al. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015; 86(1): 101–9.
15. Maust DT, Kim HM, Seyfried LS, Chiang C, Kavanagh J, Schneider LS, et al. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72(5): 438–45.
16. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Aarsland D. Stopping antipsychotic drug therapy in dementia nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study—the Bergen District Nursing Home Study (BEDNURS). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008; 23(9): 889–95.
17. Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbaek G. A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *J Affect Disord*. 2010; 120(1–3): 141–8.
18. Dudas R, Malouf R, McCleery J, Denning T. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; CD003944.
19. Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(2): CD008191.
20. Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG, Devanand DP, Frangakis C, Ismail Z, et al. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the Citalopram randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 311(7): 682–91.
21. Pentikainen PJ, Valtonen VV, Miettinen TA. Deaths in connection with chlormethiazole (heminevrin) therapy. *Int J Clin Pharmacol Biopharm*. 1976; 14(3): 225–30.
22. Abrahams I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ open*. 2017; 7(3): e012759.
23. Ruths S. (Beneficial effects of dementia care units). *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005; 125(9): 1191–4.
24. Whear R, Coon JT, Bethel A, Abbott R, Stein K, Garside R. What is the impact of using outdoor spaces such as gardens on the physical and mental well-being of those with dementia? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2014; 15(10): 697–705.
25. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technol Assess*. 2014; 18(39): 1–226, v–vi.
26. Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold O, Rokstad AM, Benth JS, Lindstrom JC, et al. Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018; 26(1): 25–38.
27. Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol*. 2008; 7(4): 362–7.
28. Aldridge D. Music Therapy Research and Practice in Medicine. From Out of the Silence. London: Jessica Kingsley Publishers; 1996.
29. Chang YS, Chu H, Yang CY, Tsai JC, Chung MH, Liao YM, et al. The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of clinical nursing*. 2015; 24(23–24): 3425–40.
30. van der Steen JT, van Soest-Poortvliet MC, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJ, Vink AC. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 5: CD003477.
31. Travers C, Brooks D, Hines S, O'Reilly M, McMaster M, He W, et al. Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review. *JBIM Database System Rev Implement Rep*. 2016; 14(12): 163–225.
32. Kolanowski A, Fick DM, Buettner L. Recreational Activities to Reduce Behavioural Symptoms in Dementia. *Geriatr Aging*. 2009; 12(1): 37–42.
33. Bernabei V, De Ronchi D, La Ferla T, Moretti F, Tonelli L, Ferrari B, et al. Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: a review. *J Psychiatr Res*. 2013; 47(6): 762–73.

NY SPESIALISTUTDANNING

– Hvordan kan kommunene bli

■ MARIE THORESEN, ANDREAS WEDERVANG-RESELL OG KARIN STRAUME • Helsedirektoratet

Spesialistutdanning av leger har pågått i Norge i 100 år. I mesteparten av denne tiden har det vært en kollegial ordning i regi av Legeforeningen. I 2009 bestemte Stortinget at det offentlige skulle overta ansvaret for spesialistutdanningen, og ga Helsedirektoratet i oppdrag å utrede en ny modell for spesialistutdanningen, der aktørenes nye ansvar skulle tydeliggjøres. Siden 2012 har omlegging til ny spesialistutdanning blitt utredet, og rammene for spesialistutdanningen blitt forskriftsfestet. Ny spesialistutdanning ble iverksatt 1. september 2017 med oppstart av de første leger i spesialisering del 1 (LIS1), og ordningen er nå fullt implementert med oppstart av LIS2 og LIS3 fra 1. mars 2019.

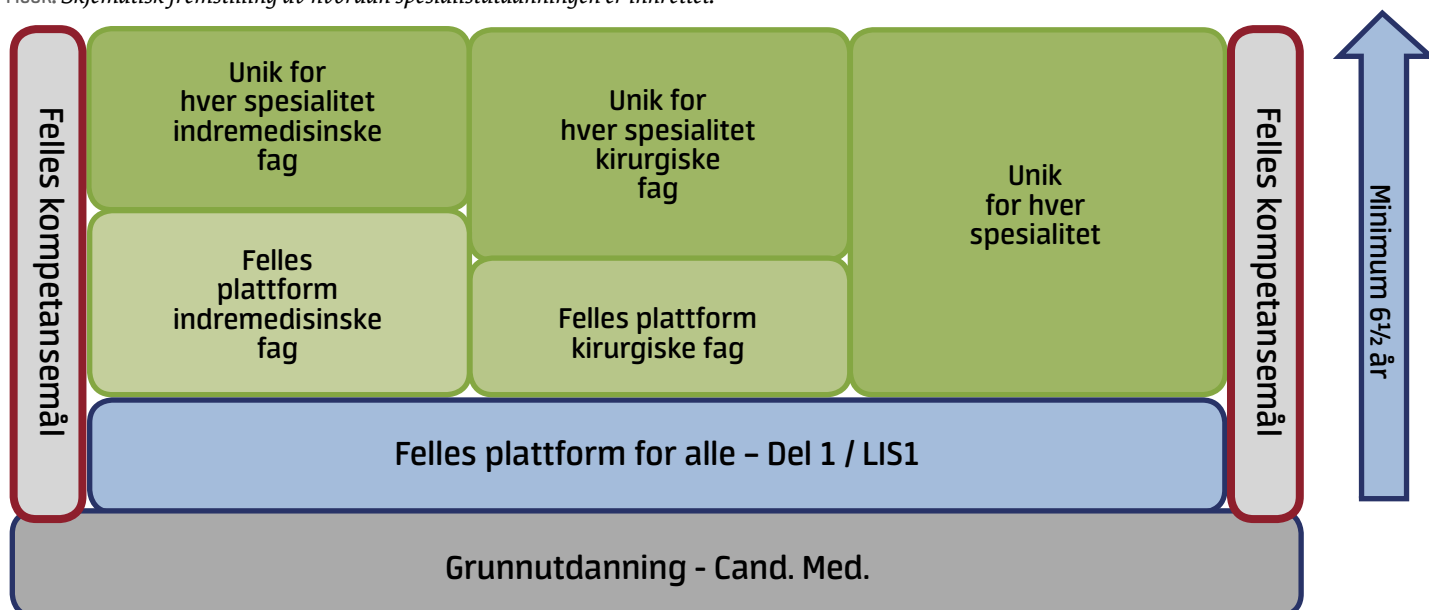
Internasjonalt blir medisinsk utdanning, både grunn- og videreutdanning, stadig mer styrt mot kompetansemål og vurdering av læringsutbytte. Vi er på vei bort fra den tidligere spesialistgodkjenningen basert på tjenestetid og et forhåndsbestemt antall prosedyrer, også i vårt land. Den nye spesialistutdanningsmodellen for leger i Norge bygger på *læringsmål*: Hva en ferdig spesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre; ikke bare hvor lenge man har jobbet på bestemte typer avdelinger eller hvilke kurs man har tatt. Figuren nedenfor viser skjematisk hvordan den nye utdanningen er bygd opp:

Turnustjenesten for leger er avviklet, og det er innført en felles første del av spesialiseringen, 'LIS1', som må være fullført før man kan gå videre i spesialiseringsløpet. Læringsmålene her skal fortsatt oppnås gjennom ett år i spesialisthelsetjenesten etterfulgt av et halvt år i kommunehelse-tjenesten. De indremedisinske og kirurgiske spesialitetene har deretter hver sin generelle del (LIS2), mens de tidligere grenspesialitetene nå er blitt hovedspesialiteter, med hver sin unike LIS3. Allmennmedisin og samfunnsmedisin er hovedspesialiteter, slik at de ferske legene går rett fra LIS1 til LIS3.

Kommunene får nytt ansvar

En viktig endring med innføringen av ny spesialistutdanning er at *arbeidsgiver* har fått et mye tydeligere ansvar for å legge til rette for utdanningen og dokumentere at læringsmål er oppnådd. For de 43 sykehusbaserte spesialitetene betyr det i hovedsak helseforetakene, men for allmennmedisin betyr det *kommunene*. I samfunnsmedisin kan det både være kommuner og andre offentlige eller private virksomheter. I arbeidsmedisin er arbeidsgivere hovedsakelig private aktører, men spesialistutdanningen kan også foregå i helseforetak, eventuelt i statlige etater.

FIGUR. Skjematisk fremstilling av hvordan spesialistutdanningen er innrettet.



gode utdanningsvirksomheter?

For kommunene er dette en ny oppgave som de i varierende grad er forberedt på å ivareta. Vi vil her gå kort gjennom kommunens oppgaver og de hjelpemidlene som hittil er utviklet. De fleste kommuner har tidligere hatt ansvar for turnusleger, og overgangen til LIS1 er ikke så stor. Imidlertid er det noen nye administrative rutiner rundt godkjenning og dokumentasjon av læringsmål som kommunene er nødt til å kjenne til.

Årets nyhet i ordningen er LIS3 i allmennmedisin. De legene som allerede er i gang med spesialistutdanning i allmennmedisin før 1. mars 2019 og som søker om spesialistgodkjenning innen 1. mars 2025, kan fullføre etter gammel ordning. De kan også velge å 'konvertere' til ny spesialistutdanning. Leger som begynner spesialiseringen etter 1. mars 2019 må følge ny spesialistutdanning.

Ta vare på gullet!

Den norske spesialistutdanningen i allmennmedisin har helt fra begynnelsen bygd på prinsippene om at allmennmedisin læres best i allmennpraksis, ikke ved rotering på forskjellig sykehusavdelinger. Gruppebasert veiledning har bidratt til å skape faglige nettverk lokalt. I denne desentraliserte modellen har det meste av utdanningen kunnet gjennomføres hvor som helst i landet, og det har bidratt til at Norge har slitt mindre med allmennlegedekning i utkantstrøk enn vi ellers kunne ha gjort. Dette blir videreført i den nye spesialistutdanningen.

Læringsmålene, som er utarbeidet for alle deler av spesialistutdanningen, angir *minste*-kompetansen en spesialist skal inneha. Det vil fortsatt være anledning til individuell spesialkompetanse og -interesse, f.eks. spesiell kompetanse man trenger i kommuner langt fra sykehus. Læringsmålene inkluderer både kliniske læringsmål i spesialiteten og mer generelle læringsmål innen utøvelse av legerollen, kalt *felles kompetansemål*, som er felles for alle spesialiteter. I LIS1 vil enkelte læringsmål påbegynnes i spesialisthelsetjenesten og avsluttes i kommunehel-



Spesialistutdanningen er gull verdt. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

setjenesten. Kommunen står ansvarlig for å godkjenne kompetansen til LIS ved å dokumentere at læringsmålene er oppnådd. Det er et lederansvar å godkjenne læringsmålene; oppgaven kan delegeres f.eks. til kommuneoverlege, men ansvaret vil fortsatt ligge hos leder. Før leder kan godkjenne læringsmål, skal det innhentes vurderinger fra veileder og andre som har observert LIS i arbeid.

Utdanningsplan

Læringsaktiviteter er det man gjør for å oppnå læringsmålene; både de kliniske læringsmålene og felles kompetansemål. Den viktigste læringsaktiviteten er fortsatt det daglig arbeid under veiledning og supervisjon ved legekantor, helsestasjon, sykehjem osv. Det kan også være trening i praktiske prosedyrer, kurs, gruppeveiledning og andre aktiviteter. Læringsaktivitetene foregår på ulike *læringsarenaer*. Kommunen skal utarbeide en utdanningsplan for LIS i kommunehelsetjenesten, som skisserer hvordan utdanningen skal gjennomføres i virksomheten, hvilke læringsarenaer som finnes og hvilke læringsakti-

viteter som tilbys; enten i kommunen selv eller i samarbeid med andre.

For å få godt læringsutbytte av sitt daglige arbeid, vil LIS trenge *supervisjon*. Med supervisjon menes her den fortløpende bistand, rådgivning og vurdering som LIS får i konkrete arbeidssituasjoner. Supervisjonen gis av mer erfaren kollega ('supervisor') som følger LIS i det daglige arbeidet. Supervisjon skal føre til *læring*, ikke bare sikre forsvarlig pasientbehandling. Det er derfor viktig at supervisøren ikke bare slenger ut av seg en 'fasit', men utfordrer LIS til å resonnerer i situasjonen. Avhengig av hvordan praksisen er organisert der hvor LIS arbeider, kan man tenke seg forskjellige ordninger for supervisjon i kommunene. For enkelte læringsmål kan det være aktuelt å få supervisjon også fra andre enn leger, f.eks. ambulansepersonell, helse-sykepleier e.l.

Veiledning i grupper og individuelt

Deltagelse i gruppeveiledning er fremdeles obligatorisk for både LIS1 og LIS3. For LIS3 i allmennmedisin skal gruppeveiledningen, som før, foregå over minst to år. I til-

legg til gruppeveiledningen skal det oppnevnes en *individuell veileder* for hver LIS. Veileder skal følge LIS gjennom utdanningsløpet. Dette er nytt i allmennmedisin. Veiledningen skal være planlagt, regelmessig og skjermet fra det daglige arbeidet, slik at kandidaten kan reflektere over og drøfte spørsmål, erfaringer og egen læring. For LIS1 i kommunehelsetjenesten bør det gjennomføres minimum seks individuelle veiledningssamtaler, inkludert oppstart-, midtveis- og sluttsamtaler. Det er forskriftsfestet at veiledningen for LIS3 i allmennmedisin i gjennomsnitt skal utgjøre minimum tre timer pr. måned i 10,5 av årets 12 måneder.

Veileder får en sentral rolle i vurderingen av LIS sin kompetanse sammen med supervisor. Disse skal vurdere LIS sin kompetanse fortløpende underveis i utdanningsløpet, og ut ifra dette rettlede den som godkjenner læringsmålene for LIS. I løpet av våren 2019 vil Helsedirektoratet utgi en 'veileder i vurdering' til hjelp i dette arbeidet. Med utgangspunkt i kommunens utdanningsplan, skal det lages en individuell utdanningsplan for hver enkelt LIS1 og LIS3, som angir mer konkret når og hvor de enkelte læringselementene skal foregå. Denne planen utformer LIS i samråd med veileder. Utdanningsplanen bør fungere som et arbeidsdokument for begge parter, og skal gi retning i LIS sitt arbeid for å oppnå læringsmålene.

Vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål

I ny spesialistutdanning skal oppnådd kompetanse vurderes fortløpende. Oppnådde læringsmål og gjennomførte læringsaktiviteter som kurs, veiledning og prosedyrer skal dokumenteres og godkjen-

nes i det elektroniske verktøyet, *Kompetanseportalen*. Denne ligger åpent for alle på nett og vil snart oppdateres slik at LIS1 og LIS3-løsningene får hvert sitt domene. LIS1 har benyttet Kompetanseportalen i halvannet år. På samme måte som i LIS1, skal LIS3 laste ned Kompetanseportalen med tilhørende utdanningsplan og inviterer deretter leder, veileder og supervisor inn i portalen.

LIS har selv ansvar for at læringsaktiviteter blir dokumentert, blant annet gjennom å laste opp kursbevis eller be om vurdering av gjennomført prosedyre av supervisor. I veiledningen skal måloppnåelse diskuteres, og når LIS og veileder er enige i at læringsmål er oppnådd, skal LIS sende læringsmålet til veileder for dokumentasjon av vurderingen. Når veileder har bekreftet måloppnåelse, sender LIS oppnådde læringsmål til godkjenning hos leder eller den som oppgaven er delegert til.

I Kompetanseportalen har LIS, veileder, supervisor og leder oversikt over oppnådde og gjenstående læringsmål. Likeledes dokumenteres læringsaktiviteter og veiledningssamtalene. Det er kun LIS og veileder som har tilgang til innholdet i veileder-samtalene.

Kommunen må registrere seg som utdanningsvirksomhet

Kommuner som skal utdanne LIS3 i ny ordning, må søke om registrering som utdanningsvirksomhet. Det er rådmannen som er ansvarlig for dette, men som regel vil oppgavene være delegert til virksomhetsleder for legetjenesten. Søknad om registrering som utdanningsvirksomhet sendes via Altinn. Informasjon om registreringsordningen ligger på Helsedirektoratets nettsider.

For å kunne bli registrert som utdanningsvirksomhet, må kommunen oppfylle bestemte krav. Blant annet skal det bekreftes at det utarbeides utdanningsplan, at det utnevnes veileder, at det gis tilstrekkelig supervisjon og veiledning, samt at utdanningen foregår i tråd med spesialistforskriftens bestemmelser. For å være registrert som utdanningsvirksomhet helt fra forskriften trådte i kraft, må søknaden om registrering være sendt inn innen 1. juni 2019. Kommuner som får utdanningskandidater i den nye ordningen på et senere tidspunkt, kan søke fortløpende.

Samarbeid mellom kommunene?

For å få til en god spesialistutdanning i allmennmedisin rundt i hele landet, tror vi at kommunene må *samarbeide*, både med hverandre og med det lokale helseforetaket om læringsarenaer, læringsaktiviteter og oppfyllelse av læringsmål. Noen kommuner må kanskje leie inn en veileder fra nabokommunen, andre kan samarbeide om enkelte læringsaktiviteter eller tilby hverandre enkelte læringsarenaer. Det skal bygges opp kompetanse både i veiledning, supervisjon og vurdering, og dette vil det være lurt å samarbeide om.

Kommunene har fått nye oppgaver i den nye spesialistutdanningen – men også nye muligheter. De kommunene som kan tilby gode opplegg for spesialistutdanning i allmennmedisin, vil skaffe seg et fortrinn i rekrutteringen av nye leger. Vi i Helsedirektoratet står gjerne til disposisjon for råd og veiledning til kommunene, og legger fortløpende ut ny informasjon på våre nettsider.

■ KARIN.STRAUME@HELSEDIR.NO

Thomas Johansson skrev følgende på *Utpostens* nettsider, under elementet «kontakt»: Et lite glimt fra en visitt på en korttidsavdeling på et sykehjem der jeg var tilsynslege. Pasienten var en godt voksen dame som tronet overvektig i en lenestol med bena på en fotskammel. Hun var bister i åsynet og opprørt over verdens urettferdighet. Livet hadde vært svært urettferdig og hun følte seg urettferdig behandlet av både familie og naboer. Nå var det slutt. Som hevn og hennes eneste gjenværende måte å protestere på, så skulle hun nå avslutte sagaen. Hun skulle dø! Det var sikkert

og visst. Rent medisinsk var hun kommet for videre behandling av et infisert bensår på svært hovne ben, komplisert av diverse kroniske lidelser. Men behandling så hun som nytteløs, og ikke snakk om at hun skulle trene eller forsøke å gå. Ikke en meter heller. I en noe fastlåst situasjon, søkende etter en vei i svært ulendt terreng, spurte jeg om hun ville høre en vits? Damen ser rart og mistenksomt på meg, men la gå, det kan hun saktens. Jeg advarer henne om at den kanskje er både dum og litt ufin, men hun ser ut til å tåle det. Jo, det var en kirurg som kom på visitt etter gårdsdagens operasjon og

spør pasienten hvordan det går. Pasienten mener det går da bra, fordi det klør i såret. Betyr ikke det at det gror?, spør pasienten. Kirurgen tenker seg om og klør seg litt i hodet før han sier: Jeg vet ikke helt om det er sant, fordi jeg har klødd i ræva i 30 år, og det har ikke grodd igjen ennå!... Pasienten klarte ikke å la være å le, om det var på grunn av vitsen, eller at tilsynslegen var den som fortalte den. Effekten var at hun ikke klarte å holde fast på beslutningen om å dø heller, og flere dager etterpå hadde hun et glimt i øyet når jeg så til henne. Hun husket nemlig vitsen. Og hun begynte å trene...

Hvordan sier vi nei?

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Fastlege Hallset legesenter, rådgivende lege NAV Sør-Trøndelag, universitetslektor NTNU

Legerollens portvokterfunksjon stiller krav til at legen kan si nei og sette grenser, også i situasjoner der pasienten ønsker det motsatte. Men med gode kommunikasjonsferdigheter kan potensielle konflikter unngås.

Legerollen er mangfoldig og stiller store krav til legen. Som fastlege skal man ikke bare være behandler, men også sakkyndig. Dette kan være konfliktfullt, og det kan oppstå kollisjon mellom pasientens ønsker på en side, og legens faglige overbevisning eller krav fra lovverket på den andre. At konflikt kan oppstå er tydeliggjort allerede i begrepet «portvokterrollen» (1, 2). En fersk doktoravhandling, nylig omtalt i *Utposten*, viser at legen i slike situasjoner ofte er i villrede om hvordan konflikten skal håndteres (3).

Det er mange slike situasjoner hvor legen kan bli nødt til å avvise ønsker og krav fra pasienten, altså å si nei. Vi har alle vært i slike situasjoner: Et ønske om attest for forhold legen ikke kan uttale seg om, ønske om vanedannende medisiner som legen oppfatter som en trussel for pasientens helse, når pasienten ikke innfrir krav til førerkort, ønske om unødvendige og potensielt skadelige undersøkelser og henvisninger, ønske om sykemelding som ligger klart utenfor lovkrav. Det er lett å fastslå at legen alltid bør søke å oppnå enighet med pasienten, men det vil oppstå situasjoner hvor dette ikke er mulig. I disse situasjonene kan ikke pasientens autonomi bety noe annet enn medbestemmelse. Pasienten kan ikke beordre sin lege å gjøre ting som legen finner faglig eller etisk uforsvarlig (4, 5). Det betyr med andre ord at konflikt faktisk kan, og vil, oppstå. En trøst for meg i slike situasjoner har vært et godt råd fra en eldre kollega. Da jeg som turnuskandidat søkte råd i en situasjon der en pasient aggressivt forlangte en utredning av meg på legevakt, men som jeg ikke fant noe som helst grunnlag for, sa min kollega: «Dersom du ikke av og til opplever at pasienter forlater kontoret ditt i raseri, så gjør du ikke jobben din som lege».



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Likevel er det naturligvis ønskelig å unngå slike situasjoner. Den kommunikasjonsmessige utfordringen er da for det første å minimere sjansen for konflikt, og for det andre å håndtere de konflikter som måtte oppstå. Jeg har ikke gjort noe systematisk litteratursøk på dette temaet, men vil punktvis gjengi erfaringer og kunnskap som jeg har tilegnet meg gjennom et kvart århundre som lege. Jeg har lest en del bøker om kommunikasjon, og det har flere ganger slått meg i hvor liten grad akkurat dette temaet er berørt. Jeg kan heller ikke huske at det har vært omtalt i min studietid. Basert på min kontakt med medisinstudenter synes temaet fortsatt å være lite berørt i studiet. I møte med unge leger, spesielt når jeg underviser i trygdemedisin, er spørsmål og kasuistikker omkring dette temaet svært vanlige.

Vanskelige samtaler

Uenighet, som denne artikkelen omhandler, er et eksempel på en type konsultasjonsutfordring. Det kan beskrives en rekke slike spesifikke utfordringer, som for eksempel møte med fremmedkulturelle pasienter, gi vanskelige beskjeder, snakke med psykotiske, uforklarlige helseplager osv. Heldigvis er det slik at de reglene som gjelder for «vanlige» pasientmøter, også gjelder for de vanskelige. Det er altså ikke nødvendig å lære seg et unikt sett med regler og adferd tilpasset hvert enkelt møte. Sentralt i alle pasientmøter står de samme regler: En åpen start, gi pasienten tid til å snakke ferdig, vise at man lytter, gi respons på emosjoner, utforske pasientens historie, bruke oppsummering, være bevisst på kroppss-

pråk osv. Det finnes flere systemer og lærebøker om temaet. Om jeg skal anbefale ett system og en bok så er det læreboka om Calgary-Cambridge model of medical communication (CCG) (6).

Legens og pasientens verden

Et sentralt punkt er erkjennelsen av at pasienten og legen har ulike agenda. Dette kan virke selvsagt, og selv om det nok også tidligere har vært praktisert intuitivt, så ble det først beskrevet av Ian McWhinney i 1985 (7). Grunnleggende i kontakten mellom lege og pasient er erkjennelsen av at legen må avdekke både legens sykdomssentrerte verden og pasientens egen agenda, som inkluderer pasientens følelser, frykt og forventninger. Legen må avdekke dette ved direkte å stille spørsmål som: Hva tror du selv det kan være? Hva er du bekymret for? Og hva ønsker du jeg skal gjøre for deg? Først når begge dagsorden er kartlagt er det mulig å starte en form for forhandling. Når jeg vet at pasienten ønsker antibiotika, og også hvorfor det er et ønske, så kan det være enkelt å oppklare rene misforståelser. Uten denne kunnskapen mister jeg alle muligheter for en forhandlingsløsning.

Legemodeller

Studier har vist at leger kan klassifiseres ut fra sin kommunikasjonsstil. Roter og Hall (8) har beskrevet flere slike modeller. Det beskrives en *paternalistisk stil*, hvor legen har høy kontroll, og pasienten liten. Legen tar bestemmelser ut fra sin antagelse om hva som er til beste for pasienten. En motsatt ytterlighet er *forbrukerlegen* hvor legen

har lav kontroll, og pasienten høy. Legen vil ganske enkelt gi etter for ønsker fra pasienten, og pasienten kan te seg som om de plukket varer i en butikk. En siste modell er *gjensidighet*, hvor både legen og pasienten har høy kontroll. Legen leter etter pasientens ønsker og sammenligner dem eksplicit med sine egne tanker. Det foregår en gjensidig og kontinuerlig utveksling av ideer og tanker hvor pasienten er spesialist på eget liv, og legen den som kan mest om det medisinske. Det søkes aktivt etter felles forhandlingsløsninger, og det settes ord på uenighet. Denne siste modellen er vist å være helsefremmende for pasienten, gi bedre etterlevelse, mindre helsebekymring og større pasienttilfredshet (6). Dette er også en modell som er egnet for å avdekke og jobbe med uenighet og motsetninger.

Utsatte svar

Et punkt fra det nevnte kommunikasjons-systemet CCG er nr. 36: «Gives explanations at appropriate times, avoids giving advice, information or reassurance prematurely». Jeg vil oversette punktet slik: Vent med å ta stilling til en sak, og utsett å gi konklusjon og råd. Dette rådet kan forebygge mange konflikter. Først må alle sider av en sak kartlegges, begge parter må få belyst sine synspunkter, så kan man begynne å forhandle. I en slik prosess vil ofte konflikten løse seg selv underveis. Når far kommer med lille Lise til legen og i fortvilelse ber om antibiotika etter to uker med sykdom, og hisser seg opp og er misfornøyd med legevakten som ikke ville gi behandling, så er det lurt først å kartlegge sykehistorien, fars tanker og bekymringer, og også å nøye

undersøke barnet. Et mulig utfall er at man finner at det faktisk er grunnlag for anti-biotika. Et annet mulig utfall er at far selv spontant sier at han bare er sliten, og at han skjønner at det ikke er riktig å gi anti-biotika unødvendig. Dette kan oppnås ved først å vise aksept for fars bekymring, samtidig som man utsetter å besvare selve spørsmålet: «Jeg forstår du er fortvilet, og føler du ikke har fått hjelp. Jeg vil først sette meg nøye inn i situasjonen til Lise. Dette skal vi finne ut av».

En annen måte å utsette å gi et svar på, er å ta en «timeout» – til en senere konsultasjon. En sykemelding på noen få dager med kontrolltime kan gi et helt annet pasientmøte. Ved konflikter har jeg noen ganger direkte avtalt at pasienten skal møte med arbeidsgiver om få dager. Det fører ofte til at konflikten løser seg uten min medvirkning. Ved spørsmål om B-preparater er det mer problematisk. Å gi en resept til neste time skaper lett ytterligere forventning, samt opplevelse av effekt som gjør at det fortøner seg enda mer ulogisk at legen sier nei neste gang.

Spørsmål/svar-fellen

En variant av å utsette et svar oppstår når pasienten stiller et direkte spørsmål, og legen velger ikke å svare på spørsmålet. Det kan være en smart strategi. Man kan da utforske temaet nøyere før man gir et svar. Pasienten spør: «Vil du sykemelde meg?» og legen unngår å svare ja eller nei ved å si: «Du opplever at det er vanskelig å gå på jobb nå. Det må vi se nærmere på». Pasienten sier: «Hva gjør du med angsten min når du ikke vil gi meg Vival da?» og legen svarer «Du trenger hjelp med angsten. Har du selv erfart noe som kan hjelpe?». Dette er en ferdighet det er spesielt viktig å øve på, ettersom vi instinktivt har en tendens til å svare umiddelbart på spørsmål.

Vis at du aksepterer legitimiteten i et ønske

Nok et punkt fra CCG fortjener å nevnes, nr. 26: «Accepts legitimacy of patients views and feelings, is non-judgemental». Jeg vil oversette punktet slik: Vis at du forstår hvorfor pasienten fremmer et ønske. Dette vises med kroppsspråk, men også med setninger som «Du er i en fortvilet livssituasjon, så jeg skjønner at du ber om en medisin som kan roe nervene», «Det er klart du ønsker en effektiv sovemedisin når du er sliten av å sove dårlig», «Du opplever en vanskelig konflikt på jobb, og du ønsker en pause fra denne». Slike setninger gir pasienten en opplevelse

av å ha blitt hørt, og en forståelse av at legen faktisk bryr seg. Det gjør det langt lettere å akseptere et nei, enn når det kommer fra en lege som oppleves som forutinntatt, likegyldig eller kald. En relasjon med aksept gjør at uenighet tåles uten å gjøre skade (9).

Med årene har jeg erfart at det å unngå å være fordømmende ikke er noen selvfølge. Jeg har også erfart at jeg kan være mer fordømmende enn jeg selv er bevisst. Nylig hadde jeg mor og barn på kontoret – barnet med kronisk hodepine, hvor vi etter års innsats endelig har fått til å tenke helhetlig, og ikke bare lete etter en defekt i hodets anatomi. Mor ber så om sovemedisin fordi datteren sover dårlig. Inne i meg kjente jeg frustrasjonen over et slikt spørsmål og tanken «skal vi begynne på nytt igjen med søvn nå...». Jeg er redd kroppsspråket mitt med all tydelighet viste hva jeg tenkte og følte. For en fortvilet mor må det ha blitt opplevd som en fordømmelse.

Meta-kommunikasjon

Når en relasjon og en samtale blir vanskelig, kan det være en god ide å snakke om hvordan vi snakker sammen, altså å meta-kommunisere. Dette gjelder også mellom pasient og lege. Dersom legen setter ord på at samtalen er utfordrende, gir det mulighet for gjensidig refleksjon, det gir en pause, og det viser at legen tar relasjonen på alvor. Utsagn som: «Nå kjenner jeg at samtalen er blitt vanskelig», eller spørsmål av typen: «Hva skal til for at vi skal bli enige om dette?» eller «Opplever du at jeg vet det jeg trenger å vite for å hjelpe deg?» kan snu en krevende situasjon.

Det kan være en omsorgsfull handling å si nei

I alle slags relasjoner er det nødvendig å kunne sette grenser, altså å si nei. En lege uten evne til dette vil forgå i utmattelse av sine velmente handlinger. Det vil normalt heller ikke gagne den andre part – her pasienten – om man ikke klarer å sette grenser. Artisten Michael Jackson var nok med sin status ekstra vanskelig å si nei til, derfor endte stadig sterkere sovemedisin til slutt med narkosemidler og legegått død. Et råd kan være at man viser sin vilje til å hjelpe, men på andre måter: «Som jeg har forklart kan jeg ikke skrive ut slik medisin til deg, men jeg vil gjerne hjelpe deg, for jeg ser du har det vanskelig. Jeg har tanker om hvordan du kan hjelpes, og vil gjerne at vi snakker om det». En slik setning kunne kanskje ha gitt et annet utfall også for Michael Jackson.

En umulig rolle

Uansett hvor god man er i kommunikasjon, så vil det oppstå situasjoner hvor pasienten er misfornøyd. Det er et samfunnsoppdrag å si nei til en tynn sykemelding hos en som nettopp har blitt arbeidsledig. For pasienten som får dette svaret kan det bety store summer i direkte økonomisk tap. Når slike situasjoner blir vanskelige, tenker jeg på at jeg er satt til å være i denne rollen av et demokratisk flertall. Jeg må også erkjenne at regelverket fremstår fornuftig. Pasientens frustrasjon og sinne er også helt rimelig og forståelig. En slik bevissthet gjør det lettere å tåle situasjonen som oppstår.

Øv!

Kommunikasjon er en ferdighet, ikke en kunnskap. Det kan være nyttig å lese en artikkel som denne, men skal man lære, en ferdighet, så må man øve. Ingen unngår drukning ved å dra på en forelesning om svømming. Å øve på kommunikasjon kan gjøres i grupper i trygge rammer, hvor man gir hverandre konstruktive tilbakemeldinger. Med skuespiller (gjerne en av legene som deltar) kan man spesifikt øve på en bestemt ferdighet, slik som det å si nei. Dette kan gjøres i studiet, i etterutdanning, på de enkelte legekontor eller i smågrupper. Metoden er godt beskrevet (6, 10).

REFERANSER

1. https://www.aftenposten.no/meninger/i/JoXPR/Orker-ikke_-klarer-ikke_-kan-ikke.
2. <https://tidsskriftet.no/2002/08/klinikk-og-forskning/hvordan-har-legen-det-som-portvakt>.
3. Nilsen S. Fastlegens erfaringer som portvakt. Utposten. 2019; 48(2): 8–11.
4. Pellegrino ED. Patient and physician autonomy: Conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship. J Contemp Health Law Policy. 1994; 10: 47–68.
5. Tranøy 2005: 33.
6. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Publishing; 2005.
7. McWhinney I. Patient-centred and doctor-centred models of clinical decision making. In: Sheldon M, Brooke J, Rector A, editors. Decision making in general practice. Basingstoke, UK: Macmillan; 1985; s. 31–46.
8. Roter DL, Hall JA. Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors. Auburn House, Westport, CT; 1992.
9. Steihaug S, Gulbrandsen P, Werner A. Recognition can leave room for disagreement in the doctor-patient consultation. Patient Education and Counseling. 2012; 86 (3): 316–321.
10. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The Consultation: An Approach to Learning and Teaching. Oxford University Press; 1984.

Anafylaksi

Definisjon og patogenetiske

■ EVA STYLIANOOU

Overlege dr.med, seksjonsleder Regionalt Senter for astma, allergi og overfølsomhet, Lungemedisinsk avdeling, Oslo Universitetssykehus

■ GEIR HÅLAND

Overlege ph.d., fagansvarlig allergi, Barneavdeling for allergi og lungesykdommer og Regionalt Senter for astma, allergi og overfølsomhet, Oslo Universitetssykehus

Anafylaksi er en potensielt livstruende tilstand hvor diagnosen stilles ut ifra det kliniske bildet. Tilstanden krever rask behandling, hvor det viktigste tiltaket er adrenalin. Pasienter som har gjennomgått en anafylaksi skal få utskrevet adrenalin autoinjektor etter grundig opplæring i når og hvordan denne skal brukes.

Anafylaksi defineres som en alvorlig, livstruende, generell overfølsomhetsreaksjon og brukes om det kliniske sykdomsbildet uavhengig av årsak eller mekanisme som ligger bak (1). Anafylaktiske reaksjoner er vanligvis IgE-medierte, lik allergiske reaksjoner på matvarer og insektsstikk. Den utløsende mekanisme er binding av allergen til preformerte spesifikke IgE-antistoffer som sitter festet i IgE-reseptor på mastceller og basofile celler. Dette fører til aktivering av disse cellene og frigjøring av mediatorsubstanser. Mastceller kan også aktiveres uten at IgE-antistoffer er involvert, som ved reaksjon på histaminfrigjørende medikamenter (opiater, quinoloner). Aktivering og frigjøring av mediatorsubstanser skjer raskt, vanligvis i løpet få minutter til en time etter eksponering. Reaksjoner inntreffer raskest ved injeksjoner (legemidler, insektsstikk).

Forekomst

Insidensen av anafylaksi er usikker. I Europa rammes én av 300 i befolkningen på ett eller annet tidspunkt i livet av anafylaksi (2). Vi har ikke pålitelig statistikk over forekomst av anafylaktiske reaksjoner og/eller dødsfall pga. anafylaksi i Norge. Men i en nylig publisert studie fra England ble det rapportert om 0,5 tilfeller av fatal anafylaksi pr. én million innbyggere pr. år (3).

Årsaker til anafylaksi

Matvarer er vanligste årsak til anafylaksi i alle aldersgrupper. Hos de minste barna er

basismatvarene egg og melk hyppigst utløsende allergen (4). Peanøtt og trenøtter er vanligst hos de litt eldre barna, ungdom og voksne, men alle matvarer kan potensielt utløse en allergisk reaksjon. Insektsstikk fra bie og veps samt medikamenter er også en viktig årsak til anafylaksi (1).

Symptomer, objektive funn, diagnostikk

I akuttfasen baseres diagnosen helt og holdent på kliniske observasjoner og sykdomsutvikling. Det første tegnet er ofte varmefølelse, kløe i fotsåler og håndflater, flushing, kvalme, uro og takykardi. Hudsymptomer forekommer hos anafylaksipasienter, men opptil 20 prosent av pasientene har ikke hudsymptomer. Mer sjeldent er blodtrykksfall det eneste symptom ved anafylaksi. Blodtrykket er ikke en følsom markør for barns kretsløp, da de i stor grad kan kompensere for lavt slagvolum med økende hjertefrekvens. Blodtrykksfall er derfor et sent og svært alvorlig symptom hos mindre barn.

I *Norsk veileder i praktisk anafylaksihåndtering* brukes følgende beskrivelse av anafylaksi til bruk i praktisk klinisk virksomhet (5):

Følgende symptomer eller funn fra to eller flere organsystem oppstått plutselig, i rask rekkefølge etter hverandre eller samtidig tilsier at det foreligger anafylaksi og krever umiddelbar behandling:

- HUD: Utbredt kløe (hodebunn, håndflater, fotsåler), erytem, urticaria, angioødem

HOVEDBUDSKAP

- De fleste, men på ingen måte alle, anafylaksier synes å være IgE-medierte.
- De hyppigste årsaker til anafylaksi er matvarer, medikamenter og insektsstikk fra bie og veps.
- Som en hjelp i diagnostikken kan man ta blodprøver til tryptasebestemmelse en til tre timer etter symptomdebut.
- Alle pasienter som har hatt anafylaksi skal henvises til allergologisk utredning.

- LUFTVEIER: Dyspné, hoste, stridor, bronkial obstruksjon, dysfoni, hypoksi, nese-tetthet
 - Sirkulasjon: Hypotensjon m/uten takykardi, synkope, hjertestans, bradykardi
 - MAGE-TARM: Magesmerter, kvalme/oppkast, avføringstrang/-avgang
 - ANNET: Uro, katastrofefølelse, uttalt trøtthet ufrivillig urinavgang, forvirring.
- Verdens allergi organisasjon (WAO) angir en litt annen praktisk definisjon av anafylaksi (1):

Anafylaksi er meget sannsynlig når en av følgende tre kriteriene er oppfylt (kliniske kriterier for diagnose) og symptomene oppstår i løpet av minutter til timer:

- ① Akutt innsettende sykdom med involvering av hud og/eller slimhinne, for eksempel generalisert urtikaria, kløe eller «flushing», hevelse i leppe, tunge, uvula. I tillegg en av følgende:
 - Påvirket respirasjon (eks. dyspnoe, piping, hvesende pust, bronkospasme, stridor, hypoksemi)
 - Redusert blodtrykk eller assosierte symptomer (f.eks. bevissthetsendring, synkope, inkontinens)
- ② To eller flere av følgende symptomer som opptrer raskt etter eksponering over for et sannsynlig allergen for pasienten:

mekanismer



- Involvering av hud og/eller slimhinne (f.eks. generalisert urtikaria, kløe/flushing, hevelse av leppe, tunge, uvula)
- Påvirket respirasjon (eks. dyspnoe, pipping, bronkospasme, stridor, hypoksemi)
- Redusert blodtrykk eller assosierte symptomer (f.eks. synkope, inkontinens)
- Vedvarende gastrointestinale symptomer (f.eks. magekramper, oppkast)
- Redusert blodtrykk etter eksponering overfor et kjent allergen for pasienten (minutter til timer)
 - VOKSNE: systolisk blodtrykk < 90 mm Hg eller > 30 prosent fall i systolisk blodtrykk
 - BARN: lavt systolisk blodtrykk (aldersspesifikk) eller mer enn 30 prosent fall i systolisk blodtrykk

Denne definisjonen knytter anafylaksidiagnosen tett opp mot kjent eksponering

for relevant allergen. I akutsituasjonen vil man som helsepersonell ofte ikke ha sikre opplysninger om eksponering. Dette må ikke forsinke behandling hvis en ut ifra det kliniske bildet mistenker anafylaksi.

Behandling

Anafylaksi er en øyeblikkelighjelp-tilstand, og rask behandling er meget viktig. Dersom en mistenker at pasienten har anafylaksi, må behandling iverksettes på klinisk mistanke.

Den viktigste behandling ved anafylaksi er adrenalin intramuskulært! Dette er en potensielt livreddende behandling. Adrenalin har både alfa- og betastimulerende virkning og alle symptomer ved anafylaksi, inkludert respiratoriske og sirkulatoriske symptomer, responderer på adrenalin.

Adrenalin skal derfor gis umiddelbart intramuskulært anterolateralt i midtre parti

av lårmuskelen (m. vastus lateralis). Doser er for barn 0,1 mg pr. 10 kg, maksimalt 0,5 mg, for voksne 0,5 mg. Det er ingen absolute kontraindikasjoner for anvendelsen av adrenalin ved anafylaksi. Det er et betydelig underforbruk av adrenalin ved anafylaksi, både av helsepersonell og av pasienter som har fått utskrevet adrenalinpenn (1, 6).

Legg pasienten ned med beina hevet, såfremt det ikke hemmer respirasjonen. Dersom respiratorisk besvær: Hevet overkropp, eller slik pasienten selv foretrekker. Intravenøs tilgang etableres. Pasienten bør ikke reise seg raskt opp i sittende eller stående stilling. Gi oksygen og oppretthold frie luftveier. Blodtrykk, puls, respirasjon og oksygenmetning kontrolleres jevnlig.

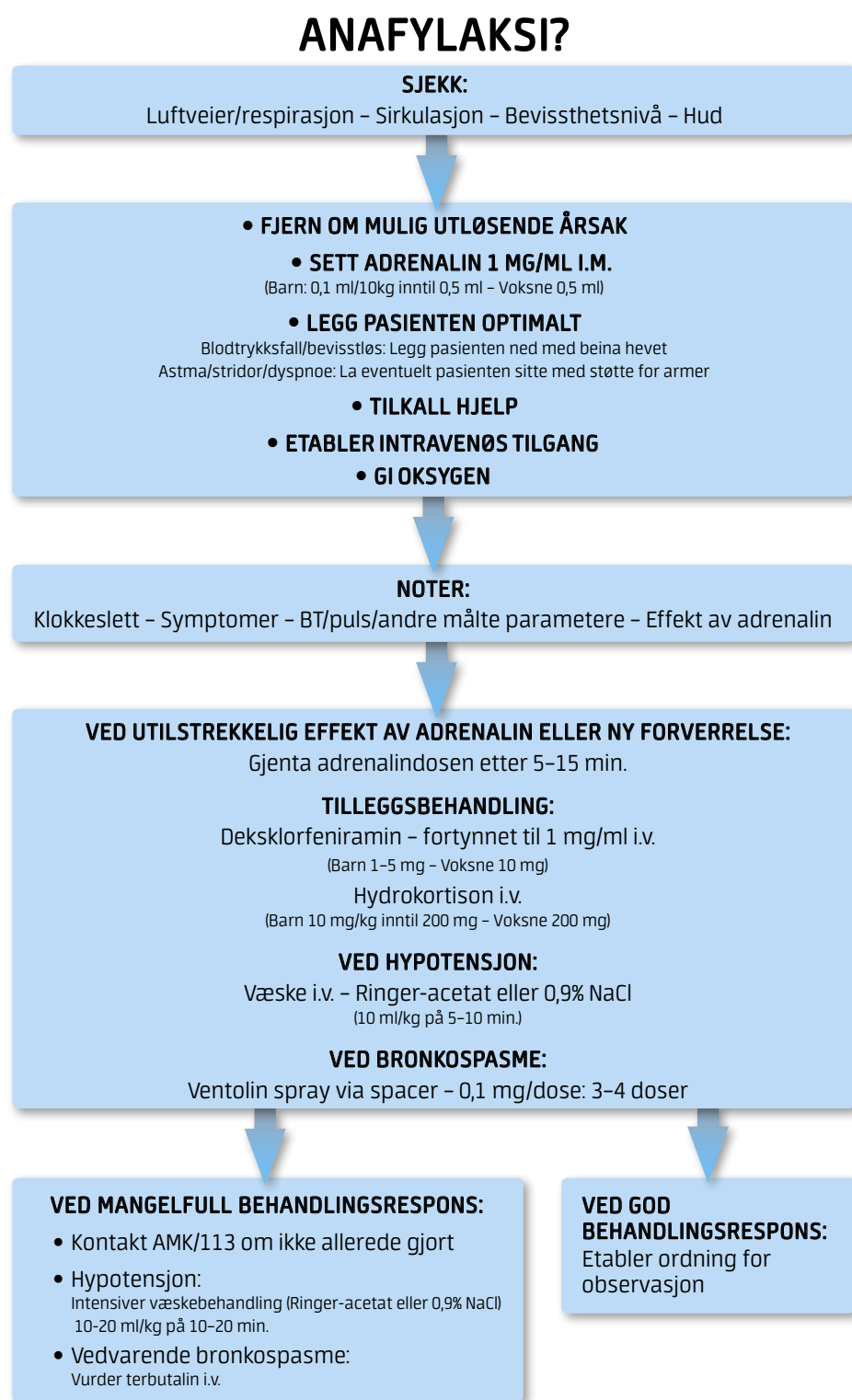
Injeksjon med adrenalin gjentas etter fem til ti minutter ved manglende effekt. Ved tilbakefall av symptomer gis adrenalin på nytt.

Videre symptomatisk behandling er beskrevet i vedlagte flytskjema, figur 1 (5). Ved sirkulatorisk påvirkning gis intravenøs væske, ved bronkial obstruksjon gis inhalasjon med β -2 agonist (salbutamol). Antihistamin og systemiske kortikosteroider har ingen akutt effekt, men er både i norske og internasjonale terapianbefalinger anbefalt gitt per oralt eller intravenøst selv om effekten er dårlig dokumentert (1).

Andre tiltak vurderes igangsatt slik det er anført i flytskjemaet nedenfor (5).

FIGUR 1. Flytskjema for behandling av anafylaksi.

MODIFISERT ETTER TILLATELSE FRA BERSTAD A. ET AL. NORSK VEILEDER I PRAKTISK ANAFYLAKSIHÅNDTERING, SKRIFTSERIE FOR LEGER 2014



Oppfølging etter akuttbehandling

Etter akuttbehandling anbefales inntil 24 timer observasjon, men dette kan tilpasses individuelt avhengig av alvorlighet og respons på behandling. Pasienten skal observeres utover fullstendig tilbakegang av symptomer, for å fange opp et eventuelt bifasisk forløp, dvs. tilbakefall av symptomer etter fullstendig symptomfrihet.

Grundig anamnese er viktig for å identifisere eller sannsynliggjøre årsaken til episoden. Så langt som mulig å foreslå midlertidige forebyggende tiltak for å unngå ny anafylaksi inntil allergologisk utredning er gjort og utredningsbaserte tiltak kan iverksettes. Pasienten skal orienteres både muntlig og skriftlig om tilstanden.

Etterbehandling per oralt i tre døgn etter utskrivning: med antihistaminer og glukokortikoider f.eks. tabl. Prednisolon, Voksne: 40 mg x 1, Barn: 1–2 mg/kg x 1.

Før hjemsendelse må pasienten få utskrevet adrenalin autoinjektor (Epipen®, Jext®, Emerade®) dersom det foreligger risiko for ny eksponering for utløsende allergen eller om utløsende allergen ikke er identifisert. Det skal foreskrives minst to enkelt doser.

Forskrivningen forutsetter imidlertid at man har informert pasient eller pårørende at autoinjektoren har tidsbegrenset holdbarhet og gjelder til allergologisk utredning er gjennomført og behovet revurdert. *Både pasienter og pårørende skal ha grundig informasjon om når og hvordan adrenalinpennen skal brukes og trene med øvingsinjektor før medisinen hentes.* Det er viktig at man informerer om forventede bivirkninger og at lege skal kontaktes etter at adrenalin har vært gitt.

Laboratorieanalyser

Anafylaksi er en klinisk diagnose og blodprøvetaking må ikke hindre eller forsinke akuttbehandlingen. Noen blodprøver kan i ettertid gi svært viktige bidrag for å vurdere om pasienten har hatt en anafylaktisk reaksjon.

Tryptase er en mediator som frigjøres fra aktiverte mastceller. Forhøyet tryptase i akuttfasen med normalisering etter et døgn styrker mistanken om at pasienten har hatt en anafylaksi. Normal tryptase utelukker imidlertid ikke anafylaksi. Spesielt ved reaksjon på en matvare, kan tryptase-nivået være normalt. Tryptase har kort halveringstid og akuttprøve må tas innen tre timer etter symptomstart. Dette kan gjøres i allmennpraksis og på legevakt. Kun vanlig serum uten spesielle tiltak ved blodprøvetaking er nødvendig. Baseline nivå måles etter 24 timer hvis pasienten er innlagt eller ved oppfølgingskonsultasjon.

Signifikant stigning utregnes ut ifra formelen:
 Signifikant stigning tryptase = Baseline nivå x 1,2 + 2

Listen over mulige differensialdiagnoser er lang og avhengig av hvilke symptomer pasienten har. Enkelte blodprøver vil kunne være med på å avklare disse. Syre-/basestatus vil avklare eventuell hyperventilasjonsanfall ved at det påvises respiratorisk alkalose. Syre/base må måles så raskt som mulig etter at en har startet håndtering av pasienten. Likeledes kan det være nyttig å måle glukose for å utelukke hypoglykemi.

Når akuttbehandling er gjennomført og man har tatt opp en grundig sykehistorie, bør en rekvirere spesifikke IgE-analyser for mistenke allergener. Rekvireringen skal være målrettet og styrt av sykehistorien.

Skriftlig dokumentasjon av anafylaktisk anfall – kritisk informasjon

Enhver behandling og påfølgende utredning, uavhengig av nivå, skal dokumenteres i pasientjournal. Denne avsluttes med et kort sammendrag av de vurderinger som blir gjort, bla. som grunnlag for bruk i elektronisk pasientjournal («CAVE»), kjernejournal (kritisk informasjon) og pasientbåret informasjonsskriv (legeerklæring i lommebok, SOS-kapsler, informasjonsskort mv.).

Noen blodprøver kan i ettertid gi svært viktige bidrag for å vurdere om pasienten har hatt en anafylaktisk reaksjon.



Allergologisk utredning og oppfølging

Alle pasienter som har hatt anafylaksi skal henvises til allergologisk utredning.

I henvisningen er det svært viktig med god beskrivelse av observerte kliniske symptomer og utviklingen av disse, tidsintervall mellom eksponering og sykdomsstart, målte parametre (blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens), iverksatt behandling og andre tiltak og effekten av disse. I tillegg beskrivelse av omstendighetene omkring og «settingen» hvor episoden fant sted, mulige kjente (eller ukjente) eksponeringer og kofaktorer (som alkohol, anstrengelse, NSAIDs) som kan ha innvirkning.

Etter at utredningen er fullført og poliklinisk notat/epikrise fra spesialisten er mottatt, bør fastlegen kalle pasienten inn til konsultasjon for å sikre at pasienten eller pårørende har forstått hva anafylaksi innebærer. Nærmeste pårørende, også for den voksne pasienten, anbefales å delta på opplæring i bruk av adrenalinpenner. Det er viktig å sikre at pasienten mestrer allergien sin, unngår utløsende faktorer, at optimal skriftlig behandlingsplan er tilgjengelig på relevante steder og at tiltak rundt pasienten er i henhold til spesialisterklæringen. Foreligger det sykdommer som kan forverre prognosen, bør disse bli utredet og optimalt behandlet. Dårlig kontrollert astma er en risikofaktor for alvorligere forløp og bør være adekvat behandlet og godt kontrollert. Bruker pasienten medisiner som for eksempel betablokkere eller ACE-hemmere som kan påvirke utfallet av anafylaksi? Det er viktig å sikre at nødvendig og oppdatert «kritisk/viktig informasjon» bæres av pasient (SOS-kapsel, legeerklæring, anafylaksiskort mv.). Ved reiser utenlands skal informasjonen også skrives på engelsk.

Andre tema som er aktuelt i oppfølging, er hvorvidt tilstanden er stabil eller om det kreves ny allergologisk oppfølging. Dessuten må fastlegen sikre at pasienten har fått veiledning og har forstått hvordan gjennomføre egen administrasjon av forskrevet adrenalin og andre legemidler. Pasient og pårørende anbefales å øve med treningspenn årlig.



ent og pårørende anbefales å øve med treningspenn årlig.

Anafylaksi er en potensielt livstruende tilstand. Det er svært viktig med rask og korrekt diagnose, fordi tidlig behandling kan være avgjørende for resultatet.

REFERANSER

1. Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, Sanchez-Borges M, Senna GE, Sheikh A, Thong BY. World Allergy Organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J.* 2011 Feb; 4(2): 13–37.
2. Panesar SS, Javad S, de Silva D, Nwaru BI, Hickstein L, Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilò MB, Cardona V, Dubois AE, Dunn Galvin A, Eigenmann P, Fernandez-Rivas M, Halcken S, Lack G, Niggemann B, Santos AF, Vlieg-Boerstra BJ, Zolppli ZQ, Sheikh A; EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Group. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. *Allergy* 2013; 68: 1353–1361.
3. Turner PJ, Gowland MH, Sharma V, Ierodiakonou D, Harper N, Garcez T, Pumphrey R, Boyle RJ. Increase in anaphylaxis-related hospitalizations but no increase in fatalities: An analysis of United Kingdom national anaphylaxis data, 1992–2012. *J Allergy Clin Immunol.* 2015 Apr; 135(4): 956–63.
4. Vetander M, Helander D, Flodström C, Ostblom E, Alfvén T, Ly DH, Hedlin G, Lilja G, Nilsson C, Wickman M. Anaphylaxis and reactions to foods in children – a population-based case study of emergency department visits. *Clin Exp Allergy.* 2012 Apr; 42(4): 568–77.
5. Norsk veileder i praktisk anafylaksihåndtering 2014. Skriftserie for leger. Utarbeidet på vegne av Norsk forening for allergologi og immunpatologi (NFAI): Aud K. Herland Berstad, Torgeir Storaas, Gerrit Hendrik De Pater, Kenneth Press, Erik Florvaag.
6. Noimark L, Wales J, Du Toit G, Pastacaldi C, Haddad D, Gardner J, Hyer W, Vance G, Townshend C, Alfaham M, Arkwright PD, Rao R, Kapoor S, Summerfield A, Warner JO, Roberts G. The use of adrenaline autoinjectors by children and teenagers. *Clin Exp Allergy.* 2012 Feb; 42(2): 284–92.

■ EVASTY@OUS-HF.NO

Legemiddelforskning i allmennpraksis

■ ANJA BRÆND • Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Denne artikkelen er en oppsummering av hovedfunn i ph.d.-avhandlingen *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*.

Bakgrunn

Kliniske studier danner grunnlaget for kunnskap om effekten og uønskede hendelser ved bruk av legemidler. Studiene danner basis for markedsføringstillatelse av legemidlene, de oppsummeres i systematiske oversikter og er en del av grunnlaget for kliniske behandlingsretningslinjer. De fleste resepter i Norge skrives ut i allmennpraksis, likevel blir de fleste legemiddelstudier gjennomført på sykehus. Formålet med denne avhandlingen var å undersøke kliniske legemiddelutprøvin-ger i norsk allmennpraksis.

Problemet med selektiv publisering av forskningsresultater har lenge vært kjent og omtalt i forskningslitteraturen: studier med positive resultater blir generelt publisert oftere enn studier med negative resultater. Det har vært flere forsøk på å gjøre noe med denne skjevheten. Et viktig skritt på veien var obligatorisk offentlig forhåndsregistrering av alle kliniske studier fra 2005. De senere årene har initiativ særlig vært knyttet til deling av individdata fra forskning (1).

Bjarne Austad og medarbeidere har tidligere beskrevet at norske allmennpraktikere opplever det som en utfordring at kliniske retningslinjer stort sett omhandler enkeltsykdommer, mens pasientene deres ofte har flere sykdommer samtidig (2). Polyfarmasi er også vanlig i allmennpraksis (3), og uønskede hendelser ved bruk av legemidler er vanligere hos pasienter med multimorbiditet (4). Det er derfor et problem at pasienter med komorbiditet ofte blir ekskludert fra kliniske legemiddelstudier (5). Dette er med på å svekke den eksterne validiteten eller overførbarheten av legemiddelforskning til klinisk allmennmedisin.

Vi har beskrevet legemiddelstudier i norsk allmennpraksis, undersøkt om resultatene ble publisert og vurdert hvordan resultatartiklene beskrev studiene med henblikk på ekstern validitet.

Kort om metode

Vi identifiserte legemiddelutprøvin-ger i allmennpraksis fra søknader om å gjennomføre slik legemiddelforskning i Norge. Søknadene fant vi i arkivet til Statens Legemiddelverk. Vi inkluderte studier for tiårsperioden 1998–2007 og beskrev antall studier og kjennetegn ved studiene. For å identifisere publikasjoner fra studiene gjorde vi litteratursøk i flere databaser. I tillegg sendte vi spørreskjema til de som stod bak studiene der vi ikke hadde funnet noen publikasjoner. I hovedartikkelen fra hver legemiddelstudie undersøkte vi hvordan opplysninger med betydning for studienes eksterne validitet (overførbarhet) var beskrevet.

Hva fant vi?

Legemiddelforskning i norsk allmennpraksis

Det var få legemiddelstudier i allmennpraksis. I perioden 1998–2007 var det knapt en tittel av alle legemiddelstudier i Norge som var planlagt gjennomført helt eller delvis i allmennpraksis (196 av totalt 2054 legemiddelstudier disse ti årene). De fleste av studiene i allmennpraksis inkluderte pasienter på sykehus også. Av de 196 studiene var 77 prosent studier som inkluderte pasienter i både allmennpraksis og spesialisthelsetjenesten. Legemiddelindustrien stod bak 96 prosent av legemiddelstudiene i denne perioden, som var rett før Allmennmedisinsk forskningsfond ble etablert.

Ble resultatene fra legemiddelstudiene offentlig tilgjengelige?

I den andre artikkelen i avhandlingen undersøkte vi om legemiddelstudiene i norsk allmennpraksis førte til publiserte resultater. Artikler fra studiene ble publisert mellom 2000 og 2015. Det var fem studier som aldri ble påbegynt. Av de gjenværende 191 studiene fant vi at 82 prosent hadde offentlig tilgjengelige resultater. Resultater var publisert i en tidsskriftartikkel i 71 prosent av studiene. For øvrig hadde 11 prosent av studiene resultater som var offentlig tilgjengelig på annen måte, mens 18 prosent ikke hadde offentlig tilgjengelige resultater. Publisering var vanligere i studier der et legemiddel ble sammenlignet med et annet aktivt preparat, i studier som inkluderte mange pasienter og i studier av lengre varighet. I løpet av tiårsperioden var det en positiv utvikling der flere studier fikk offentlig tilgjengelige resultater.

Ble studiene beskrevet på en slik måte at overførbarheten til allmennpraksis kan vurderes?

I den tredje delen av avhandlingen undersøkte vi om de 134 artiklene som beskrev hovedresultater fra legemiddelstudiene, gav tilstrekkelig informasjon til å vurdere den eksterne validiteten av studiene. Viktig informasjon ble ofte utelatt i resultatartiklene, spesielt informasjon om studiens kliniske setting, om inkluderte pasienter samtidig hadde andre sykdommer og om de brukte andre medisiner. Den kliniske settingen ble beskrevet i 22 prosent av artiklene, mens rekruttering og utvalget av pasienter ble beskrevet i 46 prosent av artiklene. Komorbiditeten til inkluderte pasienter ble beskrevet i 40 prosent av artiklene, bruk av andre medikamenter enn den som ble prøvd ut, ble beskrevet i 20 prosent av studiene. Det var flere artikler som beskrev komorbiditet og komedikasjon de senere årene, mens den kliniske settingen ikke ble rapportert oftere.



Framover

Det finnes hjelpemidler som kan bidra til bedre rapportering av kliniske studier. Nyttige råd for hvordan man skal beskrive en studie finnes i CONSORT, som også har en egen utvidelse for pragmatiske studier, som kan være særlig aktuelle i allmennpraksis (6). PRECIS-2 kan være et nyttig redskap for planlegging av pragmatiske kliniske studier i allmennpraksis (7).

Det norske forskningsnettverket i allmennmedisin, PraksisNett, er for tiden under etablering og gir nye muligheter for klinisk allmennmedisinsk forskning i Norge (8). Forhåpentligvis vil blant annet relevante legemiddelstudier kunne bli gjennomført i PraksisNett og gi resultater som er overførbare til vanlige allmennmedisinske problemstillinger og pasienter.

Disputas ved Universitetet i Oslo, 28.12.2018.

VEILEDERE: Atle Klovning og Jørund Straand

REFERANSER

1. Kalager M. Del data. Tidsskr Nor Legeforen. 2017; 137: 679.
2. Austad B, Hetlevik I, Mjølstad BP, Helvik AS. General practitioners' experiences with multiple clinical guidelines: A qualitative study from Norway. Quality in Primary Care. 2015; 2370–7.
3. Baron-Franco B, McLean G, Mair FS, Roger VL, Guthrie B, Mercer SW. Comorbidity and polypharmacy in chronic heart failure: a large cross-sectional study in primary care. Br J Gen Pract. 2017; 67: e314–e20.
4. Calderon-Larranaga A, Poblador-Plou B, Gonzalez-Rubio F, Gimeno-Feliu LA, Abad-Diez JM, Prados-Torres A. Multimorbidity, polypharmacy, referrals, and adverse drug events: are we doing things well? Br J Gen Pract. 2012; 62: e821–6.
5. Buffel du Vaure C, Dechartres A, Battin C, Ravaud P, Boutron I. Exclusion of patients with concomitant chronic conditions in ongoing randomised controlled trials targeting 10 common chronic conditions and registered at ClinicalTrials.gov: a systematic review of registration details. BMJ Open. 2016; 6: e012265.
6. Zwarenstein M, Treweek S, Gagnier JJ, Altman DG, Tunis S, Haynes B, et al. Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. BMJ. 2008; 337: a2390.
7. Loudon K, Treweek S, Sullivan F, Donnan P, Thorpe KE, Zwarenstein M. The PRECIS-2 tool: designing trials that are fit for purpose. BMJ. 2015; 350: h2147.
8. Bjorvatn B, Straand J, Halvorsen P, Wensaas K-A, Bellika JG, Fors EA, et al. PraksisNett – et nettverk av fastlegepraksiser. Utposten. 2018, nr. 4.

Frederik Holst

– vår første samfunnsmedisiner

■ MAGNE NYLENNA • Fagdirektør i Folkehelseinstituttet og professor i samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo

Blant pionerene i norsk helsetjeneste står legen Frederik Holst (1791–1871) fram som en foregangsmann både i akademisk og helsepolitisk sammenheng. Holst har bidratt til å utvikle den offentlige helsetjenesten i Norge og til å forme legerollen.

Det kongelige Frederiks Universitet i Christiania ble grunnlagt i 1811. Satsingen på høyere utdanning og på helsetjenester som viktige deler av nasjonsbyggingsprosjektet, ble forenet i 1814 ved opprettelsen av Det medisinske fakultet og etableringen av en norsk legeutdanning. Den første doktortgraden ved det nye universitetet ble forsvart i 1817 av legen Frederik Holst (1791–1871). Temaet var «Hva er sykdommen som kalles Radesyge, og på hvilken måte kan den utryddes fra Skandinavia?». Etter noen år som stadsphysicus i Christiania, ble Holst i 1824 fakultetets fjerde professor med ansvar for farmakologi, toksikologi og hygiene. Hygiene omfatter den delen av medisinen som retter seg mot befolkningsgrupper mer enn enkeltindivider, og tilsvarende den fagkretsen som i vår tid kalles samfunnsmedisin. Både i navnet og i gagnet ble Frederik Holst en pioner i norsk samfunnsmedisin (1). Det er ikke tilfeldig at Avdeling for samfunnsmedisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo holder til nettopp i Frederik Holsts hus.

Samfunnet ble «pasienten»

De ulike fagmiljøene i Norge på begynnelsen av 1800-tallet var små, og enkeltpersoner var avgjørende for utviklingen. Frederik Holst var en lege og humanist med et sterkt samfunnsengasjement og en foregangsmann på mange områder (2). Han foretok en rekke studieturer til utlandet og brakte med tilbake til Norge erfaringer og ideer fra Sverige, Danmark, Tyskland, Østerrike, Frankrike, Storbritannia og Irland. Slik kunne den unge, norske nasjonen trekke veksler på internasjonal kunnskap og kompetanse.

Det fantes den gang få behandlingsmuligheter for enkeltpasienter, og spesifikke sykdomsårsaker var stort sett ukjente. Legene rettet derfor i høy grad sin innsats mot forebygging og befolkningsrettede til-

tak f.eks. knyttet til drikkevann, ernæring og renovasjon. Slik sett ble samfunnet i seg selv den viktigste målgruppe for helsetjenesten.

Frederik Holst var medlem eller leder av de fleste komiteer og kommisjoner og involvert i de fleste initiativer som hadde med helsetjenestens organisering å gjøre i første del av 1800-tallet. Han deltok aktivt i planleggingen av Rikshospitalet som åpnet i 1826, og han var sentral i håndteringen av koleraepidemiene på 1830-tallet.

Redaktør og reformator

En av de viktigste funksjonene Frederik Holst hadde, var som grunnlegger, utgiver og redaktør av tidsskriftet *Eyr* (1826–37), Norges første medisinske tidsskrift (3). Holst ble også valgt som redaktør da *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* startet opp i 1840. Undervisning og formidling var sentralt for Frederik Holst, og selv om han i begrenset grad henvendte seg direkte til allmennheten, fikk han stor betydning for folkehelsearbeidet. Som universitetslærer og redaktør hadde han en avgjørende innflytelse på utviklingen av legerollen i Norge.

Historikeren Aina Schiøtz framholder tre momenter som viser betydningen Frederik Holst har hatt for norsk lege- og helsevesen helt fram til vår tid (4):

- For det første var han opptatt av legenes posisjon som ledere i helsetjenesten. Med god hjelp av Karl Evang (1902–81) hundre år senere, ble fagstyret i norsk helsetjeneste og legenes viktige rolle i folkehelsearbeidet opprettholdt.
- Dernest var han en sterk talsmann for de svake i samfunnet, av barn og fattige, og han så behovet for medisinsk innsikt i løsningen av sosiale problemer. Holsts



Frederik Holst (1791–1871) var grunnlegger, utgiver og redaktør av Norges første medisinske tidsskrift, *Eyr*.

omsorg for de sårbare gruppene viste seg særlig i hans innsats for fengselsinnsatte og sinnslidende.

- Og sist, men ikke minst, var han opptatt av å se sykdom og helse i en større kontekst, og av miljøfaktorenes betydning for befolkningens helse. Distriktslegevesenet videreførte denne tilnærmingen, og dagens kommunelegeordning bygger på samme filosofi; ansvar både for den ene og de mange der helhetstenkning stadig er idealet.

REFERANSER

1. Mellbye F. Hva er samfunnsmedisin? Frederik Holst (1791–1871) – vår pioner i faget. *Tidsskr Nor Legeforen* 1993; 113: 3762–6.
2. Nylenna M, Larsen Ø. Frederik Holst – professor, publisist og pioner. *Michael* 2017; 14: 259–71. http://www.dnms.no/index.php?seks_id=254900&a=1
3. Nylenna M, Larsen Ø. *Eyr* – portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; 12: Supplement 17.
4. Schiøtz A. Samfunnsmedisinens pioner – Frederik Holst og det offentlige lege- og helsevesen. *Michael* 2017; 14: 271–87. <http://www.michael-journal.no/i/2017/11/Samfunnsmedisinens-pioner-Frederik-Holst-og-det-offentlige-lege-og-helsevesen>

■ MAGNE.NYLENNA@FHI.NO

Den gåtefulle radesyken

■ HARALD SIEM • Seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

Et brev som en 1700-tallsbonde i sin desperasjon skrev til en apoteker i Skien, er gjengitt i et oppslagsverk over sykdommer fra 1860:

«Velædle Skiens Apotheker!

Hermed følger min venlige Begjæring til dig om du kunde vide nogen Raad til min Kone, da hun haver lagt sig i Cuur og haver nu ligget i otte fulle Uger, som kun ikke haver kunnet tale, da Tungen er saa stor, at den fylder op Munden, og Lipperne vrænges om; den nedre hænger ned paa Hagen og den øvre vrænger sig op til Næsen, Kindbenene staae røde som Blod. Tænderne springe itu og nogle falde helt ud med Roden. Hun er opsvulmet over hele Ansigtet. Den Cuur bestod av 100 røde Piller og Mercurialsalve. Denne Cuur har jeg kjøbt i Arendal.

Aslestad, den 22de April 1794.»

Kona døde kort tid etter med diagnosen radesyke, skriver professor i medisin, Christian Wilhelm Boeck i oppslagsverket med navnet *Samling af Iagttagelser av Hudens Sygdomme*.

Sykdommen var hovedsakelig utbredt i den fattige befolkning på Sør-Vestlandet i Norge. Den var gåtefull, man fant ikke ut hva det dreide seg om. Sannsynligvis var det en kombinasjon av syfilis, spedalskhet og kanskje også eksem.

Den første doktorgrad i Norge ble tatt av vår første professor i hygiene, Frederik Holst. Temaet var radesyken. Senere har Anne Kveim Lie studert sykdommen. Hun sier at

«hvis man skulle tvinge meg til å sette en moderne diagnose på radesyken, tror jeg nok at den ikke-veneriske syfilisbakterien er den mest sannsynlige kandidaten.» (FORSKNING.NO)

Sykdommen var fæl og skremmende. Men i tillegg var sykdommen viktig fordi den representerte starten på et offentlig engasjement rundt helsen i befolkningen. Som følge av dette ble Radesykehuset i Stavanger bygget etter et kongelig direktiv i 1773.

■ HARALD.SIEM@FHI.NO



FOTO: G. WAREBERG SITT ARKIV, STATSARKIVET I STAVANGER

Nye ledere i AF og NFA

■ UTPOSTENS REDAKSJON

Nils Kristian Klev er valgt til ny leder av Allmennlegeforeningen og Marte Kvittum Tangen blir neste leder av Norsk forening for allmennmedisin.

Valget av de to lederne skjedde på foreningens årsmøter under Våruka på Moxxy Hotel på Hellerudsletta utenfor Oslo nylig. Allmennlegeforeningen (AF) hadde sitt årsmøte 8. mai; Norsk forening for allmennmedisin (NFA) 9. mai.

Nils Kristian Klev og Marte Kvittum Tangen tar over ledervervene etter henholdsvis Tom Ole Øren og Petter Brelín som begge gir seg etter to perioder. Klev er spesialist i allmennmedisin og fastlege i

Røyken kommune. Kvittum Tangen er spesialist i allmennmedisin og fastlege i Tynset kommune.

I tillegg til ny leder, valgte både AF og NFA nytt styre. Her er fasiten for styresammensetningen i neste toårsperiode som begynner 1. september:

● Allmennlegeforeningen

Nils Kristian Klev (leder), Ivar Halvorsen (nestleder), Marit Karlsen, Tor Magne Johnsen, Marit Tuv, Peter Christersson, Elin Kjølstrød Ødemark, Dragan Zerajic, Kirsten Rokstad (vara), Ronny Cassells (vara), Eli Øverstad (vara)

● Norsk forening for allmennmedisin

Marte Kvittum Tangen (leder), Torgeir Hoff Skavøy (nestleder), Ståle Sagabråten, Kjartan Olafsson, Sirin Johansen,

Katrine Prydz, Anette Fosse, Elisabeth Stura (vara), Christina Stangeland Fredheim (vara), Ingvild Vatten Alsnes (vara)

Utposten har bedt de to nye lederne om å presentere seg ved å svare på følgende like-lydende spørsmål:

- ❶ Hvorfor ville du bli foreningsleder – og hva mener du selv er din sterkeste leder-egenskap?
- ❷ Nevn tre saker som du brenner for og som du ønsker å løfte frem.
- ❸ Hva gleder du deg mest til i din nye rolle?
- ❹ Nevn noen hovedutfordringer som du forventer at du vil måtte bryne deg på i tiden som kommer.
- ❺ Hva tror du status for fastlegeordningen vil være om fem år? Fortsatt kritisk – eller «ny giv»?

NILS KRISTIAN KLEV, AF



Nils Kristian Klev, flankert av Ivar Halvorsen (t.v.) som blir nestleder i AF.

❶ Etter over 15 år som fastlege vet jeg hvilken fantastisk ordning vi har, men ser også behovet for videreutvikling og forbedring. Årene i styret i AF, positive tilbakemeldinger, samt gleden ved teamarbeid har gitt meg økt lyst til å ta et større ansvar. Å få muligheten til å jobbe med dette på heltid sammen med et flott styre og medarbeiderne i Legeforeningen sentralt var avgjørende for meg. Det blir likevel litt rart å skulle ta en pause fra det kliniske arbeidet etter så mange år.

Som leder er jeg glad til å lytte og utvikle team. Det handler om å tilrettelegge slik at vi får frem alle synspunkter. Vi må tåle at vi har ulike syn, og se det i lys av våre erfaringer og vår kompetanse. Gjennom gode diskusjoner lykkes en som regel å nå en høyere grad av erkjennelse enn det hver og en gikk inn i prosessen med. Sammen finner vi de beste løsningene, men lederen må ta ansvaret for at vi samler oss om en riktig retning inn i fremtiden.

❷ Fastlegeordningen blir naturligvis en viktig sak, herunder to temaområder som henger tett sammen: stabilisering og rekruttering. Økningen i oppgaver og arbeidstid uten økning av økonomiske ressurser har gjort næringsmodellen mindre attraktiv enn tidligere, og flere velger fastlønn eller 8.2-avtaler. Vi trenger ulike modeller, men skal vi klare å rekruttere nok fastleger i årene fremover, må næringsmodellen som hovedmodell styrkes. Det må kompenseres for økte oppgaver og legges

til rette for kortere lister slik at vi får flere leger inn i fastlegeordningen.

Allmennmedisin er mer enn bare fastlegeordningen. Vi må sikre gode vilkår for alle leger som skal jobbe i kommunehelsetjenesten. I dag er kommunehelsetjenesten underledet i mange kommuner, men den må styrkes om en skal utnytte potensialet og kunne skape best mulige helsetjenester.

❸ Vi har fått et fantastisk styre med engasjerte og motiverte kollegaer som jeg gleder meg til å bli enda bedre kjent med. Vi har noe ulike bakgrunn, kompetanse og erfaringsgrunnlag som vi vil dra god nytte av – og jeg er sikker på at vi blir et godt team som, til tross for en del hardt arbeid, skal klare å ha det moro underveis. Teamarbeid inspirerer og gir energi.

Jeg gleder meg også til å møte enda flere medlemmer og få samarbeide tettere med de tillitsvalgte lokalt. Det er der utfordringene merkes best, og mange løsninger skjer først lokalt – i samarbeid med kommunen. Vi kan lære mye av hverandre ved å utveksle slike erfaringer som videre igjen kan breddes nasjonalt.

❹ Sammen med kommunene og myndighetene må vi få på plass løsninger som sikrer fastlegjetjenesten; både at legene som er i ordningen fortsetter og at det er attraktivt for nye leger å begynne som fastleger. Alt tyder på at fastlegeordningen er underfinansiert, og det trengs en betydelig styrking av økonomien.

MARTE KVITTUM TANGEN, NFA

❶ Etter snart 20 år som fastlege er jeg klar for å bruke erfaringene og refleksjonene på en ny måte. Jeg har vært engasjert i ulike roller som tillitsvalgt i Legeforeningen – og det har gitt mye energi. Jeg har en kjærlighet til faget allmennmedisin og til rollen som fastlege. Jeg kommer sikkert til å lengte hjem til både pasientene, kontoret og Nord-Østerdalen på heftige dager dominert av helsepolitikk i hovedstaden.

Jeg er lyttende og veldig glad i å holde oversikt, og er ganske god på å organisere. På mitt fastlegekontor ler alle av at jeg holder kontinuerlig oversikt, ikke bare over meg selv og timeboka flere år frem i tid, men også over kollegaenes planer og aktiviteter. Jeg har lite behov for å markere meg selv som person, og er opptatt av at som leder skal jeg sørge for at vi får det til sammen.

❷ Alle innbyggere skal ha en kvalitativt god og tilgjengelig fastlegetjeneste og en god legevaktjeneste, uavhengig av hvor de bor, hvem de er og økonomisk status. Jeg er imot et todelt helsevesen. En sterk og god fastlegetjeneste er viktig for pasientene, kommunene og helseforetakene. Kjennskap til pasientene og kommunen over tid gir god helsetjeneste. Jeg håper å øke forståelsen for at det er pasientene og samfunnet som har behovet for en fungerende fastlegetjeneste.

Det er viktig for kvaliteten i fastlegetjenesten at vi har gode muligheter til å veilede og undervise – og vice versa: Medisinstuderende og LIS1 må møte gode læremestre i faget som har tid til å veilede. Vi trenger fortsatt aktive og gode NFA-faggrupper, SKIL, mer forskning i allmennmedisin og mindre variasjon i helsetjenesten.

Jeg er opptatt av at tilsynssaker mot enkeltleger – der det er begått faglige feil – ikke bør løses ved at det gis advarsel, kritikk eller sanksjoner mot den enkelte lege. Det blir bedre kvalitet av veiledning og faglig oppdatering.

❸ Jeg gleder meg til å ta fatt på oppgavene sammen med et svært kompetent styre som innehar mye allmennmedisinsk kunnskap. Jeg har fått med en erfaren og svært flink nestleder i Torgeir Hoff Skavøy. Det er gjort mye godt arbeid i NFA over mange år og jeg gleder meg til å videreføre dette.

Jeg gleder meg til å bli kjent med engasjerte og kunnskapsrike fastleger fra hele Norge, og til å samarbeide både med tillitsvalgte og ansatte i Legeforeningen. Jeg gleder meg til å lære mer om helsepolitikk og til å se hvordan viktige beslutninger kan påvirkes. Det blir spennende å utfordre seg selv; jeg er selvsagt også litt nervøs for om jeg vil klare oppgaven.

❹ Det å være fastlege har endret seg i løpet av de 20 årene jeg har vært i yrket – og vil fortsatt endre seg fremover. Konsultasjonene har blitt særlig mer tidkrevende å gjennomføre, de inneholder flere problemstillinger og krever mer oppfølging enn tidligere. Det har blitt mange nye oppgaver. En utfordring nå blir å si noe om oppgaveplassering, hvem skal gjøre hva og eventuelt hva fastlegen ikke skal gjøre. Vi må bli bedre på samhandling og finne gode løsninger gjennom dialog og tverrfaglig arbeid.

For meg blir det utfordrende å se på veksten av private helsetjenester. Jeg håper Legeforeningen kan være tydelig, slik at en likeverdig helsetjeneste kan tilbys alle innbyggere. En god fastlegeordning virker sosi-



Marte Kvittum Tangen.

alt utjevnnende, rettferdig og bidrar ikke til overdiagnostikk og overbehandling.

Det er en utfordring å finne gode løsninger for legevaktjenesten. Dette er et forsømt område og for noen leger en stor tilleggsbelastning som oppleves utrygt, arbeidstidskrevende og belastende. Innholdet i legevaktoppgradningen er faglig givende og meningsfullt. Jeg skal mene mest om innholdet i tjenesten og at det er allmennleger som har størst kompetanse til å ha legevaktoppgradningen. Så må Allmennlegeforeningen arbeide med gode rammebetingelser.

❺ Jeg er optimist og er sikker på at vi fortsatt har en sterk og god fastlegeordning om fem år. Jeg har tro på en videreutvikling av fastlegetjenesten og at ordningen kan red- des!

Arbeidstiden for den enkelte lege må ned. Da må vi også vurdere legevaktbelastningen og hvordan dette kan tilpasses en mer normert arbeidsuke. Det må fortsatt være rom for å jobbe mye for dem som ønsker det, men det kan ikke være noe krav for å kunne jobbe som fastlege.

Befolkningen blir eldre, og behovet for helsetjenester vil øke, samtidig som flere tjenester skal utføres i kommunene. I sine utviklingsplaner frem mot 2035 går RHFene inn for at 10–15 prosent av deres oppgaver skal overføres til kommunene. Dette vil øke pres-

set på alle legene i primærhelsetjenesten og kan ikke gjennomføres uten flere leger, økte ressurser og tilstrekkelig kompetanse.

❻ Jeg er positiv med tanke på fremtiden. Jeg opplever at politikerne forstår viktigheten av en fungerende fastlegeordning – og at de nå erkjenner at det er krise. Over tid har det blitt flere kommuner som mangler fastleger, og utviklingen ser ut til å forverre seg. Det haster med tiltak både på kort og lengre sikt. Ordningen sikrer lik tilgang til helsetjenester og er på mange måter navet i helsetjenesten, samtidig som den er utrolig

kostnadseffektiv. Skulle den havarere, vil det få enorme konsekvenser for pasientene, men også for de øvrige delene av helsetjenesten. Dagens næringsmodell er langt rimeligere enn fastlønnsstillinger, og sammenliknet med det totale helsebudsjettet vil det være en svært god investering å sikre ordningen. Det tror jeg også politikerne har forstått, men det vil fortsatt ta litt tid å få på plass konkrete tiltak. Det som haster mest er å hindre at erfarne fastleger slutter. Vi i det kommende AF-styret skal gjøre vårt for at vi kommer i mål!

Historien om legevakten



Steinar Hunskaar og Hogne Sandvik
Legevaktens historie.
 Fra barberkirurg til digital vaktlege
 293 sider, rikt illustrert
 Nasjonalt kompetansesenter
 for legevaktmedisin
 Bergen 2018
 ISBN: 978-82-8361-020-8

Dette er boka for alle som har det minste snev av interesse for fenomenet legevakt. Ho burde vera obligatorisk pensum for dei som skal planleggja og utvikla ei av dei deltenestene som er avgjerande for folk sin tilitt til helsepersonellet og helsetenesta. Teksten er velskriven og supplert med relevante illustrasjonar. Kjeldebruken er truverdig og ganske så omfattande. I forordet gir forfattarane til kjenne kortfatta, men kloke metodiske refleksjonar.

Vekta er lagt på tida sidan 1960-talet, og då ikkje minst på utviklinga etter at legevakt blei ei lovpålagt teneste for kommunane i 1984. Boka gir eit samla oversyn over korleis vaktarbeidet for legar har ytra seg i samfunnet, og korleis dette har blitt sett på innanfrå. Vi får ta del i grunngitte vurderingar både i eit system- og eit individperspektiv. Dei av oss som har følgd med på utviklinga i denne deltenesta dei seinare 40 åra, vil kjenna seg att på punkt etter punkt. Det er påfallande at dei lange linene i utviklinga er meir prega av samfunnets krav enn av legane sine eigne ønskjer om å ha legevaktordningar.

Forfattaren av denne bokmeldinga finn seg sjølv sitert (side 165). I etterpåklokskapens lys ser utsegna ikkje så verst ut, og det er jo gildt. Det handlar om ein rapport frå Statens helsetilsyn i 2006 om «slurv og

venstrehandsarbeid». Men det som ikkje kjem fram i boka, er den uvissa som eg og mange med meg hadde om korleis utfordringane skulle møtast. Faktagrunnlaget var magert, og ikkje minst ganske skeivt, med sterk vekt på det som gjekk gale. Når likevel resultatet av påpeikingane frå tilsynet ser ut til å stå seg i ettertid, trur eg det skuldast at tilsynet ikkje berre bygde på eigne funn, men tok omsyn til erfaringar som også andre hadde omtala på meir eller mindre systematiske måtar. Kjelde- og metodetrianulering er ikkje så dumt i møte med samfunnsfagleg kompleksitet.

Dette er meir enn ei historiebok. Ho omtalar endringar som vi står midt oppi no. Her er stoffet truverdig, fyldig og detaljert. Men det er også her at teksten er teoretisk grunnast. Det er ikkje å undra seg over, fordi den kritiske distansen treng nokre år på å etablera seg.

Innleiingsvis har forfattarane med eit innspel frå litteraturen. Amalie Skram skildrar i Hellemysr folket eit fortvila forsøk på å få legehjelp til ein liten gut. Makteløysa skuldast ikkje berre vanskaner med å få tak i lege, men sjølvstøt også den manglande medisinske kunnskapen i dåtida. I det perspektivet hadde det vore gildt om forfattarane hadde opphalde seg noko meir ved det medisinske fornøytige i legevaktordningar i vår tid. Kva karakteriserer det medisinske behovet for slike ordningar i dag i forhold til i fortida? Det er ikkje så mange tiår sidan at legevaktlegen ikkje fekk lagt inn slagpasienten på sjukehus. No er det blålys og helikopter i slike situasjonar.

Om ein skulle hatt med enno ei fortelling frå litteraturen, kunne eg tilrådd Alexander L. Kiellands omtale av legebesøket i arresten til avdøde Else (1). Der blir det gitt ein rolleomtale av legen som det er grunn til å reflektera over også i dag. Og dersom ein skulle gått monaleg lenger bakover i tid når det gjeld det lovmessige ankerfestet for legar si hjelpeplikt, kunne ein ha sett på ei kongeleg forordning frå 10. januar 1619. Då blei det beint ut sagt at legar ikkje hadde hjelpeplikt i «Pest og Blodgangs Tid» (2). I forordninga frå 1672 blei det derimot bestemt at legar ikkje kunne unnlatte å behandla fattige som trong hjelp (3). Dette blei også noko overflatisk drøfta i forarbei-

da til lov om utførelsen av de offentlige lægeforretninger av 1912 (4). Det enda opp med ei allmenn hjelpeplikt for offentlege legar, slik som skrive i denne boka.

I nyare historisk perspektiv, hadde det vore grunn til å drøfta djupare kvifor legevaktordninga ikkje blei særleg omtala i stortingsmeldinga om sjukehusutbygginga frå 1974 (5). Det var her prinsippet om behandling på lågaste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) blei fastsett, og som utan tvil har sett eit fundamentalt preg på utviklinga av arbeidsdeling i helsetenesta her i landet. I denne stortingsmeldinga (s. 70) såg ein mest på heimesjuklepleia som det som skulle kompensera for auken i øyeblikkeleg hjelp-innleggingar i sjukehusa. Ein djupare analyse av kvifor det ikkje gjekk slik i første runde, kan vera eit flott mastergradstema.

Det kjem også tydeleg fram at forhold knytte til arbeidsmiljø og tryggleik for legevaktspersonellet er noko som først er kome på dagsorden det seinaste tiåret eller så. Alle som hugsar kor tilfeldig slikt var for over 20 år sidan, vil seia at jammen er det på høg tid. Men det fordrar at også legane må vera villige til å sjå at legevakt i vår tid er teamarbeid innanfor klåre faglege og organisatoriske rammer, og ikkje arenaen for medisinske cowboy-verksemd.

Men alt i alt: Det einaste eg saknar er eit stikkordregister.

REFERANSER

1. Kielland AL. Else. En julefortelling. København: Gyldendalske Boghandels Forlag, 1881.
2. Rørbye B. Mellem sundhed og sygdom. Om fortid, fremskridt og virkelige læger. En narrativ kulturanalyse. København: Museum Tusculanums Forlag, 2002.
3. Forordning om Medicis og Apothekere, 4. desember 1672. I: Thurmann L. Samling af Love, Forordninger, Kongelige Rescripter og Resolutioner, Placater, Reglementer, Instruxer, Fundatser og andre offentlige Aktstykker vedkommende Læger, Apothekere, Dyr-læger og Jordemødre i Kongeriget Norge. Christiania: Feilberg & Landmarks Forlag, 1851.
4. Indstilling fra Den kongelige Lægekommission af 1898: 1, Hovedindstilling: Angaaende Omordning af det civile Lægevæsen, 2, Tillægsindstilling: Angaaende Omordning af Medicinalstyrelsen. Kristiania: Johannes Bjørnstadts Bogtrykkeri, 1903.
5. St. meld. nr. 9 (1974–75). Om sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. Oslo: Sosialdepartementet, 1974.

GEIR SVERRE BRAUT

U-land og reiser



Ivar Helle, Gunnar Hasle
Reisemedisin
 Råd for helse og sykdom under
 langtidsopphold i utviklingsland
 182 sider

Gyldendal Akademisk
 Oslo 2018

5. utgave

Førsteutgaven av denne boka kom i 1983.

Forfatter av de fire første utgavene har vært infeksjonsmedisinere Ivar Helle (1925–2018). Han var en velkjent og inspirerende foreleser og veileder for studenter og leger på U-

levål sykehus i Oslo i en årrekke, spesielt innenfor infeksjons-/tropemedisin. Gunnar Hasle (1954–), også han infeksjonsmedisinere, har hovedansvaret for den aktuelle utgaven av boka.

Av bakside-teksten kan vi lese at denne 5. utgaven

«handler om hvordan man skal unngå å bli syk i land med sykdommer man ikke får i Norge, og der mye er annerledes enn hjemme.»

Boka gir grunnleggende kunnskaper om generelle forholdsregler og om hvordan man forebygger og behandler de viktigste tropesykdommene. Videre poengteres det med bakgrunn i forfatters erfaring at personer med langtidsopphold i dag har de største utfordringene på fritiden: trafikkulykker, drukning (dykking), høydesyke og farlige dyr.

Forordene til de ulike utgivelsene er fortsatt med i den 5. utgaven. De gir en summarisk oversikt over endringene i nordmenns trender for utenlandsopphold under enkle forhold, både i Sør-Amerika, Asia og i Afrika. Tidligere var det f.eks. misjonærer som bodde over lengre tid i såkalte u-land, mens

det i dag kan være mange ulike grunner til opphold under fjerne himmelstrøk, inklusive turisme.

Uansett bakgrunn for en reise til u-land, så er denne boka vel verdt å lese nøye igjennom, (angivelig trengs ikke mer enn en dags lesing for å komme gjennom teksten!). Boka er skrevet på en måte som gjør at også ikke-medisinere kan ha glede og nytte av den. Og dette har ikke gått på bekostning av den solide fagkunnskapen og erfaringene de to kollegene har opparbeidet seg innen feltet reisemedisin og som de her presenterer. – Videre er det fortløpende henvisninger til nettsteder for videre opplysninger, inklusive Reiseklinikk i Oslo.

Bakerst i boka er det listet opp en oversikt over aktuelle sykdoms-agens henholdsvis på norsk, engelsk, fransk, spansk, samt de latinske faguttrykkene.

Denne utgivelsen dreier seg om et fagfelt som kan angå enhver lege i kommunehelsetjenesten i vårt eget land, enten de selv planlegger å reise ut, eller at de får pasienter på kontoret før og/eller etter utenlandsopphold langt hjemmefra.

ELI BERG

Har du lyst til å skrive i Utposten?

Utposten er et dugnadsdrevet blad av og for allmennleger og samfunnsmedisinere. Vi ønsker å være lett tilgjengelig for både skribenter og lesere, og vi har lagt oss på en litt lettere stil enn den strengt «vitenskapelige». Vi inviterer alle kolleger til å sende inn tekster og manuskript.

Ulike sjangre (veiledende antall ord)

- Fagartikler (1000–2000)
- Kronikker (1000–2000)
- Essays (500–1000)
- Leserbreve (500–1000)
- Kasuistikker (500–1500)
- Reisebreve (500–1500)
- Bokanmeldelser (500–1000)
- Presentasjon av doktorgradsavhandling (500–1500)
- Andre «snutter» – alt kan vurderes

Forfatterveiledning

- Vi ønsker oss aktuelle temaer knyttet til allmenn- og samfunnsmedisin.
- I essays o.l. er det lov å synse og mene og være personlig!
- Bruk et vanlig Word-dokument.
- Det er ikke nødvendig med så mange referanser.
- Vi ser gjerne at du vedlegger illustrasjoner og eller foto til artikkelen.
- Du må opplyse om eventuelle bindinger eller interessekonflikter.
- Hvis teksten din blir antatt, vil du få redaksjonell hjelp til å ferdigstille teksten til endelig versjon.

Tidsfrister

Du kan sende inn dine tekster/manuskript til redaksjonen når som helst. *Utposten* gis ut sju ganger i året.

Artikkel = poeng for spesialisering

Husk at når du har fått publisert en tekst i *Utposten*, kan du søke om å få poeng til spesialiseringen i allmennmedisin.

Kontakt

Bidrag sendes direkte til Tove Rutle på e-post: rmrtove@online.no. Du kan også henvende deg direkte til en av redaktørene. Oversikt finner du på www.utposten.no.

Utposten er alltid interessert i å få inn artikler, kronikker og andre tekster.
Tips gjerne en kollega!

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 produsentavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyer og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddel-bruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Tramadol og antidepressiva – en farlig kombinasjon?

Vi i RELIS har fått en del spørsmål om interaksjoner mellom tramadol og antidepressiva, og risikoen for serotonergt syndrom. Hvor stor er egentlig denne risikoen, og hvilke pasienter er særlig utsatt? Er det riktig at risikoen for serotonergt syndrom er lavere ved doser av tramadol under 150 mg daglig?

Interaksjon gjennom flere mekanismer

Serotonergt syndrom kan defineres som en tilstand som oppstår når serotoninnivået i synapsene i hjernen blir for høyt (1). De vanligste symptomene er listet i figur 1. Interaksjonen mellom tramadol og selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) skjer gjennom flere mekanismer. Både tramadol og SSRI'er hemmer reopptak av serotonin, og øker på den måten serotoninnivåene i hjernen. I tillegg hemmer de ulike SSRI'ene omdanning av tramadol til aktiv metabolitt i ulik grad. Dette gir økt nivå av den serotonergt aktive modersubstansen (2–4).

SSRI og hemming av tramadols metabolisme

Tramadol omdannes i stor grad i leveren til den aktive metabolitten O-desmetyltramadol (M1). Tramadol er aktivt i seg selv, men M1 binder til my-opioidreseptorer, og er derfor viktig for den analgetiske effekten av tramadol. Omdanningen av tramadol i leve-

ren skjer i hovedsak via enzymet CYP2D6. SSRI'ene hemmer i ulik grad denne prosessen ved at de hemmer CYP2D6 (3–6).

Fluoksetin og paroksetin er moderate til potente hemmere av CYP2D6. Kombinasjon av disse med tramadol gir økt risiko for manglende analgetisk effekt av tramadol fordi omdannelsen til M1 blir redusert. Citalopram, escitalopram og sertralin er svake hemmere av CYP2D6, og det er derfor mer usikkert om kombinasjonen av disse med tramadol fører til redusert analgetisk effekt (3–6). I en placebo-kontrollert studie med 15 deltagere, gikk AUC (areal under plasmakonsentrasjonskurven) av metabolitten M1 ned med 29 prosent når deltagerne fikk 20 mg escitalopram kombinert med 150 mg tramadol daglig. Den analgetiske effekten av tramadol ble ikke påvirket (7).

Modersubstans med serotonerg aktivitet

Når mindre tramadol omdannes til den aktive metabolitten M1 er en konsekvens at nivået av modersubstansen tramadol vil øke. Denne har høyere serotonerg aktivitet enn metabolitten M1, noe som også vil kunne bidra til økt risiko for serotonergt syndrom (4–6). I tillegg kan personer som har manglende metabolismeaktivitet (poor metabolizers) av CYP2D6 være mer utsatt for den serotonerge effekten av tramadol (5). Det er sett at disse pasientene har 20 prosent høyere konsentrasjon av modersubstansen tramadol (8).

OPPSUMMERING

Risikoen for serotonergt syndrom er størst ved kombinasjon av to eller flere legemidler som øker serotoninnivåene.

- Symptomene kommer vanligvis ved oppstart av et nytt legemiddel eller ved doseøkning.
- Fluoksetin og paroksetin bør ikke kombineres med tramadol.
- Når andre SSRI'er kombineres med tramadol, anbefales det å starte med lave doser og deretter øke langsomt og forsiktig.
- Fra kassurapporter der pasienter har fått serotonergt syndrom, har man sett en overrepresentasjon av pasienter over 70 år. Det er derfor mulig at eldre er mer sårbare for denne bivirkningen.
- Nedsatt metabolismeaktivitet i leverenzymet CYP2D6 øker risikoen for serotonergt syndrom.
- Pasienter med økt risiko bør informeres om hvilke symptomer de skal følge med på.

Hemmer reopptak av serotonin

Tramadol regnes for å være en svak reopptakshemmer av serotonin. Når man kombinerer tramadol med en annen reopptakshemmer av serotonin, som et SSRI, utgjør det en risiko for serotonergt syndrom. Selv om det er mange rapporter på serotonergt syndrom som følge av bruk av flere serotonerge legemidler, er det få fatale tilfeller. I forhold til alle som bruker tramadol og et SSRI samtidig, er risikoen trolig lav i de fleste tilfeller (1, 5).

Hva sier interaksjonsdatabasene?

Ved søk i legemiddelverkets interaksjonsdatabase på tramadol og de ulike SSRI'ene får man ikke opp at kombinasjonene er

FIGUR 1.

SYMPTOMER PÅ SEROTONERG SYNDROM (1,3):

- Agitasjon
- Svette, feber
- Hypertensjon, takykardi
- Klonus, hyperkinesi, hyperrefleksi, muskelstivhet

PASIENT KJØNN, ALDER (ÅR)	MAKS DOSE TRAMADOL (MG/DAG)	TYPE SSRI, DOSE (MG/DAG)	TID FØR SYMPTOMER	SYMPTOMER	UTFALL
Kvinne, 78	Ukjent	Citalopram, ukjent dose	Ukjent	Takykardi, myoklonus, hyperrefleksi	Seponert begge lm, restituert
Kvinne*, 70	50	Citalopram, 10 (i 3 år)	Ukjent	Tremor, rastløshet, feber, forvirring, synshallusinasjoner	Seponert tramadol, restituert
Mann, 62	150	Citalopram, 40 (og Bupropion 150)	Etter 3 dager med tramadol	Tremor, diaforese, angst	Seponert alle lm, restituert etter 48 timer
Kvinne, 75	50 (i 3 dager)	Sertralin, 50	Etter første dose Sertralin	Forvirring, myoklonus	Seponert Sertralin, restituert
Kvinne, 42	300 (i 3 uker)	Sertralin 100 (i 1 år)	Ukjent	Forvirring, psykose, agitasjon, diaforese, tremor, skumringsuro	Seponert tramadol, halvert dose sertralin, restituert etter 24–36 timer
Kvinne, 72	150	Fluoksetin, 20 (i 10 år)	18 dager etter oppstart med tramadol	Agitasjon, feber, muskelkontraksjoner, piloreksjon	Seponert tramadol, restituert
Kvinne, 31	200 mg, økt til 400 mg etter 2 uker	Fluoksetin, 20 (i 3 år)	4 uker etter oppstart med tramadol	Agitasjon, uro, angst, tremor, feber, skjelvinger, rykninger i ansikt, diaforese	Seponert begge lm, restituert etter 2 mnd
Kvinne, 78	150	Paroksetin, 20	3 dager etter oppstart med tramadol	Kvalme, diaforese, irritabilitet, muskelsvakhet, forvirring, feber, agitasjon, uro	Seponert begge lm, restituert etter 4-5 dager
Kvinne, 88	200	Paroksetin 10 (i 2 år)	2 dager etter oppstart med tramadol	Kvalme, diaforese, oppkast, forvirring, insomni, svimmelhet	Seponert begge lm, restituert etter 4-5 dager
Mann, 47	100	Paroksetin 20 (i 4 mnd)	12 timer etter første dose tramadol	Skjelving, diaforese, myoklonus, subkomatøs tilstand	Seponert tramadol, halvert dose paroksetin, restituert etter 1 uke

■ TABELL 1. Et utvalg kasus med serotonergt syndrom etter bruk av SSRI og tramadol beskrevet i litteraturen (3, 5).

* Pasienten var poor metabolizer for CYP-2C19 og CYP-2D6

kontraindiserte, men det anbefales at man tar forholdsregler. For kombinasjoner med tramadol og escitalopram, citalopram, sertralin eller fluvoxamin er det angitt at det er «økt risiko for serotonergt syndrom primært ved tramaldoser på 150 mg/dag eller mer». Kildegrunnlaget for denne vurderingen er kasusrapporter. Tramadol kombinert med fluoksetin eller paroksetin anbefales ikke på bakgrunn av risiko for manglende smertelindring, samt at doseøkning vil øke risikoen ytterligere for serotonergt syndrom (2).

Andre interaksjonsdatabaser angir heller ikke kombinasjoner med SSRI'er og tramadol som kontraindiserte. Likevel anbefaler de at man vurderer andre analgetika. Pasienter som får tramadol og SSRI bør følges tett med tanke på symptomer på serotonergt syndrom. Dette er både på bakgrunn av den potensielle risikoen de har for serotonergt syndrom og alvorligheten av denne tilstanden (3, 4). Det er ikke nevnt noen maksdose for tramadol ved samtidig bruk av andre legemidler som kan utløse serotonergt syndrom i disse databasene.

Kasusrapporter – er eldre mer sårbare?

I litteraturen er det beskrevet flere tilfeller av serotonergt syndrom som følge av bruk

av tramadol og SSRI. Noen av disse er oppsummert i figur 1. Her ser man at serotonergt syndrom er beskrevet ved bruk av flere ulike SSRI'er, og for ulike doser av tramadol, også ved doser lavere enn 150 mg daglig. En review-artikkel oppsummerer ti tilfeller der serotonergt syndrom har blitt observert ved bruk av kombinasjoner med tramadol og SSRI. I seks av de ti tilfellene var pasientene over 70 år. Artikkelforfatterne hevder derfor at eldre er mer sårbare for denne bivirkningen (5).

Størst risiko ved flere serotonerge legemidler, oppstart og doseøkning

Nivået av serotonin må øke betydelig for at et serotonergt syndrom kan oppstå. Det er derfor svært uvanlig å utvikle dette ved bruk av legemidler som SSRI eller tramadol i monoterapi i normale doser. Det er først når man kombinerer to legemidler som virker ved å øke serotoninnivåene at risikoen øker betydelig (1). Flere kilder hevder at risikoen for å utvikle et serotonergt syndrom klart er størst i forbindelse med oppstart eller doseøkning av et serotonergt legemiddel. Det anbefales derfor at man ved samtidig bruk av tramadol og SSRI starter med lave doser, og at doseøkningen er langsam og forsiktig (1, 5).

Senker krampeterskelen

Det er rapportert at både SSRI'er og tramadol kan senke krampeterskelen. Pasienter som allerede har en økt risiko for kramper, og/eller som bruker flere legemidler som kan senke krampeterskelen, har en særlig økt risiko for at krampeterskelen kan senkes ytterligere (3–5).

REFERANSER

1. Spigset O. Serotonergt syndrom – en særegen legemiddelbivirkning. *Nor Farmaceut Tidsskr* 2011; 119 (3): 11-3.
2. Statens legemiddelverk. Interaksjonssøk. <https://www.legemiddelsok.no/sider/Interaksjoner.aspx> (Søk: 9. april 2019).
3. Baxter K, Preston CL, editors. *Stockleys Drug Interactions* (online). <https://www.medicinescomplete.com/> (Søk: 9. april 2019).
4. Clinical Pharmacology 2019 database. Drug interaction. Elsevier, Inc. <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/login> (Søk: 9. april 2019).
5. Park SH, Wackernah RC, et al. Serotonin syndrome: is it a reason to avoid the use of tramadol with antidepressants? *J Pharm Pract*. 2014 Feb; 27(1):71-8. doi: 10.1177/0897190013504957. Epub 2013 Oct 23. Review.
6. Myhr K. Tramadol – et problematisk legemiddel ved langtidsbruk. <http://www.relis.no> (Publisert: 14. oktober 2014).
7. Noehr-Jensen L, Zwisler ST et al. Escitalopram is a weak inhibitor of the CYP2D6-catalyzed O-demethylation of (+)-tramadol but does not reduce the hypoalgesic effect in experimental pain. *Clin Pharmacol Ther* (2009) 86, 626–33.
8. Hassamal S, Miotto K et al. Tramadol: Understanding the Risk of Serotonin Syndrome and Seizures. *Am J Med*. 2018 Nov; 131(11):1382.e1-1382.e6. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.04.025.

ELLEN MARIE EGBÆK FLATEBØ
Master i farmasi, RELIS Sør-Øst

ANNE KATRINE EEK
Cand.pharm., RELIS Sør-Øst

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

Jeg liker korte og underfundige dikt

Jeg liker de korte og underfundige dikt. De som med få ord sier meg mye. Jeg har valgt to her. At det ble akkurat disse to er det vel egentlig ikke noen begrunnelse for. Men det ene er et optimistisk og herlig humoristisk dikt. Skal vi si det slik at så lenge det er liv er det håp?

« Straks våren er her for fullt, skal han rømme frå sjukeheimen.
Han drømmer om å sjå Jæren, Lofoten og Buenos Aires.
Han er 91, verda ventar.»

FRODE GRYTEN, FRA VENTE PÅ FUGLEN

Så synes jeg dette diktet er viktig i disse fastlegekrisetider, hvor vi står til knærne i oppgaveoverføringer.

«Nei
Er et lite ord
Med bare
Tre bokstaver
Men noen ganger
Er det verdens viktigste ord,
Man sier:
NEI»

EVA JENSEN OG IBEN SANDEMOSE.
FRA BOKA KOM SI, KOM SA.

Felles for disse to diktene er at de viser «kamplyst»?

Jeg takker for utfordringen og utfordrer videre; Line Brekke, allmennlege hos legene i Nygaardsgata i Fredrikstad.

Hilsen fra
HEGE SKJÆRAN I SVOLVÆR



«STRANDPARTI FRA JÆREN» (1882) AV NICOLAI ULFSTEN (1854-1885). WIKIMEDIA COMMONS.

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...

Kristina Riis Iden



Hva leser du nå Kristina Riis Iden, fastlege i Stavanger?

Nå leser jeg *Transitt* av den britiske forfatteren Rachel Cusk. Det er bok nummer to i en trilogi som består av romanene *Omriss*, *Transitt* og *Kudos*. Hovedpersonen Faye er forfatter. Handlingen i romanene er om personer Faye møter, og hvor de andre forteller om seg selv. Vi vet etter hvert mye om Faye, i hvordan hun svarer eller kommenterer hva de andre sier. Det er fascinerende hvordan samtaler blir selve historien. I tillegg til godt språk og utradisjonelt litterært virkemiddel, er det en troverdighet i bøkene, som appellerer til meg. Jeg liker ikke å bli lurt. Jeg må tro på forfatteren, og det gjør jeg!

I tillegg til Cusk er sakprosaen på nattbordet *Gjødse*, om hagens næringsliv av Tina Råman. Visste *Utpostens* lesere at det er noe som heter gjødselsfilosofi? Om det og om biologi, jord, kjemi, næring og planter kan du lese om i *Gjødse*. Dette er boka for gjødselnerder, men også for en middels interessert hage- eller balkongkasseeier.

Hvorfor valgte du denne boka?

Jeg leser mye. I veska mi eller på nattbordet ligger det alltid flere bøger som jeg er underveis i. Noen bøger leser jeg etter anbefalinger i aviser, podkaster eller fra venner. Andre bøger kjøper jeg på impuls. Slik var det med Cusk. Til slutt er det de bøkene jeg aktivt leter etter selv, fordi jeg er interessert i et tema. Slik havnet en svært tykk bok om gjødse på nattbordet mitt.

Hvor leser du?

Jeg er nokså makelig anlagt, og jeg kan bli værende i sofaen lenge – altfor lenge, hvis jeg har en god bok eller godt blad å lese i.

Hvilke bøger vil du helst lese?

Jeg har alltid en eller to sakprosa-bøker jeg leser i tillegg til en skjønnlitterær bok. Det er sikkert ikke så fornuftig å lese mange bøger samtidig, men sånn har det blitt for meg. Jeg har en forkjærlighet til sære og smale hagebøker. En av de virkelige høydepunktene siste året var *Om kunsten å odla det omøjlige*, av Peter Englander, utgitt på Bonniers forlag. Det er en nydelig bok. Permer og bokryggen er nydelig innbundet med stoffliknende materiale. Boksiden har fin layout og papiret er tykt. Jeg er sær på sånt. Forfatteren er en erfaren hobbygartner, som skriver med kjærlighet om sine busker og trær. I forordet skriver han:

«Vi trädgårdsmänniskor går igång på skönhet, det ovanliga, ouppnåeliga och i förlängningen också önskan att få en gnutta beröm».



Har du en bokaanbefaling til *Utpostens* lesere?

Da vil jeg slå et slag for å lese nordisk litteratur på originalspråket. Dansk, norsk og svensk er nært beslektet, og vi bør kunne forstå hverandre i Norden. Noen står utenfor dette språkfelleskapet, som for eksempel finsk. Imidlertid snakker mange finner svensk, og mange islendinger snakker dansk. Ifølge Nordisk Råds hjemmesider er nabospråkførståelsen under press i Norden. Trolig handler det om at vi tror vi ikke forstår hverandre. Disse holdningene gjør at vi velger engelsk i fellesmøter.

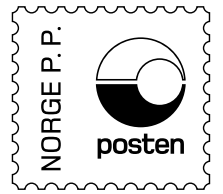
I juni arrangeres Nordisk kongress i allmennmedisin i Aalborg, som betegnende nok heter *The 21st Nordic Congress of General Practice*. Dette er en viktig arena for felles forståelse, stolthet og identitet om vårt allmennmedisinske fag. Kommunikasjon

og språk er en sentral pilar i allmennmedisin – og vår styrke og markør. Kongressspråket i Aalborg er på engelsk, det er vel ikke så mye man kan gjøre med det. Men i pausene, foran posterne (hvorfor sier vi ikke plakaten?), i workshop (hvorfor sier vi ikke gruppearbeid?) og på utfluktene håper jeg vi kan kommunisere på nordisk – så langt det lar seg gjøre!

Heldigvis er det håp for økende nordiske språkførståelse og språkinteresse. Hjemmesidene til Nordisk råd viser til TV-serien SKAM, som ganske uventet gav et positivt engasjement for språkfellesskapet blant unge i hele Norden. Vi som for lengst har blitt voksne og ikke har dritkul og kødde i vårt vokabular, kan isteden forbedre vårt nordiske språke.

Dermed kommer jeg til den danske forfatteren Helle Helle og hennes nydelige roman med den enkle tittelen *de*, som jeg leste på dansk. Selv om lesehastigheten går ned, gir det en annen leseopplevelse; jeg dveler mer ved setningene. Teksten til Helle er sanselig, og langsam lesing gir meg større utbytte. Tema i romanen er et mor-datter-forhold. Mor jobber mye, har dårlig råd, de bor trangt, og bak det hele spøker vonde trusler om sykdom. Dette kunne fort blitt en roman om hverdagens tristesse og som ville appellert til vår medlidenhet. Istedenfor å takkarsliggjøre alenemoren og datteren løfter forfatteren dem opp og gir dem honnør ved å tegne et stort og vakkert bilde.

Hvis du likevel, selv etter min lille språkpoltiske appell om å ivareta felles nordiske språk, ikke ønsker å lese dansk, så fortvil ikke! Alle Helles romaner oversettes til norsk av den fremragende forfatteren Trude Marstein. Marstein er forresten en forfatter jeg kan anbefale, men det får bli en annen gang!



Avsender:
RMR Utposten
Sjøbergveien 32
2066 Jessheim

God sommer!

