

Utposten

5 2019
ÅRGANG 48

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Karine Nordstrand: *En klar
røst for de stemmeløse*

Sekundærforebygging
Tarmflorabehandling
Matoverfølsomhet

**RMR/UTPOSTEN
v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

**REDAKTØRENE
AV UTPOSTEN****Tom Sundar**

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@gmail.com

Kristine Asmervik

MOBIL: 468 36 780

E-POST: kri-as-d@online.no

Dag-Helge Rønnevik

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com

Kristina Riis Iden

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

Kjell-Arne Helgebostad

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com

Laila Didriksen

MOBIL: 951 15 815

E-POST: dr.lailadidriksen@gmail.com

Magnus Hjortdahl

MOBIL: 975 62 697

E-POST: Magnus.Hjortdahl@gmail.com

FAGLIG MEDARBEIDER:**Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

FORSIDE: Helle Dunker

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media

Du finner Utposten på
www.utposten.no

BILDEGRUNNSFOTO: COLORBOX

1 LEDER: Oss og de andre spesialistene*Kjell-Arne Helgebostad***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: De stemmeløses klare røst***Karine Nordstrand intervjuet av Marit Tuv***6 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: For mye medisin – vidunderlig?***Bjørn Hofmann***10 Riktig rekvirering av vanedannende legemidler***Cato Innerdal***12 Sekundærprofylakse etter slag eller hjerteinfarkt (aterosklerotisk karsykdom)***Bjørn Gjelsvik***15 Forskningsbehov og forskningsressurser i norsk allmennmedisin***Jørund Straand***18 Neste generasjon forebygging – Bare Du***Astrid Nylenna***22 Pasienter som ønsker time for luftveisinfeksjon – hva er helsesekretærens rolle?***Ida Ufsvatn Michelsen og Sigurd Høye***26 Tarmflorabehandling av irritabel tarmsyndrom – en erfaringsrapport fra allmennpraksis***Frank Hilpusch***29 Er tarmflorabehandling et aktuelt tilbud for norsk allmennpraksis?***Knut-Arne Wensaas***30 KOLLEGAHJØRNET: Gastromedisin***Mette Vesterhus intervjues***32 Utredning av matoverfølsomhet – sikre rett diagnose, unngå unødvendig strenge kostråd***Margit Brottveit***35 NEKROLOG: Ola Lilleholt (1942–2019)***Magne Nylenna, Jon Hilmar Iversen, Frode Heian og Øystein Petersen***36 Primærhelseteam Sørlandsparken – en beskrivelse hos oss et år ut i prosjektet***Aleksander N. Sandnes***38 Samvalg styrker pasienten***Tove Skjelbakken***40 Utdanningsstillinger for spesialistutdanning i allmennmedisin i kommunene***Hans Høvik***42 BOKANMELDELSE: Klokt om sorg***«Det som sies høyt» anmeldt av Eli Berg***44 MEDISINSK HISTORIE: 1796: Koppevaksinen. Arild Aambø***Folkehelsearbeid fram til 1900. Anders Smith***46 FASTE SPALTER****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48****LEGEN LESER 49**

Oss og de andre spesialistene

Sannsynligheten er stor for at du som leser dette identifiserer deg som allmennlege eller samfunnsmedisinere, da dette er hovedmålgruppene for *Utposten*. Hvis dette ikke gjelder deg, tror vi i redaksjonen likevel at du kan finne noe du synes er interessant her i bladet, da både allmenn- og samfunnsmedisinere er engasjerte generalister med bredt interessefelt og sans for å se saker og ting i helhet og sammenheng.

Det finnes totalt 46 ulike legespesialiteter i Norge og like mange faglige underforeninger i Legeforeningen. I dette nummeret etablerer *Utposten* en ny spalte hvor vi inviterer representanter for andre spesialiteter enn de to primærmedisinske til å presentere seg selv og hva de er opptatt av. Redaksjonen var innovent mange kreative forslag til navn på den nye spalten før vi endte opp med *Kollega-hjørnet* som vårt førstevalg. For det er nettopp det vi er: kolleger.

«Tilbake til huslegen!» formante Per Fugelli i 1975, og satte den helhetstenkende familielegen opp mot spesialistene ved universitetsklinikkene – som han mente kun var opptatt av det syke organet og så på resten av pasienten som «uinteressant innpakning» (1). Allmennleger kan like å underholde hverandre med historier om slike stereotype, sneversynte sykehusleger, og denne typen spissformulert systemkritikk kan innimellom være både nødvendig og hensiktsmessig. Imidlertid skal man være varsom med å se på seg selv som eneste forvalter av 'helsevesenets gull'. Også innenfor andre spesialiteter finnes det kolleger som er oppriktig interessert i pasientene og deres liv, og poliklinikker og andre tjenester som er organisert og tilpasset slik at pasienter og brukere kan få et best mulig helsetilbud.

En moderne allmennlege som kommer i en faglig tvil kan med noen få tasteklikk slå opp i fantastiske elektroniske oppslagsverk eller spørre om råd fra tusenvis av stort sett velvillige fastleger. Allikevel er det ikke sjelden behov for å konferere med en sykehuskollega for å finne en god lokal løsning eller drøfte et klinisk problem. På det beste er slike tilfeldige telefonmøter hyggelige og lærerike avbrekk som gjør at man føler seg tryggere og mindre alene.

Fra 1. juli 2019 får fastlegene endelig betalt for denne delen av jobben gjennom en egen samhandlingstakst. Dette er et gledelig tegn på at Legeforeningen og myndighetene anerkjenner noe av det som har vært omtalt som medisinsk husarbeid (2). Forhåpentligvis blir det etter hvert mulig å bruke denne taksten også på legevakt, der saksavklaring, koordinering og tilrettelegging for smidige pasientforløp er en viktig del av arbeidet – kanskje særlig i distriktskommuner.

Medisinens mange fag er alle i stadig utvikling. Eksempelvis kan vi i dag tilby langt mer til pasienter med akutt hjerteinfarkt enn morfin og «legemlig og åndelig avlastning» (3). Særlig innen kreftomsorgen har vi sett store fremskritt, men også for andre grupper, som for eksempel pasienter med hepatitt C eller personlighetsforstyrrelser har det kommet gode behandlingstilbud som ikke eksisterte for bare få år siden. Slik ny spesialisert behandling krever ofte samarbeid og samhandling på nye måter. Samtidig må vi være oppmerksomme på at nye tilbud og tjenester kan øke faren for overdiagnostikk og overforbruk av ressurser. Legeforeningens pågående kampanje mot overdiagnostikk kan forhåpentligvis føre til at vi – på tross av spesialitetsgrensene

– sammen kan finne fram til nettopp det kampanjen har valgt som tittel: Kloke valg.

Helsepersonell har en selvstendig plikt til å holde seg faglig oppdatert. De siste årenes revisjoner av de sentrale avtalene som regulerer legetjenesten i kommunene gir permisjonsrettigheter knyttet til kompetanse- og utdanningsformål. For både allmennleger og samfunnsmedisinere er det også viktig å være klar over at den nye spesialistforskriften gir kommunene et stort ansvar som utdanningsvirksomheter (4). Etter helse- og omsorgstjenesteloven har kommunene allerede plikt til å bidra til at helsepersonell får nødvendig videre- og etterutdanning. Dette kommunale ansvaret omfatter delvis også fastlegene (5).

Faglig gode og klokt tilpassede løsninger for pasientene krever samarbeid mellom helsepersonell, pårørende, andre gode hjelpere – og ikke minst må de involvere brukerne selv. Og da kan vi i redaksjonen allerede nå røpe at temaet for årets julenummer skal være «Det gode samarbeidet». Vi gleder oss til å lese gode samarbeidshistorier fra kolleger i hele landet. Har du en historie om et samarbeid som fungerte spesielt godt, vil vi gjerne høre fra deg!

REFERANSER

1. Fugelli, P., Tilbake til huslegen – Søkelys på norsk medisin. 1975, Oslo: Gyldendal.
2. Tuv, M., Helsevesenets husmødre og de Høie herre, in Dagsavisen. 2018.
3. Gjesdal, K., Hjerterinfarkt før og nå – et 50 års perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen, 2016. 136(9): p. 833–6.
4. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). 2017.
5. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). 2011.

KJELL-ARNE HELGEBOSTAD

De stemmeløses

Karine Nordstrand ■ INTERVJUET AV MARIT TUV

Hun er president i Leger Uten Grenser, men har beina godt planta på en jord hun bryr seg om. Hennes blikk og kloke ord har fenget millioner på sosiale medier. Der nøden er størst, er dragningen sterkest.

Karine Nordstrand viser *Utposten* rundt i lokalene til Leger Uten Grenser i Oslo. Omgivelsene er enkle, men trivelige. Landskapet er åpent og tonen dempet, men tydelig. Karine er nok én av få presidenter uten eget kontor. Hun er fleksibel og setter seg der det er plass. Samtalen vår finner sted i et rom med vegger av glass. Ferien er nettopp over, og flere spør håpefullt om hun er ledig. Akkurat nå har hun besøk av en journalist, svarer hun og presenterer meg. For en organisasjon som ønsker å skape oppmerksomhet rundt sitt arbeid er slike besøk viktige.

Formidling

Egentlig skulle hun bli kirurg. Planen var å kunne gjøre en forskjell i områder med lav kirurgtetthet, og valget falt på Leger Uten Grenser, fordi de var villige til å jobbe der ingen andre er.

– Vi er en humanitær nødhjelpsorganisasjon. I tillegg til å gi helsehjelp, forteller vi om det vi ser med egne øyne for å løfte frem stemmene til de som rammes. De aller fleste humanitære kriser har politiske årsaker, enten direkte eller indirekte. Derfor må politikerne stilles til ansvar for valgene de tar som gjør at mennesker lider og dør. Å varsle om de menneskelige omkostningene ved slike valg er et viktig aspekt i arbeidet vi gjør – fordi færre dør når flere vet.

I Kongo ble hun satt til å lede akutt- og intensivavdelingen på et distriktssykehus. På Haiti bidro hun til å få kontroll på en koleraepidemi, og i Indonesia skulle det kartlegges behov etter et nylig jordskjelv.

– Under arbeidet med disse prosjektene forstod jeg hvor viktig det var å se helheten. Det er ikke gitt at alt man gjør har god

effekt på helsa til folk. Det er viktig at prosjektene er organisert på en fornuftig måte, slik at de effektivt dekker de viktigste behovene. Ofte er det vel så tilfredsstillende å jobbe på systemnivå som på individnivå. Derfor tok jeg en master i internasjonal helse parallelt med spesialiseringsløpet i kirurgi, forteller 41-åringen.

Forandring

Karine forteller at det å drive humanitært arbeid dessverre oppleves vanskeligere og vanskeligere. Det å gi medisinsk hjelp er ikke lenger en nøytral handling, fordi hjelpen tillegges politiske motiver.

– Leger Uten Grenser ble grunnlagt på prinsippet om å være vitne om de lidelsene vi ser, og gjennom dette skape endring. Det har vi gjort hele tiden. Da vi mottok Nobels fredspris i 1999, benyttet daværende internasjonale president James Orbinski muligheten til å kritisere Boris Jeltsin for det som foregikk i Groznyj under sin takketale i Oslo rådhus. Det har vært greit så lenge vår kritikk har vært rettet mot stater langt unna oss, men når konsekvensene av politikken vi kritiserer kommer nærmere oss, blir det straks mer problematisk.

Hun tar en liten pause før hun fortsetter:

– Det humanitære rom innskrenkes mer og mer. På Middelhavet er det blitt kontroversielt å redde liv. Redningsbåter som kommer flyktninger i havsnød til unnsetning kan bli beskyldt for å stå i ledtog med menneskesmuglere, og det kan være vanskelig å få adgang til å anløpe nærmeste trygge havn. I Syria risikerer vi å bli stemplet som en terrororganisasjon fordi vi gir medisinsk hjelp til alle, uansett hvem de er og hva de tror på. Respekten for internasjonal humanitær lov er blitt mindre, slik vi

blant annet ser i Jemen, hvor målrettede angrep mot sykehus og helsepersonell nå er dagligdags. Alt dette gjør det utfordrende å drive humanitært arbeid, forteller Karine.

Personlig ble det mer utfordrende for den engasjerte legen å reise ut etter at hun ble mor. Det ble da en naturlig pause fra Leger Uten Grenser. Dette fikk avdeling for tuberkulose, blod- og seksuell smitte ved Folkehelseinstituttet nyte godt av.

– Infeksjonssykdommer er hyppig forekommende i felt, og dybdekunnskap fra en slik faginstans føltes nyttig. Man føler seg tross alt ganske nært på praksis i Folkehelseinstituttet. Vi driver også flere prosjekter innenfor global helse, og førstehåndskunnskap fra felt kan komme godt med i planleggingen av disse.

Feltopphold

Da flyktningene strømmet til Europa høsten og vinteren 2015/2016 satt Karine Nordstrand på Folkehelseinstituttet og jobbet med retningslinjer for hvordan smittevernet skulle ivaretas i ankomstsentrene. Imidlertid visste man lite om hvem disse menneskene var og hva som var deres helseutfordringer.

– Jeg har alltid vært trukket mot å jobbe der ting skjer. Det var utilfredsstillende å sitte bak et skrivebord og synse om dette uten å ha møtt noen av dem. Jeg var kjent med at Leger Uten Grenser jobbet i leirene i Hellas, og jeg visste at jeg hadde en del kompetanse som kunne være nyttig. Jeg ringte kontoret i Norge og spurte om det var mulig å få et kort oppdrag. Det var stort behov for folk, og spesielt leger.

Omkring påsketider i 2016 dro hun til Nord-Hellas for å jobbe i flyktningleiren i Idomeni i én måned, og høstet erfaring som var verdifull i det videre arbeidet ved Folkehelseinstituttet.

– Min identitet som lege ligger i det humanitære arbeidet, men langvarige feltopphold er vanskeligere å få til når man har barn. Jeg hadde lyst til å fortsette å bi-

klare røst



Leger Uten Grenser baserer seg på idéen om en felles humanitet: Alle liv er like mye verdt.

dra i organisasjonen, så etter dette oppdraget stilte jeg til valg som styreleder i Leger Uten Grenser.

Finpuss

Karine Nordstrand er nå inne i sin andre treårsperiode som styreleder. For en nøktern kvinne som henne føles det litt rart å inneha en presidenttittel. Hun understreker at det ikke er for å fjerne seg, men fordi organisasjonen internasjonalt er i behov av titler som alle forstår hva innebærer.

I tillegg til jobben i Norge, sitter hun i styret til Leger Uten Grensers operasjonelle senter i Brussel. Styremøtene foregår stort sett på kveld og helg, men det ser hun ikke på som noe offer.

– Det store engasjementet blant mine kolleger er inspirerende. Så mange av dem er villige til å gjøre noe ekstra, langt utover det som kan forventes. Jeg har for eksempel sittet med kolleger til klokken fire på morgenkysten en søndag i fellesferien for å få riktig ordlyd i en pressemelding. Det er ikke mange steder man opplever slik stå-på-vilje!

Fokus

En viktig del av jobben er nettopp kommunikasjonsarbeid. Media er ikke så interessert i de glemte krisene, så man må finne andre måter å sette søkelyset på dem. Leger Uten Grenser bruker sosiale medier aktivt. Karine forteller at kommunikasjonsavdelingen ved det norske kontoret er dyktige. Hun kan egentlig ikke fordra å se seg selv på film, men biter tennene sammen og gir alt for saken.

– Vi fikk faktisk en pris for beste Facebook-side i Norge tidligere i år. Antall føl-

gere på siden nærmer seg 300 000. Der legger vi ut egne videoer og informasjonsmateriell. Vi laget blant annet en lavbudsjettfilm om antibiotikaresistens i lunsjen på et samfunnsmedisinkurs jeg var på, og la på noen animasjoner. Temaet er jo litt sært, så vi tenkte ikke at det ville ta av. Videoen må imidlertid ha truffet en nerve hos folk, for den har nå hatt over ti millioner visninger. Den ble også dubbet på tysk og lagt ut på de internasjonale Facebook-sidene, og er den mest sette filmen til Leger Uten Grenser noensinne!

Fiendebilder

Når man er engasjert i det man forteller om, flyter språket lett. Likevel er de nøye med at manusene er godt gjennomarbeidet sammen med kommunikasjonsavdelingen, fordi vanskelige temaer krever nøyaktige formuleringer.

– Det er en politisk tendens i veldig mange land mot økt polarisering, hvor det skapes fiendebilder heller enn fellesskap. Dette er strømninger man har sett i flere samfunn på ulike steder i verden og til ulike tider, men jeg oppfatter det som mer unisont nå. Jeg synes det er bekymringsfullt, og jeg er redd for hvor vi er på vei, sier intervjuobjektet med alvor i blikket.

Da hjelper det å ha en arena å kjempe på

og mange meningsfeller både i Norge og ellers i verden.

– Avmakt er det verste, men det å kunne få være en stemme på vegne av de mange som ikke høres, er noe som gir meg styrke. Man må også huske på alt vi lykkes med – det er jo egentlig ganske imponerende, sier Karine Nordstrand, og viser frem den siste resultatrapporten.

Fremskritt

– Det vi formidler er ofte kriser og elendighet, og det blir folk slitne av å høre om. Derfor er det viktig å fortelle at det nytter å engasjere seg!

Hun fortsetter ivrig: – Vi har tradisjonelt lansert ti glemte kriser hvert år. Et par år tilbake gjorde vi en vri, og begynte i stedet å lansere fem glemte fremskritt sammen med fem kriser. Eksempler på slike fremskritt er tilgang på hiv-medisiner, fordi man har tatt opp kampen med legemiddelindustrien, redusert pris på pneumokokkvaksine, og at den farlige tropiske sykdommen kala-azar er på god vei til å bli utryddet i flere land.

Hver høst arrangerer Leger Uten Grenser «Et grenseløst skoleprosjekt», som handler om å skape oppmerksomhet rundt glemte kriser og glemte fremskritt. Prosjektet er skreddersydd for å nå kompetansemål i

ungdomsskolen. Alle skolene som deltar får tilbud om å få besøk av en feltarbeider. En annen strategi som brukes er å lage informasjonspakker til avisene sammen med et intervju med en feltarbeider som har vært involvert i en av de glemte krisene.

Fremover ønsker Karine å sette fokus på helseutfordringer knyttet til klimaendringer.

– Dette er ikke noe som kommer – det er her allerede. Vi ser det tydelig i flere av våre prosjekter. Kall det gjerne en glemst krise. Klimaendringene utgjør etter min mening en neglisjert folkehelsestrussel, men helsekonsekvensene forsvinner litt i alt vi hører om plast i havet og insektdød.

Forskjeller

Fortsatt deler Karine Nordstrand arbeidstiden sin mellom Folkehelseinstituttet og Leger Uten Grenser, og hun opplever ofte at erfaringer fra den ene leia kan komme til nytte i den andre.

– Det vi gjør i Leger Uten Grenser gir et virkelighetsnært perspektiv som er viktig å ta med seg inn der det utformes strategier. Noen ganger utfordrer vi de etablerte sannhetene, som for eksempel Verdens helseorganisasjons anbefaling om direkte observert terapi ved tuberkulose. Leger

Leger Uten Grenser jobber etter de humanitære prinsippene: uavhengighet, nøytralitet og upartiskhet.



Uten Grenser er den ikke-statlige aktøren som behandler flest pasienter med tuberkulose. Vi mener det viktige er å skape tillit og legge opp behandlingen på pasientens premisser. Direkte observert terapi faller ikke helt inn i den ligningen der, sier hun ettertenksomt, før hun fortsetter: – Vi kan vise til minst like god etterlevelse når man baserer behandlingsforløpet på tillit som på tvang. Selv om forholdene i Norge ikke er direkte overførbare, hører vi også om lignende erfaringer her hjemme. Perspektivet utenfra er nyttig å ha med seg inn i diskusjonene på Folkehelseinstituttet.

– Betydningen av tillit er også noe vi ser i den pågående ebolaepidemien i Kongo. Sikkerhetssituasjonen brukes gjerne som forklaring på manglende kontroll over epidemien, mens den viktigste årsaken nok heller er at man ikke har klart å etablere den tilliten hos befolkningen som er nødvendig for at de skal søke hjelp når de tror de har fått ebola. Væpnede vakter og tvang vil virke mot sin hensikt. Responsen må tilpasses den lokale konteksten og skikkelig for å oppnå aksept. Ebola er jo ikke den eneste sykdommen som rammer disse menneskene. Befolkningen bekymrer seg vel så mye for andre sykdommer som de ikke får behandling for. Derfor er det viktig at det også gis annen helsehjelp parallelt med innsatsen mot ebola, understreker presidenten.

Snart blir det flere prestisjefylte titler på Karine Nordstrand. I september begynner hun som direktør for én av Folkehelseinstituttets tre avdelinger for global helse, som blant annet har universell helsedekning som fokusområde.

– Dette er et prioritert område for Norge og del av FNs bærekraftsmål. Gjennom arbeidet i Leger Uten Grenser, som foregår nettopp der tilgangen til helsehjelp svikter, har jeg fått innsikt i hvordan og hvorfor dette skjer mange steder i verden. Disse erfaringene tror jeg vil komme til nytte i den nye jobben.

Fellesskap

Mentalt jobber hun litt hele tiden. – Det er ikke så lett å legge fra seg en jobb uten grenser, humrer hun. Ferien tilbrakte hun og datteren på hytta med dårlig telefon- og internettdækning i et forsøk på å koble helt av.

– Jeg tror mange av kollegene mine kjenner seg igjen i at man lett kan bli slukt av arbeidet fordi det er så meningsfylt og byr på så mange sterke opplevelser. Gjennom mine oppdrag for Leger Uten Grenser har jeg virkelig fått erfare hvor like vi mennes-



Jordnær president i åpent kontorlandskap.

ker er. Det er mye mer som forener oss enn som skiller oss. Vi gleder oss over de samme tingene og bekymrer oss for de samme tingene. Erkjennelsen av en felles humanitet var mye sterkere enn jeg hadde forventet. Jeg skulle ønske flere hadde erfart dette, for da tror jeg det politiske landskapet ville sett litt annerledes ut. Det er fort gjort

å tenke sitt om hvem de der ute er, uten å ha snakket med dem, slik vi blant annet ser i debatten rundt det som skjer på Middelhavet.

– Humanitært arbeid er ikke blitt mer politisk, det er politikken som på noen områder er blitt mindre human, avslutter Karine Nordstrand.

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.

For mye medisin – vidunderlig?

■ BJØRN HOFMANN • Institutt for helsevitenskap, NTNU Gjøvik og Senter for medisinsk etikk, UiO

Den amerikanske filmstjernen Mae West skal ha sagt at «for mye av det gode er vidunderlig». Medisinen er uomtvistelig et gode – ikke minst i dagens høyteknologiske verden. Men kan vi få for mye av det gode? Mye tyder på det.

En rekke studier viser at mange av de tjenestene som tilbys har liten verdi, såkalte lav-verdi-tjenester. Forskningen bak kampanjer som «Gjør kloke valg» har identifisert over 1350 lav-verdi-tjenester (1). En lav-verdi-tjeneste («low-value care») defineres som «en intervensjon der evidensen tyder på at den gir svært lite eller intet utbytte for pasienter, eller der risiko for skade overstiger sannsynlige fordeler, eller, mer bredt, der de ekstra kostnadene ved

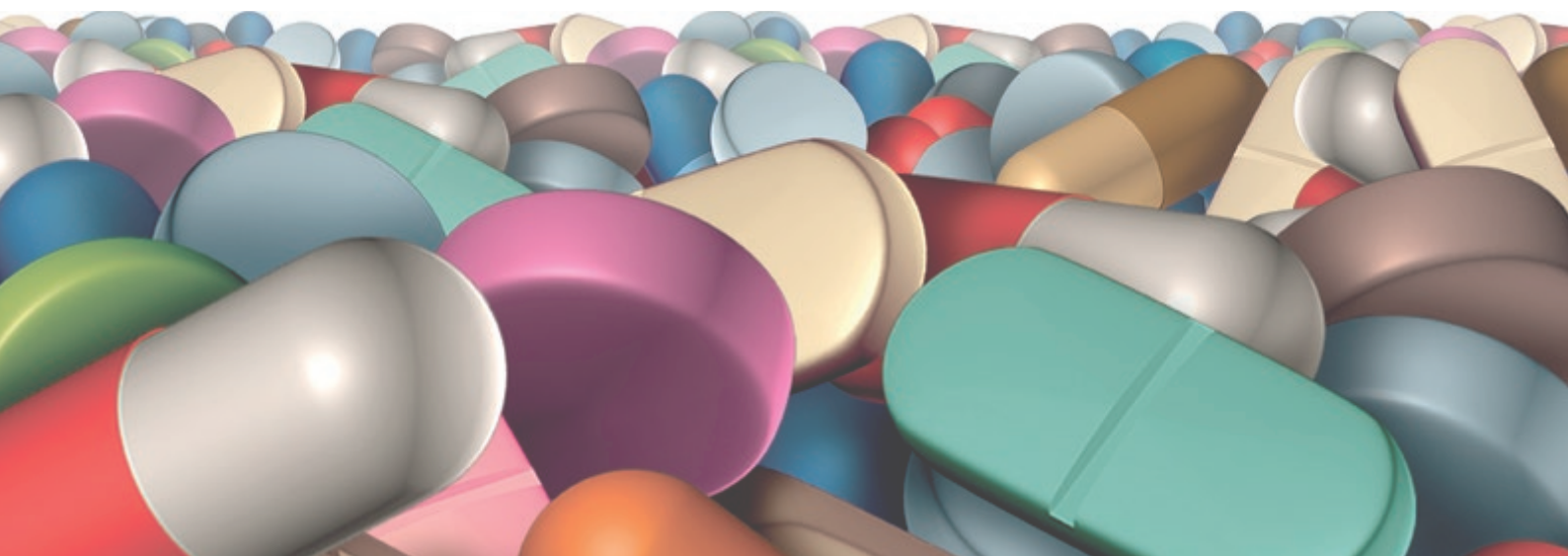
intervensjonen ikke proporsjonalt øker fordelene» (2).

Medisinsk overaktivitet er problematisk økonomisk, kvalitetsmessig og etisk. Alle helsetjenester koster penger, og overforbruk av helsetjenester blir et økonomisk problem, særlig når det fører til at man ikke får råd til høy-verdi-tjenester som ville kunne vært mer nyttige for pasientene. Det å gjøre for mye er også et kvalitetsproblem i den forstand at helsevesenet gjør ting som

har liten nytte eller som kan være skadelig. Det er også en etisk utfordring: Det bryter med helsevesenets moralske grunnmål, å hjelpe mennesker, og med profesjonsetiske idealer om å være en god lege.

Det er mange måter å gjøre for mye på

Medikalisering, overdiagnostikk og sykdomssalg nevnes ofte i samme åndedrag, og begrepene har også mye felles, som blant annet å gjøre flere mennesker til pasienter. Alle begrepene spiller en viktig rolle i kritikken av moderne medisin og brukes til å drøfte hvilke helsetjenester som er unødvendige, nytteløse eller skadelige – og til å reflektere over grensene for moderne medisin. Medikalisering, overdi-



agnostikk og sykdomssalg har også det til felles at de enklest observeres på befolkningsnivå, oftest er skjult og at de kan være vanskelig å avsløre.

Imidlertid er det noen viktige forskjeller: Medikalisering begrepet kommer utenfra, som en ekstern kritikk av moderne medisin – særlig fra samfunnsvitenskapene (3). Overdiagnostikk, derimot, stammer fra helseprofesjonelles refleksjoner over grensen for når diagnostikk er unødvendig eller mer til skade enn til nytte (4, 5). Kritikken av sykdomssalg kommer både fra samfunnet og medisinen og retter seg ofte mot industrien, men også mot medisinen.

Man kan med rette hevde at sykdomssalg ikke har vært et stort problem i Norge, da vi er mindre markedsstyrte. Men med nye trender innen helse-apper, stor-data, maskinlæring og kunstig intelligens, kan dette komme til å bli mer fremtredende i tiden som kommer. Dessuten er det en brikke i et mønster, som det er viktig å være klar over når man vil undersøke og fastsette medisinenes grenser, og når man vil synliggjøre medisinenes moralske mål – å hjelpe mennesker (SE BOKS 1).

Nye fenomener blir til sykdom

Skal sorg, skallethet, rynker og aldring regnes som sykdom? Mange mener ja. Å gjøre slike allment opplevde fenomener til sykdom kalles gjerne medikalisering. Medikaliseringen utvider medisinenes virkefelt. Men det skjer også ved sykdomssalg

(«Disease mongering», sykdomskremmeri, sykdomsfabrikking) (6, 7). En viktig forskjell er at mens fenomenene ved medikalisering ofte er opplevde symptomer, plager eller kroppslige normalfenomener, er det ikke alltid slik ved sykdomssalg. Fenomener som lavt testosteron gjøres til gjenstand for oppdagelse og behandling (8). Premenstruell dysfori («premenstrual dysphoric disorder») er et annet eksempel (7). Den som har en behandling å tilby (for eksempel et legemiddel) definerer en sykdom for denne.

Vil det utvikle seg til sykdom?

Ved overdiagnostikk finner man også fenomener hos personer som kan være helt symptomfrie. Det kan for eksempel være indikatorer eller forstadier til sykdom. Forskjellen fra medikalisering og sykdomssalg er imidlertid at man ikke vet hvorvidt det man finner vil utvikle seg til manifest sykdom eller lidelse. Om pasienten noen gang vil bli syk eller få problemer relatert til det man har oppdaget er usikkert. Medisinenes utvidelse av sitt virkefelt er derfor forskjellig ved overdiagnostikk: man utvider sykdomsbegrepet, ikke til å omfatte nye fenomener slik som sorg eller lavt testosteronnivå, men til å omfatte fenomener som man ikke vet om vil utvikle seg til sykdom. Det er en utvidelse inn i det usikre.

Det er med andre ord ulike former for usikkerhet som gjør seg gjeldende i de tre formene for sykdomsutvidelse. Ved medi-

kalisering er det et spørsmål om hvordan man definerer sykdom. Skal kjønnsinkongruens defineres som en sykdom? Dette er et normativt (og ikke et deskriptivt) spørsmål og kalles gjerne ubestemthet. Det samme gjelder i stor utstrekning sykdomssalg. Ved overdiagnostikk, handler det om prognostisk usikkerhet. Man vet ikke om det vi har identifisert, og som vi vet kan utvikle seg til manifest sykdom og lidelse, rent faktisk vil gjøre det hos den pasienten man har foran seg.

Mekanismene bak for-mye-medisin

Det er mange mekanismer bak de ulike formene for for-mye-medisin. Ved medikalisering er det flere forhold som spiller inn. Det ene er at helsetjenesten i dag oppfattes som universalløser. Fordi den har vist fantastiske evner for å hjelpe folk, søker folk til medisinen for å løse stadig flere av livets utfordringer. Medisinen har selv også hatt det man kan kalle en faustisk iver til å utvide sitt virkefelt, og enkelte vil kritisere medisinen for å utøve en god porsjon overmot (hybris).

Sykdomssalg drives i stor grad av industriens iver etter utvidelse og av kommersielle interesser, ofte godt hjulpet av leger. Helse har blitt et av verdens største og raskest voksende markeder som stadig flere søker innpass i. Det skjer ikke sjelden ved at man har funnet en behandling – som man finner og definerer en sykdom til (6, 7).

For overdiagnostikk er mekanismene

BOKS 1

DEFINISJONER AV OVERDIAGNOSTIKK, MEDIKALISERING, OG SYKDOMSSALG

Medikalisering: En utvikling der stadig flere av menneskers erfaringer eller problemer søkes forklart gjennom (bio)medisinske forhold og behandlet av helsevesenet.

Overdiagnostikk: Korrekt diagnose av en tilstand som ikke ville medført symptomer, sykdom eller død, dersom den var forblitt uoppdaget. Det er tilstander personen ville dødd med og ikke av.

Sykdomssalg: Det å gjøre spesifikke medisinske målbare fenomener til sykdom fordi det fremmer salg av en diagnostisk metode eller en behandling.

bak litt annerledes. Overdiagnostikk drives i utgangspunktet av ønsket om å forhindre sykdom. Ved å oppdage sykdom tidlig og komme tidlig i gang med behandling, ønsker man å begrense sykdomsbyrden. Det som skaper overdiagnostikk er at man mangler kunnskap om hvordan sykdommen utvikler seg. I tillegg til iveren etter å hjelpe, kan også risikoaversjon være en bidragende faktor, samt tanketilbøyeligheter som at «tidlig er bra» (9).

Virkningene

Felles for medikalisering, overdiagnostikk, og sykdomssalg er at de fører til at flere mennesker blir pasienter uten at de nødvendigvis har helsemessig gevinst. Å få en diagnose kan skape uro, angst og plager, men også symptomer. I tillegg utvider medisinen sitt virkeområde i alle tre tilfellene.

Ved medikalisering skjer denne utvidelsen ved at flere aspekter av livet gjøres til helsefaglige anliggender. Ved sykdomssalg får man en diagnose og tilbys en behandling for noe man ikke visste var et problem.

Ved overdiagnostikk blir tilstander som ellers ikke ville være til plage, definert og behandlet som sykdom. Utfordringen, både kunnskapsmessig og praktisk for klinikerne så vel som for personen, er at man ikke vet hvilke tilstander som i fremtiden vil utvikle seg til manifest sykdom, lidelse og eventuelt død. En annen virkning av overdiagnostikk er det som har blitt kalt «popularitetsparadokset»: Mennesker som har blitt overdiagnostisert og unødig behandlet, og som kanskje har fått alvorlige (bi)virkninger av behandlingen, tror at de har blitt reddet av helsevesenet. Overdiagnostikk er derfor vanskelig å observere og informere om på individnivå.

Hva gjør utvidelsene med medisinen?

Som jeg har forsøkt å vise, utvider medikalisering, overdiagnostikk og sykdomssalg medisinen virkefelt. Kanskje kan man se på dette som gunstig for sysselsettingen, men det bidrar til økt belastning på en presset helsetjeneste. Samtidig blir det vanskeligere å avgrense medisinen sine ansvarsområde, og helsearbeiderne blir ansvarlig for å håndtere stadig flere emosjonelle, sosiale og atferdsmessige forhold i tillegg til flere biologiske fenomener og tilstander. Det vil være uenighet om hvorvidt dette er et gode eller ikke, og hvor og hvordan grensedragningen skal foregå.

Medisinen utvidelse kan også endre forholdet mellom lege og pasient, ikke minst når det gjelder tillit. Når eksempelvis sterke økonomiske interesser avsløres ved sykdomssalg kan det redusere folks tillit til helsetjenesten generelt og til legen spesielt. Tar legen denne testen og tilbyr denne behandlingen for sin egen del, for industriens del, eller for å fremme min helse?

Ved medikalisering kan tilliten både øke og synke. Enkelte vil oppleve det at sorgen blir gjort til et helsefaglig anliggende som en anerkjennelse og hjelp. På den annen side har det faktum at homoseksualitet ble gjort til sykdom neppe underbygd tilliten (selv om intensjonene skal ha vært de aller beste).

Overdiagnostikk har en tvetydig virkning på tilliten til legen og helsetjenesten. Som nevnt, opplever mange som blir over-

diagnostisert seg som «reddet av legen og helsevesenet» og ikke som unødig diagnostisert og behandlet. For disse vil tilliten kunne øke. De (få) som oppdager at de har blitt overdiagnostisert og overbehandlet opplever ofte et markert fall i tilliten.

På mer overordnet plan skjer det også noe annet vesentlig ved de tre formene for for-mye-medisin som jeg kort har drøftet. Alle bidrar til at medisinen kobler seg fra sitt opprinnelige moralske grunnfenomen – lidelse. Ved overdiagnostikk oppdages og behandles fenomener som aldri ville ha utviklet seg til erfart lidelse om de ikke var blitt oppdaget. Det samme gjelder i stor utstrekning sykdomssalg. Ved medikalisering er det litt annerledes, da det her dreier seg om fenomener som personen opplever, og som kan være plagsomme. Spørsmålet her er hvorvidt disse plagene er helserelaterte utfordringer eller om det er generelle utfordringer som gjelder alle i livet, og som andre institusjoner (nettverk) eller profesjoner er langt bedre til å håndtere.

Det er selvsagt helt legitimt at et fag i rask utvikling, og som står sentralt i et samfunn i stadig bevegelse, endrer karakter og grunnfenomen. Det er for eksempel ikke noe i veien for at man ønsker å utvide helsevesenet til et «velværesvesen». Det som dog er vesentlig ved å endre sitt forhold til lidelse som grunnfenomen, er at medisinen endrer sitt moralske mål. Å redusere lidelse har vært et relativt velfungerende mål for helsevesenet i flere tusen år,



	MEDIKALISERING	SYKDOMSSALG	OVERDIAGNOSTIKK
Forhold mellom fenomen og sykdom	Nye fenomener gjøres til sykdom		Usikkert forhold mellom fenomen og sykdom
Opplevs fenomenene av personene selv?	Opplevde fenomener: sorg, søvnvansker, spilleavhengighet	Ikke-opplevde fenomener: lavt testosteron (low-T)	Ikke-opplevde fenomener: ulike forstadier, som kan utvikle seg til sykdom
Type usikkerhet	Ubestemthet		Prognostisk usikkerhet
Mekanismer	Helsevesenet som universalløser. Faustisk iver. Hybris.	Industriens iver, kommersielle interesser. Har en behandling og definerer en sykdom til denne.	Kunnskapsmangel (om sykdomsutvikling). Ønske om å forhindre sykdom (utvikling). Risikoaversjon.
Effekter	Flere mennesker blir pasienter (uten at de har helsemessig gevinst). Medisinen utvider sitt virkeområde.		
	Flere aspekter av livet gjøres til helsefaglige anliggender.	Man får en diagnose som det finnes en behandling for. Behandling som søker og finner en sykdom.	Tilstander som ikke ville være til plage defineres og behandles som sykdom. Mennesker tror de er «reddet» av helsevesenet.
Følger	Vanskeligere å avgrense medisinen virkeområde. Medisinen kobler seg fra dets moralske grunnfenomen (lidelse). Medisinen endrer sitt moralske mål.		
	Økt og redusert tillit.	Redusert tillit?	Uforandret eller økt tillit.

TABELL 1. Oppsummering av forskjeller og likheter mellom medikalisering, sykdomssalg og overdiagnostikk.

blant annet fordi det er lettere for enkelt-mennesket, for legen, og for filosofen å si noe om hva lidelse er enn hva velvære eller lykke er. Det kan være enklere å være ansvarlig for å redusere menneskers (kroppslige og mentale) lidelse enn å være ansvarlig for dets lykke.

Tabell 1 er en oversikt over forskjeller og likheter mellom medikalisering, sykdomssalg og overdiagnostikk.

Oppsummering

Jeg har i denne artikkelen tatt for meg tre former for det som kan kalles for-mye-medisin, og som har gitt opphav til kampanjen «Gjør kloke valg». Jeg har forsøkt å vise at det er noen vesentlige forskjeller mellom medikalisering, overdiagnostikk og sykdomssalg, som er viktige når man skal forsøke å håndtere dem. Medikalisering er hovedsakelig et samfunnsfenomen. Det lar seg ikke styre av å studere og regulere diagnostiske metoder, slik som ved overdiagnostikk. Sykdomssalg er primært et fenomen som oppstår i forholdet mellom industri, profesjonelle og (i en del land) forbrukere.

Det er også viktig å merke seg at det ikke alltid er skarpe skiller mellom medikalisering, overdiagnostikk og sykdomssalg. Det kan for eksempel være en grunn til at folk kommer til legen og etterspør en sykdom som merkelapp eller forklaring på sine plager. Medikalisering og sykdomssalg kan foregå samtidig. Når aldringsprosesser gjøres til gjenstand for sykdomssalg kan aldring medikaliseres.

I tillegg vil mange hevde at utvidelse av sykdomsbegrepet, slik som ved medikalisering, kan være positivt. Eksempelvis har mange oppfattet det som et fremskritt at sengevæting er klassifisert som en sykdom.

Medisinen utvider sitt virkefelt på mange måter. Medikalisering, overdiagnostikk og sykdomssalg er bare tre måter dette kan skje på. Alle reiser spørsmål om medisinen grenser. Når er det nok medisin? Når går man over fra å oppdage, forhindre og behandle sykdom til å skape sykdom? Når går man fra å redusere til å øke folks plager?

Å være klar over kjennetegnene, likhetene og forskjellene mellom medikalisering, overdiagnostikk og sykdomssalg er viktig når man skal gjøre kloke valg i klinikken og i folkehelsearbeidet. De er også viktige for medisinen forståelse av kvaliteten og hva det er å være en god lege. Man blir som man gjør. Medisinen skapes gjennom praksis.

I tillegg er disse begrepene vesentlige når man skal stake ut retningen for fremtidens medisin. Jeg har forsøkt å vise at alle bidrar til å koble medisinen fra sitt opprinnelige moralske grunnfenomen, lidelse, og derved også fra sin moralske målsetting. Det kan selvsagt finnes grunner til det, men grunnene må være gode og eksplisitte. Det bør være en åpen diskusjon blant fagfeller når medisinen endrer sitt mål og utvider sitt virkefelt og sitt ansvar.

For mye av det gode er altså ikke nødvendigvis vidunderlig, selv ikke når det gjelder

et vesentlig gode som moderne medisin. Den gode medisin, utøvd av den gode lege, finner det som er akkurat passe. Ingen enkel oppgave. Den krever innsikt, kløkt og felles refleksjon.

REFERANSER

1. Soril LJ, Seixas BV, Mitton C, Bryan S, Clement FM. Moving low value care lists into action: prioritizing candidate health technologies for reassessment using administrative data. BMC health services research. 2018; 18(1): 640.
2. Badger-Parker T, Pearson S-A, Chalmers K, Brett J, Scott IA, Dunn S, et al. Low-value care in Australian public hospitals: prevalence and trends over time. BMJ Quality & Safety. 2018.
3. Maturo A. Medicalization: Current Concept and Future Directions in a Bionic Society. Mens Sana Monographs. 2012; 10(1): 122–33.
4. Hofmann B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. Medicine, health care, and philosophy. 2016; 19(2): 253–64.
5. Hofmann B. Medikalisering og overdiagnostikk i et Nordisk perspektiv. In: Bondevik H, Madsen OJ, Solbrække KN, editors. Snart er vi alle pasienter Medikalisering i Norden: Spartacus; 2017. p. 323–56.
6. Bringedal B. Sykdomskremmeri eller sykdomssalg? Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2014; 134(17): 1679.
7. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. PLoS medicine. 2006; 3(4): e191.
8. Schwartz LM, Woloshin S. Low «T» as in «template»: how to sell disease. JAMA internal medicine. 2013; 173(15): 1460–2.
9. Hofmann B, Skolbekken JA. Surge in publications on early detection. BMJ (Clinical research ed). 2017; 357: j2102.

■ B.M.HOFMANN@MEDISIN.UIO.NO

Riktig rekvirering av vane

■ CATO INNERDAL • Spesialist i samfunnsmedisin og kommuneoverlege i Molde kommune

Et kvalitetsutviklingsprosjekt initiert av kommuneoverlegen i Molde kommune, førte til at fastlegene i kommunen i løpet av et år reduserte rekvireringen av vanedannende legemidler med 20 prosent.

Høsten 2017 gjennomført jeg som kommuneoverlege medarbeidersamtaler med samtlige fastleger. I forkant av samtalene ble det sendt ut en elektronisk kartlegging som hver enkelt fastlege besvarte. Hensikten med denne kartleggingen var å effektivisere selve medarbeidersamtalen gjennom at man fikk fram hva legene var opptatt av og ønsket å ta opp.

Medarbeidersamtalene ble gjennomført på fastlegens kontor med en tidsramme på ca. 30 minutter. I samtalene fokuserte vi på tema som den enkelte fastlege opplevde som krevende og tema som legen hadde rapportert om i kartleggingen i forkant.

Fra min side ble fastlegene i kartleggingen utfordret til å sette ett til to mål for egen virksomhet i det kommende året. Mange av fastlegene satte seg mål som omhandlet arbeidstid. I tillegg valgte bortimot alle fastlegene å sette mål for egen rekvisiteringspraksis av vanedannende legemidler. Siden dette tilsynelatende virket å være en «universell» utfordring, ble dette fulgt opp med møte i allmennlegeutvalget (ALU).

På ALU-møtet ble vi enige om at kommunen skulle utarbeide rutiner og journalnotatmaler. Disse skulle være felles for alle legekantorene i kommunene, og var ment å hjelpe helsesekretærene og fastlegene til å sikre en faglig god rekvisiteringspraksis av vanedannende legemidler. Utkast til journalnotatmaler og arbeidsrutiner ble sendt ut på høring blant fastlegene. Basert på innspill fra denne høringsprosessen gjorde vi noen tilpasninger i rutinene og journalnotatmalene.

I ALU-møtet ble det også bestemt at jeg som kommuneoverlege, med skriftlig fullmakt fra hver enkelt fastlege, skulle inn-

hente reseptdata fra Reseptregisteret. Det ble innhentet reseptdata for hele 2017. Disse dataene inneholdt alle utleveringer av opioider, benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler (z-hypnotika). Basert på disse reseptdataene utarbeidet jeg en oppsummering av rekvisiteringspraksis for hver enkelt fastlege. Denne oversikten var ment å gi fastlegen en oversikt over egen rekvisiteringspraksis. I tillegg regnet vi ut gjennomsnittstall for de forskjellige legekantorene.

Disse oppsummeringene ble, etter ønske fra fastlegene selv, gjennomgått i plenum på de enkelte legekantorene. Dette innebar at kollegene på kontoret fikk «se hverandre i kortene», samtidig som man fikk se gjennomsnittstall for de andre legekantorene. Tallene var justert kun for listepopulasjoner ble disse tallene et godt utgangspunkt for den gode diskusjonen om temaet på legekantorene.

For å gjøre det enklere utarbeidet vi tilpasset pasientinformasjon, både for enkeltpasienter, som oppslag på venterom og

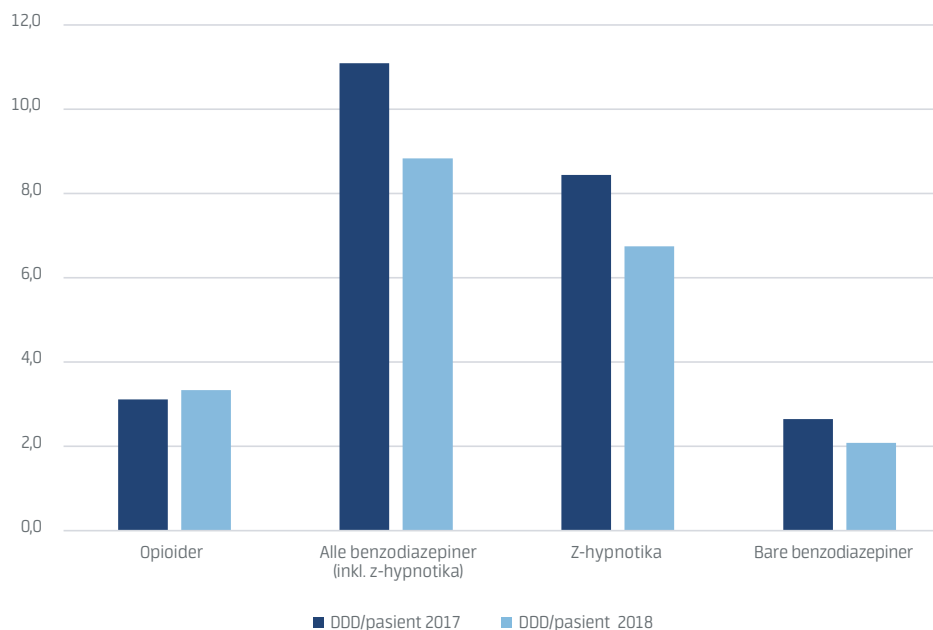
eventuelt på nettsider eller til media. I tillegg laget vi brevmal, nedtrappingsplaner og andre hjelpeverktøy som fastlegene kunne benytte.

Kommunen ble også involvert, og sørget for å koordinere fastlegenes arbeid med riktig rekvisitering av vanedannende legemidler ved å opprette lavterskelkurs for pasienter med angst, søvnproblemer osv. Dette bidro til at fastlegene fikk flere gode ikke-medikamentelle tiltak og alternativer å tilby sine pasienter. Videre ble hjemme-sykepleien orientert om tiltakene, og hvordan de kunne spille fastlegen god.

Startskuddet for dette arbeidet gikk i januar 2018 og ble også markert med oppslag i lokalavisen. Som kommuneoverlege har jeg regelmessig snakket med fastleger om de utfordringer de har møtt i dette arbeidet, og har etter beste evne forsøkt å oppmuntre og gi råd.

Nå har det gått mer enn ett år, og vi har hentet ut tall fra legenes journalsystem ved hjelp av dataprogrammet Medrave. Dette er program som kommunen i mellomtiden har kjøpt til alle fastlegene i

FIGUR 1. Rekvisitering av benzodiazepiner og z-hypnotika ble redusert med 20 prosent fra 2017 til 2018. (DDD = daglige døgndoser).



dannende legemidler

kommunen. Tallene viser at fastlegenes fokus har gitt resultater. Justert for økt pasientpopulasjon i kommunen har det vært en reduksjon fra 2017 til 2018 på henholdsvis 21,3 prosent og 20,0 prosent for benzodiazepiner og z-hypnotika (FIGUR 1). Samlet sett fant vi en reduksjon på 20,3. For opioider har det derimot vært en økning på 7,2 prosent.

Totalt har ble det i 2018 utskrevet nesten 65 000 færre daglige døgndoser (DDD) benzodiazepiner og z-hypnotika enn i 2017. Dette til tross for at pasientpopulasjonen økte med én til to prosent.

Fastlegenes erfaring med dette arbeidet er at utfordringen var størst i starten. Det å innføre hovedregel om oppmøte for re-

sept og «legemiddelsamtale» for aktuelle personer krevde modning i befolkningen. Samtidig forteller også fastlegene at dette roet seg når det ble kjent i befolkningen. At alle legekantorene gjorde dette samtidig, og på samme måte, bidro også positivt.

Fastlegene har selvsagt opplevd tilfeller hvor nedtrapping har vært svært vanskelig, og noen ganger også mislykket. Det som de imidlertid forteller, er at fokuset på riktig rekvirering i alle fall ikke gir «nyrekruttering», og at det i praksis ikke vil

skje en doseøkning. Samtidig rapporterer fastlegene mange historier om vellykket nedtrapping. Enkelte pasienter har sågar trappet ned på legemidlene på eget initiativ allerede før de har kommet til fastlegen, fordi de har snakket med andre pasienter om temaet.

Vi planlegger nå en ny opptreden i media for å holde temaet varmt i befolkningen. Samtidig er jeg som kommuneoverlege imponert over den innsatsen og «driven» fastlegene har vist. Kvalitetsarbeid er krevende, men givende!

■ CATO.INNERDAL@MOLDE.KOMMUNE.NO

Sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt (aterosklerotisk

■ BJØRN GJELSVIK • Førsteamanuensis (emeritus) ved avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo • Fastlege Tanum Legekontor

Utposten publiserte i forrige utgave en artikkel om primærforebygging av hjerte- og karsykdom. For pasienter som allerede har fått påvist sykdom, blir tankegangen og anbefalingene litt annerledes.

Det er vanlig å skille mellom primærforebygging og sekundærforebygging av hjertesykdom (SE FAKTABOKS), og det er flere grunner til dette. I primærforebygging anbefales tiltak til personer som er friske, men som har en forhøyet risiko for sykdom sammenliknet med gjennomsnittet. Begrepet risikant er brukt om dette, for å skille fra pasientbegrepet. Det kan være etiske utfordringer forbundet både med å sette en merkelapp som i seg selv kan medføre bekymringer og redusert helse, og med å tilby behandling der vi ikke kan være sikre på at pasienten virkelig har nytte av behandlingen. Selv om effekten på gruppenivå er etablert, kan vi ikke vite om den enkelte pasienten vi har foran oss vil få sykdom eller vil ha effekt av forebyggende behandling.

Når det gjelder sekundærforebygging har vi noen færre problemer. Vi vet for det første at pasienten har etablert karsykdom, for eksempel hjerneslag eller aterosklerose i ett eller flere koronarkar som har ført til symptomer. Da vet vi også at det er høy risiko for en ny sykdomshendelse, med risiko for sekveler eller for tidlig død. Nyten av å forebygge en ny hendelse er stor, både for den enkelte og for samfunnet. Vi vet fortsatt ikke om den enkelte pasient vi har foran oss vil få en slik hendelse, eller om forebyggende tiltak faktisk vil virke på akkurat vår pasient, men for de fleste vil risikoen for nye hendelser klart oppveie risiko for bivirkninger som behandlingen kan medføre. «Merkelapp-problematikken» er heller ikke like gyldig her.

Disse pasientene har ofte andre sykdommer i tillegg, slik at medikamentlistene kan bli lange og muligheten for bivirkninger og uheldige interaksjoner kan mange-dobles. Det må brukes mye tid på å informere om nytte og risiko, og pasientene har ofte mange spørsmål. Noen slike spørsmål kommer vi tilbake til nedenfor.

Mens tidligere retningslinjer kun gjaldt primærforebygging, omfatter de nye retningslinjene fra Helsedirektoratet (2017) også råd for medikamentell sekundærforebygging. Disse omtaler de viktigste generelle tiltak i stabil fase etter påvist koronarsykdom, perifer aterosklerose eller hjerneslag. Spesifikk behandling av hjerneslag, hjerteinfarkt eller perifer karsykdom omtales ikke. Forebyggende tiltak ved hjerteklaffefeil, hjertearytmier eller tromboembolisk sykdom er heller ikke omtalt, men det finnes egne retningslinjer og veiledere for disse tilstandene. De enkelte medikamentgrupper, indikasjoner og behandlingsmål gjennomgås nedenfor. Hele retningslinjen finnes på Helsedirektoratets nettsider.

PRIMÆR- OG SEKUNDÆRFOREBYGGING

Gerald Caplan foreslo i 1964 en tredeling av forebyggingsbegrepet:

- ① **Primærforebygging:** Før sykdom, skade eller problem oppstår i befolkningen. Dette er således det vi vanligvis mener når vi bruker ordet «forebygging».
- ② **Sekundærforebygging:** Når sykdommen eller problemet har oppstått og er aktivt. Siktemålet er å forhindre en ny hendelse eller forverring av sykdommen.
- ③ **Tertiærforebygging:** Forhindre eller forbedre funksjonsfall etter at sykdommen eller problemet er behandlet

Begrepet har siden vært brukt på litt andre måter enn slik Caplan definerte dem. Noen bruker primærforebygging kun om tiltak rettet mot skadelige miljøforhold, mens tiltak rettet mot mestring og risikogrupper har blitt kalt sekundærforebygging. Enkelte bruker begrepet tertiærforebygging om behandling av lidelser generelt.

Hva gjelder hjerte- og karsykdom har det vært vanlig å definere primærforebygging som tiltak rettet mot at sykdom oppstår hos folk som ikke har symptomer på sykdom. Dette omfatter både individrettede og befolkningsrettede tiltak. Med sekundærforebygging menes behandling etter at sykdom har oppstått, for å forhindre ny sykdom eller forverring av tilstanden.

De senere årene har det i allmennmedisinske miljøer dukket opp et nytt begrep knyttet til forebygging: «quaternary prevention». Med dette menes tiltak for å forhindre overbehandling og overdiagnostikk.

Antitrombotisk behandling

Blodplatehemming inngår som en sentral del av sekundærforebyggingen både ved koronarsykdom, iskemisk hjerneslag og ved perifer karsykdom. Alle aktuelle pasienter bør tilbys acetylsalisylsyre 75 mg, alternativt klopido-grel ved salicyl-allergi eller bivirkninger. Etter iskemisk hjerneslag (ikke-embolisk), bør kombinasjonsbehandling med acetylsalicylsyre og dipyrmidol vurderes, alternativt monoterapi med klopido-grel (jf. slag-retningslinjen).

Metaanalyser viser at acetylsalicylsyre (ASA) i doser fra 75 til 300 mg gir noe under 20 prosent reduksjon i vaskulære hendelser i sekundærforebygging, med en absolutt risikoreduksjon i alvorlige kardiovaskulære hendelser på 1,5 prosent pr. år. Av dette utgjør koronar hendelse 1 prosent og slag 0,5 prosent. Det er liten grunn til å

slag eller karsykdom)



ILLUSTRASJONSFOTO: COURBROX

gi høyere dose enn 75 mg, ettersom man ikke får bedre effekt, men økt risiko for bivirkninger.

Acetylsalisylsyre og andre platehemmere øker blødningsrisikoen, også for alvorlige hendelser som akutt gastrointestinal blødning og hemoragisk slag. Kombinasjonsbehandling med ASA og dipyramidol øker blødningsrisikoen ytterligere og er mest indisert ved særlig høy risiko for nye slag.

Fordelene med bruk av acetylsalisylsyre i sekundærprofylakse anses generelt som betydelig større enn ulempene, men pasienter må informeres om bivirkningsrisiko og så

langt som mulig involveres i behandlingsbeslutninger. Dette er særlig viktig ved kombinasjonsbehandling med flere antitrombotiske midler, der risikoen er høyere.

For emboliske hjerneslag ved atrieflimmer og for andre hjertesykdommer finnes det egne retningslinjer.

Lipidsenkende behandling

Også dette er en sentral del av sekundærforebyggingen både ved koronarsykdom, iskemisk hjerneslag og ved perifer karsykdom. Retningslinjene anbefaler at alle med

kjent aterosklerotisk hjerte- og karsykdom bør tilbys behandling med statiner. Behandlingsmålet er LDL-kolesterol $< 1,8$ mmol/l.

Kolesterolabsorpsjonshemmer (ezetimib) vurderes ved statinintoleranse, eller når behandlingsmålet ikke nås. Behandling med PCSK-9 hemmere (alirokumab, evolokumab) kan være aktuelt ved utilstrekkelig lipidkontroll. Dette må forskrives av hjertespesialist. Det er ikke grunnlag for rutinemessig tilskudd med omega-3 fettsyrepreparater, men slik behandling kan være aktuell ved særlig høye triglyserider.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX / MANIPULERT

Nytten av statiner i sekundærprofylakse er godt dokumentert. Risiko for nytt infarkt og/eller død av hjerte- og karsykdom ble redusert med 25 prosent, total død ble redusert med 13 prosent i nyere metaanalyser. LDL-målet bygger på konsensus og er noe mer omdiskutert. Risikoen for nye kardiovaskulære hendelser eller død synker med 21 prosent pr. mmol reduksjon i LDL-kolesterol, men det ble ikke funnet effekt på totaldødelighet etter oppnådd LDL på 1,4 sammenliknet med 1,8 mmol/l (IMPROVE-it studien) (1).

En relativt stor andel av pasienter forteller om bivirkninger, mest i form av muskelsmerter og mage/tarm plager. Alvorlige bivirkninger som rabdomyolyse forekommer sjelden, men økning i CK og leverenzymmer kan sees. Statiner har en diabetogen effekt, estimert til en faktor på 1,13, og noe høyere ved høydosebehandling. Bivirkninger og motstand mot å ta mange tabletter, sammen med alminnelig skepsis mot statiner, kan være noe av forklaringen på at få pasienter når LDL-målet.

Blodtrykksbehandling

Vi bør tilby medikamentell blodtrykksbehandling til alle med påvist hjerte- og karsykdom som koronarsykdom, hjerneslag, hjertesvikt, arytmier, klaffefeil og aortaaneurismer når blodtrykket er $\geq 140/90$ mmHg. Valg av medikament og intensitet av behandlingen må tilpasses den underliggende sykdomstilstand, men det generelle behandlingsmål er blodtrykk $< 140/90$ mmHg.

Metaanalyser har vist en relativ risikoreduksjon i området 15–30 prosent for hhv. død eller nytt infarkt eller slag (2). Hvis den absolutte risikoen er 20 prosent, vil den absolutte risikoreduksjonen ligge i området tre til seks prosent, og NNT 16–33, dvs. at 33 personer må behandles i ti år for å forebygge

ett dødsfall og 16 personer for å forebygge ett nytt tilfelle av slag eller infarkt. Hvis risikoen bedømmes høyere vil også den absolutte effekten av behandlingen være høyere.

ACE-hemmere

Ved koronarsykdom med klinisk hjertesvikt under infarktforløpet og/eller ved påvist skade på venstre ventrikel (ved EF < 40 prosent), bør vedvarende behandling med ACE-hemmer tilbys (andrealg: Angiotensin II-antagonister). Dersom det ikke er større skade på venstre ventrikel, bør ACE-hemmer (ev. Angiotensin II-antagonister) vurderes, men gevinsten er mindre klar og må veies mot ulemper knyttet til bivirkninger og polyfarmasi. Slik behandling er mer aktuell jo større grad av risiko, som ved diabetes og hypertensjon.

Etter påvist iskemisk hjerneslag og ved perifer karsykdom har ACE-hemmer (evt. Angiotensin II-antagonister) usikker dokumentert effekt, og kan derfor ikke anbefales som generell behandling. Ved perifer karsykdom kan ACE-hemmer likevel vurderes, særlig når det foreligger symptomer.

Betablokkere

Ved akutt koronarsykdom bør behandling med betablokker startes når pasienten er hemodynamisk stabil og fortsettes i ett til tre år ved ukompliserte tilfeller. Livslang eller langvarig behandling bør tilbys ved større infarktskader og ved anginasymptomer eller systolisk hjertesvikt.

Betablokker har ingen rutinemessig plass etter påvist iskemisk hjerneslag eller ved perifer karsykdom, men kan benyttes som en del av behandlingsopplegget ved hypertensjon.

Bruk av betablokker etter mindre infarkt og PCI-behandling er mer omdiskutert.

Dersom pasienten har plagsomme bivirkninger bør behandlingen vurderes seponert. Mange behandles antakelig for lenge med betablokker.

Hva vet vi om kvaliteten av sekundærforebyggende behandling i norsk allmennpraksis?

I en nylig publisert norsk studie om sekundærprofylakse etter slag og hjerteinfarkt blant pasienter med type 2 diabetes (ROSA4-studien) fant vi at bare 30 prosent nådde målet om LDL-kolesterol $\leq 1,8$ mmol/L, mens 65 prosent nådde behandlingsmålet for blodtrykk (3). Mange pasienter har behov for en gjennomgang av sekundærforebyggende behandling. Det kan være mange grunner til at pasienter ikke når behandlingsmålene, og det er viktige temaer for videre forskning. Vi vet lite om i hvilken grad behandlingsmålene er diskutert med pasientene, og hvilke grunner pasienter har for ikke å bruke statiner eller blodtrykkssenkende legemidler, eller om og i tilfelle hvorfor det brukes for lave doser.

REFERANSER

1. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, McCagg A, White JA, Theroux P, et al. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med*. 2015; 372(25): 2387–97.
2. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009; 338 (may19 1): b1665.
3. Gjelsvik B, Tran AT, Berg TJ, Jenum AK et al. Exploring the relationship between coronary heart disease and type 2 diabetes: a cross-sectional study of secondary prevention among diabetes patients. *BJGP Open* 19 March 2019; bjgpopen18X101636. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101636>.

■ BJORN.GJELSVIK@MEDISIN.UIO.NO

Forskningsbehov og forskningsressurser i norsk allmennmedisin

■ JØRUND STRAAND • Professor i allmennmedisin, UiO

Allmennmedisinsk forskning er blitt styrket både i kvantitet og kvalitet siden sekelskiftet, men vi mangler fortsatt en god nasjonal oversikt over resultatene av forskning rettet mot primærhelsetjenesten. Det trengs en forpliktende satsing på forskning og utdanning i kommunale helsetjenester.

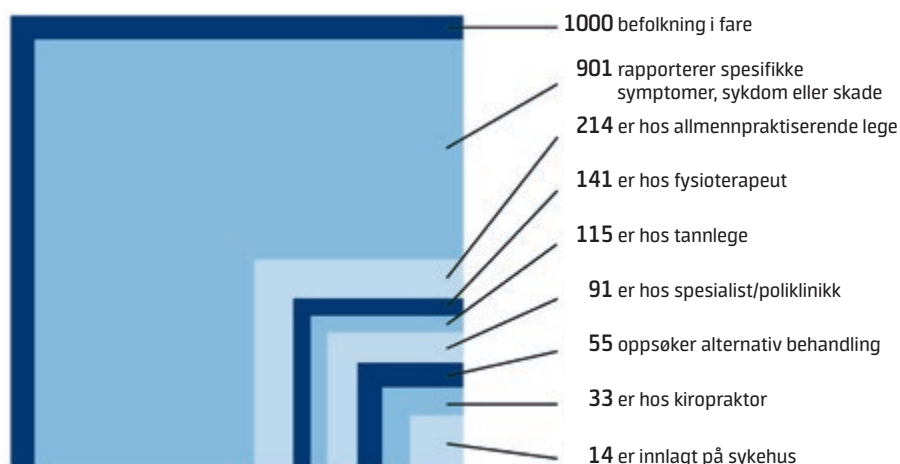
I den norske helsetjenesten utgjør fastlegeordningen den desidert største arenaen for diagnostikk, behandling, prioritering og oppfølging av sykdom. I 2017 hadde landets fastleger 14,4 millioner pasientkonsultasjoner, 70 prosent av befolkningen var innom sin fastlege, og gjennomsnittlig antall konsultasjoner pr. innbygger var 2.7 (1). Fastlegene representerer således grunnmuren i hele helsetjenesten. Kjernen i ordningen utgjøres av den personlige lege-pasientrelasjonen, en relasjon der idealet er at denne både skal være kontinuerlig, om-

fattende, personlig og forpliktende (KOPF). Portvaktordningen gjør at fastlegene er avgjørende premissleverandører for aktivitetsnivået i spesialisthelsetjenesten. En velfungerende spesialisthelsetjeneste forutsetter derfor en velfungerende fastlegetjeneste. Ved utgangen av første halvår 2018, var det 4753 fastleger i Norge (2). Det siste tiåret har det bare vært en beskjeden økning i antall nye fastlegestillinger, og veksten har vært betydelig lavere enn motsvarende vekst i omsorgssektoren og i spesialisthelsetjenesten. Samtidig ser vi at sta-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX





Estimert månedsprevalens av selvrapporterte symptomer, sykdom og skader i en voksen befolkning 30 år og eldre, og deres bruk av ulike helsetjenester.

DATA FRA TROMSØUNDERSØKELSEN 2012: HANSEN AH ET AL. J PUBL HEALTH RES 2012; 1: E28; HANSEN AH. PERSONLIG MEDDELELSE 2018

dig flere oppgaver som tidligere var spesialisthelsetjenestens ansvar, i dag føres over til fastlegene – uten at det følger ekstra ressurser med. Denne ubalansen, sammen med økte krav til samhandling og dokumentasjon, forklarer mye av dagens «fastlegekrise».

I en klassisk amerikansk studie fra 1961 kartla White og medarbeidere «økologien» i befolkningens helsetjenestesøkningsadferd, illustrert som kuber med utgangspunkt i en representativ normalbefolkning på 1000 innbyggere, deres symptomer/sykdommer og deres bruk av ulike helsetjenester. En slik visualisering gir en god ramme for å forstå og for å planlegge helsetjenestene. De aller fleste helseproblemer blir avklart og behandlet ferdig i primærhelsetjenesten. Basert på Tromsøundersøkelsen (2007–08) som omfattet nær 13 000 deltakere 30 år og eldre, publiserte Ann Helen Hansen og medarbeidere i 2012 en tilsvarende kartlegging:

Tabellen til høyre viser antall konsultasjoner hos norske fastleger i 2017 fordelt på diagnosegrupper. Tabellen illustrerer fastlegetjenesten som en klinisk rettet tjeneste og peker også mot aktuelle forskningsområder i tjenestene (SSB 2018).

Portvaktfunksjonen i fastlegeordningen gjør at bare et lite mindretall av pasientene som kontakter sin fastlege blir henvist til eller blir lagt inn i sykehus. Langt de fleste sykdommer/diagnoser avklares diagnostisk og behandlingsmessig hos fastlegen. På fastlegekontorene reflekteres de demografiske endringene i befolkningen («eldrebølgen») tydelig ved at en stadig større andel av pasientene i dag kjennetegnes av flersykkelighet (multimorbiditet) og derav følgende polyfarmasi. Mens kliniske retningslin-

jer typisk er utviklet for diagnostikk og behandling av enkeltsykdommer, er kunnskapsgrunnlaget i hovedsak fraværende og forskningsbehovet stort for optimal (legemiddel-) behandling av pasienter som har mange ulike sykdommer samtidig.

Allmennleger står også for andre medisinske oppgaver i kommunene, slik som legevakt, legetjenester på sykehjem og KAD, helsestasjon, skolehelsetjeneste mv. Fastlegene samhandler i utstrakt grad med andre yrkesgrupper både innad i kommu-

nen, i første rekke med omsorgstjenestene, og med spesialisthelsetjenesten. Fordi den medisinske virksomheten hos fastleger og legevaktleger innebærer håndtering og avklaring også av akutte og livstruende tilstander, medfører tjenestene høy risiko for ikke-kunnskapsbasert prioritering og tjenesteutøvelse. Kunnskap om optimal oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer er likeledes i kontinuerlig, rask utvikling og begrunner behov for forskningsbasert kunnskapsgrunnlag i tjenestene. Det er stort behov for klinisk og annen pasientnær forskning i fastlegeordningen, på legevakt og i sykehjem.

Det pågår for tiden utprøving og evaluering av nye samarbeidsmodeller i form av primærmedisinske team bestående av fastlege, legesekretær og sykepleier. Denne type følgeforskning vil det fortsatt være behov for framover. Et annet utviklingstrekk handler om elektroniske kontaktformer (e-konsultasjoner) som brukes i økende grad. Helsetjenesteforskning, herunder kost-nytte analyser vil være sentrale i en forskningsmessig evaluering av nye arbeidsmåter.

Fastlegeordningen utfordres i dag av helprivate, kommersielle aktører som opererer på siden av det offentlige helsevesenet. Dette handler om helsetilbud, ofte formidlet via nettet, og som pasient (ev. via private helseforsikringer) må betale fullt ut for.

TABELL. Antall konsultasjoner hos fastlege etter diagnosegrupper, absolutte tall og prosent.

KILDE: SSB 2018; [HTTPS://WWW.SSB.NO/HELSE/STATISTIKKER/FASTLEGETI](https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegeti).

	2017	
	Konsultasjoner	Prosentandel
Alle diagnoser	14 393 944	100,0
Luftveisinfeksjoner, inkl. ørebetennelse	1 341 099	9,3
Lokale smerter og betennelser	1 195 240	8,3
Ryggproblemer	531 537	3,7
Generelle smerter og muskelplager	201 592	1,4
Ledd- og gikt sykdommer	311 683	2,2
Psykisk sykdom eller lidelse	1 478 329	10,3
Atopi, astma, allergi eller eksem	483 916	3,4
Høyt blodtrykk	573 349	4,0
Hjertesykdom	533 287	3,7
Diabetes	387 856	2,7
Kreft	216 332	1,5
Underlivsplager hos kvinner	210 066	1,5
Funksjonelle mage-tarmplager	571 645	4,0
Hudinfeksjoner	279 593	1,9
Ulykker og skader	480 893	3,3
Medfødt sykdom eller feil	26 442	0,2
Svangerskap, fødsel, prevensjon	535 299	3,7
Frykt for sykdom	85 483	0,6
Administrativt kontakt	299 803	2,1
Forebyggende kontakt	416 647	2,9
Andre diagnoser	4 233 853	29,4

I Sverige er det vist at diagnostikk og behandling av luftveisinfeksjoner utført av kommersielle nettleger («engangsleger» som ikke møter pasientene fysisk), medfører stor risiko for overdiagnostikk og overbehandling med antibiotika (3).

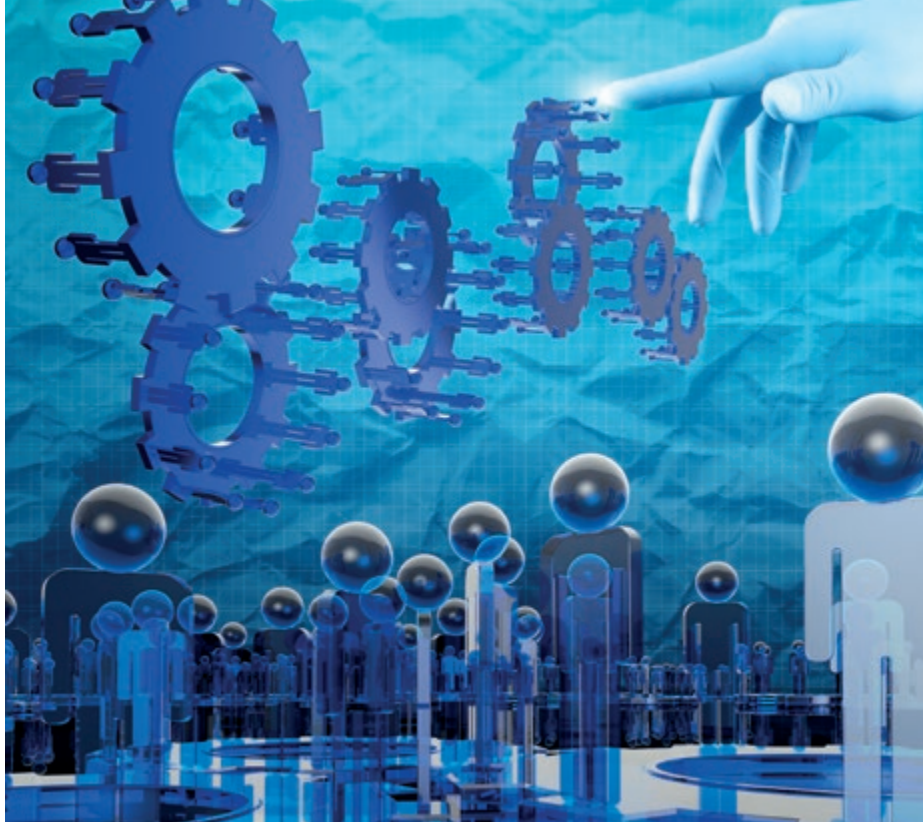
Etablering av en infrastruktur for klinisk forskning (forskningsnettverket Praksis-Nett) i fastlegepraksis vil muliggjøre langt mer klinisk forskning på allmennmedisinske problemstillinger framover. Det er behov for utbygging av tilsvarende infrastruktur for legevakt, sykehjem og andre deler av primærhelsetjenesten.

Forskningsressurser

I NFR-evalueringen fra 2011 ble de allmennmedisinske forskningsmiljøene vurdert som «very good» til «fair». Her kan det legges til at evalueringen må tolkes med varsomhet siden svært mye har skjedd i positiv retning siden 2011. Men flere av miljøene er fortsatt små og dermed veldig sårbare. Forskningen blir i hovedsak publisert internasjonalt, dels i høyt rangerte tidsskrift.

Ved siden av undervisning i klinisk allmennmedisin på profesjonsstudiet, er så å si all allmennmedisinsk forskning i landet forankret ved de fire allmennmedisinske universitetsenheter ved landets medisinske fakultet.¹ Et unntak er Bergen, der eksternt finansierte enheter er lagt til UNI Research (nå NORCE) som sorterer under instituttsektoren. Den allmennmedisinske forskningen er rettet mot og har stor relevans for kommunale helsetjenester. Sammenlignet med de store sykehusfagene, er de allmennmedisinske universitetsmiljøene likevel små og sårbare med tanke på kapasitet. Det var et viktig løft at allmennmedisinske forskningsenheter (AFer) i 2006–7 ble lagt tett på og i synergi med universitetsmiljøene. Dessuten kom det til egne nasjonale kompetansesentra for legevaktmedisin (Nklm), antibiotikabruk i primærhelsetjenesten (ASP) og distriktsmedisin (NSDM) med forskning som en av flere oppgaver. Disse virksomhetene er alle grunnfinansierte av Helsedirektoratet. Stiftelsen Allmennmedisinsk Forskningsfond (AMFF) etablert av Legeforeningen i 2007, er i dag en av de viktigste finansieringskildene for lønnsmidler til allmennmedisinske forskere som tar doktorgrad.

¹ Allmennmedisin er imidlertid ikke eget fag ved legeutdanningene i Polen eller Ungarn og flere andre steder der en stor andel av dagens medisinstudenter tar sin utdanning. Dette innebærer at en relativt stor andel av leger som vil arbeide i Norge aldri har fått noen grunnutdanning i allmennmedisin. Det trengs ytterligere kunnskap og forskning om følger av denne vridningen av kunnskapsgrunnlaget for å praktisere som lege i Norge.



ILLUSTRASJON: COURBONX

Selv om allmennmedisinsk forskning er blitt radikalt styrket både i kvantitet og kvalitet siden sekelskiftet, var situasjonen i 2016 slik at bare ca. 3,6 prosent av landets spesialister i allmennmedisin hadde doktorgrad. Til sammenligning var andelen 29,2 prosent for spesialister i indremedisin og 18,4 prosent for alle medisinske spesialiteter samlet (4).

Vi mangler fortsatt en god nasjonal oversikt over resultatene av forskning rettet mot primærhelsetjenesten. Ressursinnsats og resultater for forskning knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester ble forsøkt kartlagt av NIFU i 2016 (5). Rapporten fanger bare i liten grad opp norsk allmennmedisinsk forskning for det aktuelle tidsrommet. Av publikasjoner som for eksempel utgikk fra landets allmennmedisinske forskningsenheter i 2014, ble godt under 20 prosent gjenfunnet i NIFU sitt publikasjonssøk for dette året. Systemet *Health Research Classification System* (HRCS) som både Forskningsrådet og universitetene benytter, er heller ikke egnet til å skille om forskningen er rettet mot primær- eller spesialisthelsetjenesten. Det er i skrivende stund i gang et arbeid for å utvikle en bedre rutinestatistikk på området, og som også bedre kan tjene til å sammenligne ressursinnsats og resultater av medisinsk forskning utenfor sykehus med det som skjer i spesialisthelsetjenesten.

Det er i dag fortsatt stort behov for oppdatert, systematisk kunnskap som grunnlag for allmennlegers yrkesutøvelse. Dette gjelder både helsetjenesteforskning, samhandlingsforskning og klinisk forskning. Det trengs god forskning om effekt av ikke-farmakologiske tiltak som alternativ til legemiddelbehandling. Noen stikkord for viktige forskningsområder er muskel-skje-

lettlidelser, kronisk sykdom, psykiatrisk sykdom, rus, medisinsk uforklarte tilstander, antibiotikabruk og -resistens, akuttmedisin, multimorbiditet, polyfarmasi, samt over- og underdiagnostikk.

At kommunale helsetjenester ikke har hatt forskning og utdanning i egne tjenester som lovpålagte oppgaver slik som i spesialisthelsetjenesten, forklarer langt på vei hvorfor primærhelsetjenesten er ekskludert når det gjelder å definere forskningsprioriteringene i sektoren. Samtidig vet vi at leger generelt er svært opptatt av faglig fordyping og utvikling. Gode muligheter i sykehus til å kombinere klinisk praksis med forskning eller undervisning, er trolig også en del av forklaringen til at en økende andel nyutdannede leger foretrekker arbeid i sykehus framfor i fastlegeordningen. Å gi kommunene et «sørge-for-ansvar» for forskning og utdanning i egne tjenester vil være første skritt i å rette opp denne ubalansen. Å satse på forskning og utdanning i kommunale helsetjenester handler om å investere i kvalitet som igjen skal sikre bedre helsetjenester til befolkningen.

Interessekonflikter: Ingen

Teksten er omarbeidet basert på deler av kapittel 3 i en rapport fra Kommunenes Strategiske Forskningsorgan (KSF) til HelseOmsorg21 rådet 2019 og som ble overrakt Helsedepartementet april 2019.

REFERANSER

1. SSB 2018; <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>
2. HOD Prop. 1S 2018–19
3. Lakartidningen.se 2017-05-17
4. DNLF: legestatistikk
5. NIFU Rapport 2016: 32

■ JORUND.STRAAND@MEDISIN.UIO.NO

Neste generasjon fore

■ ASTRID NYLENNA • Avdeling for folkesykdommer, Helsedirektoratet

Helsepersonell etterlyser trygge apper å henvise til som støtte for levevaneendring. Helsedirektoratet har under paraplyen «Bare Du» utviklet en serie digitale verktøy for støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer. Å laste ned en app sammen kan være den digitale og moderne versjonen av å «få noe i hånda».



Bare Du er Helsedirektoratets nye, helhetlig kommunikasjonsatsing om levevaner og psykisk helse. Her ses fysisk aktivitet, psykisk helse, kosthold, tobakk, alkohol og søvn i sammenheng.

Mange ønsker å gjennomføre endringer for å få til regelmessig fysisk aktivitet, stumpe røyken, spise sunt og unngå overvekt. Det vanskelige er å få det til. De lurer på hvordan de skal gå frem og ønsker hjelp i endringsprosessen.

Det er godt dokumentert at endring av levevaner er krevende, og at de som får hjelp til endring lykkes bedre enn de som prøver på egen hånd (1–4). I innspillsmøte med fastleger og annet helsepersonell som var en del av innsiktsarbeidet med *Bare du*, ga flere innblikk i at det kan være utfordrende å snakke med pasienter om levevaner, og at det er tidkrevende å gi god oppfølging. Flere manglet noe reelt å tilby. Kommunale frisklivssentraler er et sted å henvise pasienter til for støtte til endring av levevaner, men helsepersonell har etterlyst trygge, myndighetsgodkjente digitale verktøy.

«Finnes det alternativ?»

Dette er et av «pasientspørsmålene» i *Kloke Valg*, Legeforeningens satsing på arbeidet med å redusere overdiagnostikk og overbehandling (<https://beta.legeforeningen.no/kloke-valg/>). Da *Bare Du* ble lansert i januar 2019, var president i Legeforeningen, Marit Hermansen, med og knyttet satsingen opp mot arbeidet med *Kloke valg*. «Når

svaret ikke er utredning og behandling, så kan svaret kanskje ligge i livsstilsendring. Kloke valg og *Bare Du* utfyller hverandre godt», sa Hermansen.

Bare Du ble presentert for allmennlegene på grunnkurs C på Oppdalsuka 2019. En tilbakemelding var at disse digitale selvhjelpsverktøyene kan bøte på at pasientene fratas noe av egenbestemmelsen og egeninitiativ ved igangsetting av en del behandling. Deltakerne etterlyste også mer informasjon om mulighetene gjennom sine kanaler.

Digital verktøykasse

De digitale verktøyene som Helsedirektoratet har utviklet, er laget for å gi støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer. Gjennom langvarig markedsføring, både med filmer på tv, annonser i trykte medier og sosiale medier og informasjon i aktuelle faglige fora, er målet å gjøre *Bare Du* kjent. Dette er ikke en kortvarig kampanje, men et utviklingsarbeid som er tenkt over flere år.

I snitt har nå 91 prosent av befolkningen tilgang til smarttelefon (5), med relativt lav variasjon mellom utdannings- og aldersgrupper. De nye appene og digitale verktøyene kan være den moderne versjonen av å «få noe i hånda». Rask tilgang til hjelp gjennom mobiltelefonen kan være en måte å utnytte motivasjonen umiddelbart, og å sørge for kontinuerlig tilstedeværelse. Digitale verktøy kan fungere som ren selv-

hjelp og/eller kombineres med en eller annen grad av oppfølging fra helsepersonell.

De fleste er flest

Forebyggingsparadokset innebærer at de fleste sykdomstilfeller ikke vil inntreffe i gruppen med høyest risiko, men i den langt større gruppen av folk med middels risiko (6). Apper er kanskje ikke svaret for høyrisikogruppen som kan trenge mer omfattende intervensjoner enn kampanjer, informasjon og digitale selvhjelpsverktøy. De har behov for oppfølging av en helt annen karakter, og et samspill med helse-tjenesten vil være avgjørende. Målgruppen for tiltakene er derimot den større gruppen med middels risiko: de som går litt oftere til kontroll eller oppfølging hos fastlegen, de som begynner å kjenne på «vondter», og de som har vært i behandling og har nytte av noen endringer i etterkant.

12. mars 2019 disputerte Gro Samdal på sin avhandling om effekt av levevaneendring (7). Hun skriver:

«...det å bruke mange endringsteknikker, og spesielt å sette mål for adferd eller registrere egen adferd, var forbundet med et positivt resultat både på kort og lang sikt. Flere andre endringsteknikker var knyttet til langtidseffekt. En personorientert og autonomistøttende tilnærming i veiledning synes viktig for å vedlikeholde endring over tid.»

De digitale verktøyene som utvikles av Helsedirektoratet har nettopp empowerment som mål, og skal blant annet gjøre

bygging – Bare Du



det mulig å registrere egen adferd. De kan forhåpentligvis oppfylle det å være både personorientert og autonomistøttende og være til støtte i en endringsprosess.

De digitale verktøyene kan fungere som «døråpner» for spørsmål og samtaler om levevaner med pasienter og brukere. Det kan være tidsbesparende i en travel hverdag, og samtidig gjøre det mulig å gi tidligere hjelp til de som trenger det. De digitale verktøyene kan også fasilitere og forsterke oppfølging mellom konsultasjoner og være hjelpemidler som øker suksessraten for varig endring.

Apper og verktøy

De digitale verktøyene i *Bare Du* er bygget på eksisterende dokumentasjon og erfaringer fra liknende tilbud og tjenester, blant annet fra den store satsingen *One You* som ble igangsatt av britiske helsemyndigheter. Appene er trygge å bruke og lagrer ikke identifiserbare data. Alle de myndighetsutviklede appene er gratis for brukerne, innebærer ingen kjøp i appene, og tiltakene som anbefales skal være lavterskel og gjennomførbare både praktisk og økonomisk. Det legges ikke opp til behov for utstyr, spesialkunnskap eller bruk av spesielle, dyre matvarer o.l.

Aktivitetsappen *Gå10*

Gå10 er et enkelt verktøy for dem som trenger mer fysisk aktivitet og vil ha litt drahjelp. *Gå10* registrerer de minuttene du

går, og gir ekstrapoeng for gange i friskt tempo (friskt tempo er definert av internasjonale standarder). Appen er utviklet med tanke på lavest mulig terskel for å komme i gang. Når den registrerer at brukeren stabiliserer seg på ti daglige minutter frisk gange, linker den brukeren videre til 2 x 10 minutter – så 3 x 10 minutter. For de som er lite aktive, vil ti minutter frisk gange i seg selv gi helsegevinst. Appen er testet på et stort antall brukere og justert slik at flest mulig skal oppleve mestring og lykkes med å oppnå friske minutter daglig. Brukere med særlig lav ganghastighet vil nok ikke så lett oppnå friske minutter, men får registrert alle minutter de går totalt.

Heia meg-appen

Heia meg er en universal motivasjonsapp som gir daglige påminnelser og motiverende klapp på skulderen. I denne appen kan man velge om man vil ha hjelp til mer fysisk aktivitet, bedre kosthold, bli mer bevisst sitt alkoholforbruk, stumpe røyken eller få mer hverdagsglede.

Slutta-appen

Slutta gir hjelp til å slutte med røyk og snus. Dette er Norges mest populære helseapp med over 700 000 nedlastinger. Et stort flertall av brukerne oppgir at *Slutta*-appen har bidratt til at de lyktes med å stumpe røyken. Mer informasjon om appen finnes på slutta.no. Her finnes også mer informasjon, tilbud og andre verktøy for snus- og røykeslutt.

Siden lansering av *Bare Du* i januar 2019 har det i løpet de tre første månedene vært om lag 38 000 nedlastinger av *Slutta*-appen, nesten 24 000 nedlastinger av *Gå10* og over 16 500 nedlastinger av *HeiaMeg*. I alt er det om lag 78 000 nedlastninger av de tre appene.

Kroppens alder

Dette er en test som gir brukeren svar på om kroppen biologisk sett er «eldre» eller «yngre» enn det som står på fødselsattesten til brukeren. Testen er basert på forskning fra NTNU. Den er testet mot mer avanserte målemetoder og gir et overraskende presist mål på din fysiske form.

Innsiktsarbeid

I forkant av lansering av appene er det gjort et betydelig innsiktsarbeid både gjennom etnografiske dybdestudier, fokusgrupper og samtale med brukerne, etterfulgt av en større kvantitativ spørreundersøkelse med 2500 respondenter. Målet med denne innsikten har vært å kartlegge barrierer for endring og på hvilke områder det er ønskelig med digitale verktøy. Et av funnene viste at hele ni av ti mente at de i *stor grad* selv kan påvirke egen helse. Motivasjon var den faktoren flest oppgav at skulle til for å endre vaner. Det pågår en omfattende brukertesting av verktøyene for å best kunne videreutvikle dem til å favne brukers behov, og det gjøres posttesting av kommunikasjonsen generelt.

Flere verktøy og mer informasjon for helsepersonell

På helsedirektoratets nettsider om frisklivssentraler (www.helsedirektoratet.no/folkkehelse/frisklivssentraler) finnes oversikt over alle kommunale frisklivssentraler med kontaktinformasjon. Her finnes også omtale av aktuelle veilederkurs for helsepersonell, kurskonsept og materiell til bruk i frisklivssentraler og andre helsetjenester.

REFERANSER

1. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (5): CD000165.
2. Lindström J, IlanneParikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemiö K, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: followup of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006; 368(9548): 16739.
3. Ivarsson BH. Sjukdomsförebyggande metoder: samtal om levnadsvanor i vården. Stockholm: Natur Kultur Akademisk; 2014.
4. Denison E, Vist GE, Underland V, Berg R. Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012. Rapport fra kunnskapssenteret nr. 122012. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekteravorganisertoppfolging-paatferdsomoker-risikoforsyk-dom-hos-voksne>
5. SSB: <https://www.ssb.no/statbank/table/05244/tableViewLayout1/>
6. Rose, G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, Volume 30, Issue 3, June 2001, Pages 427–432, <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>
7. Samdal, GB. Behavioural change interventions in primary health care, *UIB* 2019 (<https://www.uib.no/nyedoktorgrader/125246/ending-av-helsevaner>, akseptert April 2019)

■ ASTRID.NYLENNA@HELSEDIR.NO

Pasienter som ønsker time – hva er helsesekretærens rolle?

■ IDA UFSVATN MICHELSEN • Medisinstudent, UiO

■ SIGURD HØYE • Allmennlege og postdoktor, Antibiotikasenteret for primærmedisin, Avdeling for allmennmedisin, UiO

Helsesekretærer ved fastlegekontor kan være en viktig ressurs for å få til en riktigere antibiotikabruk i allmennpraksis. Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant helsesekretærer for å høre om deres syn på saken.

Antibiotikaresistens er et stort og økende folkehelseproblem. All bruk av antibiotika øker sjansen for at resistens skal oppstå og opprettholdes. Mesteparten av antibiotika i Norge blir forskrevet i primærhelsetje-

nesten, altså på fastlegekontor og legevakt, og omtrent 60 prosent av disse reseptene blir forskrevet mot luftveisinfeksjoner (1, 2). De aller fleste tilfellene av luftveisinfeksjon er imidlertid selvbegrensende, og anti-

biotika har oftest begrenset eller ingen effekt. Legebesøk for luftveisinfeksjoner kan derfor sies å være en risikofaktor for unødvendig antibiotikabruk, og igjen for økt antibiotikaresistens.

Mens det i hovedsak er sykepleiere som er første kontakt før et legevaktbesøk, er det helsesekretærer som har tilsvarende rolle i fastlegepraksis. Avgjørelsene om hvilke pasienter som prioriteres samme dag og hvilke som kan vente tas ofte uten



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX / ILLUSTRASJONER: COLOURBOX

for luftveisinfeksjon rolle?

innblanding av lege. Fastleger blir ansett som helsevesenets «frontlinje», også i Storbritannia. Den britiske fastlegen Nishma Manek kunne etter en dags hospitering konstatere at helsesekretærene kjenner pasientene like godt som fastlegene gjør (3). Som legekontoets ansikt utad, med oversikt og kjennskap til pasientene og direkte linje inn til legen, er det kanskje helsesekretæren som er den egentlige «frontlinjen» eller «portvakten» inn til helsevesenet.

Legen kan ses på som portvakten inn til antibiotika, og helsesekretæren som portvakten inn til legen. Denne rollen er i liten grad tematisert tidligere. Vi ønsket derfor å utforske helsesekretærens rolle i tildeling av ø-hjelptimer til pasienter med symptomer på luftveisinfeksjon, med hovedvekt på hvordan slike henvendelser blir vurdert og prioritert.

Nettbasert spørreundersøkelse

Vi har gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse blant helsesekretærer ansatt på fastlegekontor. Invitasjonene til deltakelse ble sendt pr. post vintersesongen 2017–18 til 100 tilfeldig utvalgte legekantor i Norge – 50 store (fire eller flere fastlegehjemler) og 50 små legekantor (tre eller færre fastlegehjemler). Helsesekretærene ble i invitasjonen bedt om selv å gå inn på survey-nettsi-

den. For øvrig var prosjektet meldt til og anbefalt av NSD Personvernombudet for forskning (prosjektnummer 57160).

Total responsrate var 52 prosent. Samtlige respondenter var kvinner. Blant disse var det stor variasjon i alder og erfaring. Den gjennomsnittlige respondenter var omtrent 43 år gammel og hadde 14 års erfaring. Langt de fleste hadde helsesekretær som yrkestittel (77 prosent).

92 prosent svarte at nesten alle pasienter snakker med helsesekretær før de får time hos sin lege. Enigheten var stor blant respondenterne uavhengig av antall fastlegehjemler på legekontoet de arbeidet ved. Ved timebestilling ble kartlegging av kontaktårsaken ansett som viktig av samtlige. Utforskning av symptomer og det å ta stilling til alvorlighetsgrad før eventuell tildeling av ø-hjelptime var viktig for de aller fleste av respondenterne (90–100 prosent).

De fleste respondenterne følte at de hadde nok kunnskap om luftveisinfeksjoner til å ta egne avgjørelser ved tildeling av ø-hjelptime. Omtrent 15 prosent følte at de hadde for liten kunnskap om symptomene til å ta en avgjørelse. Ved eventuelt avslag på ø-hjelptime var storparten av respondenterne trygge på at det ville gå bra med pasienten, men omtrent 10 prosent var ikke trygge på dette.

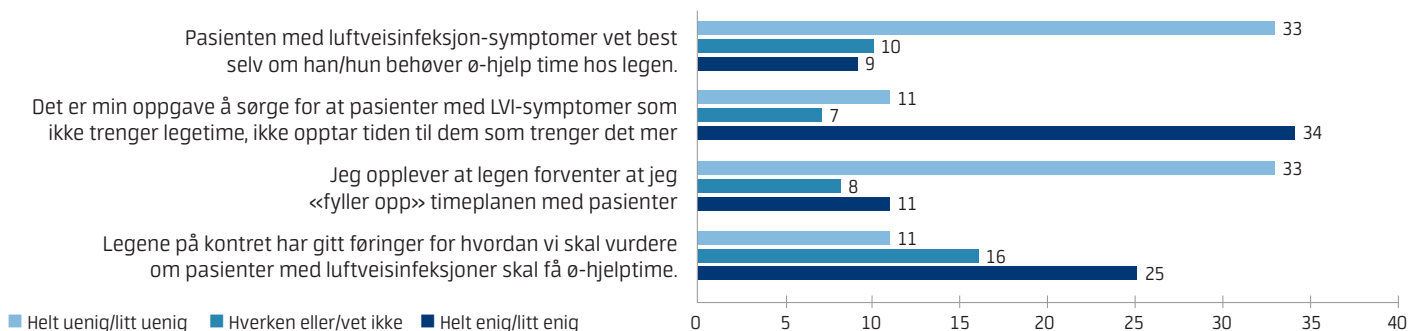
Omkring hver femte respondent var

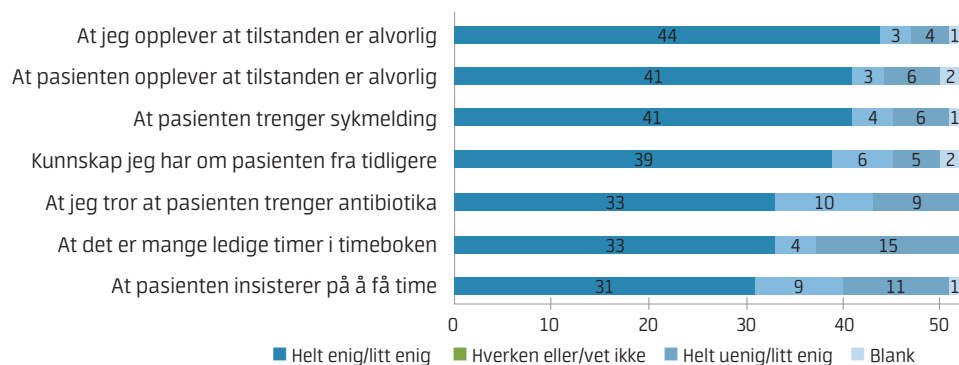
enig i at pasienten selv vet best om han eller hun behøver ø-hjelptime, og like stor andel mente at det ikke er helsesekretærens oppgave å sørge for at ø-hjelptimene blir riktig fordelt. Storparten av respondenterne mente at det ikke var en forventning fra legene om å fylle opp timeboken med avtaler. 21 prosent svarte at en slik forventning var til stede (FIGUR 1).

Alvorlighetsgrad, enten oppfattet av helsesekretær eller pasienten selv, ble ansett som det viktigste forhold for påvirkning av hvorvidt det tildeles ø-hjelptime eller ikke. Behov for sykmelding var også en viktig grunn for tildeling av ø-hjelptime. Av forholdene som ble presentert for respondenterne var alle ansett som viktige, og laveste enighetsandel var omtrent 60 prosent. At pasienten insisterer på time ble ansett som minst viktig, men kun 21 prosent mente at dette ikke var viktig. Ledighet i timeboken ble ansett som like viktig som behov for antibiotika når det gjaldt hva som påvirker tildeling ø-hjelptimer (FIGUR 2, SE NESTE SIDE).

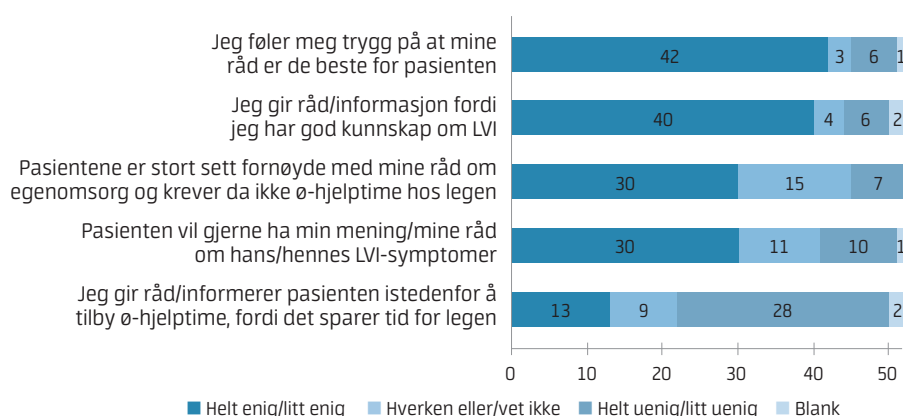
Det var delte meninger omkring rådgivning til pasienter med luftveisinfeksjoner. De fleste respondenterne følte seg trygge på at rådene deres var til det beste for pasienten og var også trygge på sin kunnskap om luftveisinfeksjoner. Angående pasientens tilfredshet med og ønske om råd fra helsesekretær var svarene mer spredt. Det var

FIGUR 1. Håndtering av pasienter som ønsker time for luftveisinfeksjon.





FIGUR 2. Hvilke forhold påvirker om du tildeler ø-hjelptime til en pasient med LVI-symptomer?



FIGUR 3. Råd og informasjon ved luftveisinfeksjoner.

minst enighet om hvorvidt råd gis for å spare legen eller ikke. Hver fjerde respondent gir råd for å spare legens tid, mens over halvparten ga ikke råd av denne grunnen (FIGUR 3).

Til sammen 73 prosent av respondentene oppgav at de hadde mindre enn en time internundervisning pr. uke.

Helsesekretæren som bindeledd og potensiell portvakt

En forutsetning for betydningen av denne undersøkelsen var at helsesekretærene fortsatt fungerer som et bindeledd mellom pasienter og lege ved tildeling av time. Resultatene viser at de fleste pasienter med symptomer på luftveisinfeksjon fortsatt snakker med helsesekretæren før de eventuelt snakker med legen sin. Det er allerede vist at høy konsultasjonsrate for luftveisinfeksjoner henger sammen med høy antibiotikabruk (4). Med dette som bakteppe mener vi at helsesekretærene potensielt kan ha en svært viktig «filterfunksjon» ved å bruke sin kompetanse til å vurdere om pasienten bør tilsees av lege samme dag eller ikke.

De siste årene har bestilling av fastlegetime vært i endring. Elektroniske timebestillingssystemer er ofte direkte koblet opp mot

timeboken. Det kan gjøre at helsesekretærens funksjoner som bindeledd og potensiell portvakt inn til legen faller bort. Fordelene ved slike systemer er at helsesekretæren er mindre bundet til telefon og i større grad kan konsentrere seg om andre viktige oppgaver. En ulempe er at helsesekretærene mister oversikt over problemstillinger og hastegrad, når pasientene ofte kan bestille time uten å oppgi kontaktårsak. Dette svekker grunnlaget for helsesekretærens viktige prioriterings- og vurderingsarbeid.

En betydelig andel av respondentene i denne undersøkelsen mente at det ikke var deres oppgave å sørge for at pasienter med symptomer på luftveisinfeksjon, men som ikke behøver legetime, opptok tiden til andre pasienter med høyere prioritet. En om trent like stor andel kunne si seg enige i utsagnet om at pasienten selv vet best om hun eller han behøver legetime eller ikke. Funnene tyder på at helsesekretærens rolle er noe mellom servicearbeider og portvakt. Noen synes å helle mest mot service-rollen, mens andre heller mot portvaktrollen. Tidligere helsesekretær Tove Rutle hevdet i et portrettintervju i *Tidsskrift for Den norske legeforening* i 2013 at ved mange legekontor er helsesekretæren en ubenyttet ressurs (5). Kanskje er respondentenes svar en pe-

kepinn på at de er en ressurs med ulik funksjon ved forskjellige legekontor.

Fastlegens funksjon som portvakt inn til antibiotika er også under press. På kort tid har det utviklet seg et marked for helprivate aktører. Flere av disse tilbyr elektroniske konsultasjoner og videokonsultasjoner hvor pasientens ønske om rask hjelp møtes. Ved bruk av disse tjenestene er det tilsynelatende ingen vurdering av pasientens faktiske behov for legetime. I tillegg til å fjerne den viktige funksjonen helsesekretæren har, slår denne utviklingen sprekker i fastlegens frontlinje-funksjon inn til blant annet antibiotikabehandling. Det er grunn til å tro at disse formene for legepraksis medfører mer unødvendig antibiotikabruk (6).

Ø-hjelptimer til pasienter med luftveisinfeksjon

Ved ø-hjelptimer kreves større grad av medisinsk vurdering enn ved planlagte timer frem i tid. Ø-hjelptimene er en begrenset ressurs i fastlegepraksis og bør reserveres til de pasientene som behøver det mest. Resultatene viste at mange ulike forhold anses som viktige ved tildeling av ø-hjelptimer til pasienter med luftveisinfeksjon. Alvorlighetsgrad, enten oppfattet av pasienten selv eller av helsesekretæren, var ansett som den viktigste faktoren. Dette resultatet bekrefter en generell holdning og også det som er praksis i det offentlige helsevesenet. Vurdering av alvorlighetsgrad hører absolutt hjemme i «frontlinjen» som skal fange opp de sykeste.

Behov for sykmelding, kunnskap om pasienten fra tidligere og ledighet i timeboken var også viktige faktorer for mange av respondentene. Vi må ta høyde for at flere av forholdene presentert i figur 3 kan være til stede ved én og samme vurdering. Det er ikke vanskelig å forstå at man kan være mer tilbøyelig til å tilby time til en pasient med luftveisinfeksjon som insisterer på å se legen og samtidig har behov for sykmelding, hvis det er flere ledige ø-hjelptimer i timeboken samme dag.

21 prosent av respondentene mente at det var en forventning tilstede om å «fylle opp» timeboken for legen. Det økonomiske tapet ved å ikke ha fulle timeboklister hver dag kan være en mulig motivasjon for enkelte leger til å ønske dette. En slik forventning kan bidra til at mer antibiotika forskrives for luftveisinfeksjoner.

Trygghet i egne avgjørelser

«Dr. Google» tilbyr svar på de fleste helseproblemer og pasientene har mer kunn-

skap enn før. Mer kunnskap fører ofte til høyere og mer spesifikke krav. Det er positivt at pasienter vet mer om egen sykdom, men dessverre kan det også føre til en slags «bestillingskultur» ved legekantorene. Det kreves høy grad av trygghet på egne avgjørelser, både for helsesekretærer og leger – for ikke automatisk å etterkomme slike ønsker.

Vi ønsket å finne ut om helsesekretærene følte seg trygge i sin kunnskap om luftveisinfeksjoner, og om de følte seg trygge på at det ville gå bra med pasienten dersom han eller hun ikke ble tilbudt time hos lege. Resultatene var noe delt. Storparten av helsesekretærene følte seg trygge både på egen kunnskap og på at det kom til å gå bra med pasienten som ikke ble tilbudt time samme dag. Likevel var det en viss andel som følte seg usikker og som ikke delte tryggheten til kollegene sine. Vi så samtidig at så mange som tre av fire hadde mindre enn én time eller ingen internundervisning per uke. Respondentenes forslag til hvordan helsesekretærs arbeid kan gi riktigere tildeling av ø-hjelpetimer omhandlet etterspørsel etter mer internundervisning eller opplæring. Flere kom med ønsker om tilgang til «sjekklister» eller andre hjelpemidler for å styrke egne vurderinger. Mer internundervisning kan være et tiltak for å øke kunnskapen til helsesekretærene. Økt kunnskap fører ofte med seg trygghet i avgjørelser og vurderinger.

Rådgivning

Pasienter med luftveisinfeksjon oppsøker ikke nødvendigvis lege for å få antibiotika, men for å bli undersøkt og betrygget (7). Det er muligens lettere å komme til enighet om å vente og se an for luftveisinfeksjon-pasienter som ønsker time dersom man har tilstrekkelig med kunnskap og råd å gi dem samtidig. Flest respondenter sa at de følte seg sikre på at deres råd var de beste for pasienten, men også her ble det etterspurt mer internundervisning, retningslinjer for rådgivning og liknende. Det var betydelig færre som kunne si seg enig i påstandene om at pasienten ønsket helsesekretærens mening eller råd om luftveisinfeksjoner, og det samme gjaldt påstanden om at pasienten stort sett er fornøyd med rådene om egenomsorg. Dette kan forstås som at helsesekretærer har mye kunnskap om tilstandene, men mangler tillit fra pasienter. Det er ofte vanskelig eller umulig å rådgi en pasient som ikke ønsker helsepersonellens meninger. Når man ikke kommer i mål med rådgivning, kan det være desto vanskeligere å ikke etter-

komme pasientens ønske om ø-hjelptime. Det er mulig at etterspørselen etter mer internundervisning og retningslinjer handler om at man vil ha et bedre argumentasjonsgrunnlag i møte med pasienter som vurderes til å ikke haste. Det er antagelig ikke vanskelig for leger å kjenne seg igjen i dette i så fall.

Den viktigste årsaken til at respondentene i noen tilfeller valgte å ikke gi råd til pasienter med luftveisinfeksjon, var at helsesekretæren selv mente rådgivning var en legejobb, og ikke en helsesekretærjobb. Det var imidlertid færre respondenter som opplevde at legene mente at slik rådgivning ikke kunne gjøres av helsesekretærer. Det tyder på at helsesekretærene ikke opplever manglende tillit fra legene til å utføre slike oppgaver, men at det er andre faktorer som stopper dem. Det kan tenkes at i de tilfellene hvor respondentene mener at rådgivningen er en legejobb, er det snakk om en vanskeligere problemstilling med flere symptomer.

Andre årsaker til at rådgivning ikke ble gitt var manglende trygghet på egen kunnskap, utilfredsstillende opplæring om luftveisinfeksjon, og respondentens oppfatning av at pasienten hadde manglende tiltro til helsesekretærens råd. For de aller færreste var det dårlig tid som gjorde at de ikke ga råd. Det kan synes som om at det er behov og potensial for å styrke helsesekretærens posisjon ved fastlegekontorene. Leger og helsesekretærer bør enes om hvilke ansvarsområder hver enkelt har, for å fremstå som et trygt og samlet team for pasientene. Samlet kan dette også tyde på at disse tilfellene gjelder for mer kompliserte sykehistorier med flere symptomer enn ved luftveisinfeksjon alene.

Styrker og begrensninger

Studien har en middels responsrate (52 prosent). Dette er lavere enn f.eks. raten ved den regelmessige legeundersøkelsen i Norge (73 prosent i 2016), men betydelig høyere enn i mange mer tilfeldige internetbaserte legeundersøkelser.

Invitasjonene til deltakelse i studien ble sendt ut tidlig februar. På denne tiden av året er det vanligvis sesong for luftveisinfeksjoner. Dette styrker studiens relevans, da respondentene sannsynligvis hadde disse problemstillingene friskt i minne da de svarte på spørreskjemaet.

En svakhet ved studien er at mange «andeler» og tall er estimater fra respondentene og ikke faktisk målte tall. For eksempel er tallene på hvor mange pasienter som snakker med helsesekretær før de snakker

med legen sin, kun basert på hva respondentene antar. Likevel tenker vi oss at respondenterne har rimelig god oversikt over hvilke forhold som gjelder.

Vi valgte et kvantitativt design på oppgaven, både av ressurs hensyn og fordi vi ønsket representative resultater fra norsk allmennpraksis. Et kvalitativt design ville tillatt oss å gå dypere inn i problemstillingen, og latt oss få en bedre forståelse av hvordan helsesekretærene tenker og jobber. Studien representerer også kun helsesekretærenes synsvinkel. En utforskning av pasientenes og legenes syn ville gitt et mer fullstendig bilde.

Konklusjon

Denne studien synes å bekrefte at helsesekretærer har en viktig rolle i frontlinjen av det norske helsevesenet. Helsesekretærer gjør vurderinger og gir råd om luftveisinfeksjoner, men de etterspør mer kunnskap. Vi mener det er behov for å bevare helsesekretærens viktige rolle, og at deres «portvaktfunksjon» er en potensielt viktig ressurs i arbeidet for å begrense unødvendig antibiotikabruk. Undersøkelsen kan tyde på et behov for å øke internundervisning. I tillegg kan det være et forslag å tydeliggjøre eller diskutere innad på legekantorene hvilken rolle helsesekretæren faktisk har, og kan ha, i møte med pasienter med symptomer på luftveisinfeksjon som ikke behøver time hos lege.

REFERANSER

1. Usage of Antimicrobial Agents and occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway. www.UNN.no; 2017 Report No.: 1502-2307 (print)/1890-9965 (electronic).
2. Gjelstad S, Dalen I, Lindbæk M. GPs' antibiotic prescription patterns for respiratory tract infections – still room for improvement. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2009; 27 (4): 208–15.
3. Manek N. www.blogs.bmj.com: BMJ Opinion. 2018. [cited 2018]. Available from: <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/02/06/nishma-manek-the-real-gatekeepers-of-general-practice/>.
4. Walle-Hansen MM, Høy S. Geographic Variation in Antibiotic Consumption-Is It Due to Doctors' Prescribing or Patients' Consulting? *Antibiotics (Basel)*. 2018; 7 (1).
5. Rutle T. Medarbeidersamtalen. In: Homlong L, editor. *www.tidsskriftet.no: Tidsskriftet for Den norske legeförening*; 2013.
6. Cederberg J. Nätläkare forskriver antibiotika på «dåliga grunder». *Lakartidningen*. 2017; 114 (22).
7. van Driel ML, De Sutter A, Deveugele M, Peersman W, Butler CC, De Meyere M, et al. Are sore throat patients who hope for antibiotics actually asking for pain relief? *Annals of family medicine*. 2006; 4(6): 494–9.

Tarmflorabehandling av – en erfaringsrapport fra allmenn

■ FRANK HILPUSCH • Fastlege ved Sjøkanten legesenter og Bjørkøy legekontor

Mellom 10 og 15 prosent av befolkningen lider av irritable tarmsyndrom. Resultatene fra en placebokontrollert dobbelblindet studie viste at disse pasientene kan oppleve bedring av symptomene etter tarmflorabehandling med donorfeces. Dette motiverte Frank Hilpusch til å utforske tarmflorabehandling som behandlingstilbud i allmennlegepraksis.

Irritable tarmsyndrom (Irritable Bowel Syndrome, IBS) deles inn i tre grupper etter hvilket symptom som dominerer; diarétype (IBS D), blandingstype (IBS M) og IBS med forstoppelsespreg (IBS C). Sykdommen ansees pr. i dag som en funksjonell lidelse med sannsynlig multifaktoriell etiologi (1). En forstyrrelse av den normale tarmfloraen i tykktarmen (dysbiose) diskuteres (2). IBS rammer folk i alle aldre. Tykktarmkreft er en viktig differensialdiagnose primært hos eldre over 50 år (3), og mikroskopisk kolitt bør utelukkes gjennom koloskopi og slimhinnebiopsi (4).

Det finnes begrensede behandlingsmuligheter for de tre IBS-typene. Legemiddelet linaklotid (Constella) anvendes til behandling av IBS C, mens loperamid brukes ved IBS D. Probiotika har ingen plass i behandling av IBS, mens kostholdsråd som for eksempel FODMAP-reduert diett har effekt hos noen. Effekten er begrenset og krever stor etterlevelsessevne hos den enkelte (5).

Tarmflorabehandling

Tarmflorabehandling med donorfeces omtales i den engelskspråklige litteraturen som Fecal Microbiota Transplantation, (FMT). Behandlingen fikk sin renessanse for 60 år siden da Eiseman vellykket behandlet pasienter med pseudomembransøs kolitt med denne metoden (6). Siden er tarmflorabehandling blitt utført utallige ganger, og det er i dag den mest effektive behandling ved residiverende infeksjon med *clostridium difficile* (7). All øvrig tarmflorabehandling er pr. i dag eksperimen-

tell. Tarmflorabehandling anses gjennomgående som meget trygg (8).

Den senere tid har interessen for mikrobiomet og tarmens mikrobielle flora økt. Dysbiosebegrepet er etablert, selv om ingen kan stadfeste konkret hva som er en normal tarmmikrobiota (9). Det foregår mye forskning på mikrobiomet og dets betydning for utvikling av vidt forskjellige sykdomstilstander (10).

I forskningsdatabaser som for eksempel clinicaltrials.gov, er det pr. dags dato registrert i overkant av 200 studier som undersøker effekten av tarmflorabehandling innen så forskjellige fagfelt som psykiatri (schizofreni, depresjon), endokrinologi (overvekt, diabetes mellitus), mikrobiologi (dekolonisering av multiresistente bakterier), gastroenterologi (IBS, inflammatoriske tarmsykdommer, obstipasjon), onkologi (malignt melanom, transplantat-motvert-sykdom) og revmatologi. I tillegg forskes det på sammenhengen mellom tarmens mikrobiota og utvikling av forskjellige nevrodegenerative sykdommer som MS, Parkinsons sykdom, ALS og Alzheimers sykdom (11).

SAMMENDRAG

I tidsrommet fra desember 2016 til november 2017 har 36 personer med Irritable tarmsyndrom (IBS) fått tarmflorabehandling ved Sjøkanten legesenter i Harstad, med donorfeces administrert gjennom rektumklyster. Pasientene ble fulgt opp i 12 måneder etter behandlingen. Før behandlingen og 1, 3, 6, 9 og 12 måneder etter behandling ble symptomene målt med bruk av skjemaet Irritable Bowel Syndrome Severity Scoring System (IBS-SSS). Klinisk signifikant bedring ble definert som en reduksjon i IBS-SSS på 100 eller mer.

Av 36 pasienter med IBS som fikk tarmflorabehandling opplevde 28 pasienter klinisk signifikant bedring etter en måned. Effekten vedvarte hos 21 av disse i oppfølgingsperioden på 12 måneder. Ingen pasienter opplevde alvorlige bivirkninger i forbindelse med behandlingen, eller forverring av sine plager.

Tarmflorabehandling administrert gjennom rektumklyster er en enkel, ufarlig, rimelig og effektiv behandling av IBS. Behandlingen kan lett gis i allmennlegepraksis ved bruk av rektumklyster og vipbar undersøkelsesbenk, men krever gode donorrutiner.

Dette er ingen kvalitativ høyverdig forskningsstudie, men en erfaringsrapport etter to års utprøving av tarmflorabehandling til pasienter med IBS i allmennpraksis. Arbeidet kan ansees som nybrottsarbeid, da dette ikke er gjort tidligere.

FAKTABOKS 1

MIKROBIOTA OG MIKORBIOM

Begrepet mikrobiota omfatter hele mengden av mikroorganismer, inkludert bakterier, virus og protozoer som koloniserer et sted, eksempelvis tarmen. Mikrobiomet utgjør det genetiske materialet i mikrobiota i samspillet med overflaten den koloniserer

Tarmens mikrobiota består av om lag 500–1000 arter, til sammen omtrent 10^{13} bakterier (flere enn celler i en menneskekropp, med minst like mye genetisk materiale som det samlede humane cellevevet)

irritabel tarmsyndrom

praksis



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

FAKTABOKS 2

I 2014–2016 ble REFIT-studien (Recalibrating of intestinal microflora in IBS by fecal microbiota transplantation) gjennomført (12). Dette var den første dobbeltblindede, placebokontrollerte studien som undersøkte effekten av tarmflorabehandling på moderat til alvorlig IBS. Resultatene viste en signifikant større bedring av IBS-plagene etter tre måneder for 36 (65 prosent) av 55 pasienter i aktiv behandlingsgruppe mot 12 (43 prosent) av 28 i placebogruppen ($p=0.049$).

Spørsmålet som ligger til grunn for denne erfaringsrapporten, er om tarmflorabehandlingen som er prøvd ut med gode resultat i REFIT-studien, kan overføres til et behandlingstilbud for IBS M i allmennlegepraksis. Denne rapporten beskriver behandlingsprotokoll og resultater for 36 pasienter med IBS D (29) eller M (7) som er behandlet med FMT administrert med rektumklyster i allmennlegepraksis fra desember 2016 til november 2017, og deretter fulgt opp i 12 måneder. Det ble utviklet donorscreeningsprosedyrer tilpasset norske forhold og i størst mulig grad samsvarende med de europeiske retningslinjene (13, 14).

I forkant kontaktet jeg Helsedirektoratet for å avklare eventuelle begrensninger knyttet til å gi denne behandlingen i allmennpraksis, da regelverket er ulikt i forskjellige europeiske land og USA. Norge har ingen klare lovbestemte regler, men det anbefales at bruk av feces bør følge regelverket for blod, celler og vev ved utvelgelse av donor, smittetesting osv. Tarmflorabehandling ved legekantoret må foregå i henhold til alminnelig krav om forsvarlig virksomhet i pasientbehandling.

Seleksjon av pasienter

Pasientene ble henvist av sine fastleger til behandling ved Sjøkanten legesenter. Tidligere deltakere i REFIT-studien som hadde mottatt placebobehandling, ble også tilbudt behandling. Av disse takket 12 av 27 ja til tilbudet. Det ble innhentet skriftlig

ROMA III-KRITERIENE FOR IRRITABEL TARMSYNDROM

- Residiverende magesmerter eller ubehag minst tre dager/md. assosiert med to eller flere av følgende:
- Bedring ved defekasjon
- Debut assosiert med endret avføringsfrekvens
- Debut assosiert med endret form («appearance») på avføringen.
- Kriteriene skal være oppfylt de siste tre måneder og symptomdebut minimum seks måneder forut for diagnosen.

samtykke fra alle. Pasientene måtte oppfylle Roma III-kriteriene (FAKTABOKS 2) og minimum ha en moderat alvorlighetsgrad tilsvarende en score på > 175 på skåringsverktøyet IBS-SSS (Irritable Bowel Syndrome Severity Scoring System).

I forkant av behandlingen tok vi prøver med tanke på blant annet cøliaki, matintoleranse, stoffskiftesykdom, diabetes, hematologi, nyre- og leversykdom, samt fekal kalprotektin. Resultater fra eventuell for-utgående koloskopi ble innhentet. Pasientene graderte sine mageplager med hjelp av skjemaet IBS-SSS (15) før behandlingen. De aller fleste hadde allerede et meget bevisst kosthold. Flere gjennomførte eksklusjonsdietter og fulgte delvis anbefalingene om FODMAP-reduerte matvarer.

Donorprosedyrer

Donorscreening fremgår av tabell på neste side. Kravet til donorene var normal avføring i henhold til Bristol Stool Chart Type 3 eller 4. Jeg brukte en såkalt «single donor solution», altså at det ikke ble blandet avføring fra flere donorer. Innledningsvis ble donor screenet med relevante blodprøver samt avføringsprøver (TABELL 1), deretter ble donorene screenet annenhver måned med avføringsprøver.

Feces ble enten tilberedt og administrert direkte, eller frosset ned. Fersk blanding besto av 60–90 g fersk donorfeces, tilsatt 400–450 ml fysiologisk saltvann, og denne ble anvendt innen en time etter tilbered-

ning. Alternativt ble donorblandingen frosset ned innen 1,5 timer etter levering. Den frosne blandingen besto av 60–90 g feces tilsatt fysiologisk saltvann inntil totalvekt 200 g, som deretter ble tilsatt 10 prosent glyserol, slik at total mengde ble om lag 220–230 g. Blandingen ble fylt i klysterposer og påført initialene til donor samt dato for leveranse. Klysterpose ble tømt for luft og lukket forsvarlig før nedfrysing ved til minus 40 grader Celsius.

Intervensjon

Dagen før behandling ble pasientens tarm tømt ved hjelp av natriumpikosulfat (Pico-prep). På behandlingsdagen ble pasientens symptomer på nytt kartlagt, inkludert IBS-SSS. Behandlingsprosedyren, forventede virkninger og bivirkninger ble nøye forklart. Donorblandingen ble enten anvendt fersk (15 behandlinger) eller tint i håndvarmt vann 30–45 minutter før behandlingen og tilsatt ytterligere 250–300 ml lunkent fysiologisk saltvann til en total mengde på 500 ml (21 behandlinger). Behandlingen ble gjennomført i et eget rom med pasientene liggende på vippearbeid i venstre sideleie. Benken hellet med hodedelen ca. 15 grader ned. Donorfeces ble administrert ved hjelp av rektumklyster (Enema Kit, Safti Cuff, Bracco diagnostics UK). Gjennom leieendring av pasienten ble behandlingen fordelt over hele tykktarmen. Teknikken er den samme som tidligere ble brukt ved røntgen av colon med kontrast-

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
ALDER: 16–25 • Normal fordøyelse, regulær avføring med normal konsistens • Ingen kjente sykdommer • Ingen faste medisiner • Ingen allergi • Ingen matintoleranse • BMI: 18–23 • Ingen hjerte- karsykdom, diabetes, sykkelig overvekt eller psykiatrisk sykdom i nær-familien (1. grads slektninger) Prøver tatt før inklusjon • Blodstatus, HB, SR, Kreatinin, Asat • TSH, t-TGA, IGA, IGE • Serologi: BV CMV, HBV, HCV, HIV • Avføringsprøver før inklusjon og annen hver måned: fekal kalprotektin, Helicobakter pylori • Tarmpatogene bakterier • Parasitter • Multiresistente E. coli • Tarmpatogene virus (Adeno-, Parvo-, Sapo- og Norovirus)	• Bruk av antibiotika siste 3 md. • Tatovering, fengselsopphold eller piercing siste 3 md. • Sykehistorie med kronisk diare, obstipasjon, IBD, IBS, colorektale polypper eller kreft, • Immunsupprimert • Sykelig overvekt, metabolsk syndrom, atopi • Kronisk utmattelsessyndrom • Seksualadferd forbundet med høy risiko 

TABELL 1. Donorscreening, inklusjons- og eksklusjonskriterier

1 MND ETTER BEHANDLING	6 MND ETTER BEHANDLING	12 MND ETTER BEHANDLING
28/36 (77 prosent)	22/36 (61 prosent)	30/36 (83 prosent)

TABELL 2. Antall pasienter med signifikant reduksjon av symptomer målt med IBS-ISS.

væske. Pasientene lå i hver posisjon to til tre minutter for å sikre jevn fordeling av donorfeces over hele tykktarmen. I siste posisjon (høyre sideleie) ble benken vippt opp til nøytral stilling og klysteret fjernet. Pasientene fikk tilbud om å bli liggende i høyre sideleie i noen minutter. Behandlingen tok i underkant av ti minutter.

I etterkant ble det gjennomført en avsluttende samtale på legekontoret og eventuelt toalettbesøk om nødvendig. Pasienten ble oppfordret til å være forsiktig optimist og begynne å spise normal kost igjen i løpet av en til to uker. Det ble gitt generelle kostråd i overensstemmelse med kostråd fra Helsedirektoratet. Betydningen av redusert sukkerinntak, variasjon i kosten og minst mulig ferdigmat ble presisert. Samtidig ble pasienten oppfordret til å gå bort fra FODMAP-dietten, da denne er nok så krevende å etterfølge.

Resultater

I perioden desember 2016 til desember 2017 ble 36 pasienter med IBS behandlet, 13 menn og 23 kvinner i aldersgruppen 19 til 70 år. Alle hadde fått diagnosen IBS-D eller IBS-M. 21 hadde tidligere vært koloskopert med normale funn. Sykdomsvarigheten varierte fra to til over 40 år. De færreste pasientene kunne angi en konkret utløsende hendelse før sykdomsdebut.

Før tarmflorabehandling varierte IBS-ISS-målingene blant pasientene mellom

200 og 460. Tabell 2 viser antall pasienter med signifikant effekt (reduksjon av IBS-ISS på minst 100 poeng)

Normalverdi for IBS-ISS ligger mellom 0–75, lette plager fra 75 til 175, moderate fra 175 til 300 og alvorlige fra 300 til 500. En symptomreduksjon på minst 50–75 ansees vanligvis for å være klinisk signifikant. I studien valgte jeg å definere signifikant bedring som en reduksjon på minst 100 poeng på IBS-ISS, da skåringsverktøyet er et subjektivt og lite presist måleverktøy.

Ti pasienter fikk ny behandling etter seks måneder grunnet manglende effekt på første behandling eller gradvis symptomforverring etter initial bedring. Elleve av pasientene anga normalverdier av IBS-ISS (< 75) under hele oppfølgingsperioden på tolv måneder. Åtte pasienter opplevde ingen bedring.

Alle pasientene som responderte på tarmflorabehandlingen beskrev en endret lukt, utseende og konsistens av avføringen etter behandlingen, betydelig reduksjon eller bortfall av magesmerter, mindre luftplager og redusert antall tømminger pr. dag, ned mot normalt (en til tre daglige tømminger). En pasient med betydelig overvekt (120 kg), opplevde en ikke planlagt vektreduksjon til under 90 kg, uten at livsstilsendringer ble iverksatt.

Det var i alt åtte pasienter som ikke responderte på to behandlinger. Av disse takket fem ja til et behandlingsforsøk med Cortiment (steroidkur for behandling av inflammatorisk tarmsykdom, deriblant

mikroskopisk kolitt) i fire uker. Tre av disse pasienter responderte bra på denne behandlingen, med klinisk signifikant reduksjon i IBS-ISS.

Pasientene har ikke rapportert om alvorlige bivirkninger etter behandlingen. Enkelte pasienter opplevde økt mengde tarmgass, med normalisering i løpet av de første fire ukene. Ingen pasient opplevde negative symptomer etter tarmflorabehandling.

Hvorfor virker ikke tarmflorabehandling på enkelte pasienter?

Om lag en av fem pasienter responderte ikke på tarmflorabehandling til tross for at symptombildet passet med diagnosen IBS. Det kan være flere mulige grunner til dette, for eksempel at diagnosen ikke er rett, at den tilsatte bakterieblandingen ikke klarte å etablere seg i mottakers tarm eller at donorfeces ikke matchet pasient. Det vil si at den individuelle bakteriesammensetningen til donor og mottaker også kan være av betydning for at behandlingen skal ha effekt.

Avslutning

Erfaringene fra de siste fem års forskning indikerer at IBS er sterk assosiert med en mikrobiell dysbiose i tykktarmen som kan respondere godt på tarmflorabehandling. I dag anvendes utelukkende frossen avføring, da dette byr på vesentlig mindre praktiske og logistiske utfordringer, og resultatene for frossen versus fersk donorfeces synes å være likeverdige. Ingen av våre pasienter ble forbehandlet med antibiotika. Antibiotisk forbehandling synes ikke å være nødvendig da den tilsatte bakteriekulturen i de fleste tilfellene klarer å etablere seg i det nye miljøet. Dette vil si at den tilsatte bakteriefloraen enten erstatter den eksisterende tarmfloraen eller supplerer mottakerens tarmflora på en gunstig måte. Det burde vekke allmenn interesse at man kan tilsette en svær mengde bakterier rett inn i tarmsystemet, som også samtidig er kroppens største immunapparat, uten at dette utløser en alvorlig immunrespons som for eksempel avstøtningsreaksjon eller sepsis.

Teknikken med bruk av rektumklyster er meget enkel, rimelig og trygg og kan utføres på allmennlegekontor som har en vippbar undersøkelsesbenk. Behandlingen krever adekvate nedfrysingsmuligheter og gode rutiner på donorutvalg og screening, samt opplæring i rask, effektiv tilberedning og nedfrysing av donormaterialet.

Behandlingstilbudet har blitt omtalt i media og på TV gjentatte ganger siden november 2017. Dette resulterte i mange henvendelser og henvisninger fra hele landet.

Behandlingseffekt på de i overkant 100 pasientene som har gjennomført behandlingen i 2018, er sammenfallende med resultatene i den første gruppen som ble behandlet i 2016-17. Dersom pasienten ikke responderer hverken på den første eller andre behandlingen, frarådes ytterligere behandling.

REFERANSER

1. Longstreth GF, Thimison WG, Chey WD et al. Functional Bowel Disorders Gastroenterology 2006; 130: 1480–1491.
2. Bennet SMP, Öhman L, Simren M. Gut Microbiota as Potential Orchestrators of Irritable Bowel Syndrome. Gut and Liver Vol. 9 No. 3, May 2015; pp 318–331.
3. Ford AC, Veldenhuyzen van Zanten SJO, Rodgers CC et al. Diagnostic utility of alarm features for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. Gut 2008; 57: 1545–1552. doi:10.1136/gut.2008.159723.
4. Hilpüsch F, Johnsen PH, Goll R et al. Microscopic colitis: a missed diagnosis among patients with moderate to severe irritable bowel syndrome. Scandinavian Journal of Gastroenterology Volume 52; 2017 – Issue 2.
5. Hill P, Muir G, Gibson PR. Controversies and Recent Developments of the Low-FODMAP Diet. Gastroenterology & Hepatology Volume 13; Issue 1 January 2017.
6. Eiseman B, Silen W, Bascom GS, Kauvar AJ. Fecal enema as an adjunct in the treatment of pseudomembranous enterocolitis. Surgery 44(5); 854–859 (1958).
7. van Nood E, Vrieze A, Nieuwdorp M, et al. Duodenal infusion of donor feces for recurrent Clostridium difficile. N Engl J Med 2013; 368: 407–15.
8. Baxter M; Colville A. Adverse events in faecal microbiota transplant: a review of the literature. 2015; J. Hosp. Infect.
9. Carding S, Verbeke K, Vipond DT. Dysbiosis of the gut microbiota in disease. Microbial Ecology in Health & Disease 2015; 26: 26191.
10. Turnbaugh PJ, Lev RE, Hamady M The human microbiome project: exploring the microbial part of ourselves in a changing world; Nature. 2007 Oct 18; 449 (7164): 804–810.
11. Tremlett H, Bauer KC, Appel-Cresswell S; The Gut Microbiome in Human Neurological Disease: A Review. Ann Neurol 2017; 81: 369–382.
12. Johnsen PH, Hilpüsch F Cavanagh J et al. Faecal microbiota transplantation versus placebo for moderate to severe irritable bowel syndrome: a double blind randomized placebo-controlled parallel-group, single centre trial, The Lancet gastro& hepatol Vol 3 issue 1: January 1, 2018; 17–24.
13. Cammarota G, Ianiro G, Tilg H. European consensus conference on faecal microbiota transplantation in clinical practice Gut 2017; 66: 569–580.
14. Terveer EM, et al How to establish and run a stoolbank, Clinical Microbiology and Infection 23 (2017); 924–930.
15. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. Aliment Pharmacol Ther. 1997 Apr; 11 (2): 395–402.

■ FRANK.HILPUSCH@GMAIL.COM

Er tarmflorabehandling et aktuelt tilbud for norsk allmennpraksis?

I dette nummeret av *Utposten* beskrives erfaringer fra et prosjekt med tarmflorabehandling i allmennpraksis. Redaksjonen har bedt om en kort kommentar fra lederen av faggruppe i gastroenterologi i Norsk forening for allmennmedisin (NFA).

Irritabel tarmsyndrom (IBS) er en kronisk og vanlig tilstand. Det er positivt at norske allmennleger deltar i forskning og implementering av kunnskapsbasert behandling for denne pasientgruppen. En oversiktsartikkel fra 2012 konkluderte med en samlet forekomst av IBS på 11 prosent, men det var store variasjoner mellom enkeltstudier. Både alder i studier, hvilke kriterier som ble brukt og hvilken gruppe som var undersøkt hadde betydning for hvor mange som fikk diagnosen (1).

De fleste pasienter med IBS håndteres i allmennpraksis, og fastlegene sitter ofte alene med det medisinske ansvaret. Som fastlege kan man forsøke medikamenter, gi råd om kost og livsstil og bidra til bedre mestring, men de ulike behandlingsformene har begrenset dokumentasjon. Det er flere grunner til dette. Årsaksforhold og sykdomsmekanismer er ikke avklart, og forskning tyder på at flere faktorer kan ha betydning, blant annet genetikk, kosthold, fysisk aktivitet, tarmflora, infeksjoner og andre tilstander (for eksempel angsttilstander). Det er grunn til å anta at diagnosen IBS favner flere tilstander, og at framtidig forskning vil bidra til at pasienter som nå diagnostiseres med IBS får andre diagnoser. De siste årene har vi hatt flere eksempler på dette; mikroskopisk kolitt, gallesyreindusert diare og cøliaki med sein debut. Samtidig antyder overlappende forekomst av IBS, kronisk utmattelse, generelle smertetilstander og andre uspesifikke diagnoser at mer overgripende patofysiologiske mekanismer er sentrale for en del av pasientene.

Det er økende interesse for tarmflorabehandling, noen få studier er gjennomført og flere er på gang, men kunnskapsgrunnlaget er fremdeles begrenset. Placeboeffekten ved IBS er stor i behandlingsstudier (2), og det kreves derfor gode forskningsmetoder for å kunne skille effekten av selve behandlingen og andre forhold. Selv om studier har vist noe effekt ved IBS, er

det ikke avklart hvor mye av dette som skyldes placebo, tarmtømmingen eller selve fæcestransplantasjonen. Selv om studier så langt tyder på at behandlingen er trygg, er pasientgrunnlaget fortsatt for lavt til at man kan konkludere hva gjelder sikkerhet.

Dersom tarmflorabehandling viser seg å være en velegnet og god behandling for IBS-pasienter, er spørsmålet om denne kan gjennomføres i allmennpraksis. Det vil være avhengig av at man har nødvendig utstyr, personer som kan donere avføring, tilstrekkelig tid og kompetanse. Frank Hilpusch har gjennomført behandling av en stor gruppe pasienter og beskriver prosedyrer for håndtering av pasienter og donorer. Det kreves en del tilleggsutstyr utover det som er vanlig på et fastlegekontor (vipbar benk, frysemuligheter, klyster), og prosedyrene vil nok for de fleste fastleger oppleves å være krevende å skulle sette seg inn i og å gjennomføre. Det vil kreve et relativt stort antall pasienter for å opparbeide og opprettholde tilfredsstillende kompetanse, og pasientgrunnlaget er neppe tilstrekkelig selv ved store legesentre. Dette illustreres i artikkelen ved at de fleste pasientene ble henvist fra andre leger eller hadde tatt kontakt direkte. Min konklusjon er at tarmflorabehandling i de aller fleste tilfeller ikke vil være en aktuell behandlingsform i norsk fastlegepraksis.

KNUT-ARNE WENSAAS.

Fastlege, Kalfaret legesenter, Bergen, seniorforsker, Allmennmedisinsk forskningsenhet, NORCE, leder av faggruppe i gastroenterologi i Norsk forening for allmennmedisin (NFA)

REFERANSER

1. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012; 10: 712–721.
2. Elsenbruch S, Enck P. Placebo effects and their determinants in gastrointestinal disorders. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015; 12: 472–85.

■ KNWE@NORCERESEARCH.NO


Mette Vesterhus

- Leder, Norsk gastroenterologisk forening
- Førsteamanuensis UiB
- Overlege phd. Medisinsk avdeling, Haraldsplass Diagonale Sykehus

Gastromedisin

Velkommen til kollegahjørnet,
Mette Vesterhus, leder i Norsk gastroenterologisk forening

Hvor mange gastroenterologer har vi i Norge?

Ifølge Legestatistikk for fagmedisinske foreninger fra Den norske legeforening er det 258 godkjente spesialister i fordøyelsessykdommer i Norge pr. 1. juli 2019. Tallet har ligget noenlunde stabilt de senere årene. Norsk gastroenterologisk forening (NGF) har 402 medlemmer inkludert utdanningskandidater (LIS) og pensjonister.

Hva er de viktigste faglige nyhetene innenfor deres felt de siste årene, og hvilke konsekvenser kan dette få for allmennpraksis?

Revolusjonen innen behandlingen av hepatitt C med direktevirkende antivirale legemidler (DAA) medfører store endringer i behandling og oppfølging av disse pasientene, og dette vil også få konsekvenser for allmennlegene. Det finnes nå effektiv behandling for alle genotyper av HCV. Pristallet de siste årene har bidratt til dramatisk omlegging av behandlingsstrategien. Målsettingen både nasjonalt og internasjonalt er nå at hepatitt C skal elimineres, og regjeringen har lansert en nasjonal strategi mot hepatitter. Derfor skal vi offensivt identifisere og behandle alle pasientene, uavhengig av genotype og fibrosegrad, og ber om at fastlegene henviser også pasienter som tidligere ikke har vært kandidater for behandling. Flere steder (Oslo, Bergen) satses det på lavterskeltilbud med behandling i tilknytning til LAR eller ved egne lavterskelklinikker, og utviklingen kan peke mot en større rolle for allmennpraktikerne i denne behandlingen for å oppnå målet om behandling til alle.

Screening mot tarmkreft er innført i de fleste vestlige land og er besluttet innført i Norge fra 2019. Utrulling av tarmscreeningprogrammet er i gang og vil pågå over fem år. For fagmiljøet i gastroenterologi er koloskopikapasiteten den store bekymringen. Ifølge data fra Norsk pasientregister (NPR) har antall koloskoper økt med om lag 10 prosent hvert år siden årtusenskiftet. Ved flere helseforetak er det allerede lange ventelister, og køene øker mange steder både for skopiundersøkelser på klinisk indikasjon og for konsultasjoner. Vi frykter at det kan oppstå kapasitetsproblemer fremover. For at vi skal kunne prioritere riktig under slike forhold, er gode henvis-

ninger gull verdt. For øvrig er det viktig med fokus på utdanning av nye gastroenterologer for å fylle behovet.

Når det gjelder inflammatorisk tarmsykdom, blir biologisk behandling stadig billigere. Stadig flere får behandling med TNF-alfa-hemmere eller annen biologisk behandling, og etter den gjeldende «top-down»-tankegangen velger vi ofte å starte slik behandling tidligere enn før. Det er mange nye medikamenter i pipeline, og for enkelte pågår forhandlinger med tanke på tilgjengeliggjøring i Norge.

Har deres forening diskutert oppgavefordeling mellom gastroenterologer og fastleger?

Vi er bekymret for at kontrollpasienter som overflyttes fra spesialisthelsetjenesten til fastleger vil bli en belastning. For eksempel er cancerkontrollene pådyttet fastlegene uten at de ble forespurt. Et annet eksempel er pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (IBD) som skal følges opp. Et prøveprosjekt i Ålesund på overflytting av kontroller av IBD-pasienter til fastlege gikk bra og kunne frigjøre kapasitet til de sykeste i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være en vei å gå, men her er samarbeid og gode retningslinjer viktig.

Når det gjelder den økende gruppen pasienter med fettlever (NAFLD), er det sannsynlig at det vil komme forandringer, men mye er fortsatt uavklart. Nå som «HCV-gåten» er løst, har legemiddelselskapene rettet fokus mot denne tilstanden, og mange legemidler er i pipeline, men foreløpig avventer vi flere resultater.

Legeforeningen har kampanjen «Gjør kloke valg» mot overdiagnostikk. Har dere noen innspill til denne kampanjen?

Ja, vi har meldt følgende punkter til denne viktige kampanjen:

- Ikke bruk protonpumpehemmere for mage-tarm symptomer uten å forsøke å slutte med disse eller redusere dosen minst en gang i året for de fleste pasienter
- Ikke utred pasienter under 45 år med gastroscopi hvis de har dyspepsi uten alarmsymptomer.
- Unngå å utrede pasienter med forstoppelse med koloskopi hvis de er under 50 år og ikke har tykktarmskreft i nær familie eller alarmsymptomer

- Kortison skal ikke brukes rutinemessig som langtidsbehandling av inflammatorisk tarmsykdom.
- Ikke gjenta koloskopier hyppigere enn det som anbefales i nasjonale retningslinjer
- Jernmangelanemi eller gastrointestinale symptomer trenger ikke utredes med avføringsprøve på blod (hemofec) hvis pasienten har observert friskt blod i avføringen selv.
- Gentesting for cøliaki skal ikke brukes for å stille cøliakidiagnosen
- Barretts øsofagus trenger ikke kontrolleres mer enn hvert tredje år hvis ikke det er påvist dysplasi og det er tatt biopsier fra alle fire kvadranter.

Utposten har i dette nummeret en artikkel om behandling av irritable tarmsyndrom med tarmfloraterapi i allmennpraksis, og lurer på om du har en kort kommentar til dette? Er tarmfloraterapi med donorfeces en aktuell behandlingsform i Norge i dag? Tarmfloraterapi med fecesstransplantasjon er indisert ved behandlingsrefraktær clostridium-kolitt. Dette er foreløpig den eneste indikasjonen der dette er etablert behandling.

Det foreligger både norske og internasjonale studier som undersøker tarmfloraterapi ved irritable tarmsyndrom, og det er rapportert om lovende funn. Imidlertid er flere av studiene små, mangler gode placebokontroller eller har kortvarig oppfølging. En randomisert, dobbeltblindet, placebokontrollert studie (Johnsen et al, Lancet Gastroenterol Hepatol 2018) fant effekt ved tre måneders kontroll men ved 12 måneder kontroll var det ikke lenger påvisbar effekt av behandlingen. Det er verdt å merke seg at placeboeffekten er relativt høy, i den nevnte studien opplevde 43 prosent av pasientene i placebogruppen også effekt ved tre måneder. Derfor er det nødvendig med store, gode, placebokontrollerte multisenterstudier med tilstrekkelig varighet og uavhengig validering før anbefaling om at slik behandling kan gis ved IBS. Momenter som formulering (feces fra slektning eller superdonor), administrasjonsmetode, spørsmål om behandling skal repeteres og i så fall hyppighet, samt virkningsmekanisme, trenger også nærmere avklaring.

Utredning av matover

– sikre rett diagnose, unngå unød

■ MARGIT BROTTVEIT • Overlege ph.d, Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO) Sør Øst og Gastromedisinsk avdeling OUS, Ullevål

Matvarereaksjonar hos vaksne er samansett. Ein god samanstilling av anamnese og supplerande undersøkingar trengs for å stille ein diagnose og legge til rette for diettintervensjon der det er nødvendig.

Fleire og fleire opplever reaksjonar på matvarer. Ikkje alltid er symptomata reproduserbare. I ein norsk tverrsnittsstudie frå 2016 rapporterte 6,8 prosent av norske kvinner matoverfølsomhet (1). Desse kvinnene hadde også hyppigare andre helseplager. Ein dansk studie viste ein prevalens av sjølvrapportert matoverfølsomhet på 9,7 prosent. Etter oral provokasjon var prevalensen redusert til 3,2 prosent (2). Likeleis hadde 32 prosent av vaksne pollenallergikarar kliniske kryssreaksjonar. I ein nyleg publisert amerikansk studie meinte 19 prosent av dei over 40.000 deltakarane seg allergiske mot matvarer mot reelt 10,8 prosent (3). Overfølsomhet og ikkje-immunologiske reaksjonar er vanlegare enn klassisk IgE-mediert allergi hjå vaksne. Alvorlege allergiar og anafylaksi er lettare å påvise og ofte kjent frå oppvekst. Uynskte matreaksjonar hjå vaksne kan vere vanskeleg å kartlegge, og vi ser ein tendens til overdiagnostikk. Dette kan føre til unødvendige kostrestriksjonar.

Med enkle grep kan mykje avklarast hjå fastlegen eller legge grunnlag for ei god tilvisning til spesialisthelsetenesta. Denne artikkelen gir ikkje ein full oversikt over emnet, men innspel til ei god handtering av denne pasientgruppa. Barneallergi er omtalt i ein eigen artikkel i *Utposten* nr. 3.

Symptom og differensialdiagnosar

Ei målretta anamnese styrer vidare utredning og kan stå for opp til 80 prosent av

diagnostikken. Ein må kartlegge om pasienten har eller har hatt symptom på allergi i form av eksem, angioødem, høysnue/ rhinokonjunktivitt eller astma. Gastrointestinale symptom kan vere diaré, forstopping, magesmerter, oppkast og oppblåsthet. Pollenallergi gir hos mange orale kryssreaksjonar, dette er viktig informasjon. Er reaksjonane verst i pollensesongen? Dreier det seg om kløe i munnen eller også pustevanskar? Få fram best mogeleg karakteristikk av reaksjonane, symptom med tidsrelasjon til antatt utløysande faktorar. Særleg ved akutte reaksjonar kan kofaktorar som alkohol, anstrenging, pågåande infeksjon og NSAIDs ha innverknad. Ta med om det er mistanke om anafylaksi; symptom som oppstår akutt og ramar fleire organsystem. Har pasienten eliminert matvarer, og har dette hatt effekt? Kva skjer ved reintroduksjon og er reaksjonane reproduserbare? Mange pasientar har vanskeleg for å gi presis rapportering av symptom. Ei dagbok med symptomregistrering kan i så fall vere nyttig. Aktuelle differensialdiagnosar ved gastrointestinale reaksjonar på matvarer er: cøliaki, inflammatorisk tarm og i stor grad irritabel tarm. Cøliakiserologi og Kalprotektin i avføring kan dels styre kven som treng vidare gastrointestinal utredning/skopi. Av og til trengs biletdiagnostikk som til dømes ultralyd ved mistanke om gallestein. Mjølkeproteinallergi er mindre vanleg hos vaksne, det kan ofte dreie seg om laktoseintoleranse. Sjølv om genetisk test på laktoseintoleranse er negativ, er det mange som er klinisk laktoseintolerante. Laktose er eit disakkarid som er eit av fleire tungt fordøyelege karbohydrat, best kjent under akronymet FODMAP (fermenterbare oligosakkarider, disakkarider, monosakkarider og (and) polyoler)

Utredning i primærhelsetenesta

Grenseoppgangen mellom utredning i primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta

er avhengig av lokale forhold og kompetanse. Ei utfyllande tilvisning gjer det greiare å vurdere kven som har rett til utredning i spesialisthelsetenesta.

Blodprøver og IgE-målingar

Ved uklære symptom er det lett å la seg freiste til å ta fødemiddelpanel (fx5 eller fx6) som del av utredninga. Ofte er dette ikkje avklarande. Analyse av spesifikk IgE på matvarane som gir symptom er meir sensitiv. I tillegg må ein sjå verdiane av spesifikk IgE opp mot verdiane av total IgE. Ved lågt total IgE er det risiko for at allergenspesifikt IgE er falskt negativ. Svært forhøga total IgE ser ein ved tilstandar som atopisk eksem og også ved parasittar i avføring. Ein må vere varsam med tolkingar av isolert forhøga spesifikk IgE utan klinikk. Forhøga spesifikk IgE kan representere både ein primær allergi og kryssreaksjon. Måling av andre immunglobulin t.d. IgG4-analyser er ikkje vist å ha verdi ved diagnostikk av matoverfølsomhet (4). Utslag på IgG har ikkje samanheng med kliniske symptom, og IgG4 er eit uttrykk for at ein har blitt eksponert for matvaren/ allergenet.

Ved komponentanalyse, dvs analyse av IgE mot enkeltprotein i matvara, får ein informasjon om kva for allergen personen er sensibilisert mot. Dette kan skilje ein kryssallergi frå ein primærallergi og er dels ei spesialistoppgåve. Ved diaré og oppblåsthet bør ein kartlegge om det føreligg malabsorpsjon. Generelle blodprøver bør då også omfatte jernstatus, vitamin D, vit B12/ vit B6 og i tillegg cøliakiserologi.

Prikktest

Dette gjennomførast hovudsakleg i spesialisthelsetenesta, men også av enkelte i allmennpraksis. Prikktest er ein viktig del av ei allergiutredning. Prikktest vert utført med standardiserte luft- og matallergen-

følsomhet

vendig strenge kostråd



ekstrakt. Ideelt sett testar ein allergen ein mistenker ut frå anamnesen. Mange har sett opp standardpanel som inneheld dei vanlegaste allergena. Ved RAAO Sør-Øst består luftpanelet av allergena husstøvmidd, muggsopp, bjørk, timotei, burot og hår frå hest, hund og katt. Matvarepanelet for vaksne inneheld reke, torsk, soyabønne, mandel, hasselnøtt, peanøtt og kveitemjøl. I tillegg må ein prikke med ein positiv (histamin) og ein negativ kontroll (NaCl) for å kunne tolke resultata. Det kan også utførast «prikk-i-prikk» test med ferskt materiale, for eksempel fisk, frukt eller grønnsaker. Ei ulempe ved prikktest, som ved IgE-målingar, er at positive utslag ikkje er lik allergi, men kan vere uttrykk for bare sensibilisering. Den siste veka før ein prikktest må pasienten unngå antihistamin for å unngå falskt negativt testresultat.

Aktuelle diagnoser

Primær allergi

Hjå vaksne er dei viktigaste IgE-medierte allergiane: fisk/skalldyr, nøtter og peanøtt. Ein matvareallergi dreier seg som regel om

ein reaksjon på protein. Ei sjeldnare form er reaksjon på eit karbohydrat i raudt kjøt: galaktose-alfa-1,3-galaktose (alpha-gal). Denne allergien vert overført av flåttbitt og kan testast ved måling av spesifikk IgE mot alpha-gal. Reaksjonen er ein «forsinka straksreaksjon». Ein konklusjon på om det føreligg ein matvareallergi eller overfølsomhet, bygger på samanstilling av anamnese og supplerande prøver. Ein diagnose kan til dømes ikkje basere seg på ein isolert forhøga spesifikk IgE eller positiv prikktest mot enkelte fødemiddel. Hjå vaksne er matvarereaksjonar sjeldan årsak til forverring av atopisk eksem.

Orale kryssreaksjonar

Dette er vanleg ved pollenallergi. Ved allergi mot bjørk, hassel, or og salix reagerer ein typisk mot nøtter, steinfrukt og rå eple/pære. Burotallergi kan gi reaksjon mot selleri og urter. Inntak av belgfrukter og peanøtt kan medføre reaksjon ved graspollenallergi. Ein kryssreaksjon kan arte seg både som utslag i spesifikk IgE, prikktestar og symptom. Ved orale kryssreaksjonar er reaksjonen mildare enn ved ein primær allergi.

Cøliaki

Denne tilstanden kan manifestere seg med ei rekke ulike og uspesifikke symptom som diaré, ubehag i magen, asteni og mangeltilstandar. Cøliakiantistoff vil som regel vere positive ved ein ubehandla cøliaki. Det er avgjerande å ikkje starte glutenfri diett før adekvat diagnostikk er gjort. Hjå vaksne er det alltid nødvendig med tynntarmsbiopsiar. HLA-typing kan gjerast i tvilstilfelle, særleg for å utelukke cøliaki hjå pasientar som har starta glutenfri diett utan diagnostikk i forkant.

«Atopi i spiserøret»: eosinofil øsofagitt

Ved svelgvanskar eller fastsitjande mat i spiserøret, særleg ved samtidig allergi, må ein tenke på eosinofil øsofagitt. Forekomsten av denne inflammasjonstilstanden er aukande, særleg for yngre menn. Diagnosen stillast ved gastroskopi med biopsiar frå øsofagus. Eosinofil øsofagitt kan behandlast med protonpumpehemmar, lokale steroidar eller eliminasjonsdiett. Oppstart og også oppfølging av behandlinga er ei spesialistoppgåve. Langtidsbehandling er nødvendig og beskytter mot komplikasjonar som strikturdanning.

Irritabel tarm med matvareoverfølsomhet

10–20 prosent av den norske befolkninga fyller kriteria for IBS der 70 prosent får forverring etter inntak av ulike matvarer. Desse matvarene er ofte av typen FODMAP. Døme på slike matvarer er visse typer frukt, brød, lauk, kvitlauk, bønner, kunstig søta pastillar og laktose. Mange som rapporterer glutensensitivitet reagerer ikkje på glutenkomponenten, men på fruktan som er karbohydratdelen i kornet. Spelt og havre inneheld mindre fruktan enn kveite og rug.

Diagnostikk hjå spesialisten

Vi utfører prikktestar, og/eller blodprøver med spesifikke IgE mot mistenkte matvarer og eventuelt komponentanalyser. I tillegg kan ein gjere BAT (basofil aktive-ringstest) på enkelt allergen. Dersom ein ikkje har avklart diagnose ved anamnese og blodprøver/ prikktest, nyttar vi matvareprovokasjon. Denne kan vere både open og blinda. Den dobbel-blind, placebokontrollerte matvareprovokasjonen er rekna som gullstandard i allergiutredning. Ein slik provokasjon er omfattande og ressurskrevjande, og nyttast i spesielle eller meir alvorlege tilfelle. Provokasjon kan i enkelte tilfelle utførast heime. Ved Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet Sør-Øst har dette særleg blitt gjort med gluten. Pasientar med anafylaksi skal tilvisast til spesialist for grundig utgreiing og opplæring i handtering av sin matallergi. Alle med alvorlig allergi skal få forskrive adrenalinpenn. Det er viktig at det gis opplæring i praktisk bruk av adrenalinpennen når denne forskrivast.

Endeleg diagnose og behandling

Ein må vere varsam med tolkingar av isolert forhøga spesifikk IgE eller positive prikktestar utan klinikk. Forhøga total IgE sjåast ved allergi, særleg ved atopisk eksem og dels også luftvegsallergi. Andre årsakar kan mellom anna vere parasittinfeksjon og



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLOREDOX

fleire ikkje- allergiske tilstandar. Ved høg total IgE kan dette vere ei feilkjelde når ein tolkar forhøga spesifikk IgE.

Forhøga spesifikk IgE kan representere både ein primær allergi og kryssreaksjon. Det kan vere vanskeleg å konkludere med ein diagnose. I allmennpraksis bør ein for ein stor del handtere til dømes klassiske kryssallergiar, avklarte primære matvareallergiar og IBS. Lokale forhold avgjer neste instans. Ein del pasientar treng gastro-medisinsk utredning. Andre treng utredning av lege med kompetanse i allergologi. Ein allergolog kan ha bakgrunn frå spesialitetar som allmennmedisin, arbeidsmedisin, gastroenterologi, generell indremedisin, hud- og veneriske sjukdomar, lunge-sjukdomar, pediatri, og øyre-nase-halssjukdomar. I kvar helseregion er det no etablert eit Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO). Kvar RAAO er både eit regionalt kompetansesenter og eit regionalt behandlingssenter. Ved meir samansette problemstillingar kan ein ha nytte av slik kompetanse der det er tett samarbeid mellom lege/allergolog, klinisk ernæringsfysiolog, psykiater og sjukepleiar.

Behandlinga består hovudsakleg i tilrettelegging av kosthaldet. Ved påvist allergi startar ein eliminasjon av aktuelle matvarer. Mange born utviklar toleranse og

«veks av seg» sin matvareallergi. Difor må ein sørge for at desse vert tilstrekkeleg følgt opp også i ungdom/vaksen alder og ta stilling til om det er aktuelt med reintroduksjon av matvarer. Ved orale kryssreaksjonar kan ofte ein del frukt og grønsaker tolast når den er varmebehandla. Ved RAAO Sør-Øst har vi møtt mange pasientar med kombinasjonen IBS med matvareoverfølsomhet og orale kryssreaksjonar ved pollenallergi. Då må ein prøve å sortere ut dei mest alvorlege og plagsame reaksjonane og legge opp til eit kosthald som er til å leve med. Ved IBS er det verdt å prøve ut eit låg-FODMAP kosthald, informasjon for både pasient og behandlar ligg på nettsida til Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarmsykdommer (5). Ein del lærings- og mestringssenter ved helseforetaka arrangerer også eigne IBS-kurs.

REFERANSAR

1. Jakobsen MD, Braaten T, Obstfelder A, Abelsen B. Self-Reported Food Hypersensitivity: Prevalence, Characteristics, and Comorbidities in the Norwegian Women and Cancer Study. PLOS ONE. 2016; 11(12): e0168653.
2. Osterballe M, Hansen TK, Mortz CG, Høst A, Bindslev-Jensen C. The prevalence of food hypersensitivity in an unselected population of children and adults. Pediatric Allergy and Immunology. 2005; 16(7): 567–73.
3. Gupta RS, Warren CM, Smith BM, Jiang J, Blumenstock JA, Davis MM, et al. Prevalence and Severity of Food Allergies Among US Adults. JAMA Netw Open. 2019; 2(1): e185630.
4. Stapel SO, Asero R, Ballmer-Weber BK, Knol EF, Strobel S, Vieths S, et al. Testing for IgG4 against foods is not recommended as a diagnostic tool: EAACI Task Force Report*. Allergy. 2008; 63(7): 793–6.
5. Bergen H. Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarmsykdommer Bergen: Helse Bergen; (Available from: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-funksjonelle-mage-tarmsykdommer-nkfim>.)

Nyttige opplysningar som bør vere med i en spesialisthenvisning.

Bakgrunn	Kjent astma/allergi. Annan relevant sjukdom.
Aktuelt	Karakterisere reaksjonen, relasjon til antatt utløyende faktor. Anafylaksi? Diett, eliminasjon?
Undersøkingar	Billeddiagnostikk: CT, UL etc Skopiar med biopsivar. Blodprøver inkludert IgE-analyser og cøliakiseroologi. Prikktestar. FeCal test.
Medikamentliste	

■ MARGIT.BROTTVEIT@GMAIL.COM

Ola Lilleholt (1942–2019)



Allmennlegen, entusiasten, forbildet og den tidligere redaktøren av *Utposten*, Ola Lilleholt, døde 8. juli 2019 etter lang tids sykdom, 77 år gammel.

Som kommunelege i Rindal ble Ola en legende; arbeidsom, omsorgsfull, kunnskapsrik og alltid faglig oppdatert. Etter flere tiår som allmennlege i Halså, Surnadal og Rindal, karakteriserte han seg selv som spesialist på nordmøringer (1), men han var spesialist på så mangt. Han var et uvanlig begavet multitalent; det som på den delen av landet kalles et «flogvit». Han var belest og bereist, allsidig og nysgjerrig.

Han så tidlig potensialet for digitale hjelpemidler i helsetjenesten og ble en EDB-pioner. Han var sentral i etableringen av Nidaroskongressen, og holdt i mange år EDB-verksted for deltakerne der. Lenge før internett åpnet kommunikasjonsmuligheter over hele verden, skapte Ola sitt eget internasjonale, faglige nettverk. Han var aktiv i internasjonale allmennlegeorganisasjoner, abonnerte på en rekke tidsskrifter og hadde faglig kontakt med kolleger i

mange land og på mange språk. Ola var alltid i forkant, bredt orientert også innen kunst og kultur, og delte raust av sin kunnskap. Slik ble han til stor inspirasjon, særlig for yngre kolleger.

Ola Lilleholt var ideologisk forankret i kopf-ideologien. Han ikke bare trodde på en kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende legetjeneste, men omsatte også ideologien til praksis. Gjennom organisasjonsarbeid i inn- og utland, blant annet som visepresident i den europeiske allmennlegeforeningen og leder av Norsk selskap for allmennmedisin, bidro han sterkt til primærhelsetjenestens vekst og utvikling i Norge på 1980- og 1990-tallet. Han var med på å organisere utplassering av medisinstudenter i kommunehelsetjenesten, og han var veileder for spesialistkandidater i allmennmedisin.

Ola var den naturlige leder av den tredje redaksjonen av *Utposten* i 1983–87. Årene i *Utposten*-redaksjonen med Ola var formgivende for oss som fikk arbeide sammen med ham, og ble for noen av oss avgjørende for karrierevalget senere i livet. Redak-

sjonsmøtene i Rindal med faglige diskusjoner i sene nattetimer huskes som stjerneskudd på en ellers lys himmel. Det var Ola som var mesteren bak den ikoniske forsiden med tegningen av Knoll og Tott under headingen «Det ble tvillinger» da spesialitetene i allmenn- og samfunnsmedisin ble vedtatt i 1983 (2).

Olas siste år på sykehjem etter flere hjerneslag ble tunge, og vi har ofte savnet hans kloke kommentarer til tidsaktuelle problemer. På vegne av mange kolleger, og langt flere pasienter, takker vi for et livsverk som har satt varige spor.

Magne Nylenna
Jon Hilmar Iversen
Frode Heian
Øystein Pedersen

REFERANSER

1. Høie I. Bygdelege med internasjonal tumleplass. Tidsskr Nor Legeforen 2003; 123: 3064–5.
2. Wiium P. Utpostens betydning for norsk samfunnsmedisin. Michael 2011; 8: 154–168.

Følgende ble tildelt AFU stipend for 2. halvdel av 2019

STED	NAVN	TITTEL	VEILEDER
UiO	Nicolai Klem	Bronkiolitt behandling før og etter endring i anbefalt forstøver-behandling. En gjennomgang av forstøverbehandlingen i primær- og sekundærhelsetjenesten i Oslo mellom 2009–2017	Odd Martin Vallersnes
UiO	Anne Brodwall	Hvordan går det med barn med langvarige abdominalsmerter og deres familier?	Mette Brekke
UiO	Mariann Grønnestad	Selvrapportert helse hos gravide kvinner i den multi-etniske STORK Groruddalen-studien. Mulige forklaringsfaktorer og helsekonsekvenser	Åse Ruth Eggemoen
UiO	Nadia Bashir	DIASA	Anh Thi Tran
UiB	Inga Marthe Grønseth	Hvorfor ble jeg fastlege?	Kirsti Malterud
UiB	Kjersti Helen Follesø	Tidlig intervensjon ved fallfare	Monica Hermann og Gunnar Tschudi Bondevik
UiB	Sharline Riiser	Fastlegekontakter; betydning for fremtidig arbeidsdeltakelse hos pasienter med depresjon. En registerbasert kohortstudie	Sabine Ruths
UiB	Siri Dalsmo Berge	Samlivsproblemer, på fastlege-kontoret	Thomas Mildestvedt og Mette Brekke
UiB	Jørgen Breivold	Kunsten å si nei	Stefan Hjörleifsson
NTNU	Cecilia Carstedt	Hvem er vi – «sykehjemsleger»?	Anne-Sofie Helvik
NTNU	Marit Rye	Doctor-patient communication – an observational, comparative study of native consultations in Iran and Norway	Jørgen Urnes

Primærhelseteam

– en beskrivelse hos oss et år ut i

■ ALEKSANDER N. SANDNES • Fastlege, Sørlandsparken Legesenter

Kan det tenkes at primærhelseteam avlaster oss? Er sykepleieren den manglende medarbeideren i fremtidens legesenter?

Tidlig 2017 gikk legeforeningen ut med presidenten i spissen og markerte at de var for pilotprosjekt med primærhelseteam. De stilte seg bak det faglige i prosjektet. Dette var før trønder-opprør og artikler om krise i fastlegeordningen virkelig skjøt fart i media. Legesenteret ble invitert til å delta i prosjektet av Kristiansand kommune. Høsten 2017 økte kritikken mot pilotprosjektet i samme styrke som fastlegekrisen, og trønderopprøret markerte seg tydeligere. I desember 2017 ble det kjent at Kristiansand kommune ble antatt som en av forsøkskommunene som helsedirektoratet ville satse på. På dette tidspunktet var mye uavklart med tanke på økonomi og faglig innhold. Vi hadde riktignok en klar formening om å bygge på den modellen vi allerede hadde på senteret med ansatte sykepleiere fra før. Imidlertid så vi en klar trend i at kritikken som ble reist mot prosjektet, bar preg av å være fremtidsrettede advarsler mot hvordan prosjektet kunne komme til å ende, og da spesielt med negativt fortegn for fastlegene og pasientene. Dette var vektige argumenter reist av dyktige og meningsberettigede kolleger. Derfor så vi at kritikken både hadde innhold og substans og var et viktig substrat for utformingen av innholdet i det som siden skulle bli et primærhelseteam hos oss. Vi identifiserte i media i alt 35 ulike uttalelser av den negative karakteren omkring primærhelseteam og formet dem som enkeltstående case som kunne løses.

I JANUAR 2018 var vi så i mål med innhold og utforming av tydelig struktur og jobbbinnhold. I samme tidsrom utformet Legeforeningen sitt høringsforslag til pilotprosjektet. De var slik vi oppfattet det, fortsatt positive til det faglige innholdet i pilo-

ten, men negative til den økonomiske modellen. Legeforeningen mente at legesentrene tok for stor økonomisk risiko ved å være med i pilotprosjektet. Imidlertid mente vi at vi allerede hadde løst det økonomiske aspektet ved å organisere primærhelseteam som et eget prosjekt-AS utenfor legesenterets egen organisering. En slik organisering ivaretok både lønn, lengder på ansettelseskontrakter, faglig ansvar, pensjonsforhold og avslutning av prosjektet på en ryddig måte for alle involverte parter. Dette handlingsrommet var mulig gjort som følge av tidlig konstruktiv kritikk.

FRA VÅRT STÅSTED viser det seg derfor at velbegrunnet kritikk kan peke mot handlingsrom man ikke har tenkt på tidligere, eller som vi kan lete oss frem mot. Gode og ikke minst bærekraftige løsninger kan derfor springe ut av det dystre fremtidspeket som tidlig har blitt reist mot prosjektet. Det er mulig når både fastlegen og pasientens beste er målet.

– Bærekraftig har det også blitt med en sykepleier som har ansvar for proaktiv utadrettet faglig aktivitet ved sykebesøk spesielt til hjemmeboende pasienter med utviklingsforstyrrelser, bostedsløse ruspasienter med opphold i nødboliger og hjemmeboende eldre med kommunale tjenester av ulike slag. Det har gitt umiddelbare effekter i form av svært gode tilbakemeldinger fra ansatte i boliger og tjenester omkring ruspasientene. Hovedfokus for sykepleieren er somatisk helse, og kartleggingsvirksomhet med fokus på diagnose, behandling og behandlingsforløp. Fastlegen styrer det medisinske ved direkte kontakt med pasienten og gjennom sykepleieren, med vurdering av diagnose, behandling og oppfølging. Sykepleieren har ansvar for compliance, og holder oversikt over hva som blir gjort. Denne måten å organisere fastlegetjenesten på, rundt denne pasientgruppen har gitt målbare resultater i og med at fastlegelistene våre har økt med 45 nye pasienter innen gruppen pasienter med

utviklingsforstyrrelser hjemmeboende i bofellesskap. Kompetansehevingen på legesenteret og i bofellesskapene er til å ta og føle på, og nasjonale kompetansesentre har vist sin interesse. Fastlegetjenestene er de samme, men organiseringen er ny og etterspurt som en kvalitetsheving av legetjenester til denne pasientgruppen.

Et utfordringsbilde som det er beskrevet fra flere hold, er at PHT ikke representerer noe nytt. Det er mange legesentre som allerede har sykepleiere i sin organisasjon. Det er videre opplagt at fastlegene i utgangspunktet i de aller fleste kommuner allerede driver utstrakt teamarbeid med kommunens primærhelsetjeneste gjennom sykebesøk, møtevirksomhet, behandlingsplaner og PLO-meldinger.

VILLE VÅRE SYKEPLEIERE KUNNE TILFØRE NOE NYTT til vår kliniske virksomhet? Mye kan tyde på det. Vi organiserte somatisk spesialsykepleiers arbeid inn mot pasienter med dyspne, inkludert hjertesvikt, astma og KOLS. Verktøy som forhåndsbestemte anamneseskjemaer, kliniske undersøkelsesprosedyrer og laboratorieundersøkelser ble implementert i en systematisert konsultasjonsvirksomhet som sykepleieren står ansvarlig for. Resultat av hver konsultasjon blir diskutert med fastlegen i en fem minutters oppsummering sammen med pasient, sykepleier og fastlege. Dybdeintervju med pasienten, forhåndsbestemte undersøkelser og retningslinjestyrte undersøkelser har gitt oss overraskelser. Minst 15 prosent av KOLS pasientene var feildiagnostiserte, feilbehandlet og eller underbehandlet. Overraskende mange har forbedret sine spirometriverdier, og mest overraskende er det at pasienter kan bli kvitt sin KOLS-diagnose med bruk av PPI. Fev1 prosent stigende fra 50-tallet til 70 tallet er en vekker! Ingen nye undersøkelser, bare grundigere bruk av ressursene på legesenteret og satt i et fornuftig klinisk system som forventer resultater.

Sørlandsparken

prosjektet



F.v. spesialsykepleier somatisk helse Anne Berhus Irgens, sykepleier og koordinator Trine Sandnes, fastlege Aleksander Sandnes, og spesialsykepleier psykiatri Bjørnar Haugland.

SPECIALSYKEPLEIER I PSYKIATRI får sine pasienter tilvist fra fastlege, hvor fastlege ønsker en vurdering i forhold til eventuell henvisning til DPS, eller kartlegging med tanke på sykdom eller for samtalerapi med fokus på tilbakeføring til arbeid.

Vi visste at psykiatrisk sykepleier ville bli en suksess. Vi har en spesialsykepleier i 100 pst. stilling. Det er dessverre allerede ventetid på to måneder. Men tilbakemeldingene fra pasientene er entydige. Vi sender ikke lenger fra oss de mest sårbare psykiatriske pasientene til ukjente behandlere i 2.-linjetjenesten med lang ventetid i fremmede korridorer på et stort sykehus. Pasienten ønsker å være og bli på legesenteret med sin vanskeligste historie sammen med fastlegen og psykiatrisk sykepleier i samspill. Nærheten og tryggheten som pasienten har til fastlegen i form av lokaler, personell, kom når du vil, tilgjengelighet, har blitt ytterligere styrket og gitt behandlingen uant kraft med psykiatrisk sykepleier i nabokontoret med samme journal. Vi opplever nå å gi et helhetlig tilbud.

HVA MED TEAMARBEID? Kan det gjøres uten merarbeid, møter og heft? Ja, med forbehold. Det kalles relasjonell koordinering.

Det innebærer at sykepleier får ansvar og må ta egne avgjørelser.

Sykepleier sørger for å samkjøre fastlege, pårørende, pasient og kommunal tjeneste omkring den informasjonen som er fremskaffet i sykepleierkonsultasjonen, på en strukturert måte. Arbeidsmetodikken gjør det mulig å distribuere medisinsk informasjon raskt uten møter og til rette vedkommende som kan gjøre bruk av informasjonen. Sykepleier lager derfor henvisninger, søknader, klargjør bilderekvisisjoner og kaller inn pasienter til kontroller. Hvem har ansvaret om sykepleier gjør feil? «Virksomheten PHT Sørlandsparken AS», ikke fastlegene.

Men blander vi kortene med hjemmesykepleien? Ikke ifølge hjemmesykepleien selv. Riktignok har kommunens forvaltningsorganer raslet med sablene. Noen kan mene at primærhelseteam skal sortere under kommunens administrasjon, og at primærhelseteam skal være en kommunal tjeneste som skal tildeles av kommunen. Det har det vært litt diskusjon om. Kommunen har derfor kommet tettere på prosjektet og har ønsket mer styring. Men PHT-arbeid er hjemlet i fastlegeforskriften sammen med bla veileder til forskrift om ledelse og kvali-

tetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten generelt. Kvalitetene på arbeidet har vi derfor målsatt ut fra fastlegeforskriftens intensjoner om diagnose, behandling og oppfølging, og å bredde ut de medisinske oppgavene som fastlegene allerede utfører. Sett i lys av den tidlige kritikken mot primærhelseteam, har en initial organisering av primærhelseteam vært å ikke lage arbeidsoppgaver som omsorgstjenestene allerede utfører. Derfor ledes også primærhelseteam av en fastlege og ikke av en kommuneadministrasjon. Det var også legeföreningens klare premiss for å starte prosjektet.

KLARER VI OSS ØKONOMISK? Det går fint. Det er ikke overskudd eller underskudd. En god del administrasjon og utvikling faller på PHT-leder, og det er ikke avsatt tid til dette, ei heller beregnet lønn. Slike «ting» går på entusiastkontoen. Det er nok ikke bærekraftig i lengden, men det holder to år til. Hva med kollegene? Av 35 spådommer på nedsiden har vi kontroll på alle utom noen få, og noen utfordringer igjen å løse. Det sviver overraskende greit og pasientene er fornøyde. Effektivt teamarbeid er det vanskeligste.

Kan primærhelseteam med disse forutsetninger bidra med noe nytt og gi en grunnleggende bedring i helsetjenesten for pasientene? Vi hadde allerede sykepleier før PHT og har drevet utstrakt team-samarbeid med primærhelsetjenesten i kommunen. Hva kan bli bedre? Tid med pasienten er en etterspurt vare! Sykepleiere utgjør en ressurs i organisasjonen vår, og primærhelseteam sørger for at pasientene får ekstra tid på fastlegekontoret sammen med både fastlege og sykepleier. Tiden som fastlegen bruker sammen med pasienten forholder seg omtrent som før totalt sett, men øker noe for pasienter i primærhelseteam. I sum er denne tiden sannsynligvis liten og ikke merkbar for legen, siden antallet pasienter som inngår i primærhelseteam til enhver tid ikke er mer enn 50 pasienter pr. fastlege. Hos oss er gjennomsnittslisten 1360 pasienter, og 50 pasienter som får en ekstra grundig oppfølging av sykepleier, utgjør derfor kun en marginal del av de vanlige konsultasjonene.

KUNNE DEN TIDEN som blir tilbudt ekstra til pasientene ved legesenteret, heller ha blitt brukt hos fastlegen istedenfor sykepleier? Sykepleier og fastlege har begge konsultasjonsvirksomhet som del av sin opplæring gjennom studiet og er vant til en til en oppfølging av pasienter. Mer tid hos fastlegen vil de fleste pasienter sette stor pris på. Men det vi kan forvente når pasienten får mer tid hos fastlegen, er etterspørsel etter mer informasjon om ulike plager i den samme konsultasjonen. Pasienten bruker altså mer tid på å ta opp flere problemer. Når pasienten er hos sykepleier, er fokuset kun en problemstilling uavhengig av tidsaspektet. I primærhelseteamkonsultasjonen er pasienten en hel time hos sykepleier. Det blir kun diskutert ett problem. Sykepleier innehar ikke samme breddekompetanse som fastlegen, og sykepleier begrenser derfor konsultasjonen til kun det ene problemet. Vi har fått en ny klinisk konstellasjon med en til en konsultasjon omkring et somatisk problem over en time hvor fokus er på en diagnose, medikamentell behandling og oppfølging. Konsultasjonsteknikken er sykepleiefaglig, men innholdet er allmennmedisinsk. Det er den hovedsakelig store forskjellen mellom tid brukt hos sykepleier og tid brukt hos fastlegen. Det gir et tilsnitt til oppfølging av de tyngste pasientene som er noe annet enn mer tid hos fastlegen eller for den saks skyld flere fastleger (som det også trengs flere av).

INN FALLSVINKELN OG GJENNOMFØRINGEN av pasientkonsultasjonen kan øke sannsynligheten for god compliance betydelig. Særlig når sykepleier, pasient og lege er

enige. I denne organiseringen blir legen også avlastet med søknader til hjemmetjeneste/ forvaltning / henvisning til sykehus, DPS mm samt at sykepleier håndterer kommunikasjon med pårørende. Denne arbeidsformen er ny i allmennpraksis, men kjent fra sykehusmiljø og avtalespesialister. Satt i system kan det gi tilgang til uutnyttede ressurser på fastlegekontoret for de svakeste gruppene av pasienter som vi har på listene våre og uten at det belaster fastlegene ytterligere. En videre stor forskjell fra tidligere arbeidsmetoder, er at primærhelseteamsykepleier griper fatt i et på forhånd ikke avklart problem, eksempelvis dyspne, dvs. uselekterte pasientproblestillinger og avklarer og bringer frem forhold rundt plagen. Sykepleier hjelper fastlegen med å samle informasjon fra flere kilder og gjør klinisk undersøkelser som setter fastlegen i stand til å stille diagnoser og sette i gang behandling. Dette gir en dybdeundersøkelse av en allmennmedisinsk problemstilling i samarbeid med fastlegen som er uvanlig fra tidligere måter å jobbe på i allmennpraksis. Men det likner avtalespesialistene sin måte å arbeide på og har blitt karakterisert som en halvannenlinjetjeneste av andre samarbeidspartnere.

Sett i lys av stabil økonomi for oss i forsøket så langt, og god effekt av tiltak og gode tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere og pasienter, kan ordningen vise seg å være robust. Et liknende prosjekt som PHT er PSHT i Tromsø som nå har begynt å levere resultater som er svært gode med blant annet nedgang i dødelighet etter utskrivelse fra sykehus. Det er mildt sagt oppsiktsvekkende. Om PHT kan vise det samme er usikkert, men både kvalitative og kvantitative data vil si noe om prosjektet har livets rett ved endepunkt.

Sykepleierne har også funnet sin form i felleskapet. De er svært godt fornøyde med arbeidsmetoder og tilbakemeldinger. Det er en værende, meningsfull og innholdsrik arbeidsplass.

SÅ LANGT HAR VI NÅ SETT at sykepleier kan avlaste fastlegen, og vi vet at det ligger mye god helse i et godt, stabilt og langt forhold til fastlegen. Kan det faktisk tenkes at primærhelseteamsykepleieren styrker dette forholdet og lengden på det, ved å sette det på prøve med utgangspunkt i pasientens beste? Og ledelse er en mangefasettert øvelse. Kan det utøves på et fastlegekontor? Vi vil få svar etter hvert som tiden går.

■ ALEKSANDER@4LEGER.NO

Samvalg

■ TOVE SKJELBAKKEN

Overlege og leder av Samvalgssenteret, Universitetssykehuset Nord-Norge

Samvalg innebærer at pasienter deltar i beslutninger om egen helse. Hvordan utfordrer det rolleforståelsen hos behandlere og pasienter, og hva trenger de for å lykkes?

Begrepet samvalg ble lansert i 2014 som et alternativ til det engelske shared decision-making. Samvalg beskriver en prosess der pasient og helsepersonell samarbeider om å beslutte undersøkelses- og behandlingsmetoder. Målet er at pasienten skal kunne gjøre informerte valg om helsa si, i tråd med egne verdier.

Kanskje passer en av behandlingsmulighetene langt bedre enn de andre, av grunner som ikke legen kjenner til? Kanskje vil ikke pasienten reise den lange veien til sykehuset så ofte? Kanskje er hun villig til å leve med en litt høyere risiko heller enn å stå på faste medisiner? Eller kanskje ønsker pasienten mest av alt å bli fort ferdig med behandlingen, så hun kan komme seg fort hjem til familien?

Disse tingene kan ikke du som lege finne ut alene. Når pasientene forteller hva som er viktig for dem, kommer det ofte fram at én løsning ikke passer for alle. Samvalg bidrar til å strukturere samtalen om behandlingsvalg, slik at dere sammen kan komme fram til den beslutningen som er best for pasienten.

En metode for samarbeid

«Men dette gjør vi allerede!» sier mange leger når de hører om samvalg. Og det har de delvis rett i. Men selv om det ikke finnes en entydig oppskrift på nøyaktig hvordan samvalg skal gjennomføres, er det noen spesifikke ting som må til:

- Både pasient og lege må være aktivt involvert i beslutningen
- Både pasient og lege må dele av sin kunnskap
- Både pasient og lege må dele sine preferanser
- Pasient og lege kommer fram til en enighet

styrker pasienten



Samvalg er med andre ord noe mer enn empatisk og hensynsfull kommunikasjon, og det stiller krav til både lege og pasient. Utfordringen for pasienten kan være å tro på at hennes eget bidrag er viktig, og at hun har en vesentlig og berettiget plass i beslutningsprosessen. Legen må på sin side ha god relasjonskompetanse. Hun må også kunne kommunisere risiko på en forståelig måte, slik at pasienten får åpen, ærlig og korrekt informasjon om fordeler og ulemper ved alle behandlingsmulighetene.

Autonomi og avmakt

Samvalg er ikke bare informasjonsutveksling. Professor Pål Gulbrandsen ved Universitetet i Oslo kaller samvalg en eksistensiell reise, hvor målet er å «gjenreise pasientens autonomi». Vi kunne også si at det handler om å beholde grepet om seg selv og sitt eget liv, også når man opplever den fundamentale usikkerheten og sårbarheten ved å være syk.

I artikkelen «Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity» viser Gulbrandsen det som er samvalgets store utfordring og paradoks: Vi tror på at pasienten bør invol-

veres i helsebeslutninger om dem selv, men vi vet at angsten for å delta blir større når vi har et helseproblem. Mange vil huske Per Fuggellis sterke fortellinger om avmakten han følte da han gikk fra å være lege til selv å bli pasient. Det er noe vi alle kan kjenne oss igjen i, og for mange skal det ikke mer til enn et tannlegebesøk for å kjenne på hjelpeløsheten. Den autonome kapasiteten, altså det å klare å gjøre selvstendige vurderinger og valg, svekkes dess sykere vi blir. Gulbrandsen mener at pasienter likevel kan gjenvinne sin autonome kapasitet dersom de får støtte til å delta i samvalg.

Samvalgsverktøy gir støtte i valgprosessen

Samvalgsverktøy er digitale hjelpemidler som gir pasienter og pårørende korrekt, oppdatert og kvalitetssikret informasjon om sykdommer, hvilke behandlingsmuligheter som finnes og hvilke fordeler og ulemper som følger med de forskjellige mulighetene.

Samvalgsverktøyene kan hjelpe pasienter å vurdere de ulike mulighetene de har. De kan brukes både før, under og etter konsultasjon. Forskning viser at samvalg og

samvalgsverktøy gir mer tilfredse pasienter, mer kunnskap om alternativene og bedre etterlevelse av behandlingsopplegg.

I Norge er det foreløpig bare Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) som leverer samvalgsverktøy for ulike diagnoser. Flere av dem er relevante for fastleger, og du finner dem på helsenorge.no/samvalg:

- Prostatakreft lav risiko (bokmål og samisk)
- Prostatakreft middels/høy risiko (bokmål og samisk)
- Bukspyttkjertelcyste
- Bukspyttkjertelkreft som ikke kan opereres
- Kneartrose
- Kronisk nyresvikt
- Sykelig overvekt

Samvalgssenteret ved UNN utvikler også samvalgsverktøy for:

- Idiopatisk normaltrykkshydrocephalus (iNPH)
- Kirurgi ved brystkreft (sammen med Helse Sør-Øst)
- Livmorknuter
- Hofteartrose (sammen med Helse Sør-Øst)
- Prostatakreft med spredning
- Graves sykdom
- Aortastenose
- Psykose (sammen med Helse Vest)

Pasientens helsetjeneste

Samvalg styrker pasienten, og åpner opp for en ny innsikt hos både pasienter og behandlere. I 2018 ble alle landets helseforretak pålagt å jobbe med samvalg, og fra 2020 skal samvalg inn i utdanningen for alle helsefag. Dermed har vi alle fått en stor utfordring til å tenke nytt om oss selv – som pasienter, helsearbeidere og medmennesker. Men vi er også et stort skritt nærmere det helseministeren kaller «pasientens helsetjeneste». Han formulerte det godt i årets sykehustale:

«Hvis vi virkelig klarer å skape pasientens helsetjeneste. Da håper og tror jeg, at det øverst på listen over de mektigste i Helse-Norge (...) troner ett enkelt ord: Pasienten.»

Samvalgssenteret jobber med å koordinere innføring av samvalg i Norge, og arrangerte Samvalgskonferansen 2019 i Tromsø 5. og 6. juni. Senteret kan følges på Facebook og på nettsiden www.unn.no/samvalg.

■ TOVE.SKJELBAKKEN@UNN.NO

Utdanningsstillinger for spesialistutdanning i allmennmedisin i kommunene

■ HANS HØVIK • Leder av spesialistkomiteen for allmennmedisin, veileder ALIS VEST

Nyvalgt leder av spesialistkomiteen for allmennmedisin, Hans Høvik, går her gjennom de viktigste endringene knyttet til det nye reglementet for spesialiseringen av allmennleger og prosjektet ALIS-VEST.

ALIS-VEST

er et statsstøttet pilotprosjekt som tilrettelegger for utdanningsstillinger i allmennmedisin i utvalgte kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane og fra 2019, i Møre og Romsdal og Rogaland. ALIS er forkortelse for Allmennlege i spesialisering.

[HTTPS://ALISVEST.WORDPRESS.COM](https://alisvest.wordpress.com)

De siste årene har rekrutteringssvikten av fastleger og leger til andre kommunale legestillinger i Norge ført til økende bekymring. Tidligere var problemet størst i mindre kommuner, men de siste to år rapp-

orter også større kommuner og byer om store vansker med å få kvalifiserte søkere til fastlegehjemler. Nye ALIS-stillinger ser ut til å bedre på situasjonen.

Stadig flere nyutdannede leger ønsker

faste stillinger med kommunal lønn og regulert arbeidstid. Samtidig er det kommet nye regler for spesialistutdanning av leger i Norge, og det gjelder alle spesialiteter. Tidligere ble spesialistgodkjenningen ba-

UTDRAG FRA SPESIALISTFORSKRIFTEN

KAPITTEL 1.

Innledende bestemmelser

§2 Spesialistutdanningen for leger

Den praktiske tjenesten skal gjennomføres under veiledning og supervisjon av kvalifiserte leger. Under spesialistutdanningen i allmennmedisin skal veiledningen i gjennomsnitt utgjøre minimum 3 timer per måned i 10,5 av årets måneder.

Minst to år av spesialistutdanningen i allmennmedisin skal gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis. De to årene skal beregnes etter kravene i § 31. Spesialistutdanningen i allmennmedisin og arbeidsmedisin skal omfatte deltakelse i veiledningsgruppe over to år. Spesialistutdanningen i samfunnsmedisin skal omfatte deltakelse i veiledningsgruppe over tre år.

Den vesentlige delen av spesialistutdanningen i allmennmedisin skal gjennomføres tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter. Den vesentlige delen av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin og arbeidsmedisin skal gjennomføres ved godkjente utdanningsvirksomheter eller tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter.

Utdanningen skal baseres på læringsmål som følger av forskriftens vedlegg 2.

KAPITTEL 2.

Roller og ansvar i spesialistutdanningen for leger

§4 De regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene skal også legge til rette for at leger i spesialisering i allmennmedisin, kan få nødvendig praktisk tjeneste i spesialisthelsetjenesten.

§ 5. Kommunen

Kommunen har for spesialistutdanningen i allmennmedisin ansvar for å legge til rette for utdanningen av spesialister. Dette innebærer blant annet å bidra til

- a) at spesialistutdanningen gjennomføres i åpen, uselektert allmennpraksis og kommunale stillinger der det ytes tjenester i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven, slik at det blir nødvendig tilgang på spesialister i allmennmedisin
- b) helhetlige utdanningsløp på tvers av kommuner, private aktører, andre aktuelle aktører og læringsarenaer i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også på tvers av ulike læringsarenaer i kommunen der det ytes tjenester i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven
- c) samarbeid med andre kommuner for å oppnå en samordnet og harmonisert utdanning på tvers av kommunegrenser.

KAPITTEL 3.

Stillinger for leger i spesialisering

§8 Krav til stillinger og praksis for leger i spesialisering

For leger i spesialisering tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter, skal utdanningen gjennomføres på heltid. Spesialiseringen kan likevel gjennomføres på deltid dersom dette ikke er i veien for at legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene. Minst to år av spesialistutdanningen i allmennmedisin i åpen uselektert allmennpraksis må gjennomføres innenfor en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid. Dersom særlige hensyn tilsier det kan Helsedirektoratet etter søknad gi fritak fra kravet om en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid.

KAPITTEL 4.

Utdanningsvirksomheter for leger

§ 21. Registrering av utdanningsvirksomheter

Utdanningsvirksomheter registreres av Helsedirektoratet etter søknad med plan for spesialistutdanning. Planen skal oppfylle kravene som følger av § 23 bokstav d).

Registrering av utdanningsvirksomhet skal knyttes til spesialitetene virksomheten skal legge til rette for.

sert på gjennomførte læringsaktiviteter og tjenestetid. Nå skal spesialistgodkjenning oppnås ved at man oppfyller en lang liste med læringsmål, og dette innebærer bl.a. at veileder og arbeidsgiver får et større ansvar enn tidligere for kvaliteten på spesialistutdanningen.

ALIS-VEST

Kommunene skal etter endringene i spesialistforskriften registrere seg som utdanningsvirksomhet, utarbeide en plan for spesialistutdanningen i kommunen, oppnevne veileder, legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon, utarbeide individuelle utdanningsplaner for ALIS, og godkjenne læringsmål når de er oppfylt. I prosjektet ALIS-VEST har vi nå oppfølging av 15 allmennleger i spesialisering (ALIS) i 11 kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane. Disse legene startet i stillingene høsten 2017. Bergen kommune har tatt ansvar for administrasjon og ledelse av prosjektet. Styringsgruppen for ALIS-Vest har mottatt mange henvendelser fra kommuner utenfor prosjektet som ønsker å delta, og ser et klart behov for at det opprettes flere slike utdanningsstillinger i kommunene. Både kommunene, Legeforeningen, KS og forskningsmiljøene er tydelige på at det haster i rekrutteringssammenheng å opprette ALIS-stillinger i kommunene. Vi ser at kommunenes ansvar på mange måter best kan ivaretas gjennom et samarbeid mellom kommune-

ne med organisering av interkommunale utdanningsvirksomheter som kan sikre best mulig struktur og kvalitet i spesialistutdanningen.

Hvordan vi har organisert utdanningsstillingene

I ALIS-VEST har alle legene til nå fått fastlønnet stilling som fastlege i kommunen, kalt utdanningsstilling, med egen liste. ALIS har ordinære kommunale arbeidsavtaler. I avtalene er det spesifisert at det tilrettelegges for spesialistutdanning med rett til å delta på kurs, veiledning og andre utdanningsaktiviteter, og at arbeidsgiver dekker utgiftene til dette. Vi er også positive til at noen kommuner kan ha ALIS i næringsdrift som fastlege i spesialistutdanning.

ALIS må arbeide på et legesenter med flere leger, enten kommunalt legesenter eller på senter med selvstendig næringsdrivende fastleger. Det skal oppnevnes individuell veileder for ALIS, og det bør være en spesialist i allmennmedisin som bør arbeide ved samme legesenter. ALIS skal ikke arbeide i en solopraksis og må ha tilgang på daglig kollegial supervisjon. I tillegg til individuell veiledning skal ALIS tidligst mulig begynne i gruppeveiledning.

Etter fullført spesialistutdanning er det aktuelt å gå inn i vanlige fastlegehemler som selvstendig næringsdrivende fastlege eller andre kommunale legestillinger. Erfaringene i prosjektet viser at det er viktig at ALIS må sikres god supervisjon og veiled-

ning for at vi skal lykkes. Alle ALIS må ha mulighet for supervisjon i det daglige arbeidet, i tillegg til jevnliges samtaler med individuell veileder.

Nye regler om kommunenes ansvar for spesialistutdanning fra 1. mars 2019

Kommunene må registrere seg som utdanningsvirksomhet, utarbeide en plan for spesialistutdanningen, oppnevne veileder, legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon, utarbeide individuelle utdanningsplaner for ALIS og godkjenne oppfylte læringsmål.

Regelverket kommunene skal forholde seg til for slike stillinger er regulert av Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)¹. Spesialistforskriften er endret med virkning fra 1. mars 2019 med særlige bestemmelser for allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin og beskriver kommunenes ansvar og oppgaver i detalj. Se egen faktaboks nederst på denne og forrige side med de mest relevante bestemmelsene for kommunene i forskriften.

Administrasjon av spesialistutdanning i allmennmedisin i kommunene

Administrasjonen skal sørge for registrering av kommunen som utdanningsvirksomhet. Utdanningsvirksomheter registre-

¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>

§ 23. Registrerte utdanningsvirksomheters ansvar for utdanningen

Den registrerte utdanningsvirksomheten skal legge til rette for at utdanningen av spesialister skjer innen faglig forsvarlige rammer og på en måte som sikrer tilstrekkelig kvalitet og gjennomstrømming i utdanningsløpet. Virksomheten skal blant annet

- legge til rette for helhetlige utdanningsløp
- legge til rette for læringsaktiviteter slik at legene i spesialisering kan oppnå læringsmålene
- dokumentere hvordan arbeidet med spesialistutdanningen er organisert og hvordan ansvaret er plassert i virksomheten
- utarbeide en plan for spesialistutdanningen. Planen skal blant annet inneholde opplysninger om
 - hvilke læringsarenaer som kan tilby de ulike læringsmålene
 - hvordan veiledningen og vurderingen organiseres og gjennomføres
 - hvordan det legges til rette for supervisjon.

§ 25. Utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningsløpet til den enkelte lege

Overfor den enkelte lege i spesialisering skal utdanningsvirksomheten legge til rette for at legen skal kunne oppnå læringsmålene og gjennomføre et utdanningsløp for henholdsvis utdanningens første del og for utdanningens andre og tredje del. Virksomheten skal blant annet

- sørge for at det utarbeides en individuell utdanningsplan med et utdanningsløp i samråd med legen og at planen revideres ved behov

- legge til rette for at utdanningen kan skje etter den individuelle planen
- legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon
- oppnevne en individuell veileder
- utstede bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste.

Veilederen for lege i utdanningens andre og tredje del skal være godkjent spesialist i en av spesialitetene med felles faglig plattform for utdanningens andre del eller i den aktuelle spesialiteten for utdanningens tredje del.

Dersom særlige hensyn tilsier det, kan Helse- og omsorgsdepartementet etter søknad fra utdanningsvirksomhet gi tidsavgrenset fritak fra kravet i tredje ledd andre punktum om at veilederen for lege under spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin skal være godkjent spesialist i den aktuelle spesialiteten.

KAPITTEL 7.

Klager, overgangsregler og ikrafttredelse

§ 37. Overgangsregler for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger

For leger som per 1. mars 2019 er under spesialisering i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin gjelder følgende overgangsregler:

- Leger har rett til å gjennomføre spesialistutdanning og søke om spesialistgodkjenning etter tidligere ordning, dersom de startet spesialistutdanningen etter tidligere ordning og søker om

spesialistgodkjenning innen 1. mars 2025.

b) Dersom legen og virksomheten legen er tilknyttet blir enige om at legen skal gå over i ny ordning for spesialistutdanning, kan legen gjennomføre resten av spesialistutdanningen og søke om spesialistgodkjenning etter denne forskriften. Virksomheten må i så fall oppfylle kravene etter denne forskriften for den gjenstående delen av spesialistutdanningen. Legen får i så fall rett til en vurdering av oppnådde læringsmål på bakgrunn av kompetanse oppnådd ved tjeneste og andre læringsaktiviteter som allerede er gjennomført etter påbegynt ordning for spesialistutdanning. Virksomheten skal sørge for at oppnådde læringsmål vurderes og dokumenteres innen 1. mars 2022. For leger som da er i permisjon eller har annet fravær fra tjenesten, er fristen seks måneder etter at legen er tilbake i tjenesten.

c) Når leger gjennomfører resten av spesialistutdanningen etter denne forskriften, skal praktisk tjeneste gjennomført under spesialisering før 1. mars 2019 telle med i beregningen av samlet utdanningstid etter § 31.

§ 38. Overgangsregler for godkjenning av utdanningsvirksomheter og registrering av utdanningsvirksomheter

Virksomheter som innen 1. juni 2019 søker om registrering som utdanningsvirksomhet, skal ansees som registrert utdanningsvirksomhet etter denne forskriften fra 1. mars 2019 og frem til virksomheten er registrert som utdanningsvirksomhet etter § 21.

Klokt om sorg



May Sissel Vadla
«Det som
sies høyt»
130 sider
Forlagshuset
Publica
Sandnes 2019
ISBN 978-82-93-
64190-2

Forfatteren av denne boken er kommuneoverlege. Det er ikke en fagbok i vanlig forstand hun har skrevet, men en bok i kategorien saksprosa. Med denne utgivelsen debuterer hun som romanforfatter. Og hvilken debut!

Innholdsmessig fungerer den nok som en fagbok bedre enn noen om nettopp bokens tema: bunnløs sorg og mulige veier ut i livet igjen.

Sakset fra baksideteksten:

«Huset er for stort. Det er for stort for ham og det han bærer med seg. Alene. Huset har mørke krokar der det før var lys. Det finnes mennesker som tangerer livet hans. Hvem er de? Skal han våge å stole på dem? Våge å slippe dem inn? La det sive litt lys inn i mørket?»

Vi følger hovedpersonen, en tilsynelatende veltilpasset person med en ansvarsfull jobb og med trening på fritiden. Men forfatteren lar oss litt etter litt få innblikk i hvordan «mørket er hans etterlengtede gjest. Mørket er trofast og vender tilbake hver dag, hver kveld, uten unntak. Mørket som gjør det lettere å puste, lettere å tenke, lettere å leve.»

Forfatteren gir oss muligheter til å følge mannens balansegang mellom det som kan sies og det som må forbli «innelåst» og helst glemmes. «Alt som sies høyt kan brukes mot ham. Alt som sies høyt kan misforstås. Ingenting som sies høyt kan tas tilbake.»

Han jobber noen ganger på natten.

«Vakten glir over som de tidligere nattevaktene. Fredelig. Stille. Nok å gjøre til å forhindre at tankene får eskalere og spinne sine uendelige nett ut i natten.»

Noen få personer både evner og våger å se ham og forsiktig stille spørsmål om hvordan han har det. Forfatteren tar leseren med på en sti blant snublesteiner, stup og høyder, men lar hele veien den som spør framtre med en dyp respekt og innsikt om hvem som må lede an både i tempo og retning. Kanskje viser de en kjærlighet til den sorgtunge mannen, en omsorg som er livgivende, bokstavelig talt.

En klok person sier til hovedpersonen at «sorgen vil aldri forsvinne. Ikke helt. Den vil følge deg hver dag. Noen dager med stor tyngde, andre dager trippende i bakgrunnen. Den blir en del av livet. Men så lenge du tør å leve sammen med sorgen, fyller den ikke livet. Ikke hele livet.»

Kapittel 13 i boken består av en eneste setning: «Julen kommer og går». Mer står det ikke så side 62. Og nettopp dette meningsmettede i hvert avsnitt i boken er det som gjør at leseren lett suges inn i fortellingen, at det er vanskelig å legge boken til side før den er lest.

Tilbake sitter nok noen av oss med et langt videre perspektiv på hvor mange muligheter vi har til å nærme oss mennesker som har opplevd mer enn de kan orke å forholde seg til, kanskje noen av våre kolleger inklusive?

Boken anbefales!

ELI BERG

res av Helsedirektoratet etter søknad med plan for spesialistutdanningen. Planen skal oppfylle kravene som følger av § 23 bokstav d. Planen skal blant annet inneholde opplysninger om hvilke læringsarenaer som kan tilby de ulike læringsmålene, hvordan veiledningen og vurderingen organiseres og gjennomføres og hvordan det legges til rette for supervisjon. Den skal også sørge for at det utarbeides en individuell utdanningsplan med et utdanningsløp i samråd med legen, og at planen revideres ved behov. Det må også oppnevnes individuell veileder og sørges for tilstrekkelig veiledning og supervisjon.

Ifølge forskriften skal veileder for ALIS være spesialist i allmennmedisin. Mange har vært usikre på om dette er mulig å gjennomføre, og forskriften har derfor åpnet for unntak: «Dersom særlige hensyn tilsier det kan Helsedirektoratet etter søknad fra utdanningsvirksomhet gi tidsavgrenset fritak fra kravet i tredje ledd andre punktum om at veilederen for lege under spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin skal være godkjent spesialist i den aktuelle spesialiteten». Forskrif-

ten sier at under spesialistutdanningen i allmennmedisin skal veiledningen i gjennomsnitt utgjøre minimum tre timer pr. måned i 10,5 av årets måneder.

Veiledning er planlagte og regelmessige samtaler mellom ALIS og veileder hvor man diskuterer og reflekterer over tema som kan omhandle alle sider av legerollen og medisinsk praksis. Man kan gjerne ta utgangspunkt i kasuistikker og problemstillinger som ALIS ønsker veiledning om. Målet med veiledningen er å øke bevisstheten til ALIS om faglige valg og avgjørelser i videste forstand. Veileder får en viktig rolle i å vurdere om læringsmål er oppfylt. Den endelige godkjenningen av oppfylte læringsmål skal gjøres av kommunal administrativ leder.

Supervisjon er den rådgivning ALIS får i hverdagen på kontoret når man har pasienter til konsultasjon og trenger å konferere med en erfaren kollega for råd om undersøkelse og behandling. Supervisjon kan gis ved direkte kontakt eller ved telefon.

Gruppeveiledning: Som ledd i spesialistutdanningen skal ALIS delta to år i gruppeveiledning. Dette organiseres av Lege-

foreningen, og innebærer som regel ti dagssamlinger per år i to år, med sekstimers møter, til sammen 120 timer.

Godkjenning av oppfylte læringsmål

Departementet foreslår at kommunen skal ha samme ansvar for løpende vurdering av oppnådde læringsmål for ALIS som det godkjente utdanningsvirksomheter har for øvrige leger i spesialistutdanning, og ha samme ansvar for at oppnådde læringsmål dokumenteres så snart som mulig. Det betyr at den registrerte utdanningsvirksomheten må sørge for å ha et system for vurdering av oppnådde læringsmål. Vurderingen og dokumentasjonen vil være et ledelsesansvar. I praksis vil det likevel ofte være slik at den som vil være best i stand til å vurdere om læringsmålene er oppnådd, vil være oppnevnt veileder for LIS og den eller de som har deltatt i supervisjonen. Departementet foreslår derfor at også for allmennmedisin skal det innhentes anbefalinger fra veileder og minst en av dem som har deltatt i supervisjonen.

■ HANS.HOVIK@BERGEN.KOMMUNE.NO

1796 Koppe- vaksinen

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver
Enhet for migrasjonselhelse, Folkehelseinstituttet, Oslo

Hva skjedde?

Kopper (Variola) var en smittsom virussykdom med svært høy dødelighet, anslagsvis 40 prosent av de syke døde av sykdommen. På 1700-tallet var dette en fryktet sykdom. Den er nå utryddet takket være vaksinasjon som ble innført i 1796 av den engelske legen Edward Jenner (1749–1823).



Han hadde hørt tale om at budeier som fikk kukopper (Orthopoxvirus) var beskyttet mot kopper. Han tok puss fra kukopper hos ei budeie og infiserte en åtte år gammel gutt, som deretter ble litt syk i fjorten dager. Så frisknet gutten til. Da infiserte Jenner ham med puss fra en pasient med kopper, og denne gangen ble ikke gutten syk. Jenner gav forresten metoden navnet vaksine, avledet fra det latinske «vacca» som betyr ku.

Hvilken betydning hadde dette for folkehelsen?

Jenners funn fikk blandet mottakelse, men fem år senere hadde de fleste land i Europa startet med vaksinasjon. Den første vaksinasjon i Norge ble foretatt i 1801; vaksinasjon ble påbudt allerede i 1810. For å bli konfirmert eller gift måtte man ha koppeattest.

Folkehelsearbeid

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

Folkehelse handler om hvordan vi holder oss sunne. Folkehelsearbeidet angår oss alle, hele tiden, over alt. Enten det er vaksiner mot smittsomme sykdommer, sigaretter, luftforurensning eller mobiltelefoner.

Til alle tider har menneskene vært utsatt for påvirkninger fra omgivelsene som har hatt negativ innvirkning på helse og trivsel, på liv og død. Det har dreid seg om, og det dreier seg fortsatt mye om, faktorer som vi på en nøktern og saklig måte kan inndeale i fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale miljøfaktorer.

Noen ganger burde menneskene på forhånd ha sett konsekvensene av slike påvirkninger og tatt forholdsregler. «Titanic» sank på sin jomfrutur i april 1912. 1500 mennesker omkom, vesentlig fordi det var for få livbåter om bord. I etterkant har lovverk og internasjonale konvensjoner sørget for at det skal være tilstrekkelig antall livbåter på alle skip.

Historieartikkelen i *Utposten* nr. 2-2019 handlet om den grufulle brannen i Grue kirke i 1822. I brannen omkom 116 personer fordi dørene vendte innover, og den stakkars menigheten ble presset mot en dør som ikke lot seg åpne. Brannen i Grue kirke førte da også til at det kom en lov om at alle dører i offentlige bygg skulle vende utover.

Andre ganger har det vært vanskeligere, om enn ikke umulig, å forutse hva som ville komme til å bli resultatet av en påvirkning: en naturgitt påvirkning eller en menneskeskapt påvirkning. Like umulig har det gjennom århundrene, ja årtusener, vært å et-

blere effektive tiltak mot noe man ikke visste hva var. Det klassiske eksempelet her er historien om bekjempelsen av de smittsomme sykdommene. Tallrike tiltak har vært forsøkt eller blitt fastslått i regler og ritualer, og med varierende effekt. Et gjennomgående trekk har hele tiden vært at tiltaket, eller tiltakene, som oftest har vokst frem fra «folkedypet», ved muntlige overleveringer, gjennom religiøse ritualer, ved tro eller overtro eller ved høvdingers og andre ledes bruk av «rå makt». Man kan lure på hvor forankringen av alle tiltakene har vært. Svaret er vel at de har kommet «dri-vende på ei fjøl». Men det har nok også ligget en del observasjoner til grunn når tiltak er blitt iverksatt. I middelalderen, under pestens gjentatte herjinger, la man merke til at renhold, kontroll med avfallshåndtering og kontroll med fremmede skip kunne hindre videre spredning av denne sykdommen, eller i hvert fall begrense den. De ulike kontrolltiltakene dreide seg om politiske eller administrative beslutninger eller forordninger. Særlig i de større byene knyttet politikerne til seg medisinsk kyndig personell som fikk i oppgave å følge opp tiltakene. Ole Georg Moseng skriver om dette i 1. bind om det offentlige helsevesen 1603–2003 under avsnittet «Maktpolitikk, humanisme og folkehelse»: «Allerede ved de første angrepene i 1347–48 oppnevnte Firenze og Venezia helseråd som hadde som oppgave å ivareta folkehelsen og å forhindre ødeleggelse av omgivelsene».

Våre forfedre har altså opp igjennom his-

Det siste tilfellet av kopper var i Somalia i 1977, to hundre år etter at Jenner utviklet vaksine. I 1980 erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) at kopper var utryddet. Dette regnes som en av de største suksessene i internasjonalt forebyggende helsearbeid.

Da jeg var distriktslege på 70-tallet, ble alle barn vaksinert. Ingen unndro seg. Vi så ingen komplikasjoner. Barna vokste opp med et arr på utsiden av skulderen, eller eventuelt på fotryggen. Det ser vi ikke lenger.

KILDER: [HTTPS://WWW.CDC.GOV/SMALLPOX/HISTORY/HISTORY.HTML](https://www.cdc.gov/smallpox/history/history.html)

■ ARILDKJELL.AAMBO@FHI.NO



ILLUSTRASJONSTOTO: WIKIMEDIA COMMONS

fram til 1900



SAMFUNNSMEDISIN I KOMMUNEHELSETJENESTEN

torien gjort mange forsøk på å finne forklaringer og sammenhenger, også ved hjelp av det vi i dag kaller statistikk. Folketellinger har lange tradisjoner. For makthaverne gjaldt det først og fremst å vite hvor mange man hadde under seg i et land eller et område, kanskje også noe om disse undersåtenes alder, kjønn og stammetilhørighet, kfr. budet fra keiser Augustus om at «enhver skulle innskrives i manntall». Man har også teltet antall syke og døde og foretatt registreringer om forhold rundt disse personene. Men hele tiden var det myndighetene som bestemte at slike kartlegginger eller innsamling av opplysninger skulle finne sted. På 1600- og 1700-tallet kalte man flere steder i Europa slik virksomhet for politisk aritmetikk.

Helt siden pestens herjinger begynte og utover i middelalderen og den nyere tid, har menneskene vært opptatt av litt mer systematiske analyser av forholdet mellom faktorer i omgivelsene og enkeltmenneskers og hele befolkningens helse. Noen av erfaringene var oppmuntrende. Dette gjelder for eksempel de svært vellykkede observasjonene om sammenhengen mellom koppper hos mennesker og koppper hos dyr, som førte til innføring av koppevaksinasjon på 1700-tallet.

Man var altså hele tiden på sporet. Kolerabølgene som kom på slutten av 1700-tallet og utover på 1800-tallet, gav etter hvert en nokså klar fornemmelse av at denne sykdommen hadde noe med trangboddhet, fattigdom, dårlig drikkevann og dårlig inneliv å gjøre. I Norge var det en hissig debatt om slike ting i det hele tatt hadde noe å si for sykdomsoppståelse og spredning av sykdom. «Tradisjonistene» tvilholdt på miasme-læren, det vil si at kolera skyldtes utsondring av jorddunster, altså miasmer. Og slikt var det lite man kunne gjøre noe med!

Heldigvis for oss og ikke minst støttet av iakttagelser i andre land, fikk vi i 1860 det vi kan kalle vår første folkehelselov: Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme. I årene som fulgte, skjedde en utrolig utvikling når det gjaldt sykdomsforståelse og sykdomsbe-

Sundhedslovens innhold aktuelt også idag

Fra § 3:

Commissionen skal have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hvad derpaa kan have Indflydelse, saasom: Reenlighed, skadelig stillestaaende Vands Afledning, Vandhuses, Urinsteders og Gjødselbingers Indretning og Rensning, Opleggelse af Gjødsel eller andre Gjenstande, som f.Ex. Been eller Klude, der kunde indvirke skadeligt paa Sundhedstilstanden, Drikkevandets Beskaffenhed, skadelige Næringsmidlers Forhandling, Bøliger, som ved Mangel paa Lys eller Luft, ved Fugtighed, Ureenlighed eller Overfyldning med Beboere have viist sig at være bestemt skadelige for Sundheden. Sundhedscommissionen har fremdeles at paase, at tilstrækkelig Luftvexling finder Sted i Huusrum, hvori et større Antal Mennesker stadigen eller jævnlig samles, som Kirker, Skole-, Rets- og Auctionslocaler, Theatre, Dandsehuse o.d. samt at ingen Næringsvei drives med større Fare for den almindelige Sundhedstilstand, end der nødvendig flyder af Bedriftens eget Vesen. Indseende med Stedets Begravelsespladse hører ligeledes under Sundhedscommissionen.

Faksimile fra forelesning i samfunnsmedisin, Anders Smith.

kjempelse, ikke minst på grunn av bakteriologiens store gjennombrudd. Det innebar en helt annen måte å vurdere hvor tiltak skulle settes inn. Skulle de settes inn mot det skadelige agens som sådan, eller at det skadelige agens ikke slapp ut fra sin kilde? Skulle overføringsveien til mottagelige individer brytes eller «ruste opp» folket ved hjelp av alt fra kosthold, personlig hygiene eller vaksinasjon, slik at befolkningen ble uimottakelig for smitte?

Da penicillinets effekt ble oppdaget på 1920-tallet etterfulgt av andre antibiotisk virkende stoffer utover på 1900-tallet, antok helsemyndighetene at infeksjonsproblemer var løst for evig og alltid. På den diagnostiske siden innebar bruk av nye radiologiske metoder en helt ny æra. Så har de senere tiårene vist at også disse seirene har hatt sin bakside, som for eksempel antibiotikaresistens og senskader etter altfor store stråledoser.

Fortsatt gjelder den «ånd» som ble prentet inn i oss gjennom sundhedsloven av 1860. Den var da også, i hvert fall en del av dens paragrafer, gyldig frem til 1995! Sundhedsloven erkjente ganske tydelig at premissene for god helse i en befolkning ikke først og fremst lå i helsevesenet selv, men ute i «storsamfunnet».

Verdifulle synspunkter fra sundhedsloven er behørig tatt vare på gjennom ny smittevernlov som vi fikk i 1995, og kom-

munehelsetjenesteloven av 1982 som i 2012 ble avløst av folkehelseloven. Disse lovene har også en tydelig erkjennelse av at premissene for god helse ikke først og fremst ligger i helsetjenesten selv, men i langt større grad hos «alle de andre». Dette ble på en fyndig måte erklært av Wildavsky i 1977 i hans «10-90 regel»:

«Det er bare 10% av folks helseproblemer helsetjenesten kan gjøre noe med selv. De resterende 90% må løses utenfor helsetjenesten ved at folk får bedre livsstil og ved bedring av de generelle livsvilkårene».

Derfor sier folkehelseloven av 2012 at medvirkning fra helsetjenestens side er viktig: kfr. folkehelselovens kapittel 2 (Kommunens ansvar), § 4 (Kommunens ansvar for folkehelsearbeid), 3. ledd:

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

Selv liker jeg ofte å omtale helsetjenestens eget arbeid med folkehelse spørsmål som «det lille folkehelsearbeidet», mens det som alle andre gjør, kalles «det store folkehelsearbeidet».

■ ANDERS.SMITH@FHI.NO

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

Behandling av alvorlig svangerskapskvalme

Behandles norske gravide med alvorlig svangerskapskvalme optimalt? Nei, trolig ikke, viser en ny norsk studie. Her oppsummerer vi hvordan mer alvorlig svangerskapskvalme kan behandles med legemidler.

OPPSUMMERING

- Alvorlig svangerskapskvalme må tas på alvor av helsepersonell.
- Alvorlig svangerskapskvalme er forbundet med høy grad av sykdom, og er en svært stor påkjenning for kvinnene.
- Flere kvalmestillende legemidler kan brukes.
- Riktig behandling av svangerskapskvalme i tide, kan trolig forhindre mer alvorlige symptomer.

Opptil 90 prosent av gravide opplever kvalme av en eller annen grad, og omtrent halvparten av kvinnene kaster opp (1). Alvorlighetsgraden varierer imidlertid, hvor omkring 40 prosent har mild kvalme, 46 prosent har moderat kvalme og 14 prosent opplever alvorlig kvalme (2). Kvalmen starter som regel rundt svangerskapsuke 6 og er på sitt verste rundt uke 9–11 (2). Hos de fleste gravide med mild til moderat kvalme avtar symptomene utover i andre trimester, og ca. 90 prosent er symptomfrie ved svangerskapsuke 20 (2).

Hyperemesis gravidarum (HG) er den medisinske betegnelsen på den mest alvorlige formen for svangerskapskvalme og rammer rundt én til to prosent av de gravide, tilsvarende rundt 1000 norske kvinner årlig (2, 3). HG kjennetegnes av langvarig, alvorlig kvalme og oppkast, vekttap, dehydrering og elektrolyttforstyrrelser (2). En amerikansk undersøkelse viste at alvorlig svangerskapskvalme kan være like intens som kvalme utløst av cytostatika (4). Tidlig i graviditeten er svangerskapskvalme den vanligste årsaken til at gravide blir innlagt på sykehus (5). Mindre alvorlig kvalme avtar gjerne utover i svangerskapet, men det er derimot ikke uvanlig at symptomene ved HG varer gjennom hele svangerskapet (2).

Uttalt kvalme må tas på alvor!

En vanlig oppfatning er at kvalme er en naturlig del av svangerskapet. Dette kan dessverre bidra til at gravide med alvorlig svangerskapskvalme ikke får den behandlingen de trenger, og at kvalmen blir trivialisert. En ny norsk studie som RELIS var invol-

vert i, så på opplevelsen av å ha HG hos 107 kvinner. Studien viste at omkring halvparten av kvinnene opplevde at fastlegen deres ikke hadde nok kunnskap om HG, og nesten én av fem byttet fastlege som følge av at de opplevde at de ikke fikk god nok behandling. Mange av kvinnene ble dessuten sykemeldte uten først å få forskrevet noen form for behandling med kvalmestillende legemidler (6).

HG kan medføre at kvinnene blir dehydrerte og underernærte. Dette kan medføre metabolske forstyrrelser og i enkelte tilfeller venøs tromboembolisme og Wernickes encefalopati (2). Sykehusinnleggelse er derfor ofte nødvendig for å sørge for tilstrekkelig tilførsel av væske og næring. Denne ekstreme formen for svangerskapskvalme er forbundet med stor grad av morbiditet, og sykdommen kan være dødelig hvis den ikke blir tilstrekkelig behandlet (2, 7).

Flere studier har vist at alvorlig svangerskapskvalme utgjør en stor påkjenning for kvinnene, både psykisk og sosialt (2, 6, 8). Alvorlig kvalme går utover livskvaliteten, parforholdet og muligheten til å ta vare på barna sine (6, 8). Norske kvinner har i en fersk studie beskrevet opplevelsen av HG med ord som «umenneskelig tortur» og som «å være ni måneder i fengsel» (6). Som ytterste konsekvens er det kjent at hardt rammede gravide har valgt å ta abort av ønskede barn som følge av kvalmens intensitet og konsekvenser (2, 6). Norske tall viser at hele 2 av 5 kvinner med HG vurderer abort (6). Det er også sett økt forekomst av for tidlig fødte barn og barn med lav fødselsvekt blant kvinner med vedvarende, alvorlig kvalme med vekttap og dehydrering (2).

I den nylige norske studien ble kvinnene med HG spurt om å gi råd til helsepersonell som behandler pasienter med sykdommen. Hele 70 prosent uttrykte da et ønske om å bli tatt på alvor (6). Det å utvise forståelse for de fysiske, psykiske og sosiale konsekvensene av HG, og anerkjenne at kvalmen har en biologisk årsak, kan trolig redusere den psykiske påkjenningen som HG utgjør (2).

Grad av kvalme bør undersøkes

Det at helsepersonell nærmest forventer at en gravid skal være kvalm, kan bidra til at man ikke undersøker hvor alvorlig kvalmen er (9). Svangerskapsutløst kvalme kvantifisering (SUKK) er et enkelt validert skåringsverktøy med tre spørsmål som er til hjelp for å vurdere og å følge med på alvorlighetsgraden av svangerskapskvalme. SUKK deler svangerskapskvalmen inn i lett, moderat eller alvorlig kvalme. Skåringsverktøyet finnes både i *Veileder for fødselshjelp 2014* og i *Norsk elektronisk legehåndbok (NEL)* (3, 10).

Behandling med kvalmestillende legemidler

Tidlig behandling er viktig

En masteroppgave fra 2018 fant at omtrent halvparten av gravide innlagt på sykehus med HG ikke hadde fått forskrevet kvalmestillende i primærhelsetjenesten (11). Dette gir grunn til bekymring, spesielt ettersom tidlig behandling trolig kan forhindre utvikling av mer alvorlig kvalme og innleggelse på sykehus (12). Behandling av svangerskapskvalme bør derfor ikke tilba-

keholdes til kvalmen har utviklet seg til å bli uutholdelig og mer alvorlig. Terapi-veiledningen for HG i NEL anbefaler at gravide med moderat kvalme målt ved SUKK bør tilbys legemiddelbehandling (10).

Flere legemidler som kan brukes

Det finnes flere kvalmestillende legemidler som kan brukes av gravide. De ulike legemidlene som anbefales i norske veiledere for behandling av svangerskapskvalme vises i figur 1 (3, 10). Med hensyn til effekt er det ikke klare holdepunkter for at ett legemiddel er bedre enn et annet (7), og det synes å være individuelle forskjeller. Et legemiddel må gjerne forsøkes i flere dager før effekten evalueres (12). Det er også blitt påpekt at doseringen «ved behov» kan være uheldig fordi det kan medføre at kvinnene venter for lenge med å ta legemidlene slik at effekten blir dårligere (13).

Kombinasjon av legemidler

Ettersom legemidler fra ulike grupper har ulike virkningsmekanismer, vil man teoretisk sett, og i tråd med retningslinjer for kvalmestillende behandling ved cytostatika, kunne oppnå additiv effekt ved å kombinere legemidler fra de ulike legemiddelgruppene vist i figur 1 nederst på denne siden (2, 3). Det mangler imidlertid dokumentasjonen for slik additiv behandling ved svangerskapskvalme, men kombinasjonsbehandling omtales i enkelte behandlingsveiledere (12, 14).

Mange pasienter med uttalt svangerskapskvalme er plaget av halsbrann og/eller refluks. Ved slike plager bør det vurderes om pasienten trenger behandling med H₂-blokkere eller protonpumpehemmere. Slik behandling kan også indirekte bedre kvalmen (2).

RELIS har tidligere skrevet om behandling av svangerskapskvalme (15). Vi viser til denne artikkelen for mer utfyllende referanseliste for enkelte avsnitt under.

Antihistaminer – førstevalg

Førstegenerasjons antihistaminer anbefales som førstevalg blant legemidlene mot svangerskapskvalme, hovedsakelig på bakgrunn av datagrunnlaget. Det er også lang erfaring med bruk av antihistaminer mot svangerskapskvalme. Samlet sett er det ikke holdepunkter for at antihistaminer er fosterskadelige. Internasjonalt brukes gjerne vitamin B₆ i kombinasjon med antihistaminer (15). Doksylamin i kombinasjon med vitamin B₆ finnes som en egen formulering med svangerskapskvalme som indikasjon i flere land, blant annet som Xonvea i Storbritannia, og slik bruk er godt dokumentert (12).

I Norge har meklozin og prometazin vært anbefalt. Ettersom meklozin kun selges reseptfritt med reisesyke som indikasjon, kreves det i utgangspunktet resept ved bruk mot svangerskapskvalme. Prometazin er primært et antihistamin, men har i tillegg en svak antidopaminerg effekt. Det foreligger noe mindre datagrunnlag for prometazin enn for meklozin (15).

Dopaminantagonister

– mest data for metoklopramid

For flere kvinner med HG kommer man ikke i mål med bruk av antihistaminer. I slike tilfeller anbefaler retningslinjene å forsøke med dopaminantagonister. I de norske behandlingsveilederne omtales metoklopramid og fentiazinderivatene proklorperazin og klorpromazin (sistnevnte er nå ikke lenger markedsført i Norge) (3, 10). Blant disse alternativene foreligger det mest sikkerhetsdokumentasjon med hensyn til fosteret for metoklopramid. Legemiddelet er ikke forbundet med økt risiko for fosterskadelige effekter. Det er heller ikke grunnlag for å anta at bruk av proklorperazin og klorpromazin i de doser som brukes mot svangerskapskvalme øker sjansen for fosterskader (15).

I 2013 kom imidlertid Statens legemiddel-

verk (SLV) og europeiske legemiddelmyndigheter (EMA) med anbefalinger om at metoklopramid bør brukes i høyst 5 dager for å redusere risikoen for nevrologiske bivirkninger hos pasientene (16). Ved HG vil fem dagers behandling sjelden være forenlig med behandlingsbehovet. I denne sammenhengen vil vi påpeke at anbefalingen fra SLV og EMA om begrenset behandlingstid ikke er bindende for forskriveren, og at det helt klart finnes tilfeller med svangerskapskvalme, og HG spesielt, der metoklopramid er indisert utover fem dager. Bivirkninger av metoklopramid, inkludert nevrologiske, oppstår vanligvis innen fem dager etter behandlingsoppstart (17). Selv om det ikke er forventet at behandlingen skal vare ut over fem dager, bør derfor gravide og andre som får forskrevet metoklopramid informeres om mulige bivirkninger. Det er viktig å informere kvinnen om at de nevrologiske bivirkningene nevnt i advarselen gjelder mor, og ikke fosteret (15, 17).

Ondansetron – samlet sett betryggende data

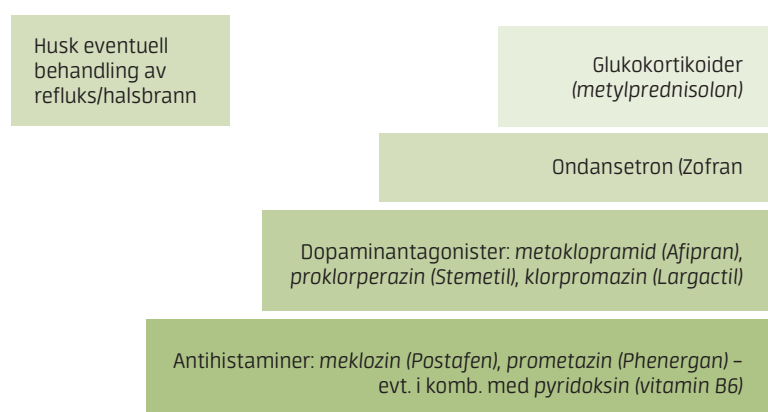
Ondansetron brukes i stor grad til denne pasientgruppen, også i Norge (11). Ondansetron ser ut til å være godt tolerert, og kan muligens redusere oppkast i større grad sammenlignet med andre kvalmestillende (18).

RELIS har relativt nylig oppsummert kunnskapen om bruk av ondansetron under graviditet (18). Her konkluderte vi med at i tilfeller med alvorlig svangerskapskvalme der andre legemidler ikke gir god nok effekt eller er godt tolerert, kan ondansetron være indisert, også i tidlig graviditet.

Datamaterialet på sikkerhet ved bruk av ondansetron i første trimester er nå relativt stort, men også noe motstridende. Enkelte studier har funnet at bruk av ondansetron i første trimester var forbundet med en liten økt risiko for enkelte fosterskader, inkludert leppe-gane-spalte og hjertefeil, mens andre studier ikke har vist en slik sammenheng (18). Det har nylig blitt publisert en ny stor studie på bruk av ondansetron under graviditet. Denne fant også en liten økt risiko for leppe-gane-spalte, men ikke hjertemisdannelser eller fosterskader generelt (19).

Ettersom funnene i de ulike studiene ikke har vært samsvarende, er det vanskelig å konkludere hvorvidt og eventuelt i hvor stor grad ondansetron faktisk øker sjansen for de omtalte fosterskadene. Den absolutte risikoen for disse negative utfallene vil uansett være liten. Leppe-gane-spalte forekommer sjeldent, og forfatterne av den siste studien kommenterer at den relative risikoen på 1,24 som ble funnet, vil tilsvare tre ekstra tilfeller pr. 10 000

FIGUR 1. Behandlingstrappen for svangerskapskvalme/hyperemesis gravidarum).



gravide som blir behandlet med ondasetron (19). Vi har også tidligere påpekt at den økte risikoen for septumdefekter funnet i én studie var basert på en økning i forekomsten fra 0,7 prosent blant ikke-eksponerte til 1,3 prosent blant eksponerte (18).

Bruk av ondasetron etter første trimester er lite undersøkt. Det er likevel ikke holdepunkter for uheldige effekter for fosteret eller svangerskapsforløpet ved bruk etter første trimester. I en stor dansk registerstudie ble det ikke funnet økt risiko for spontanabort, for tidlig fødsel eller lav fødselsvekt (20).

Oppsummert er det ikke funnet en sikker sammenheng mellom ondasetron og økt risiko for fosterskader eller andre negative effekter i svangerskapet, og litteraturen er samlet sett betryggende (21, 22). Ved store kvalmeplager som ved HG vurderes risikoen for fosteret ved bruk av ondasetron å være liten sammenlignet med risikoen ved ukontrollert alvorlig svangerskapskvalme.

Råd for tilstrekkelig væske- og næringsinntak

Målet med legemiddelbehandlingen er å redusere symptomene, noe som kan gjøre det mulig å forbedre næringsinntaket, samt forbedre livskvaliteten og funksjonsnivået. På tross av at dehydrering og underernæring er hovedkomplikasjonene av HG, har få studier undersøkt effekten av kosthold- og livsstilsråd (2, 10). Slike råd bør likevel forsøkes for å prøve å forbedre væske- og næringsinntaket. Rådene er omtalt i flere kilder, inkludert Trygg Mammamedisin og NEL (3, 10, 23). Blant annet er det anbefalt å spise små, hyppige måltider, gjerne så ofte som hver til annenhver time. Kvinnene bør spise før de blir sultne fordi tom mage kan forverre kvalmen når de først spiser. Drikke bør inntas i flere små porsjoner gjennom hele dagen. Kvinnen bør spise de matvarene hun finner ut at hun tolererer.

Når henvise til spesialisthelsetjenesten

Kvinnene skal henvises til spesialisthelsetjenesten ved redusert allmenntilstand, tegn til dehydrering og vektnedgang. En SUKK-skår ≥ 13 poeng tyder på behov for sykehusinnleggelse. Det bør være lav terskel for henvisning og påfølgende innleggelse ved hyperemesis med vekttap. I tillegg til antiemetika, kan sykehusbehandling inkludere intravenøs tilførsel av væske og elektrolytter, tilførsel av vitaminer (spesielt vitamin B₁) og enteral eller total parenteral ernæring (10).

REFERANSER

1. Smith JA, Fox KA et al. Clinical features and evaluation of nausea and vomiting of pregnancy. Version 52.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 29. oktober 2018).
2. Dean CR, Shemar M et al. Management of severe pregnancy sickness and hyperemesis gravidarum. *BMJ* 2018; 363: k5000.
3. Vikanes Å, Trovik J et al. Veileder i fødselshjelp 2014. Emesis og hyperemesis gravidarum. Norsk gynekologisk forening 2014. <http://legeforening.no/>
4. Lacroix R, Eason E et al. Nausea and vomiting during pregnancy: A prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 931–7.
5. Adams MM, Harlass FE et al. Antenatal hospitalization among enlisted servicewomen, 1987–1990. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 35–9.
6. Havnen GC, Truong MB et al. Women's perspectives on the management and consequences of hyperemesis gravidarum – a descriptive interview study. *Scand J Prim Health Care* 2019; 37(1): 30–40.
7. Boelig RC, Barton SJ et al. Interventions for treating hyperemesis gravidarum: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018; 31(18): 2492–2505.
8. Heitmann K, Nordeng H et al. The burden of nausea and vomiting during pregnancy: severe impacts on quality of life, daily life functioning and willingness to become pregnant again - results from a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17(1): 75.
9. Heitmann K, Svendsen HC et al. Nausea in pregnancy: attitudes among pregnant women and general practitioners on treatment and pregnancy care. *Scand J Prim Health Care* 2016; 34(1): 13–20.

10. Norsk Elektronisk Legehåndbok. Hyperemesis gravidarum. <http://www.legehandboka.no/> (Sist endret: 13. juli 2018).
11. Anne Kristine Bryn. Evaluering av antiemetika-behandling av kvinner hospitalisert med hyperemesis gravidarum. Masteroppgave i farmasi. Universitetet i Bergen, 2018.
12. Smith JA, Fox KA et al. Treatment and outcome of nausea and vomiting of pregnancy. Version 52.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 9. januar 2019).
13. Koren G. Treating morning sickness PRN? *Can Fam Physician* 2013; 59: 150–1.
14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2016. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg69-hyperemesis.pdf>
15. Heitmann K, Havnen GC. Behandling av svangerskapskvalme - Hva må farmasøyter vite? *Nor Farmaceut Tidsskr* 2016; 124(9): 21–3.
16. Statens legemiddelverk. Nye anbefalinger ved bruk av metoklopramid (Afipran). <http://www.legemiddelverket.no/> (Publisert: 29. juli 2013).
17. Svendsen K, Wood M et al. Reported time to onset of neurological adverse drug reactions among different age and gender groups using metoclopramide: an analysis of the global database Vigibase®. *Eur J Clin Pharm* 2018; 74: 627–636.
18. Heitmann K, Widnes SF et al. Ondasetron mot alvorlig svangerskapskvalme. *Nor Farmaceut Tidsskr* 2018; 126(10): 31–33.
19. Huybrechts KF, Hernández-Díaz S et al. Association of Maternal First-Trimester Ondasetron Use With Cardiac Malformations and Oral Clefts in Offspring. *JAMA* 2018; 320(23): 2429–2437.
20. Pasternak B, Svanström H et al. Ondasetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes. *N Engl J Med* 2013; 368(9): 814–23.
21. Lavecchia M, Chari R et al. Gaining Insight Into Ondasetron Safety in Early Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2019; 41(4): 419–420.
22. Haas DM. Helping Pregnant Women and Clinicians Understand the Risk of Ondasetron for Nausea and Vomiting During Pregnancy. *JAMA* 2018; 320(23): 2425–2426.
23. Trygg mammamedisin. Råd mot vanlige plager. <http://www.tryggmammamedisin.no> (Søk: 09. august 2016).

KRISTINE HEITMANN
RELIS Vest
GRO CECILIE HAVNEN
RELIS Sør-Øst

LYRIKKSTAFETTEN

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

Dette diktet fikk jeg fra en pasient for mange år siden, og det står fortsatt i bokhyllen på kontoret mitt, slik at jeg leser det med jevne mellomrom.

Jeg liker det, fordi det får meg til å stoppe opp litt i en travel hverdag.

Øyeblikket

Vi planlegger tiden vi tror skal komme
Og alt vi skal gjøre før dagen er omme
Men alt du kan ønske og være sikker på å få
Er øyeblikket du opplever her
Og nå

INA DISCHLER

Jeg utfordrer Inger Johanna Meltvedt på Fjell legesenter i Drammen.

Hilsen fra
GISKE HAUGE KRISTENSEN



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 Tove Rutle...



Hva leser du nå Tove Rutle, redaksjonssekretær i *Utposten*?

– Jeg leser som vanlig minst to bøker samtidig. Av praktiske grunner, fordi det er så greit å ha en fast på nattbordet, og så er det fint å ha en bok som kan tas med på tog, ut på terrassen, på reise og ellers til steder jeg vet det kan bli en mulighet for å lese litt.

Dessuten er det ofte viktig for meg å fordøye, eller «lagre», det jeg leser. Ved å lese flere samtidig så får jeg lagringspause på innholdet når jeg alternerer bøkene.

Nå er det Audur Ava Olafsdottirs bok *AR* som fengsler meg. Forfatteren er fra Island, men boken er oversatt til dansk, og hun mottok i 2018 Nordisk råds litteraturpris for den.

Boken handler om Jonas Ebeneser, en mann som nærmer seg 50 år, og som etter en vond skilsmisse bestemmer seg for å ta sitt liv. Men siden han ikke vil at noen av de nærmeste skal finne ham død, så reiser han utenlands for å gjøre det. Han havner i et land som nylig har vært i krig, der er det kaos og mangel på det meste. Menneskene han møter er svært preget av krigen. Jonas er handyman som har med seg en boremaskin fordi han tenkte han skulle skru opp en krok i taket som han skulle henge seg i. Istedenfor ble han til stor hjelp for lokalbefolkningen, og livet fikk mening igjen.

I tillegg leser jeg Torill Brekkes bok *Kobrahjerte*. Torill Brekkes fortellerevne har alltid gledet meg. *Kobrahjerte* er en frittstående fortsettelse av romanen *Alle elsket moren din* som kom i 2017.

Den handler om Agathe og hennes utradisjonelle familie. Agathe er 16 år i 1965 og lengter etter å bli voksen, det er så mye hun gjerne vil forstå. Agathe tror, ikke minst fordi hennes kusine Madeleine nærmest oppfordrer henne, at når hun mister dyden så vil hun forstå det hun lengter etter og nå synes er vanskelig.

Hvorfor valgte du denne boka?

– *AR* valgte jeg egentlig ikke selv, jeg kjennte ikke denne forfatteren. Jeg fikk boken i gave av min svigerinne, med dedikasjon til meg fra forfatteren, det forplikter, og ikke

minst pirret den min nysgjerrighet. Islandske forfattere har alltid fasinert meg, det islandske språk og islandsk litteratur har jeg alltid likt, og jeg ble ikke skuffet denne gangen heller. Når det gjelder *Kobrahjerte* så hadde boken ligget i min «ventebunke» en stund, så den hadde jeg gledet meg til. Torill Brekke er etter min mening en av våre dyktige norske forfattere, jeg beundrer hennes enkle og direkte språkbruk, selv når hun beskriver vanskelige ting og problemstillingene er utfordrende. Torill Brekke har også skrevet flere historiske og spennende romaner.

Hvor leser du?

– Jeg har ingen faste lese-steder eller lesetider. Det blir når jeg har tiden, og dessverre blir tiden litt for knapp.

Hvilke bøker vil du helst lese?

– Jeg leser helst skjønnlitterære bøker og lyrikk. Historiske romaner er jeg også veldig glad i, og historier hvor det er lett og identifisere seg med rollefigurene og lære av disse. Det er spennende å leve seg inn i historier fortalt fra for eksempel forrige århundre. Hvilke forutsetninger man hadde for å overleve den gang, hva livet bestod av, hvilke tanker ble tenkt og ikke minst hvilke drømmer hadde menneskene. Men det er også mange flotte nåtidsromaner, og mange talentfulle forfattere. Livet blir aldri kjedelig for «ventebunken» med uleste bøker bare vokser. Når det gjelder lyrikk er jeg rett og slett altetende.

Har du en bokaanbefaling til *Utpostens* lesere?

– Det er vanskelig å velge en bok, for jeg synes det er så mye jeg da må velge fra. Jeg er begeistret over så mye jeg leser, det er mange dyktige og spennende forfattere. For eksempel Per Pettersons siste; *Menn i min situasjon*, Levi Henriksens *Her hos de levende*, eller hans *Bare mjuke pakker under treet*, Ketil Bjørnstads serie *Verden som var min*, Trude Marsteins *Så mye hadde jeg* eller Zeshan Shakar *Tante Ulrikkes vei*. Listen er lang, så det blir umulig å velge en som jeg

vil anbefale fremfor en annen.

Men når jeg likevel velger meg en bok, så blir det klassikeren *Markens grøde* av Knut Hamsun. Boken kom ut i 1917, og Hamsun fikk Nobelprisen i litteratur for den i 1920. Boken var pensum på gymnaset, og den fasinerte meg allerede da. Men den rørte meg enda mer inderlig da jeg leste den for annen gang for noen år siden (Jeg leser sjelden bøker to ganger, til det har jeg for mye ulest).

Isak fra Sellanraa, som bygget sin gård opp fra intet, med egne hender. Jeg ser hvordan denne hardhausen av en mann sliter og arbeider for å kunne leve, og drømmen han hadde om en kvinne ved sin side, og hvordan de sammen skulle stifte familie. Inger kom til ham, hun var sjenert og hemmet på grunn av sitt hareskår, men de to jobbet videre på Isaks livsverk. Til tross for store endringer i verden utenfor Sellanraa, påvirket det ikke deres situasjon. Helt til Inger etter å ha født to gutter, fikk en pike som ble født med hareskår. Inger var overtroisk og trodde at det hadde sammenheng med at hun hadde sett en hare i svangerskapet. Inger ønsket ikke pikebarnet og tok livet av det. Hun ble dømt til tukthus, og ble sendt til byen for å sone sin straff. På tukthuset fikk hun sydd sammen hareskåret, og hun lærte å sy. Hun hadde forandret seg da Isak gikk for å hente henne hjem til Sellanraa. Isak hadde gledet seg til hun skulle komme hjem igjen, hadde sågar klippet både hår og skjegg på vei til kaia. Nettopp dette gjorde inntrykk på meg, den store tause arbeidskaren pynnet seg, og speilet seg i en vannpytt på vei for å møte sin kjære. Livet ble ikke helt det samme for de to etter dette. Inger er preget av bylivet, og av at hun får oppmerksomhet fra gruvearbeidere som leilighetsvis er der. Hun svikter Isak, kanskje som et slags opprør. Men deres samliv kommer på rett kjøll igjen, og etter hvert opplever de livets høst i harmoni. Mange av utfordringene beskrevet i boken er fortsatt tidsaktuelle, og jeg kjenner på lysten til å lese den enda en gang... men det skal jeg ikke.