

Utposten

3 2020
ÅRGANG 49

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Nils Kristian Klev:
**Tillitsmann
i krisetid**

Rusmiddel-
testing
Akuttmedisin
Sykeliggjøring

**RMR/UTPOSTEN
v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

**REDAKTØRENE
AV UTPOSTEN****Laila Didriksen**

MOBIL: 951 15 815

E-POST: dr.lailadidriksen@gmail.com

Kjell-Arne Helgebostad

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com

Magnus Hjortdahl

MOBIL: 975 62 697

E-POST: Magnus.Hjortdahl@gmail.com

Kristina Riis Iden

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

Jan Håkon Juul

MOBIL: 905 91 341

E-POST: janhakonjuul@gmail.com

Dag-Helge Rønnevik

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

FAGLIG MEDARBEIDERE:**Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

Tom Sundar

MOBIL: 454 84 047

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDE/2. OG 4. OMSLAG:

Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media



Du finner Utposten på
www.utposten.n

1 LEDER: Primærhelsetjenesten i koronakrisen*Magnus Hjortdahl***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Tillitsmann i krisetid***Nils Kristian Klev intervjuet av Magnus Hjortdahl***6 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Bør vi gjøre det til en vane å snakke med eldre om alkohol?***Torgeir Gilje Lid***11 Rusmiddeltesting – en rettleiding til rekvirenter***Lena Aronsen og Linn P. Årnes***18 Kan legestudenter lære akuttmedisin i en kommune?***Kjell Gunnar Skodvin***22 Første-BEST. Et nasjonalt nettverk
for akuttmedisinsk samtrening***Magnus Hjortdahl***25 HLR OG FØRSTEHJELP:****Øvelse gjør mester***Terje M. Halvorsen***28 I pasientenes historier ligger
et potensial til helbredelse***Lisbeth Nilsen***30 Smitteverntiltak ved påvist EHEC***Helena Niemi Eide***34 Norge i helsetoppen***Knut Berglund***36 Sykeliggjoring – et individperspektiv***Eivind Meland, Ine Marlen Baug Johnsen og Aksel Tveråmo***39 KOLLEGAHJØRNET:****Norsk Forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)***Guri Spillhaug intervjuet***40 Hvorfor skal fastlegen bry seg om
klima og atombomber?***Per Wium***44 MEDISINSK HISTORIE:****Spedalskhet – forskningsetikk og vitenskapssyn***Harald Siem og Eivind Meland***45 MEDISINSK HISTORIE:****Avicenna ferdigstiller Canon medicinae***Arild Aambø***47 Fem nye allmennmedisinske anbefalinger
'Gjør kloke valg', NFA***Marte Kvittum Tangen***49 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 49****RELIS 50****LYRIKKSTAFETTEN 52**

Primærhelsetjenesten i koronakrisen

Når denne lederen skrives, er vi to uker inn i nedstengningen av Norge som følge av en pandemi som vil sette helsevesenet på prøve.

Så langt er det primærhelsetjenesten som har tatt den største støyt. Befolkningen er blitt bedt om å kontakte fastlegen eller legevakten ved sykdom eller bekymring. Norske kommuner har kastet seg rundt og har innført nye retningslinjer og utviklet nye rutiner. Helsevesenet viser stor evne til omstilling.

Myndighetenes håndtering av pandemien vil nok med tiden bli gjenstand for en grundig evaluering, men allerede nå ser vi noen trekk. Jeg vil trekke fram fire momenter.

Det første punktet er at *samfunnsmedisin* er viktig.

De siste ukene har vist hvilken sentral rolle samfunnsmedisin har i helsevesenet. Hele spennet fra kommuneoverleger til leger på Folkehelseinstituttet er nå de viktigste premissleverandørene for hvordan samfunnet på alle nivåer skal møte pandemien. Samfunnsmedisinere løser dette vanskelige oppdraget basert på kjennskap til egen populasjon og ressur-

ser, med en bred medisinsk forståelse i bunn. Befolkningen, politikere og media får øynene opp for at medisin er mer enn piller og sykehus. Det er også hygiene, prioritering og planverk. Vi håper at samfunnsmedisinens rolle blir løftet fram etter denne pandemien, og at faget får økt anerkjennelse.

Det neste punktet jeg vil framheve, er at *beredskap* må prioriteres.

Det er lett å nedprioritere beredskap i en travel hverdag med trang økonomi. Pandemien er et eksempel på hvor viktig det er å bruke tid og penger på beredskap. Neste gang er det en ulykke på den lokale fabrikk, forurensset vann eller en buss som har kjørt av veien. Vi må ha en plan for de sjeldne, men alvorlige hendelsene.

Mitt tredje poeng er at *allmennlegen* er første forsvarslinje.

Allmennleger på fastlegekontor og legevakt har tatt unna den første bølgen med koronakontakter. Tilgjengelighet og fleksibilitet er allmennlegenes store styrke: Leger landet over har i løpet av kort tid tatt i bruk nettbaserte tjenester, som for eksempel videokonsultasjon. Det vil bli spennende å se hvordan erfaringene

fra pandemien vil forme framtidig praksis. Samtidig ser vi hvor sårbare det enkelte fastlegekontor er i en krise. Det er sviktende inntjening for fastlegene, og legekontorene mangler beskyttelsesutstyr. Det manglende sikkerhetsnett må på plass før neste krise er et faktum.

Det siste av fire momenter som jeg hevder vil bli gjenstand for grundig evaluering, er om det skal være *lokal* eller *sentral styring*.

Hvem vet hvor skoen trykker? Er det Helsedirektoratet i Oslo, eller kommuneoverlegen i Loppa? Det er forståelig at det er behov for sentral styring i en nasjonal katastrofe. Samtidig dukker det opp en rekke eksempler på behov for lokal tilpasning. Det gir ikke de sentrale myndighetene rom for i dag. Forholdet mellom sentral og lokal ledelse bør bli et tema når lærdom skal trekkes fra denne pandemien.

«Det eneste vi vet er at det blir verre før det blir bedre», sa statsminister Erna Solberg. La oss håpe at vi i etterkant trekker lærdom, slik at vi er bedre forberedt når neste krise rammer oss.

MAGNUS HJORTDAHL

Tillitsmann i krisetid

Nils Kristian Klev ■ INTERVJUET AV MAGNUS HJORTDAHL



Allmennlegeforeningens nye leder, Nils Kristian Klev, har vært tillitsmann siden tenårene. Dette har gitt ham erfaringer som vil være avgjørende når han skal løse fastlegeordningen gjennom krisen.

Da jeg traff Nils Kristian på Legenes hus i januar, hadde vi så vidt hørt om utbrudd av koronavirus i Wuhan i Hubeiprovinsen øst i Kina. Lite visste vi da hvordan de neste månedene skulle bli. Fastlegekrisen kom raskt i skyggen av koronakrisen. Kreative og handlekraftige ledere av Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin etablerte Allmennlegenes innsatsgruppe for Covid-19. Hver dag får landets allmennleger et matnyttig nyhetsbrev tilpasset vår hverdag. Ledere som forstår fastlegenes behov. Ledere vi har tillit til, ledere som Nils Kristian Klev.

Tillitsmann

Nils Kristian har alltid vært tillitsmann. I tenårene var han tillitsvalgt for et kor. En av oppgavene han måtte skjøtte da koret var på turne i USA, var å passe på korets reisebudsjett i kontanter. I pengebelte på magen bar han 50 000 kroner.

– Ganske sprøtt egentlig, humrer han.

Han stiller opp og påtar seg verv i barnas idrett. Fotball, håndball og svømming er noen av barnas aktiviteter han engasjerer seg i med frivillig arbeid. Det har aldri vært

*Nils Kristian Klev
gleder seg til å gå på
jobb hver dag.*



spørsmål om han skal bidra på barnas arena, men *hvilken* aktivitet han skal prioritere mest. Verdien i frivillighet er viktig for den engasjerte pappaen.

I alle årene han har vært lege, har han tatt på seg verv for legeforeningen. Det startet som tillitsvalgt for legene i kommunen, så avanserte han til Legeforeningen i fylket, og nå har han toppet det hele som leder i Allmennlegeforeningen. Han mener selv tilfældigheter har spilt inn når han har fått disse vervene. Det stemmer ikke helt. Det er nok hans utholdenhet og resultatorienterte innstilling som har ført ham til topplederverv. Kollegene beskriver han som tillitsskapende og stødig. En du kan stole på. Han står for sine egne meninger, også de upopulære, forteller en kollega.

Gleder meg til å dra på jobben hver dag

Nils Kristian liker å være fastlege, noe han har vært siden han var ferdig med turnus i 2002. Det var året etter at fastlegeordningen ble etablert. Hans plan var å bli øre-nese-hals-spesialist da han er glad i å pirke

med detaljer. Imidlertid ønsket ikke familien å flytte, og da ble det allmennmedisin.

– Det blir aldri som man har tenkt, men det blir bra for det, reflekterer han.

– Vi var to unge leger som fikk anledningen til å etablere et helt nytt senter vi kalte *Legene på Bryggen* i Røyken kommune (nå Asker). Vi hadde en klar visjon om at vi skulle skape en arbeidsplass hvor det er hyggelig å jobbe. Vi skulle være kommunens triveligste legesenter! Vi ønsket å skape et fellesskap mellom helsesekretærene og legene. Det bygger på gjensidig respekt, hvor alle er viktige brikker og føler eierskap til den daglige drift.

– Det er viktig for oss at alle spiser lunsj sammen hver dag. Vår visjon har bidratt til en god kontinuitet blant de ansatte. Mange har jobbet her i lang tid, og vi har lite fravær. Stabilitet kan han selv pryde seg med; han har hele tiden jobbet ved senteret han var med på å starte opp for 17 år siden.

– Det som har holdt meg i allmennmedisin er selve faget. Alle møtene med pasientene. Det å kunne være der for alle i alle livets faser. Det er inspirerende å kunne

hjelpe folk. Du får en unik mulighet til å se hele bredden i samfunnet. Jeg gleder meg til å gå på jobb hver dag, sier han entusiastisk.

Økt belastning

Som fastlege har Nils Kristin opplevd at arbeidsbelastningen har endret seg de siste årene.

– Arbeidsdagene blir lengre, og det blir skippertak i helgene. Det ble mye jobbing. Jeg må bruke mer tid på papirer og dokumentasjon, og det må skje nå. Dette fører til mye ekstraarbeid, og dessverre, en del frustrasjon.

– Det endte med at jeg ble nødt til å redusere listen min for å få en mer levelig hverdag. Det satt langt inne. Jeg syntes det var utrolig urettferdig at vi aldri fikk kompensert basistilskuddet, til tross for at arbeidsoppgavene økte såpass kraftig.

Mange fastleger i Norge opplever det samme.

– Det har vært manglende monitorering av arbeidsbelastningen i fastlegeordnin-

gen. Nye oppgaver har blitt lagt til uten at man har økt antallet fastleger. Intensjonen var at normtallet for listestørrelse skulle justeres hvis fastlegen ble tildelt nye oppgaver. Dette har ikke skjedd.

Den erfarne fastlegen er bekymret for rekrutteringen til allmennmedisin.

– Vi sliter med rekruttering. Den nye generasjonen leger ønsker mer regulert arbeidstid. De ønsker mer fritid, sosiale rettigheter og forutsigbar lønn. Da blir det fort mer lukrativt å jobbe på sykehus.

Kontinuiteten mellom lege og pasient kan forsvinne

– Utfordringene er at politikerne ennå ikke har sett konsekvensen av fastlegekrisen.

Fastlegene er samvittighetsfulle, og de strekker strikken med lange arbeidsdager for å ta unna alt arbeidet.

Jeg spør Nils Kristian hva han frykter med fastlegekrisen.

– At vi mister gullet i fastlegeordningen, kontinuitet. Vi ser allerede flere tomme lister og økt bruk av

vikarbyråer. Det er blitt et marked for engangsleger. Jeg frykter en svekkelse av den offentlige helsetjenesten. Vi må jobbe hardt for å opprettholde en likeverdig helsetjeneste til alle innbyggere i hele landet, uansett økonomisk og sosial status. Ikke minst vil en kollaps av primærhelsetjenesten føre til en enorm belastning på spesialisthelsetjenesten.

Nils Kristian erkjenner at det er fare for å snakke ned faget, når det fokuseres så mye på krisen. Men når konsekvensene er så alvorlige, mener han det er riktig å rope høyt.

Det må være attraktivt å være fastlege

– Vi vet at medisinstudenter synes allmennmedisin er spennende, men få kan tenke seg å bli fastlege.

Nettopp det med å rekruttere har Allmennlegeforeningens nye leder fordypet seg i. Han er nylig ferdig med en master i helseadministrasjon, hvor han skrev

masteroppgave om hvordan kommuner skal rekruttere fastleger.

– Det var en spennende studie. Vi var en rekke forskjellige profesjoner som studerte sammen. Selv om vi kom fra forskjellige fagfelt med forskjellige utfordringer, var det mye som var likt. Det var luksus å få lov til å fordype meg i temaet rekruttering av fastleger.

UTPOSTEN: – Hva fant du?

– Det er viktig å snakke sammen. De kommunene som lyktes med rekruttering, hadde bygget en relasjon til fastlegene over tid. Det kan være lurt å ta vare på fastlegene, og å være fleksibel med for eksempel listelengde. Og turnusleger kunne være en fin base å rekruttere fra. Samtidig må begge parter gi og ta. Å sitte på hver sin tue ga dårlig rekruttering. Dette er et kontinuerlig arbeid. Kommunene som var i forkant med tiltak, lyktes bedre enn de som var passive og ventet på sentrale føringer. De som slet med rekruttering, endte dessverre ofte opp med dyre vikarer.

UTPOSTEN: Hvordan ville du løst krisen, hvis du var helseminister?

– Vi må gjøre noe med rammebetingelsene. Jeg ville styrket basistilskuddet, slik at man kan redusere listelengden uten tap. Samtidig må man satse på rekruttering. Det må gjøres mer attraktivt å gå inn i fastlegehjemler. Vi må også se på hvilken rolle kommunale stillinger har. Jeg tenker at næringsmodellen fortsatt må være grunnmodellen, da denne er effektiv og sikrer legene autonomi. Samtidig er Norge et stort og variert land, og det må være rom for variasjon avhengig av lokale behov.

UTPOSTEN: – Tror du vi vil se disse endringene?

– Vi opplever at det er gehør hos politikerne. Men dette krever at det kommer friske midler inn. Norge har ikke utømmelige ressurser, og det må prioriteres hardt. Nå er det på tide å prioritere helse. Vi har brukt nok penger på vei for en stund.

Ny hverdag

Nils Kristian beskriver en brå overgang fra å jobbe som fastlege til nå å være leder for Allmennlegeforeningen.

– Det er en ny situasjon for meg at folk plutselig interesserer seg for meg som person. Å gå fra å jobbe intenst, å fylle hvert sekund med oppgaver, til å måtte sitte og lese, tenke og delta i møter, det er en ny måte å jobbe på.

Det blir mindre tid til egenaktiviteter.





Grunnet koronasituasjonen arbeider også Nils Kristian fra hjemmekontor i denne helt spesielle perioden.

Mindre gåturer og løpeturer. Men han finner fortsatt tid til å kose seg med matlaging. Da får kirurgen i ham lov til å pirke litt, og han får tid til å tenke lange tanker.

– Når jeg skal koble helt av, setter jeg meg ned ti minutter ved pianoet og spiller jazz. Jeg liker å høre på jazz og opera.

Nils Kristian trekker litt på det når jeg spør om hans musikalske karriere.

– En gang har jeg spilt orgel for sølvguttene, det tror jeg aldri jeg skal gjøre igjen. Jeg tror det var verre for dem enn for meg.

En spennende vår

UTPOSTEN: Hvordan tror du fastlegeordningen ser ut om ti år?

– Vi får være litt positive. Jeg håper at man ser verdien av en god helsetjeneste. Vi

får utfordring med demografien. At vi blir flere eldre. Det er helt klart at kommunehelsetjenesten må styrkes. Intensjonen med samhandlingsreformen var god, men ressursene fulgte ikke med.

– Vi satser på at vi får de ressursene nå. At det blir flere fastleger. At det fortsatt kan være spennende å være fastlege, men at man føler at man har en håndterbar arbeidsdag. At fastlegen fortsatt kan drive sitt eget kontor, men at samarbeidet med kommunen blir tettere og bedre.

UTPOSTEN: – Er det en utfordring å sikre autonomi samtidig som vi skal bli mer integrert i kommunen?

– Det vil kreve økt ledelse på legekontorene. Vi må organisere oss slik at kommunen kan samarbeide med oss.

– Jeg har tro på samarbeid og dialog. Det er via dialog vi får til de gode løsningene. Samtidig må vi, som fagforening, tørre å protestere hvis det går feil vei. Tålmodigheten i korpset er strukket så langt som det lar seg gjøre. Det blir en spennende vår, sa Allmennlegeforeningens nyvalgte leder på slutten av intervjuet.

En ny krise

Men våren ble mer utfordrende og spennende enn vi hadde fantasi til å forestille oss da vi pratet sammen en kald og blåsende januardag. Pandemien som i skrivende stund er over oss, vil påvirke vårt samfunn i lang, lang tid framover. I usikre og urolige tider trenger vi trygge og kloke tillitsmenn.

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelse. 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.

Bør vi gjøre det til en å snakke med eldre

■ TORGEIR GILJE LID • Spesialist i allmennmedisin, phd. Overlege/forskningsleder Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR)

I Norge drikker de fleste alkohol, også eldre. Folkehelseinstituttet angir at 80 prosent i aldersgruppen 65–79 år har drukket alkohol siste år, og i gjennomsnitt drikker de alkohol ukentlig. Alkohol kan medvirke til og komplisere svært mange helseproblemer. Toleransen for alkohol svekkes med økende alder på grunn av normale aldersforandringer, medikamentbruk og andre helseproblemer og tilstander.

Svaret på spørsmålet i overskriften er et tydelig JA. Samtale om alkoholvaner bør være en normal del av diagnostikk, behandling og oppfølging for mange tilstander, særlig for eldre. *Hvorfor og hvordan* skal jeg komme tilbake til etter hvert. Hovedpoenget er at alkohol kan samvirke med mange ulike medikamenter og utløse, forverre og komplisere mange tilstander, selv uten tegn på avhengighet eller misbruk (1, 2). I tillegg kan et langvarig høyt forbruk gi ulike symptomer som kan ligne på både generelle aldersforandringer og på mange ulike sykdommer. Jo eldre pasienten er, desto mindre mengder alkohol må til for å påvirke pasientens helse.

Fastlegens viktigste *oppgave* er å bidra til best mulig helse for sine pasienter. Fastlegens *virkemidler* er god diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom og fornuftige tiltak for å forebygge framtidig sykdom. En viktig *forutsetning* for arbeidet er tillit, både til fastlegen og til helsevesenet. Vi kan også gå ut fra at de fleste pasienter ønsker et godt liv med best mulig helse og funksjon og en rimelig grad av trygghet. I tillegg ønsker de fleste å ha kontroll i eget liv, oppleve mestring og tilhørighet. Men selv om pasienter ønsker god helse, opplever alle fastleger iblant at gode forebyggen-

de tiltak blir avvist, motarbeidet eller ignorert. Samtidig vil også alle fastleger oppleve iblant at de selv har oversett muligheter til å forebygge sykdom eller fange opp tidlige tegn på sykdom.

Fastleger er gode til å identifisere økt risiko for sykdom og tidlige tegn på sykdom. I mitt ph.d-arbeid undersøkte vi *hvordan* fastleger tok initiativ til å snakke med pasienter om alkohol, og *hvorfor* de gjorde det (3, 4). Vi fant at de oftest spurte om alkohol på grunn av endringer i helsetilstand, både knyttet til konkrete symptomer og tilstander, men også knyttet til mer vage tegn som at pasienten så ut til å ha det vanskeligere, eller tok mindre vare på seg selv. I tillegg spurte de også noen ganger som ren rutine, for eksempel ved svangerskapskontroller og utfylling av førerkortattester. Dette er en kombinasjon av case finding (lete etter en tilstand der hvor risikoen er økt) og enkle screeningtiltak (kartleg-

ging eller siling, oftest uavhengig av risiko for tilstanden). Vi har kalt dette *pragmatisk case finding* (SE RAMME 1), som innebærer å spørre om alkohol i tilknytning til pasientens helseproblem eller pasientens bestilling, ikke som en rutinemessig screening av alle. Helsemyndigheter i de fleste vestlige land har i flere tiår prøvd å innføre rutinemessig screening i primærhelsetjenesten for risikofylt forbruk, misbruk eller avhengighet, men ingen har lyktes. Det kan skyldes treghet og uvilje hos allmennleger, men det kan også skyldes at generell kartlegging av alle pasienter med standardiserte spørreskjema passer dårlig med det allmennmedisinske oppdraget eller allmennmedisinsk arbeidsmåte.

Omtrent samtidig med vår forskning i Stavanger, startet et prosjekt for hjemmesykepleien og fastleger i bydel St. Hanshaugen i Oslo om eldre og alkoholvaner (Nettverk eldre og rusbruk Oslo (NERO)) (5). Bydel Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene var også med. I dette prosjektet brukte de begrepet *Helseknaggen*, som beskriver det å spørre eldre om alkoholvaner knyttet til aktuell situasjon og helseproblem (nylig restartet etter noen års dvale). Stavanger Universitetssjukehus har i et tiår hatt en ruskonsulentordning i somatikken, basert på de samme

RAMME 1

PRAGMATISK CASE-FINDING HOS FASTLEGEN

- Når det er klinisk relevant – noe har allerede skjedd, eksempelvis søvnvansker, angst/depresjon, tapsopplevelser, ulykker, svimmelhet, slapphet, ensomhet, hjerterytmeforstyrrelser, høyt blodtrykk, gjentatte infeksjoner, forhøyete leverprøver
- Når det er relevant av andre grunner – forebyggende, eksempelvis myndighetsutøvelse (førerkort), samtaler om helse og livsstil, livsfaseendringer (pensjonering, tapsopplevelser)

vane om alkohol?



Det kan være mange positive årsaker til at friske eldre har et høyt alkoholkonsum...

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



... samtidig som det også finnes mange negative grunner til at eldre drikker for mye.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX/ADP/STERN

prinsippene. I KORFOR i Stavanger er vi nå i gang med et forskningsprosjekt (i skrivende stund i 'korona-pause') på utprøving av bedre strategier for diagnostikk, behandling og oppfølging av alkoholrelaterte helseproblemer i allmennpraksis. Dette skal prøves ut på fire legekontorer i Stavanger og Oslo.

Hvorfor bør vi være spesielt opptatt av de eldres alkoholforbruk?

Den korte forklaringen er at eldre har større risiko for at alkoholvanene medvirker til økte helseproblemer, og derfor også har

større sannsynlighet for å oppleve nytte av å redusere alkoholforbruket (6).

Den litt lengre forklaringen handler om fysiologiske aldersforandringer, somatiske tilstander som kan forverres av for høyt alkoholforbruk, samt polyfarmasi, særlig ved samtidig bruk av a- og/eller b-preparater. I tillegg er etterkrigsgenerasjonen (de store årskullene født 1946–1964) alkoholforbruk grunn til bekymring. I denne alderskohorten har alkoholforbruket økt mest (7).

Alkohol er for mange en viktig del av det gode liv og har en naturlig plass i de fleste nordmenns liv. Å kunne drikke alkohol

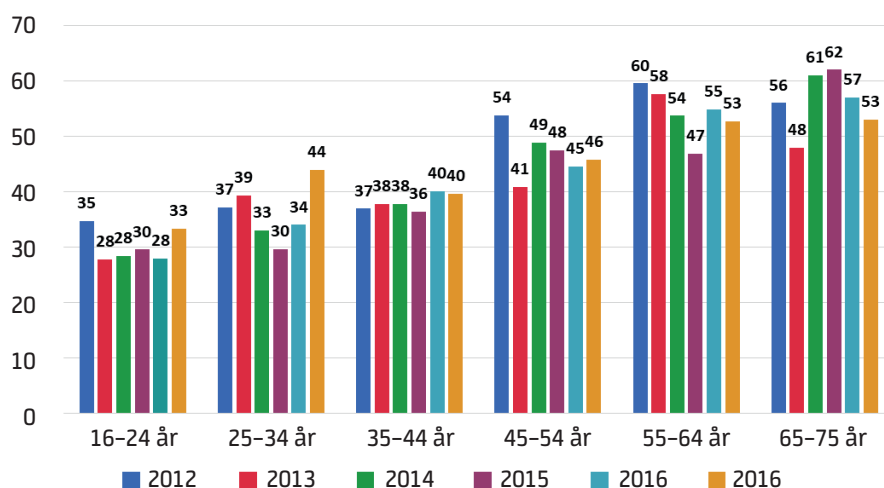
handler både om autonomi, det å ha kontroll over eget liv og opplevelsen av tilhørighet. For noen er det å kunne fortsette å nyte alkohol som pensjonist på lignende måte som en gjorde før, et tegn på at en fortsatt er frisk og aktiv (8). I norsk drikkekultur er det å drikke alkohol ofte et felles prosjekt, som mange kan oppleve det vanskelig å melde seg ut av. De fleste i Norge drikker alkohol. Avhengig av hvilke undersøkelser en refererer til, har fra 80–90 prosent av befolkningen drukket alkohol i løpet av de siste 12 måneder. Alkoholforbruket er litt høyere for menn enn for

kvinne. Studier viser at eldre drikker oftere enn yngre, med en lineær stigning i antall 'drikkedager' fra 20-åring til 70-åring (TABELL 1).

Alle vet at det er store individuelle forskjeller på hvor mye alkohol en tåler. Det vi ofte glemmer, er at det også er store forskjeller på hvor mye den enkelte tåler i ulike faser av livet. Når livet buttrer imot for deg, når hverdagen er tung og sønnen uteblir, så tåler du mindre alkohol enn i gode faser når kropp og sjel fungerer. Det er også lett å glemme at det forbruket du tålte godt som førtiåring, kanskje er alt for mye når du er sekstifem. Og selv om sekstifemåringen drikker mindre pr. gang, drikker altså den eldre versjonen av deg mye oftere enn den yngre.

For friske eldre er det mange *positive* årsaker til at alkoholforbruket er høyt. Det kan indikere at du har god helse, god tid, god råd, og at du har mye sosialt samvær og reiser med gode venner. For andre kan det være mange *negative* grunner til et høyt alkoholforbruk, som tap av nettverk og mestring, ensomhet, angst og søvnvansker. Verden er urettferdig. Vi vet at mennesker med dårlig råd og lav utdanning er mer utsatt for negative helseeffekter av alkohol (9). Studier har vist at ved depresjon, så tenderer høyt utdannede til å redusere alkoholforbruket, mens det motsatte skjer hos de med lav utdanning (10). Det er ekstra viktig å snakke om alkohol med pasienter som er mer sårbare, og å gjøre det med respekt og omtanke. Men det er misforstått omtanke å la være å ta det opp fordi vi er redde for å støte pasienten.

Det er svært mange kliniske situasjoner hvor alkoholvaner kan være relevant (11). Det er godt dokumenterte sammenhenger mellom alkohol og hypertensjon, angst, de-



TABELL 1. Gjennomsnittlig ganger drukket siste år. GRAF: FOLKEHELSEINSTITUTTET. KILDE: SIRUS/FHI

presjon, søvnvansker, forverring av psoriasis, ulike mage/tarmplager og kirurgiske komplikasjoner, med redusert tilheling og økt infeksjonsrisiko (1, 2). Det siste poenget er særlig aktuelt ved protesekirurgi, fordi det er relativt vanlig hos eldre. Alderen i seg selv, svekket helse generelt og polyfarmasi gir redusert tilheling og økt infeksjonsrisiko (12). En «hvit» periode i fire uker før operasjonen er et enkelt tiltak for å redusere risikoen. Pasienten vil også ønske et best mulig resultat av operasjonen og derfor være motivert. I Tyskland har de valgt ut hypertensjon som et klinisk område særlig egnet for kartlegging av alkoholvaner (13). Ved hypertensjon kan reduksjon i alkoholforbruk være et alternativ til medikamentell behandling eller til å legge til et nytt medikament ved manglende effekt.

For angst, depresjon og søvnvansker går forholdet begge veier. Alkohol kan forårsake disse tilstandene, men et høyt forbruk

kan også skyldes at en har slike plager, og over tid har utviklet og forsterket uheldige vaner, kanskje som en mestringsstrategi når ting er vanskelige. Det er derfor viktig å være oppmerksom på mulige sammenhenger i stedet for årsak-virkning. Selv om depresjonen, angsttilstanden eller søvnplagene ikke skyldes et høyt alkoholforbruk, tåler pasienter med slike plager alkohol dårligere. Da kan det å redusere alkoholinntaket helt eller delvis, være ett blant flere fornuftige tiltak for å bli bedre.

Det er også en viktig pedagogisk oppgave å snakke om alkoholvaner ved tilstander hvor alkohol kan spille en rolle, selv om det ikke gjelder for alle pasientene. Men det vet du ikke på forhånd. Ved å spørre om alkohol og gi en god forklaring på *hvorfor* du spør, får pasienten nyttig informasjon og kanskje noen nye tanker. Fornuftig og relevant informasjon påvirker både hvordan de selv tenker om et fenomen, og hvordan de snakker med andre om det. Her kan den store endringen i folks forståelse av antibiotikabruk og antibiotikaresistens være en aktuell sammenligning. Antibiotika er nyttig når det er indisert, men farlig ved feil bruk eller overforbruk. Folk flest forstår dette i dag, fordi informasjonen i media rimer med det fastlegen eller legevaktlegen forteller når de er i en situasjon hvor de kanskje trenger antibiotika.

Det å snakke ofte om alkohol gir god mengdetrening, men det kan være lurt å velge noen tilstander hvor du prøver å gjøre det til en hovedregel å snakke om alkoholvaner. I ramme tre følger mitt forslag til en slik liste.

Hvor mye er for mye?

All alkoholbruk innebærer mulig risiko. Jo mer du drikker på det jevne, desto mer

FORSLAG TIL KJØREREGLER

RAMME 2

Hvordan kan vi snakke om alkohol med pasienter på en respektfull og ivaretagende måte?

- Skill mellom rene forebyggings tiltak, og pasienter med helseproblem eller livskriser
 - Det er enkelt å snakke om alkohol relatert til livsstil og helse generelt, men helseproblemer og livskriser kan skyldes mange ting, alkohol er bare en av mange mulige faktorer
- Hold fokus på pasientens problem og på mulige løsninger av dette, hvor reduksjon/avhold kan være ett av flere alternativ
 - Husk hva pasienten trenger hjelp med, alkohol var det du som brakte på banen
- Gi gode begrunnelser for hvorfor det er viktig å snakke om alkohol
- Unngå enkle forestillinger om årsak-virkning
 - Reduksjon av alkoholforbruk kan ofte være et fornuftig tiltak, selv om alkohol ikke forårsaket helseproblemet i utgangspunktet
- Ikke spekulere i om pasienten lyver om forbruket, folk er så ærlige som de klarer å være
- Forutsett at pasienten ønsker både god helse og kontroll i eget liv
- Husk de opplevde positive effektene av alkohol
 - Hvorfor drikker du selv?
- Husk på ansvaret for andre (fører kort, omsorg for barn eller andre)
 - Husk også rommet for skjønn som førerkortforskriften gir

LISTE OVER TILSTANDER DER ALKOHOLBRUK BØR ADRESSERES

TILSTANDER OG SYMPTOMER

Psykisk helse	Angst og depresjon Søvnforstyrrelser Redusert kognitiv funksjon hos eldre
Mage/tarm	Magesmerter og diaré
Hjerte/kar	Hypertensjon
Ortopedisk	Planlagt protesekirurgi kne eller hofte
Diverse	Svimmelhet, ustøhet, fall og falltendens

SITUASJONER

Medikamentbruk	Bruk av vanedannende medikamenter
Livsfaseendringer	Pensjonering, tap av nærstående
Livsstil og helse	Samtaler om livsstil og helse generelt, og ved oppfølging av kroniske tilstander, som diabetes

RAMME 3

øker risikoen for helse- og sosiale problemer. Jo mer du drikker pr. gang, desto mer øker risikoen for akutte hendelser, som ulykker eller vold. Norske helsemyndigheter har begrenset seg til å anbefale å drikke mindre og sjeldnere. Verdens helseorganisasjon har anbefalt at friske voksne (ikke eldre) holder seg under 14 enheter for menn og ni enheter for kvinner pr. uke, og under fem enheter for menn og fire enheter for kvinner pr. gang (en enhet er ca. 12 g alkohol, tilsvarende 33 cl pils eller et vanlig glass vin). De siste årene har stadig mer forskning om alkoholens helseeffekter spent beina under J-kurven, som indikerte at moderat forbruk var sunnere enn avhold. Dagens oppsummerte forskning indikerer at det ikke finnes en sikker nedre grense, men at mange av helseeffektene begynner å gi seg utslag over sju enheter pr. uke. Dette har resultert i at britiske og svenske helsemyndigheter anbefaler både kvinner og menn å ikke drikke mer enn ni enheter pr. uke. Internasjonalt diskuteres sju enheter i uka som en fornuftig grense for friske eldre, med to til tre enheter som grense pr. gang, mens eldre med svekket helse bør drikke minst mulig.

Kan vi finne ut om alkoholforbruket spiller en rolle for akkurat min pasient i akkurat den-

ne situasjonen? Ja, det er enkle måter å nærme seg dette på. Det aller enkleste er å gjennomføre en «hvit» periode på fire til seks uker. Dette er oftest tilstrekkelig for å se om det har effekt på for eksempel blodtrykk, søvnforstyrrelse eller andre helseplager. Det er også lurt å følge målbare parametre, både uspesifikke prøver som GGT (gamma-glutamyltransferase), og spesifikke prøver som CDT (carbohydrate deficient transferrin) og PEth (phosphatidylethanol). En verdi i øvre normalområde eller lett forhøyet GGT som reduseres tydelig etter en «hvit» periode, kan være en vekker for pasienten om at alkoholvanene har hatt en effekt på kroppen. De fleste klarer å gjennomføre en «hvit» periode. For de som ikke kan eller vil, kan en prøve halvering i samme tidsperiode og følge opp pasienten på samme måte. Disse strategiene er godt beskrevet i boken *Alkohol – en fråga for oss i vården* (11).

Til syvende og sist handler dette om at i et samfunn hvor det å drikke alkohol er helt normalt, og alkohol kan bidra på mange ulike måter i mange ulike helseproblemer, så må det også være helt normalt å snakke med pasienter om alkohol. Og dette gjelder særlig den generasjonen som har økt forbruket mest.

REFERANSER

1. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010; 105(5): 817–43.
2. Collaborators GBDA. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018; 392(10152): 1015–35.
3. Lid TG, Malterud K. General practitioners' strategies to identify alcohol problems: a focus group study. *Scand J Prim Health Care*. 2012; 30(2): 64–9.
4. Lid TG, Nesvåg S, Meland E. When general practitioners talk about Alcohol: Exploring facilitating and hampering factors for pragmatic case finding. *Scand J Public Health*. 2015; 43(2): 153–8.
5. Løken RM. «Helseknaggen» - et verktøy i møte med eldre, helse og alkohol Oslo: Forebygging.no; 2016 [cited 2020]. Available from: <http://tidliginnsetts.forebygging.no/Praksiserfaringer/Helseknaggen---et-verktoy-i-mote-med-eldre-helse-og-alkohol/>.
6. Taylor C, Jones KA, Denning T. Detecting alcohol problems in older adults: can we do better? *Int Psychogeriatr*. 2014; 26(11): 1755–66.
7. Folkehelseinstituttet. Alkoholbruk i den voksne befolkningen Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021 [cited 2020]. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>.
8. Bareham BK, Kaner E, Spencer LP, Hanratty B. Drinking in later life: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring older people's perceptions and experiences. *Age and ageing*. 2018.
9. Smith K, Foster J. Alcohol, Health Inequalities and the Harm Paradox: Why some groups face greater problems despite consuming less alcohol. *Institute of Alcohol Studies*; 2014.
10. Martinez P, Neupane SP, Perlestenbakken B, Toutoungi C, Bramness JGBph. The association between alcohol use and depressive symptoms across socioeconomic status among 40-and 45-year-old Norwegian adults. 2015; 15(1): 1146.
11. Wählin S. Alkohol: en fråga for oss i vården. 2. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2015. 335 s. p.
12. Wählin S, Tønnesen H. Dags för »alkoholfri operation«. Två standardglas per dag fördubblar risken för postoperativa komplikationer *Läkartidningen*. 2014; 111.
13. Rehm J, Anderson P, Prieto JAA, Armstrong I, Aubin H-J, Bachmann M, et al. Towards new recommendations to reduce the burden of alcohol-induced hypertension in the European Union. 2017; 15(1): 173.

■ GILJELID@GMAIL.COM

Verdens helseorganisasjon har anbefalt at friske voksne (ikke eldre) holder seg under 14 enheter for menn og ni enheter for kvinner pr. uke, og under fem enheter for menn og fire enheter for kvinner pr. gang.



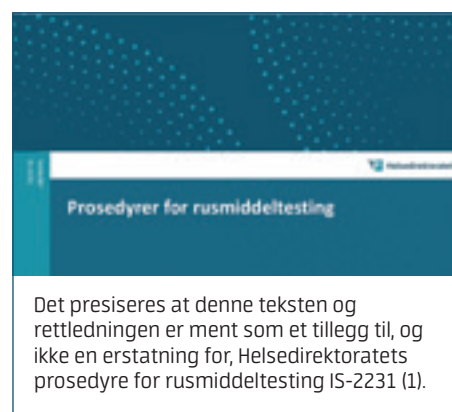
Rusmiddeltesting

– en rettledning til rekvirenter

■ LENA ARONSEN • Overlege klinisk farmakologi, Laboratoriemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

■ LINN P. ÅRNES • LIS klinisk farmakologi, Laboratoriemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Det klinisk farmakologiske fagmiljøet i Norge mottar ofte henvendelser knyttet til rusmiddeltesting. Det er usikkerhet blant rekvirentene og varierende praksis. På årsmøtet for Norsk forening for klinisk farmakologi i 2018 ble det opprettet en nasjonal arbeidsgruppe som skulle jobbe for harmonisering av rusmiddelanalyser i Norge. Arbeidsgruppen har nylig publisert en rettledning for rekvirenter som forhåpentligvis vil å bidra til en mer ensartet praksis for rusmiddeltesting både i pasientbehandling og der testing benyttes som kontrolltiltak. Her presenteres en forkortet versjon, men rettledningen kan leses i sin helhet på nettsiden www.farmakologiportalen.no.



Det er en rekke detaljer man bør ta stilling til før rusmiddeltesting igangsettes. I tillegg til de fem spørsmålene i faktaboksen må rekvirenten også vite hva formålet med prøven er. Helsedirektoratets prosedyre IS-2231

omtaler medisinske og sanksjonære prøver, men det hersker likevel usikkerhet om når de ulike prøvene skal benyttes, samt hvilke økonomiske forhold som gjelder. Rettledningen er ment å tydeliggjøre dette.

Medisinsk eller sanksjonær prøve?

Når man skal bestemme hvilken prøveprosedyre som skal følges, kan det være avklarende å først ta stilling til om rusmiddeltestingen har en medisinsk indikasjon eller

FEM VIKTIGE SPØRSMÅL VED RUSMIDDELTESTING

Rusmiddeltester kan være aktuelt i mange ulike situasjoner. Når man skal vurdere hvilke prøver og prosedyrer som er best egnet, er det fem spørsmål som bør avklares:

1 Foreligger samtykke og/eller lovhjemmel?

Rusmiddeltesting må være basert på samtykke fra prøvegiver eller lovhjemmel. Dette gjelder prøver både med og uten medisinsk indikasjon. Hjemmel for tvungen prøvetaking finnes blant annet i barnevernlovens § 4-4 tredje ledd, psykisk helsevernlovens § 4-7a, helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3, helsepersonellovens § 8 og straffegjennomføringslovens § 29 og 55.

2 Skal medisinsk eller sanksjonær prøveprosedyre følges?

Rekvirenten defineres som den som har bestemt at rusmiddeltesting skal utføres, og det er denne som etter gjeldende regelverk skal avgjøre hvorvidt prøven skal følge prosedyre for medisinsk eller sanksjonær prøvetaking. Det må fremgå tydelig hvem dette er når andre enn rekvirenten står for den praktiske gjennomføringen.

3 Hvilket prøvemateriale skal benyttes?

Rusmiddeltesting kan utføres i urin, blod, spytt eller hår. Det må benyttes et prøvemateriale som er egnet til formålet med prøven. Rusmidler har med noen få unntak lengre påvisningstid i urin enn i blod og spytt og er derfor best egnet for å dokumentere om rusmidler er inntatt i dagene/ukene før prøvegivning. Hvis hensikten med prøven er å avdekke klinisk påvirkning på prøvetakingstidspunktet, bør blod benyttes. En hårprøve kan være aktuelt i noen saker for å påvise inntak som har skjedd lenger tilbake i tid. Mer informasjon om prøvematerialer kan du finne på nettsiden www.farmakologiportalen.no/kortforklart.

4 Hvordan skal prøven tas?

Ved bruk av urinprøver til rusmiddeltesting er prøvetakingen et kritisk punkt på grunn av fare for manipulasjon. Det er viktig at alle prøveta-

kingssteder har tydelige rutiner for hvordan prøvetaking skal skje. Alle urinprøver til rusmiddeltesting bør avgis under tilsyn, med mindre det er iverksatt andre tiltak for å hindre manipulasjon. Overvåket prøvetaking oppleves av mange prøvegivere som belastende, og det er derfor viktig at personell har relevant opplæring slik at prøvegivers integritet ivaretas best mulig.

5 Hvor kan jeg henvende meg ved spørsmål?

Leger i de klinisk farmakologiske fagmiljøene har spesialkompetanse på rusmiddeltesting og kan blant annet gi råd om prøvetype, praktisk gjennomføring, hvilke analyser som bør bestilles, samt fortolkning av resultater. De fleste universitetssykehus, samt noen andre sykehus og laboratorier, har kliniske farmakologer ansatt. Se kontaktinformasjon under Laboratorier på www.farmakologiportalen.no

ikke. Dette skillet er sentralt, og det får konsekvenser for prøvetakingsprosedyre, tolking av resultatene, og hvem som skal betale for prøvetaking og analyse.

Prøver med medisinsk indikasjon skal følge medisinske prosedyrer, og utgiftene er berettiget Helfo-refusjon. Slike prøver rekvireres av helsepersonell, og tas med bakgrunn i diagnostikk, oppfølging eller behandling av ruslidelser (f.eks. LAR) eller annen sykdom. Rekvirering av prøver på medisinsk indikasjon medfører dokumentasjonsplikt i henhold til helsepersonellovens §§ 39 og 40.

Prøver uten medisinsk indikasjon kan, avhengig av formålet, følge sanksjonær eller medisinsk prøveprosedyre, men vil ikke oppfylle kravene til Helfo-refusjon, uansett hvilken prosedyre som følges (se tabell). De tas som regel av helsepersonell selv om andre instanser ofte har initiert prøvetakingen, og tas når formålet med rusmiddeltesting er kontroll. Helsepersonell som rekvirerer slike analyser inntar en sakkyndig rolle. Hvis mulig er det fordelaktig om en annen lege enn pasientens behandler ivaretar den sakkyndige rollen.

Medisinsk prøveprosedyre

I henhold til IS-2231 følger ikke medisinske prøver den prøvesikringskjeden som gir høyest juridisk sikkerhet, men prøvesvar fra medisinske prøver kan likevel utgjøre en del av vurderingsgrunnlaget i enkelte

tilfeller, som i våpen- eller førerkortsaker. Medisinsk prosedyre følges, selv om positive analyseresultater medfører endringer i behandling eller oppfølging som oppleves negativt for pasienten (for eksempel nekt av permisjon fra behandlingsinstitusjon).

For prøver uten medisinsk indikasjon foreligger det blant annet anbefaling om hvilken prøveprosedyre som bør følges i barnevernssaker (2) og i autorisasjonssaker (3). Det anbefales her at det tas prøver som følger prosedyrene for medisinske prøver, men med krav om at positive resultater fra screeninganalyser bekreftes med en spesifikk metode (SE TABELL 1). Det er viktig at rekvirenten er bevisst på at resultatene fra prøver som har fulgt medisinsk prosedyre ikke alene kan benyttes som grunnlag for alvorlige sanksjoner mot prøvegiver.

Sanksjonær prøveprosedyre

Sanksjonære prøver skal følge rettstoksikologiske prinsipper og har strengere krav knyttet til prøvetaking, forsendelse, samt mottak og håndtering i laboratoriet, enn medisinske prøver.

Sanksjonære prøver bør hovedsakelig benyttes når rusmiddeltesting er et kontrolltiltak fra en instans utenfor helsevesenet. Slike kontrolltiltak settes som regel i verk på bakgrunn av lovhjemmel, for eksempel fra kriminalomsorgen eller barnevernet. I enkelte sammenhenger kan resultatet fra en slik prøve alene medføre

alvorlige sanksjoner, som tap av foreldrerett eller andre rettigheter/tilbud. Den som initierer prøvetakingen, altså rekvirenten, må avgjøre hvilken prøvetype som skal tas, basert på formålet med rusmiddeltestingen og gjeldende regelverk.

Gråsoner

Dersom en pasient følges opp med urinprøver for en ruslidelse, samtidig som en instans utenfor helsevesenet ønsker rusmiddeltesting ut over dette, anbefaler vi at prøvene rekvireres adskilt slik at utgiftene til og svarene på prøvene går direkte rekvirenten.

Hvem skal betale?

Kostnader forbundet med rusmiddeltesting som utføres for undersøkelse og behandling av sykdom, eller ved mistanke om sykdom, er i henhold til folketrygdloven § 5-4 jf. § 5-1 berettiget refusjon fra Helfo både ved prøvetakingsstedet og analyserende laboratorium. Folketrygden yter ikke stønad til forebyggende tiltak, vitenskapelige undersøkelser eller forskning.

Mange kommuner har et tilbud hvor prøvegiver uten egenandel kan avgi urinprøver til rusmiddelanalyse. Dersom prøven avgis hos fastlege, vil refusjonsberettigede kostnader dekkes via egenandel og/eller normaltariff/takst. Takst 618 «overvå-

TABELL. Forskjeller på rusmiddelprøver i urin tatt med og uten medisinsk indikasjon.

	PRØVER MED MEDISINSK INDIKASJON	PRØVER UTEN MEDISINSK INDIKASJON	
Formål	Diagnostikk eller behandling	Kontroll (bevis av inntak)	Kartlegging av rusmiddelbruk (f.eks. dokumentasjon av rusfrihet)
Prøveprosedyre	Medisinsk prøve	Sanksjonær prøve	Medisinsk prøve
Rekvirent	Lege/annet helsepersonell	Oppdragsgiver (arbeidsgiver, politi, barnevern)	Oppdragsgiver/lege
Prøvegivermedvirkning	Samtykkebasert eller lovhjemlet	Lovhjemlet	Samtykkebasert
Eksempler	LAR-pasienter, andre pasienter med ruslidelse, psykiatri	Barnevern, veitrafikk, arbeidsliv, kriminalomsorg	Attester (førerkort, autorisasjonssaker)
Prøvetaking	Overvåket	Overvåket	Overvåket
Antall prøveglass/delprøver	1	Minst 2	1
Forsendelse	Som andre prøver	Forsegling av prøveglass og forsendelsespose	Som andre prøver
Finansieres av	Helfo	Oppdragsgiver	Oppdragsgiver/prøvegiver
Positive screeningresultat bekreftes	På forespørsel	Ja	På forespørsel
Bruk av resultat i rettssaker	Kun som del av vurderingsgrunnlag	Ja, alene eller som del av vurderingsgrunnlaget	Kun som del av vurderingsgrunnlag
Rekvirerende leges rolle	Behandler	Sakkyndig	Sakkyndig
Dokumentasjon av resultat	I helsejournal	Ikke i helsejournal	Må vurderes
Taushetsplikt om resultat	Som vanlig	Svar til oppdragsgiver	Svar til oppdragsgiver



ILLUSTRASJONS FOTO: COLOURBOX/MODIFISERT

ket urinprøvetaking av pasient i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)» er uten egenandel, men kan kun benyttes for LAR-pasienter.

Laboratorieundersøkelser ved sykehuslaboratorier vil jf. poliklinikkforskriften kun gi rett til refusjon fra Helfo dersom «helsepersonell er søkt for sykdom eller mistanke om sykdom».

Indikasjonen for prøvetaking er altså styrende for hvem som skal betale analysekostnadene. Det er rekvirenten som må ta stilling til om analysekostnadene er refusjonsberettiget, og kommunisere dette til laboratoriet som utfører analysene.

Dersom refusjonsvilkårene ikke er oppfylt må den som initierte prøvetakingen (for eksempel barnevernstjeneste) eller pasienten selv (for eksempel i autorisasjonsaker) dekke utgifter både til prøvetaking og analysering. Dette gjelder alle prøver uten medisinsk indikasjon (SE TABELL).

Mer om ulike typer saker

Her følger noen eksempler på ulike saker der rusmiddeltesting kan være aktuelt. Vi diskuterer adgang til å utføre samtykkebasert eller lovpålagt rusmiddeltesting, om prøvene bør følge medisinsk eller sanksjo-

nær prøveprosedyre og utdyper hvem som har finansieringsansvaret for ulike prøver i de nevnte sakene.

Barnevern

Rusmiddeltesting i barnevernssaker er kontrolltiltak som kan være frivillig eller pålagt etter barnevernlovens § 4-4 tredje ledd. Terskelen for slike kontrolltiltak skal være høy, og det skal foreligge en sterk mistanke om rusmiddelmisbruk. Hensynet til barnets beste skal gå foran andre hensyn. Formålet med tiltakene er ikke utredning eller behandling av ruslidelse, men kontroll for å avdekke svikt i omsorgsevne. Det er fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker som fatter vedtak om pålagt urinprøve, og vedtakene kan ha varighet på inntil ett år om gangen.

Når barnevernet ønsker kontrollprøver, kan legekantor etter avtale bistå med gjennomføring av prøvetakingen. Barnevernet bør likevel være hovedrekvirenten og ta stilling til analyserepertoar, prøvehyppighet og fortolkning av prøvesvar, eller knytte til seg fagpersoner som kan bistå med dette.

Kostnader til prøvetaking og analyse av både frivillig og pålagt rusmiddeltesting (enten de er medisinske eller sanksjonære) initiert av barnevernstjenesten er ikke re-

fusjonsberettiget, men skal betales av barneverntjenesten i den aktuelle kommune. Flere legekantor har rutiner for å fakturere barnevernet for prøvetakingskonsultasjonen, men mangler en måte å kommunisere til laboratoriet at analysekostnadene ikke er refusjonsberettiget.

Fører kort

Rusmiddeltesting i førerkortsaker kan utløses av at pasienter ikke oppfyller helsekrav til førerkort. Helsekravene er ikke oppfylt hvis bruk av legemidler, alkohol eller rusmidler medfører helsesvekkelse med økt trafikk sikkerhetsrisiko. Det er som regel fastlege som gir helseattest for førerkort. Dersom rusmiddeltesting skal inngå som en del av vurderingsgrunnlaget i førerkortsaker, vil utgiftene rundt dette kunne være refusjonsberettiget, dersom testingen er en del av en behandlingsplan for ruslidelsen. Dersom prøvene ikke har en medisinsk indikasjon, vil hverken utgifter til prøvetaking eller analysekostnader være refusjonsberettiget, og prøvegiveren må dekke alle kostnader selv. Helfo og Helsedirektoratet er enige om at kostnadene til rusmiddeltesting ikke dekkes av folketrygden hvis det eneste formålet med testingen er at pasienten skal få tilbake førerkortet (4, 5).



Personer som ivaretas av kriminalomsorgen kan lovpålegges å avgi urinprøve. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Psykatri

Rusmiddelmisbruk og psykiatriske lidelser er ofte sammenfallende, og rusmiddeltesting kan derfor være aktuelt hos pasienter innenfor psykiatrien. I lov om psykisk helsevern, § 4-7a, omtales rusmiddeltesting av biologisk materiale:

Ved mistanke om at en pasient misbruker rusmidler, kan pasienten etter begjæring fra den faglig ansvarlige, gi samtykke til at det kan tas prøver av pasientens biologiske materiale for å avdekke rusmiddelmisbruk i forbindelse med et behandlingsforløp (...) dersom dette fremstår som strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen.

Andre ledd lyder:

Ved mistanke om at en pasient under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, misbruker rusmidler, kan den faglig ansvarlige treffe vedtak om at det kan tas prøver av pasientens biologiske materiale for å avdekke rusmiddelmisbruk i forbindelse med et behandlingsforløp (...) såfremt dette fremstår som strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen.

Rusmiddeltesting i psykiatrisk helsetjeneste kan altså skje etter samtykke eller vedtak. Det er en forutsetning for å kunne ta en slik prøve at den er strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen. Dette innebærer at det ikke er adgang til rutinemessig rustesting av pasienter i psykisk helsevern, eller å sette samtykke til prøvetaking som vilkår for utgang eller andre goder ved institusjonen (6).

Uavhengig av om rusmiddeltesting i psykisk helsevern skjer etter samtykke eller vedtak, utføres testingen som et ledd i behandling av pasienten, og prøvene skal tas som medisinske prøver. For polikliniske pasienter er analysekostnadene berettiget Helfo-refusjon, og for innlagte pasienter skal kostnadene dekkes av institusjonen.

Gravide

Helsepersonell har i henhold til helsepersonellovens § 32 opplysningsplikt til kommunal helse- og omsorgstjeneste ved mistanke om at en gravid kvinne bruker rusmidler som kan skade barnet. Gravide kvinner i behandling for en ruslidelse kan rusmiddeltestes dersom kvinnen samtykker til dette. Unntak for krav om samtykke

er gravide i LAR, der § 8 i LAR-forskriften gir adgang til at behandlende lege kan kreve urinprøver.

Dersom kvinnen ikke samtykker til medisinsk oppfølging, kan kommunen fremme vedtak om tvang i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 10-3. Gravide rusmiddelavhengige pasienter kan tvangsinnlegges på institusjon utpekt av Det regionale helseforetaket (RHF), og holdes tilbake der hele svangerskapet dersom det er overveiende sannsynlig at rusmiddelmisbruket fører til at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Rusmiddeltesting kan være aktuelt også i slike tilfeller.

Samtykkebasert rusmiddeltesting av gravide er helsehjelp, og prøvene bør følge medisinsk prøveprosedyre og er berettiget refusjon fra Helfo. Da ruslidelser ikke kan anses å ha tilknytning til svangerskapet, må kvinnen betale eventuelle egenandeler selv, med mindre kommunen finansierer dette. Ved innleggelse i institusjonen er det denne som finansierer prøvetakingen. Om barnevernet krever ytterligere rusmiddeltesting av den gravide, må de selv avgjøre om prøvene skal følge sanksjonær eller medisinske prøveprosedyre, og dekke utgifter til både prøvetaking og analysekostnader.

LAR-pasienter

For pasienter som er innskrevet i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) kan lege i spesialisthelsetjenesten (ev. allmennlege) beslutte at det skal avlegges prøve for kartlegging av pasientens rus- og legemiddelbruk.

Prøver til rustesting av LAR-pasienter tatt som en del av behandlingsopplegget skal følge medisinsk prøveprosedyre, og analysekostnader vil dekkes av Helfo eller institusjonen pasienten er innlagt i.

Kriminalomsorg

Innenfor kriminalomsorgen er det tydelige skiller mellom medisinske og sanksjonære prøver. I IS-2231 står det:

Når innsatte i fengsel mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR), er urinprøver som ledd i behandlingen å anse som medisinske prøver. Dette er helsetjenestens an-

svar, og det må skilles tydelig mellom slike medisinske prøver og sanksjonære prøver tatt av kriminalomsorgen.

Personer som ivaretas av kriminalomsorgen kan i henhold til straffegjennomføringslovens § 29 pålegges å avgi urinprøve, utåndingsprøve eller blodprøve for å avdekke bruk av rusmidler. Det kan også ilegges forebyggende rusforbud etter § 55, og avkreves urinprøve, utåndingsprøve eller blodprøve hos personer som utfører samfunnsstraff. Sanksjonære prøver som tas av kriminalomsorgen skal finansieres av kriminalomsorgen.

Ved behov for rusmiddeltesting på medisinsk indikasjon tas prøvene av helsepersonell i fengselet. Disse prøvene regnes som helsetjeneste og skal finansieres av kommunen fengselet ligger i jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 3.9.

Arbeidsliv

I norsk lovgivning står ansattes personvern høyt, og arbeidsgivers anledning til å forlange rusmiddeltesting av ansatte er begrenset. Det må skilles mellom kontrollprøver og prøver som tas i sammenheng med hjelpetiltak og behandling.

Kontrollprøver av arbeidstakere må ha rettslig grunnlag, og det må være fare for liv og helse som følge av mistenkt ruspåvirkning. Rutinemessig rusmiddeltesting av ansatte er ikke lov i Norge, heller ikke om samtykke foreligger. Rutiner for kontrollprøver må utarbeides sammen med tillitsvalgte (7).

Enkelte yrker har krav om pliktmessig avhold, og kontrollprøver i slike sammenhenger bør tas som sanksjonære prøver. Rekvirenten kan være arbeidsgiveren eller en lege som delegeres denne oppgaven. Kontrollprøver må betales av arbeidsgiver (eller eventuelt arbeidstaker) uansett hvem som er rekvirent.

Rusmiddeltesting av arbeidstakere på medisinsk indikasjon skal være samtykkebasert og følge medisinsk prøveprosedyre. Prøvene kan for eksempel tas i forbindelse med en individuell Akan-avtale. Slike prøver rekvireres som regel av pasientens fastlege eller bedriftshelsetjenesten og er i begge tilfeller kun refusjonsberettiget dersom prøvene inngår som en del av diagnostikk eller behandling.

Ruskontrakter

Ruskontrakter med påtaleunntatelse kan inngås med ungdom som har brutt narkotikalovgivningen, og er en alternativ måte å gjøre opp straffansvar på i henhold til straffeprosessloven §§ 69 og 70. Slike kontrakter inngås mellom ungdom og politi,

og ungdommen må levere jevnlig negative urinprøver i en periode for å unngå annen type straffereaksjon (8). Ruskontrakter kan også inngås frivillig mellom ungdom/foreldre og hjelpeapparat. Hensikten da er ofte å gjenopprette tillit mellom foreldre og ungdom (9). Slike prøver er definert som forebyggende tiltak, og er i utgangspunktet ikke berettiget Helfo-refusjon.

Det er uklart hvilke prosedyrer en urinprøve som tas ved ruskontrakter bør følge. Vår anbefaling er at prøver som tas i forbindelse med ruskontrakt med påtaleunndtelse følger prosedyrer for sanksjonære prøver. Det er uklart om politiet, kommunen eller ungdommen selv/familien skal dekke kostnadene for prøver tatt i forbindelse med ruskontrakter (10). Helsedirektoratet uttaler at dette må vurderes av kommunen og politiet, eller at problemstillingen løstes til KS og Politidirektoratet (5).

Noen tilfeller kan være i en gråson mellom kontroll og behandling. Det er rekvirenten som da må avgjøre om prøvetakingen har en medisinsk indikasjon, og kostnadene dermed er refusjonsberettigede.

REFERANSER

1. Prosedyrer for rusmiddeltesting (IS-2231), Helsedirektoratet 2014.
2. Brev fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet til Lebesby kommune 050117: «Prosedyrer for rusmiddeltesting av barnets omsorgspersoner».
3. Informasjon til deg som har mistet din autorisasjon eller som har gitt frivillig avkall på den (IK-2/2017). Statens helsetilsyn 2017.
4. Brev fra Helfo til Sjur W Ohren, Tinn kommune 240118: «Betalning av laboratorieprøver for å påvise rusbruk».
5. Brev fra Helsedirektoratet til Tinn kommune 090418: «Svar på henvendelse om betaling for laboratorieprøver for å påvise rusmisbruk».
6. Psykisk helsevernloven med kommentarer (Rundskriv) Helsedirektoratet
7. <https://akan.no/rusmiddeltesting>
8. Ruskontrakter – fordekt straff eller god hjelp? Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon. Rusfeltet.no
9. Lien MI og Larsen Y. «Flinkiser og «dropouts» - erfaringer med ungdom på frivillig ruskontrakt.» Rapport fra KoRus-Øst og KoRus-Oslo, 2015.
10. <https://www.politiforum.no/artikler/urinprover-avslorer-narkotika-og-brukes-som-alternativ-til-straff-na-er-det-usikker-het-rundt-hvem-som-skal-betale-for-dem/447763>

■ LENA.ARONSEN@UNN.NO

■ LINN.PEDERSEN.ARNES@UNN.NO

MEDLEMMER AV 'NASJONAL ARBEIDSGRUPPE FOR HARMONISERING AV RUSMIDDELANALYSER'

- Lena Aronsen, overlege klinisk farmakologi, Laboratoriemedisin, Universitets-sykehuset Nord-Norge
- Linn P. Årnes, LIS klinisk farmakologi, Laboratoriemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge
- Arne Helland, overlege, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital
- Jon Andnes Berg, overlege, Avdeling for medisinsk biokjemi og farmakologi, Haukeland universitetssjukehus
- Cecilie Hasselø Thaulow, overlege, Avdeling for rettsmedisinske fag, Oslo Universitetssykehus
- Knut Hjelmeland, overlege, Avdeling for rettsmedisinske fag, Oslo Universitets-sykehus
- Ilah Le Nygaard, overlege, Avdeling for farmakologi, Oslo Universitetssykehus
- Thor Hilberg, overlege, Først Medisinsk Laboratorium
- Jean-Paul Bernard, overlege klinisk farmakologi, Senter for Psykofarmakologi, Diakonhjemmet sykehus
- Elena Prunés Jensen, overlege klinisk farmakologi, Avdeling for medisinsk biokjemi, Vestre Viken

Kan legestudenter lære akuttmedisin i en kommune?

■ KJELL GUNNAR SKODVIN • Kommuneoverlege og fastlege i Saltdal kommune. Universitetslektor ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT, Norges arktiske universitet

En skarp, repeterende lyd trenger gjennom rommet fra helseradioen, skjermen blinker rødt for alarm: – Front mot front-kollisjon, flere skadde! Allerede før du trykker inn «svar-knappen», kjenner du pulsering i tinningen. På vei ut i ambulansen gir AMK deg løpende oppdateringer. Hva møter oss? Kan vi gjøre en forskjell? Du kjenner på uro og spenning. Men likevel en følelse av trygghet – fordi du vet at akkurat tilsvarende situasjoner har du og nødetatene øvd på – sammen.



Basert på erfaring fra Saltdal kommune kommer her noen praktiske tips til hvordan man kan få til akuttmedisinske øvinger lokalt – uten at arbeidet blir altfor omfattende og krevende.

Bakgrunn

De 24 legestudentene som tar «Bodø-pakken» ved Universitetet i Tromsø, får all sin undervisning 5. og 6. studieår i tilknytning til Nordlandssykehuset i Bodø. Mange av disse står på terskelen til LIS1-tjeneste i Nordland og Nord-Norge. Der vil de raskt få rollen som akuttmedisinens frontsoldater. Selv om dagens legestudenter er arbeidsomme og nærmest sprekkeferdige av medisinsk kunnskap, har de et stort behov for praktisk øving i trygge rammer.

Derfor tar vi studentene ut av den tryggheten som akuttstasjonens spisskompetente og komplekse organisasjon gir. Etter

en times togreise fra Bodø ankommer de den «indre utkantkommunen» Saltdal. Nødetatene som de møter her, har akkurat det samme behovet for å øve: Det er dessuten nedfelt i *Akuttmedisinforskriften*:

Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden (1).

Bedre begrunnelse trenger du ikke for å spørre sjefen din om det arrangeres slik samhandlingstrening – eller starte med det sjøl.

Hvordan er studentene forberedt på akuttmedisinske situasjoner?

Akuttmedisin har stor plass i legeutdanningen i Norge. Ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet, har studen-

tene i det 4. studieåret et fire ukers akuttmedisinkurs som avsluttes med en katastrofeøvelse med 140 skadde. Som et supplement til dette, får studentene som tar «Bodø-pakken», en *akuttmedisinsk dag* med fokus på akuttmedisinsk samhandling i en kommune. Akuttmedisin er i stor grad et praktisk fag, og det er viktig med mye trening og øvelser under alle trinn av legeutdanningen.

AKUTTMEDISIN I LEGEUTDANNINGEN

Ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet dekkes akuttmedisin slik:

- 1. studieår: Førstehjelp, 1 uke
- 4. studieår: Akuttmedisin, 4 uker
- 6. studieår: Delemne 6, 2 uker
- Når det haster, 4 uker



AKUTT MEDISINSKE ØVINGSARENAER FOR LEGER ETTER GRUNNUTDANNINGEN

- Akuttmedisinkurs for LIS1-leger og legevaktleger
- førsteBEST: Akuttmedisinsk simuleringsøvelse med lokale akuttmedisinske team (2)
- TAS3: Norsk luftambulans. Tverretattlig akuttmedisinsk samarbeid. Gode arenaer for å øve masseskadesituasjoner (3)
- Større katastrofeøvelser hvor man øver masseskader sammen med lokal redningssentral og helseforetak, arrangeres med Fylkesmannens beredskapsavdeling eller helseforetakene rundt omkring i landet

Hva skjer på 'akuttmedisinsk dag' i Saltdal kommune?

En kald januardag rigges til en trafikkulykke med fem–seks skadde. Samme scenario kjøres tre ganger. Brannmannskaper, ambulansepersonell og legestudenter ruller, slik at flest mulig får prøve seg i en aktiv rolle på skadestedet. Deltakerne øver på primær skadeundersøkelse, forebygging av hypotermi og tverrfaglig samhandling. De skadde transporteres til «sykehusets akuttmottak», som vi oppretter på et nærliggende samfunnshus, eller til den lokale legevakten. I alt medvirker innpå 60 personer på øvelsesdagen.

Hvem er markørene?

Vi har prøvd ulike løsninger, og til slutt landet på 5. års legestudenter. De har god forståelse for det medisinske forløpet hos skadde pasienter. De vil også få læringsutbytte av å se hvordan nødetatene samarbeider. Alternativt kan man la markør oppgaven gå på rundgang mellom de deltakende utøverne, eller man kan gå til en frivillig organisasjon som for eksempel Røde Kors.

Hvordan instrueres markørene?

Markørene må instrueres godt. Hver markør har en *rolleinstruksjon* og *markørbeskrivelse*,

som vi har lånt og tilpasset fra Norsk Luftambulanses TAS3-kurs. Rolleinstruksjonen forteller markøren hvordan han skal spille sin rolle som tilskadekommet. Jo mer innlevelse i rollen, jo mer realistisk blir arbeidet for dem som øver. Markørbeskrivelsen viser markørens vitale ABCDE-data (luftveier, pusting, sirkulasjon, bevissthet og omgivelser/miljø), lamineres i plast og henges på den tilskadekomne. Vi plasserer nå en instruktør tett på markøren, instruktøren gir først ut vitale ABCDE-data etter at «pasienten» er undersøkt aktivt (undersøkt luftveiene, telt puls og respirasjonsfrekvens osv.). Markørens tilstand kan endres fra skadested til samleplass, og på nytt igjen når de kommer på sykehusets akuttmottak.

Skal markørene sminkes?

Øvelse blir aldri annet enn øvelse – men jo mer realisme man klarer å legge inn, jo mer får man ut av øvelsen. I «vår» øvelse har vi kommet til at skadesminking er for krevende å få til, sett i lys av tilgjengelig tid og lave temperaturer.

Hvordan forebygge at deltakerne skades?

Det verste som kan skje, er at noen av deltakerne i en øvelse hvor man skal øve på å

reducere virkning av skader, selv blir påført skader. Bilvrak må alltid stilles stabilt, faremomentene i forbindelse med hurtigfrigjøring av fastklemte må forklares. Til helsepersonell og markører sørger vi for hjelmer, beskyttelsesbriller, munnbind, engangs beskyttelsesdresser og markøringsvester. Observatørene dirigeres til et avgrenset område og utstyres med observatørvester. Utrykningskjøretøy overskrider ikke vanlig fartsgrense. Øvingssted velges slik at omgivelsene ikke påvirkes mer enn nødvendig. Vår øvelse arrangeres i januar. Da kan det være et tosifret antall kuldegrader, og alle markørene oppfordres til å ønske seg ullundertøy til jul. Ambulansepersonell har også stort fokus på å forebygge hypotermi.

Hvorfor scenario med trafikkulykke?

Det behøver ikke å være trafikkulykke. Sjekk gjerne om kommunen din har en helseberedskapsplan – slik helseberedskapsforskriften §2-2 sier at den skal ha. I planen finner du helt sikkert scenarioer og situasjoner som vil kunne øves på.

Vi har valgt trafikkulykke blant annet fordi det forekommer i alle kommuner, oftere alvorlig i utkantkommuner. Her må det lokale helsevesenet og nødetatene samarbeide tett om en første innsats før mer



I en trafikkulykke må det lokale helsevesenet og nødetatene samarbeide tett om første innsats.

kompetente og spesialiserte ressurser kan komme til, eller pasienten er framme på sykehus. En trafikkulykke med tre til fem skadde vil i de fleste kommuner være en situasjon som setter de lokale nødetatene på strekk og definisjonsmessig dekkes av katastroferegnet. Det er stort nok til å øve på et spekter av utfordringer; traumehåndtering, hypotermi, prioritering og tverrfaglig samhandling. Ved å gjenta scenarioet øker man antallet deltakere som får prøve seg i en aktiv rolle.

På den annen side er øvelsesomfanget ikke større enn at det gir oversikt og mestringsfølelse. Det krever ikke all verden av utstyr og forberedelser.

Hvordan gjennomføres selve øvelsen?

Slik gjør vi det hos oss: Brannvesenet skaffer to bilvrak, som noen ganger droppes fra stor høyde slik at de er sammenpresset. Bilvrakene stilles opp som om to biler har frontkollidert. Fem til seks markører plasseres i bilvrakene. Øvingslederen ringer inn en nødmelding. Nødsentralen som tar imot nødmeldingen, alarmerer sine «nabosentraler» og sender ut alarm til de lokale nødetatene. En ambulanse tar med seg en til to legestudenter, hvor den først ankomne tar oppgaven som *Medisinsk leder helse (MLH)*. Med seg får MLH etter hvert tre andre legestudenter. Sammen med øvrig personell på skadestedet utfører disse primærundersøkelse av de skadde, gjør triagering/prioritering og oppretter eventuelt en samleplass for skadde. I streng januarkulde må opphold utendørs begrenses, og sekundærundersøkelsen utsettes som regel til de tilskadekomne er kommet i en oppvarmet ambulanse. Deretter transporteres de tilskadekomne til «sykehusets akuttmottak».

De tre legestudentene her får medisinske utfordringer med sykehusleger som mentorer. En av legestudentene tar imot pasient på det lokale helsesenter, som fungerer som «legevakten».

I vårt konsept har vi valgt å ikke involvere ambulansehelikopter eller lokal redningssentral, men det er bare fantasien og egne prioriteringer som avgjør hva man legger inn i en slik øvelse.

Hvordan får man med seg de andre nødetatene?

Husk at de andre nødetatene har samme øvingsbehov som oss i helsetjenesten! De er også forpliktet til å delta på trening i samhandling og samarbeid, på lik linje med legevakten. Inviter dem tidlig med i planleggingen, så får de «eierforhold» til øvelsen, kan legge inn egne øvingsmomenter og sørger for å sette den inn i sitt øvingsprogram.

Hvilket utstyr trengs?

Utstyret er avhengig av hva man ønsker å øve på. Det er en utfordring i mindre kommuner å framskaffe medisinsk utstyr uten å svekke den daglige akuttmedisinske beredskapen. For alminnelig akuttmedisinsk vurdering av ABCDE på skadested, bør hver lege minimum ha stetoskop, penne-lykt og eget beskyttelsesutstyr. Man må også ha tilgjengelig utstyr for infusjon, blodtrykksmåling, måling av oksygenmetning, nakkekrager, ventilasjonsutstyr, hypotermiforebyggende utstyr, bærer og et tilstrekkelig antall nødradioer. Ambulansetjenesten stiller vanligvis med minst én øvingsambulanse.

Dersom man velger å opprette et «akuttmottak», må man framskaffe undersøkelsesbenker, infusjonsutstyr, ev. ultralydapparater, dukker for simulering av medisinske prosedyrer m.v.

sesbenker, infusjonsutstyr, ev. ultralydapparater, dukker for simulering av medisinske prosedyrer m.v.

Hvordan evalueres øvelsene?

Her har vi erfart at kvalitetsverktøyet Demings sirkel eller PDSA i praksis er nyttig: Planlegge, gjennomføre, evaluere, korrigere (4). I vårt arbeid har vi benyttet et enkelt spørreskjema i tillegg til muntlig gjennomgang på slutten av dagen. Slik har vi fått gode innspill til forbedringer. Målet må hele tiden være å øke læringsutbytte for studenter og andre aktører. En rapport utarbeides etter hver øvelse, til hjelp for planlegging påfølgende år.

Hva er deltakernes nytteverdi?

Alle studentene (i 2020: alle deltakerne) har fått et skjema med fem spørsmål som med litt ulike vinklinger har til hensikt å få fram til i hvor stor grad de opplever

STUDENTKOMMENTARER – NOEN EKSEMPLER:

- Topp med gjentakelse. Gir rom for forbedring og mestringsfølelse. Fint å kunne være observatør på alle stadier av øvelsen. Bra at alle studentene får prøve seg i aktiv legerolle. Hadde vært gøy å få være «lege» både på skadested og på «akuttmottak» - men da er man kanskje kravstor...
- Kunne gjerne hatt «veiledere» ute på skadestedet som utfordrer og gir direkte tilbakemelding til den enkelte «lege» om hvordan man gjennomfører akuttmedisinske vurderinger

FEM SPØRSMÅL TIL STUDENTENE

- **Læringsmiljø:** I hvor stor grad synes du en slik akuttmedisinsk dag – i geografisk og kulturell avstand til sykehuset – gir rom for å øve akuttmedisinske ferdigheter og samhandling?
- **Egne forutsetninger:** I hvor stor grad har studiet så langt gitt deg kompetanse og ferdigheter til å takle utfordringene du møtte denne dagen?
- **Undervisningsform:** I hvor stor grad har undervisningsformen (praktiske øvelser med gjentakelse etter evaluering) vært egnet for å styrke dine akuttmedisinske ferdigheter og vurderingsevne?
- **Læringsutbytte:** I hvor stor grad har denne dagen gitt læringsmessig utbytte for deg?
- **Organisering:** I hvor stor grad har de ytre rammene (reise, lokaler, tidsplan, lunsj m.v.) vært hensiktsmessige?

«akuttmedisinsk dag» som nyttig. Svarene er avgitt med tall på en skala fra 1–6 hvor «1» er «i svært liten grad» og 6 er «i svært stor grad». Gjennomsnittlig skåre var 5,0 poeng for de sju årene 2014–2020. Dette tolkes som at vi har funnet et konsept som deltakerne har hatt utbytte av.

Vi tror akuttmedisinsk dag har en tredelt nytteverdi ved at deltakerne

- blir sikrere i grunnleggende vurdering og håndtering av alvorlig skadde personer
- øver tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon
- tilegner seg erfaring med å simulere – en nyttig metode for framtidig læring og utvikling

Hva kan gjøres bedre?

Aktiv deltakelse gir større læringsutbytte enn å være observatør. Men med så mange deltakere, er det en utfordring å gi alle realistiske aktive roller. Vi har heller ikke klart å involvere lokalt helsepersonell og lokale leger, som også har behov for å øve akutt-

medisinske scenarier. Fra 2021 vil vi prøve å gi lokalt helsepersonell roller som instruktør og «mentor» ved å følge den enkelte studentlege tett og gi respons på observasjoner og tiltak som denne iverksetter.

Ta-med-hjem-budskap

Akuttmedisinske samhandlingsøvelser er

- Nyttige på alle trinn av legeutdanningen
- For alle nødetater
- Forskriftsfestet
- Ikke veldig krevende å få i gang
- Sist, men ikke minst: Det gir større trygghet for innsats neste gang alarmradioen piper...

REFERANSER

1. Akuttmedisinforskriften <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>
2. Kommune-BEST, Alta, Magnus Hjortdahl <https://best.bestnet.no/2019/09/10/fasilitatorkurs-for-lokale-akuttmedisinske-team/>
3. TAS3-kurs. <https://norskluftambulans.no/vart-arbeid/kurs/tverretattlig-akuttmedisinsk-samarbeid-tas/tas-3/>
4. Hvordan skape forbedring? Helsebiblioteket, 23.01.2010, Marie Brudvik. <https://www.helsebiblioteket.no/221840.cms>

■ KJELL.G.SKODVIN@UIT.NO

Første-BEST

Et nasjonalt nettverk for akutt

■ MAGNUS HJORTDAHL • Spesialist i allmennmedisin, forsker Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Vi har startet et nettverk for akuttmedisinsk samtrening utenfor sykehus. Målet med nettverket er at flest mulig har regelmessig trening av god kvalitet. For å nå dette målet vil vi etablere en nettside, holde årlig nettverkssamling, holde fasilitatorkurs, utvikle et nettkurs, samt formidle kunnskap om nettverket på nett, konferanser og i fagtidsskrift.

Ettersom den første fasen ved akutte skader og sykdom ofte preges av kompleksitet, usikkerhet om hva som står på spill og hvilke tiltak som bør gjøres, regnes det som en fordel at pasienten raskt hjelpes av et tverrfaglig team. Teamet vil bestå av de lokale helseressursene som er i beredskap og som gjør den første undersøkelsen og behandlingen. De som vil inngå i et slikt «ad hoc»-team, vil variere fra sted til sted og etter hva som feiler pasienten. Naturlige deltakere i et team vil være lege i vakt og sykepleier fra legevakt, samt ambulansetjenesten. Teamet vil også kunne inkludere fastlege, annet helsepersonell på fastlegekontoret, hjemmesykepleie, personell ved sykehjem, lokal jordmor, luftambulansepersonell, førstehjelpere og representanter fra andre nødetater (1).

Forskning viser at teamarbeid og trening ved hjelp av simuleringsovelser gir bedre pasientbehandling (2). Trening av akuttmedisinske team er et viktig virkemiddel for å sikre god pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling. Akuttmedisinforskriften § 4 sier at det skal gjennomføres trening i samhandling og samarbeid mellom alle ledene i den akuttmedisinske kjeden.

Vi vet at det gjennomføres lokal samtrening en rekke steder i Norge. I 2018 sa over



Veileder observerer kursdeltakere ved et fasilitatorkurs.

halvparten av norske legevakter at de hadde gjennomført en eller flere samtreninger med sine samarbeidspartnere, som regel ambulansetjenesten. Dette er basert på selvrapportering. Vi vet ikke hvor mange treninger som ble gjennomført eller kvaliteten på treningen.

første-BEST

Høsten 2019 gikk Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og stiftelsen BEST sammen for å etablere et nettverk for akuttmedisinsk samtrening utenfor sykehus. Hensikten med nettverket er å legge til rette for at flest mulig akuttmedisinske team trener regelmessig,

og at denne treningen er av god kvalitet. For å utvikle dette nettverket, har vi satt sammen en prosjektgruppe med allmennleger, sykepleiere og ambulansarbeidere med bred klinisk og pedagogisk erfaring fra Finnmark, Troms, Viken og Vestland. Prosjektet ledes av Magnus Hjortdahl, allmennlege og forsker ved NSDM. Høsten 2019 fikk vi støtte fra Helsedirektoratet og såkornmidler fra NSDM for å etablere nettverket.

Vi har tatt utgangspunkt i BEST modellen (3). BEST-modellen ble utviklet i Norge i 1997 for å sikre en bedre behandling av hardt skadde pasienter på sykehus. Hensikten med BEST var at hele teamet som deltar i behandling av pasienten også skulle delta i treningen, dette i motsetning til

medisinsk samtrening

andre akuttmedisinske kurs hvor yrkesgruppene trener hver for seg. Hensikten var å se og lære hvordan teamet jobbet sammen i tidskritiske og stressende situasjoner med fokus på samhandling, ledelse og kommunikasjon. Metoden man bruker til dette er at to fasilitatorer (veiledere) styrer en simulering (rollespill), med felles refleksjoner (debrief) i etterkant. Dette skiller seg fra ferdighetstrening, hvor man for eksempel trener på enkelte håndgrep, slik som korrekt brystkompresjon ved hjertelunge-redning. Det trenes nå BEST på de

fleste sykehus i Norge. I tillegg til traume-team, trenes det blant annet team for akutt syke barn, hjerneslag og fødsler.

I 2001 ble det laget en utgave av BEST for lokale akuttmedisinske team i distrikt, kalt kommune-BEST. I kommune-BEST ønsket man at de akuttmedisinske teamene selv gjennomførte simuleringstrening i sine egne lokaler med eget utstyr, ved hjelp av egne instruktører (såkalt in situ simulering). Ved å trene lokalt, i stedet for ved et sentralt simuleringssenter, fikk man en mer realistisk og effektiv form for trening.

Kommune-BEST modellen ble introdusert i 44 kommuner, de fleste i Nord-Norge. Lokalt helsepersonell i Alta har siden 2007 trent månedlig med denne modellen. Våren 2016 fikk BEST-miljøet i Alta Legeforeningens kvalitetspris for primærhelsetjenesten for dette arbeidet.

Våren 2020 har vi endret navn fra kommune-BEST til første-BEST for å signalisere at det ikke bare dreier som om trening av kommunens ressurser, men for alle som behandler den akutt syke og skadde utenfor sykehus.

ILLUSTRASJONSFOTO: ARNGEIR BERGE



Naturlige deltakere i et team vil være lege i vakt og sykepleier fra legevakt samt ambulansetjenesten. Også representanter fra andre nødetater, som eksempelvis politiet, kan være inkludert i teamet.

ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: ARINGEIR BERGE



Nettverket

For å støtte opp under regelmessig samtrening av god kvalitet, vil vi gjennomføre følgende:

- **Nettside.** Vi vil lage en nettside som inneholder informasjon om samtrening. Det vil være teori om simulering og debrief, praktiske tips til hvordan komme i gang og forslag til øvelser. Vi vil legge ut nyheter og lenker til nettkurs og fasilitatorkurset. Vi håper også å få til en liste over hvem som trener med kontaktinformasjon, slik at man kan kontakte hverandre for råd og inspirasjon.
- **Nettverksmøte.** Vi vil organisere et årlig nettverksmøte. Dette vil samkjøres med stiftelsen BEST sitt årlige nettverksmøte. Hensikten med nettverksmøtet er at alle som er interessert i samtrening utenfor sykehus kan samles, utveksle erfaringer og få faglig påfyll. Første nettverksmøte er planlagt i Trondheim november 2020.
- **Fasilitatorkurset.** Vi har utviklet et todagers kurs hvor deltagerne lærer hvordan

man planlegger og gjennomfører simuleringsøvelser. Kurset består for det meste av praktisk arbeid i grupper hvor man øver seg på å fasilitere simulering og debrief. Før kurset skal deltakerne gjennomføre et nettkurs, samt utvikle egne øvelser, som de får testet på kurset. Første kurs ble gjennomført i Alta i oktober 2019.

- **Nettkurset.** Vi har utviklet et nettkurs. Her vil deltakerne få en innføring i teamarbeid, ledelse og kommunikasjon (ofte kalt CRM Crisis/Crew Resource Management) og teori om simulering og debrief. Vi ønsker at nettkurset skal være fritt tilgjengelig for alle som ønsker å bruke det, uavhengig om man skal delta på Fasilitatorkurset.

- **Forskning.** Vi ønsker å støtte opp under forskning på samtrening utenfor sykehus. Det vil være interessant å undersøke: hva er effekten av trening, og hvorfor klarer noen å gjennomføre regelmessig samtrening av god kvalitet, mens andre ikke trener?

- **Formidling.** Vi ønsker også å spre motivasjon og kunnskap om samtrening. Dette vil vi gjøre ved å delta på relevante konferanser med innlegg og workshops. Vi ønsker å publisere artikler, samt skrive kronikker om nettverket. Vi vil også etablere en egen side på Facebook, hvor vi vil informere om nettverket.

Vi håper at disse virkemidlene bidrar til at flest mulig gjennomfører regelmessig samtrening av god kvalitet. Vi vil fortløpende vurdere hvilke virkemidler vi vil bruke for å nå dette målet, og tar gjerne imot forslag til nye virkemidler eller spørsmål om samtrening og nettverket.

REFERANSER

1. NOU 2015: 11 Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus
2. Brattebø G, Ersdal HL, Wisborg T. Simuleringsbasert teamtrening virker. Tidsskr Nor Lægeforen. 2019; 139(18): 10
3. best.bestnet.no

■ MAGNUS.HJORTDAHL@GMAIL.COM

Selv om det todagers lange fasilitatorkurset for det meste består av praktisk arbeid, er det også noe teoretisk undervisning.



HLR OG FØRSTEHJELP: Øvelse gjør mester

■ TERJE M. HALVORSEN • Legespesialist og direktør i Norsk førstehjelp

Befolkningen har legitime forventninger til at leger og helsepersonell har nødvendige ferdigheter innen hjerte-lunge-redning og førstehjelp. Hvor lenge siden er det du var på et førstehjelps- eller akuttmedisinkurs?

Effektiv behandling forutsetter tidlig diagnostikk og behandling. Ubehandlet eller forsinket behandling av hjerteinfarkt innebærer fare for hjerTESTANS. Hvis man starter med hjerte- og lungeredning før ambulansen kommer og gir et strømslutt med en hjerTESTARTER i løpet av de første tre til fem minuttene, øker overlevelsen opp til 75 prosent.

Det reddes 200 flere liv årlig i Danmark og 400 flere liv i Seattle enn i Norge, justert for befolkningsstørrelsen. Helsedirektoratet og Norsk Resuscitasjonsråd har uttalt at skal vi redde flere liv, så må vi:

- ❶ starte gjenoppliving på flere som har hjerTESTANS
- ❷ starte gjenoppliving tidligere hos dem som har hjerTESTANS

❸ øke kvaliteten og derved effekten på gjenopplivingen

❹ øke hjerTESTARTERBRUKEN

❺ sørge for at ambulansetjenesten starter gjenoppliving på flere

Helseminister Bent Høie startet dugnaden «sammen redder vi liv» i februar 2017. Det er et samarbeidsprosjekt mellom blant andre Helsedirektoratet, fagorganisasjoner, frivillige organisasjoner og hovedsakelig finansiert av Gjensidigestiftelsen. Målet er å lære opp befolkningen til:

- å gjenkjenne tegn ved hjerteinfarkt og hjerneslag
- å gjenkjenne tegn ved hjerTESTANS
- å gjenkjenne tegn ved alvorlige skader
- tidlig å forstå alvor og varsle 113
- å kunne utføre nødvendig livreddende førstehjelp

alle har meldt inn gjennomført praktisk trening og innmeldingen er ferdig registrert i helsepersonellregisteret.

Fordeling av 7000 gjennomførte nettkurs i akuttmedisin fordeler seg på følgende måte i forhold til yrkesgruppe:

- lege i legevakt 46,3 pst.
- lege uten legevakt 6,7 pst.
- sykepleier i legevakt 34,1 pst.
- sykepleier uten legevakt 2,5 pst.
- ambulansarbeider i legevakt 0,4 pst.
- ambulansarbeider uten legevakt 0,2 pst.
- annet yrke i legevakt 5,9 pst.
- annen rolle utenfor legevakt 4,0 pst.

Utplassering av hjerTESTARTERE

70 prosent av legevaktene har defibrillator som de kan ta med seg ved utrykning og legebesøk. Det foreligger ingen oversikt over hvilke legekontorer i Norge som har hjerTESTARTER, ei heller over vedlikeholdet av disse. I henhold til arbeidsmiljøloven og Forskrift om elektromedisinsk utstyr skal alle ha et dokumenterbart vedlikeholdssystem for hjerTESTARTEREN.

Det er registrert ca. 8500 hjerTESTARTERE i det offentlige hjerTESTARTERREGISTERET 113.no. I registeret er det blant annet opplysninger om type hjerTESTARTER, varighet av elektroder og batteri, hvor den er lokalisert og tilgjengelighet. Det anbefales at alle som har hjerTESTARTER registrerer enheten i 113.no. HjerTESTARTEREN vil også være synlig i appen Hjelp 113 til Norsk Luftambulanse. Denne appen bør alle ha, denne viser også koordinatene hvor innringer er.

Hva gjør du ved en akutt alvorlig hendelse?

Huskeliste

- ❶ Tidlig forstått faresignal og alarm for å hindre hjerTESTANS
- ❷ Tidlig hjerte- og lungeredning for å vinne tid
- ❸ Tidlig bruk av hjerTESTARTER for å starte hjerTEST
- ❹ Medisinsk etterbehandling for å bevare god livskvalitet

HJERTESTANS – TALL OG TRENDER

- Om lag 3000 nordmenn får årlig hjerTESTANS utenfor sykehus, av disse dør rundt 2500
- Til sammenlikning dør ca. 30 personer i brann, 100 personer ved drukning og drøye 100 personer i trafikken
- HjerTESTANS rammer 15 000 og hjerneslag 11 000 personer hvert år
- For hvert minutt som går uten at det startes hjerte- og lungeredning, reduseres sannsynligheten for å overleve en hjerTESTANS med 10 prosent
- 70 prosent av hjerTESTANSERNE skjer i hjemmsituasjonen



Hvilken kompetanse har leger og helsepersonell?

Det er krav til førstehjelpsopplæring i videre- og etterutdanningen i allmennmedisin. Det er også opprettet en spesialitet i akuttmedisin, og de første spesialistene er godkjent.

Tall fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin viser at nettkurs i akuttmedisin for legevaktspersonell er bestått av drøye 7000 helsepersonell. Etter bestått teoridel skal det gjennomføres praktisk trening. Dette gjøres vanligvis i kommunen hvor helsepersonellet har sitt daglige virke. Man antar at alle som har gjennomført nettkurset også tar den praktiske treningen. Imidlertid anslår Nasjonalt senter for distriktsmedisin at ca. 50 prosent har gjennomført den praktiske treningen – dette ut fra opplysninger innhentet fra kommunelegekontorer. Det relativt lave andelen som har gjennomført praktisk trening kan ha sin bakgrunn i at det tar tid før



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Utdypning av pkt. 1-4

❶ Tidlig forstått faresignal

- a. Et typisk symptom for hjerteinfarkt er akutte smerter i brystet, som kan stråle til venstre arm og/eller opp i halsen. Men også smerter i brystet som stråler til ryggen/mellom skulderbladene eller ned i magen kan være relatert til et hjerteinfarkt. Blodpropp i lungene eller utposning av hovedpulsåren vil også gi akutte smerter i brystet. Et typisk symptom for hjerneslag er akutt hodepine, ofte kraftig og klemmende. Kvalme (ev. med oppkast) og svimmelhet kan høre med, men det er ingen betingelse. Lammelse i ansiktet (skjev i ansiktet, klarer ikke å smile), uklar tale, akutt redusert syn eller hørsel er tegn på hjerneslag. Lammelse i arm eller ben er også tegn på hjerneslag, det vil si at du ikke klarer å løfte arm eller ben.
- b. Ved alle ovennevnte symptomer, ring 113!

❷ Tidlig hjerte- og lungeredning

- a. Når en person faller om, eller du finner en person som har falt om, så sjekk bevisstheten. Dette gjør du ved å rope til vedkommende, slå med håndflaten i ansiktet, riste i personen eller klype i brystet. Hvis vedkommende ikke reagerer på dette, så rop etter hjelp og ring 113.
- b. Undersøk om personen puster ved å legge øret ditt ned mot munnen til personen, hør om vedkommende puster. Kjenn også etter pust mot kinnet ditt –

og se etter om brystkassen til personen hever og senker seg.

- c. Hvis personen ikke puster, så sjekk om det er frie luftveier. Dvs. om det er et fremmedlegeme i svelget som hindrer at personen puster, eller om det er tungebasis som blokkerer luftveiene (bøy i så fall hodet bakover).
- d. Hvis personen ikke puster, så start med hjertekompresjoner. Plasser hendene midt mellom armhulene, trykk ned fem til seks centimeter hos voksne, frekvensen skal være hundre kompresjoner per minutt. Innblåsinger gjøres med munn-til-munn metoden, med hodet bøyd bakover (for å sikre frie luftveier), tommel og pekefinger klemmer igjen nesen til personen. Hjertekompresjoner og innblåsinger gjøres i forholdet 30:2.

❸ Tidlig bruk av hjertestarter.

- a. Har du hjertestarter: koble denne opp så raskt som mulig. Denne vil automatisk analysere om det er en sjokkbar rytme, lade opp og gi hjertet et strømstøt når det er grunnlag for det. Dagens anbefalte

halvautomatiske hjertestartere veileder deg i hjerte- og lungeredning og bruk av hjertestarteren.

- ❹ Medisinsk etterbehandling er den behandlingen som gjøres etter at ambulansen har kommet og videre behandling på sykehus.

Folk har forventninger

Befolkningen forventer at en lege kan yte førstehjelp. Samtidig er det å ha ferdigheter innen praktisk førstehjelp på linje med fysisk aktivitet; det er «ferskvare». Skal legene være gode på å yte førstehjelp, så må man trene regelmessig.

Jeg oppfordrer alle leger til å delta på årlig førstehjelpskurs for å trene på hjerte- og lungeredning, håndtere alvorlige skader og bruk av hjertestarter.

For mer informasjon:
se www.norskforstehjelp.no

■ TE-HALV4@ONLINE.NO



– I pasientens historier ligger

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

– Det pasientene er opptatt av er alltid relevant – det har preget dem på en eller annen måte. Vi kan ikke bestemme hva som er viktig for pasientene, sier fastlege Marianne Rønneberg.

En dag opplevde fastlege Marianne Rønneberg at den eldre pasienten, like før konsultasjonen var over, uoppfordret fortalte om en svært belastende hendelse i livet sitt. Da så den erfarne fastlegen med et annet blikk på de mange plagene den gamle damen hadde slitt med i årevis.

– Ofte kommer det frem voldsomme, vanskelige, triste barndomserfaringer som har bidratt til langvarig stress som har gjort dem syke. Derfor kan det være en lettelse for pasientene å få en forståelse for at de ikke har gjort noe galt, men er blitt dypt preget av livets omstendigheter. Dette er viktig for oss fastleger å formidle. Det er en reise vi må ta sammen med pasientene og som vi må bruke tid på, sier Marianne Rønneberg, fastlege ved Tingvoll legesenter på Nordmøre.

Anerkjennelse

I doktorgradsprosjektet sitt undersøker hun hvordan fastlegene jobber med pasienters livshistorier i klinisk praksis. Hun har blant annet gjennomført tre fokusgruppeintervju med i alt 18 fastleger fra Midt-Norge.

– Vi mennesker er både biologi og erfaringer. Mange tenker at det å ha hatt et vanskelig liv henger sammen med psykisk sykdom. Bøygen ligger kanskje i å anerkjenne at dette også gjelder somatiske sykdommer. Vi må ha med den konteksten vi er i fordi den er relevant for helsen vår, sier Rønneberg, som er stipendiat ved Allmennmedisinsk forskningsenhet på NTNU.

Eksistens

Da hun begynte på medisinstudiet, trodde hun det ville bli store diskusjoner om eksistens, om hva et menneske er.

– Men det ble veldig naturvitenskapelig, og bare det. Jeg følte at mennesket forsvant. Narrativ medisin var ikke noe jeg lærte da



– Det kan være en lettelse for pasientene å få en forståelse for at de ikke har gjort noe galt, men er blitt ofre for ulike omstendigheter. Dette er viktig for oss fastleger å formidle, sier fastlege Marianne Rønneberg. Her fra forskningsdagen under Nidaroskongressen. FOTO: LISBETH NILSEN

jeg studerte og er en kunnskap jeg har brukt tid på å tilegne meg. For meg har mange brikker falt på plass. Når jeg først har fått denne innsikten, blir det veldig vanskelig å ikke bruke den.

Narrativ medisin handler om pasientenes historier, og narrativ kommer fra det latinske ordet narrare, som betyr å fortelle.

– Vi er vant til å tenke naturvitenskapelig, at ting skal objektiviseres, at ulikhetene skal tas bort, mens humanistisk tankegang legger mer vekt på det unike. Narrativ medisin, slik jeg ser det, kan bidra til å bygge en bro mellom en naturvitenskapelig og en humanistisk tilnærming til mennesket. Mens naturvitenskapen med fysiologiske mekanismer og kvantitative studier forklarer sammenhenger, handler kvalitativ forskning om å forstå fenomener. Kvalitativ forskning gir innblikk i erfaringer og opplevd mening og belyser dermed andre perspektiver som utfyller naturvitenskapen, sier Rønneberg.

Evidens

Hun viser til at det i dag finnes mye evidens, helt ned på cellenivå, for sammenhenger mellom livserfaringer og helse.

– Hjernens utvikling påvirkes. Hormoner, nervesystem og immunforsvar påvirkes av både gode og vonde livserfaringer. Og det kommer stadig nye studier, som utvider vår kunnskap om disse sammenhengene.

Den første banebrytende studien, *Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*, ble publisert i 1998.

– Den viste en slående, lineær sammenheng: Jo flere negative hendelser et barn utsettes for, dess flere sykdommer får det i voksen alder. Slik blir belastende barndomserfaringer en risikofaktor for sykdom.

I en norsk studie publisert i 2015, med data fra HUNT, fikk deltagerne ett spørsmål om hvordan de ville beskrive barndommen sin – som veldig god, god, gjennomsnittlig, vanskelig eller veldig vanskelig. De som rapporterte om en vanskelig barndom, hadde en overhyppighet av 19 av 21 sykdommer eller lidelser.

I Rønnebergs pågående prosjekt stiller en del av de deltakende legene spørsmål ved dokumentasjonen på sammenhengen mellom livshendelser og helse.

– Kanskje noen leger synes dette er vanskelig fordi de møter seg selv – sammen-

et potensial til helbredelse

hengen mellom livserfaringer og helse gjelder jo oss alle. Og vi er nok ulike når det gjelder å romme andres erfaringer. Det krever mer av oss å tåle tunge historier, men det gjør også jobben vår mer meningsfylt, sier Rønneberg.

Skam

Hun forteller at mange pasienter bærer på mye skam knyttet til sykdom og lidelse.

– Pasientenes historier er veldig viktig for å forstå pasientenes helseplager, og det er veldig viktig for pasientene at de får forståelsen for at livserfaringer og helse henger sammen. For mange handler det mye om skam – at det er skamfullt å være mye syk, at de har gjort noe feil, at de har sprunget for lite.

– Hva opplever pasientene når de får denne kunnskapen?

– Det er en lettelse for dem. Mange har et kaos inne i seg, og vi vet at å finne språk for å forklare følelser gjør det lettere å håndtere dem. Det er mange hverdagshelter blant pasientene mine, og jeg får enorm respekt for dem og det de står i – at de lever livene sine til tross for det de har opplevd.

– Er det vanskelig å få dem til å snakke om det?

– Både ja og nei. Jeg har vært fastlege siden 2002, så nå har jeg et større begrepsapparat som gjør det lettere å følge pasientene inn på sporet om at livserfaringer har

Fastlege Marianne Rønneberg lener seg gjerne til kunnskapen hun har om narrativ medisin, om pasienters livshistorier. – For meg har mange brikker falt på plass. Når jeg først har fått denne kunnskapen, blir det veldig vanskelig å ikke bruke den. FOTO: LISBETH NILSEN

betydning. Når vi over tid utvikler tillit, kommer historiene lettere. Ofte kommer historiene nokså spontant, og jeg tror mange allmennleger møter disse historiene, selv om de ikke har akkurat denne kunnskapen jeg her har snakket om, eller ikke har satt den i system.

– Når bruker du kunnskapen om narrativ medisin, slik du har beskrevet den?

– Det kan være nyttig de gangene jeg ikke forstår hvorfor de sier det de sier og gjør det de gjør. De kan ofte være sinte og engstelige fordi de forventer at jeg skal avise dem. Og hvis jeg da er nølende, tar de det som tegn på avvisning.

– Hvor tidkrevende er det å gå inn i pasienters livshistorier?

– Det kan i utgangspunktet ta tid å slippe frem historiene, samtidig tenker jeg det kan spare tid på sikt. Både pasient og lege får innsikt i sammenhenger ingen av oss har tenkt på tidligere. I pasientens historier ligger dermed et potensial for lindring og helbredelse, mener den erfarne fastlegen og legger til:

– Men jeg forstår at kolleger kan synes det er voldsomt, og det er en veldig forskjellig tilnærming enn den naturvitenskapelige tankegangen vi har lært.

Relevans

«Takk, det vi snakket om fikk en betydning for meg». Det er en kommentar Marianne Rønneberg har fått fra pasienter.

– Hvor viktig er det fra et fastlege-ståsted å få frem pasienters historie?

– Det er jo dette medisinen handler om, å være interessert i hele mennesket. Det pasientene er opptatt av er alltid relevant – det har preget dem på en eller annen måte. Vi kan ikke bestemme hva som er viktig for pasientene.

– Historier er den måten vi forstår verden på, det er sånn vi strukturerer erfaringene våre. John Launer, som har skrevet en av de sentrale bøkene innen narrativ medisin, sier noe klokt: «Pasientene kan jo ikke vite om de kommer med en historie som er

BOKTIPS

Dette er Marianne Rønneberg sine fagboktips:

- Rita Sharon Narrative Medicine: *Honoring the Stories of Illness*
- John Launer: *Narrative-Based Practice in Health and Social Care: Conversations Inviting Change*
- Anna Luise Kirkengen og Ana Brandzæg Næss: *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*
- Edvin Schei: *Lytt. Legerolle og kommunikasjon*

medisinsk relevant». Som leger må vi, sammen med pasientene, finne ut av det. Derfor kan vi ikke bare spørre om hvilke plager de har i dag, vi må finne andre inn ganger inn til historiene.

Avmakt

I neste prosjekt vil hun se om det finnes en måte som raskere gir tilgang til historier som har betydning for pasientene.

– Vi vil invitere pasienter til å skrive brev til fastlegen sin om erfaringer de skulle ønske at fastlegene visste noe om, erfaringer som de tror er relevant for legen å kjenne til. Det er allerede fastleger i Trondheim som bruker slik brevskriving og som synes det er nyttig.

– Tror du leger er redde for å åpne opp for pasientenes livshistorier?

– Det handler litt om å avklare forventninger til seg selv. Vi kan ikke løse alle problemene. Da jeg var turnuslege i distrikt, møtte jeg mange pasienter som bodde på asylmottak. Jeg følte en enorm avmakt i møtet med forferdelige historier. Mye av avmakten dreide seg om det jeg ikke kunne hjelpe dem med. En klok kollega på nabokontoret sa til meg: «Du skal bare sitte og høre hele historien».

Vi kan sitte og romme, vi kan tåle å ta imot. Det er ofte nok.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Lenke til ACE-studien: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/fulltext)
Lenke til HUNT-studien: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4472345/>

Smitteverntiltak ved påvist EHEC

■ HELENA NIEMI EIDE • Lege, avdeling smittevern og beredskap, Folkehelseinstituttet

Den tarmpatogene enterohemorragiske *Escherichia coli* (EHEC) kan gi alt fra et mildt forløp til svært alvorlig sykdom med nyresvikt. Det finnes stadig bedre tester som påviser flere tilfeller. Dette skal følges opp med smitteverntiltak som er en utfordring for folkehelsearbeidet.

EHEC er en undergruppe av *Escherichia coli* som kan gi tarmbetennelse hos mennesker. Ulike serotyper av bakterien har ulike «O» og «H» antigener, og den mest kjente serotypen er O157.

Reservoaret for bakterien er drøvtyggere. Smittemåten er fekal-oral, og personer smittes oftest gjennom kontaminert mat/vann eller ved kontakt med dyreavføring. Person til person-smitte forekommer og ses spesielt hos nærkontakter til bleiebarn. Inkubasjonstiden angis å være 2–14 dager, men er ofte tre til fire dager. Symptomene er vanligvis magesmerter, sykdomsfølelse og diaré, av og til med blod (1).

EHEC har ulike shigatoksin(*stx*)-gener, og bakterien kan klassifiseres som høyvirulent eller lavvirulent avhengig av hvilken subtype av shigatoksin-gen den bærer. Høyvirulente EHEC kan gi hemolytisk uremisk syndrom (HUS). Mistanke om høyvirulent EHEC medfører at smitteverntiltak bør iverksettes. Lavvirulente EHEC produserer derimot ikke shigatoksiner som er forbundet med utvikling av HUS, og følges opp som enhver annen diaré av ukjent årsak. Stammer som produserer Shigatoksin 2 (*stx2*) er i større grad assosiert med utvikling av HUS enn de som produserer Shigatoksin 1 (*stx1*). I Norge er shigatoksin-subtypen *stx2a* hyppigst assosiert med HUS (2). Av andre virulensfaktorer er adhesionsfaktoren intimin, kodet for av *eae*-genet, ofte til stede hos høyvirulente EHEC.

Påvisning av EHEC og eventuelt foreløpig karakterisering av shigatoksin-gener gjøres ved primærlaboratoriet, mens endelig karakterisering av EHEC som høy- eller lavvirulent gjøres ved Nasjonalt referanselaboratorium for enteropatoogene bakterier ved Folkehelseinstituttet.

HUS – En fryktet nyresykdom

HUS er en sjelden komplikasjon av EHEC og kjennetegnes av hemolytisk anemi, trombocytopeni og akutt nyresvikt. Denne alvorlige nyresykdommen ses vanligvis hos barn og eldre. Dødeligheten hos barn med HUS er tre til fem prosent, og ca. ti prosent av barn som har gjennomgått EHEC-assosiert HUS utvikler kronisk nyresvikt. Hos eldre i sykehjem er utbrudd med EHEC assosiert med høy dødelighet, delvis uavhengig av HUS (1).

Tilfeller av EHEC i Norge

Norge er et av landene i verden med høyest forekomst av EHEC, og det oppdages jevnlig mindre utbrudd forårsaket av bakterien. Et av de største nasjonale utbruddene var i 2006 med EHEC serogruppe O103 og totalt 17 tilfeller, hvorav ti utviklet hemolytisk uremisk syndrom. Ett av barna døde, og morrpølser fra Gilde ble utpekt som smittekilde.

Det har vært en tydelig økning i antall rapporterte EHEC-infeksjoner de siste årene. I 2010 ble det meldt om 54 tilfeller av EHEC i Norge, mens det i 2019 ble meldt

nær 500 tilfeller. Om lag halvparten av disse tilfellene er høyvirulente og medfører iverksettelse av smitteverntiltak. Antallet tilfeller av HUS har i denne perioden vært stabilt på mellom 5–15 tilfeller årlig. Halvparten av EHEC-tilfellene er smittet utenlands, mens de øvrige har mistenkt smittested i Norge.

Økningen i antallet tilfeller av EHEC i Norge de siste årene kan skyldes bedre diagnostikk. Flere av de store laboratoriene har innført multiplex PCR-screening, der blant annet PCR for EHEC inngår i den rutinemessige primærdiagnostikken for tarmpatogene agens. Det betyr at langt flere avføringsprøver nå blir screenet for EHEC, i motsetning til tidligere da EHEC-diagnostikk primært ble iverksatt på grunn av klinisk mistanke. Ved laboratoriene der man ikke har innført multiplex-PCR screening, har trolig PCR-analysene for EHEC også blitt mer sensitive, slik at også de påviser flere tilfeller enn tidligere. I tillegg er det trolig økt testing av avføringsprøver, og dermed flere som får påvist EHEC.

Hva gjør Folkehelseinstituttet?

Ved Nasjonalt referanselaboratorium for enteropatoogene bakterier ved Folkehelseinstituttet bestemmes endelig subtype av EHEC og om det er en høyvirulent eller lavvirulent subtype. Helgenomsekvensering (WGS, whole genome sequencing) gjøres på alle isolatene som kommer inn,

Oversikt over personer som kan representere økt risiko for videre spredning (smittefaregrupper).

Gruppe 1:	Personer som produserer, viderefører, tilbereder eller serverer mat (inkl. ansatte i næringsmiddelvirksomhet, serveringssteder og ansatte i barnehager og institusjoner med slikt ansvar) og som kommer i direkte eller indirekte kontakt med næringsmidler som skal spises rå eller uten ytterligere oppvarming
Gruppe 2:	Helsepersonell som har direkte kontakt (inkl. servering av mat) med pasienter som er særlig utsatt for infeksjonssykdommer eller for hvem infeksjoner vil kunne ha særlig alvorlige konsekvenser f.eks. premature barn, pasienter ved intensivavdeling o.l.
Gruppe 3:	Barn i førskolealder som er i institusjoner (inkl. barnehager).
Gruppe 4:	Personer som av ulike grunner vil ha problemer med å kunne ivareta en tilfredsstillende personlig hygiene.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

og kan også avklare om bakteriestammen er sett tidligere i Norge eller ikke. Folkehelseinstituttet anmoder Mattilsynet om å bistå med intervjuer av tilfeller med bekreftet høyvirulent EHEC der det er mistanke om smitte i Norge. Dette er viktig i utbruddsetterforskning, men også ved enkelttilfeller, slik at man kan sammenligne resultater fra sporadiske tilfeller som kommer over tid der man mistenker én felles smittekilde. Når Folkehelseinstituttet får meldt et tilfelle av EHEC til Meldingssytem for smittsomme sykdommer (MSIS), kontaktes kommuneoverlegen for å sikre at smitteverntiltak er iverksatt.

Oppfølging av høyvirulente EHEC

Ved påvisning av *Stx2/stx2* i avføringsprøve fra en pasient, eller ved blodig diaré og påvisning av *Stx1/stx1* i avføringsprøve fra et barn ≤ 5 år, regnes bakterien som mistenkt høyvirulent, og smitteverntiltak bør igangsettes inntil eventuelt svar på subtyping foreligger.

Siden EHEC kan smitte direkte fra person til person gjennom forurensede hender og den infeksjose dosen er svært lav, vil ethvert tilfelle av mistenkt eller bekreftet høyvirulent EHEC følges opp for å forhindre videre smittespredning. Ved mistenkt høyvirulent EHEC bør kommuneoverlegen avklare om pasienten eller personer i husstanden jobber med matlaging, i barnehage eller med utsatte pasienter, eller om det dreier seg om et barn som går i barnehage. Dersom det er slike smittefaregrupper i husstanden, bør de tas ut av arbeidet/

barnehagen til de har et visst antall negative kontrollprøver (3), eller til EHEC-infeksjonen subtypes til å være lavvirulent.

Kommuneoverlegen bør også avklare om det er mistanke om smitte i Norge eller i utlandet, og dette er med på å avgjøre hvorvidt det er behov for å be om intervju av personene for å avdekke smittekilde (1).

Forskjell på PCR og dyrkning

PCR kan påvise gener som koder for shiga toksiner direkte i fæces. Prøven er svært sensitiv, og det er ikke alltid man vil kunne få dyrket frem EHEC-bakterien, noe som er nødvendig for endelig subtyping og avklaring av om bakterien er høyvirulent eller ikke. En prøve som er positiv for EHEC ved PCR, men negativ ved dyrkning, vil bli stående som mistenkt høyvirulent EHEC, fordi man ikke vil få avklart subtype.

Tilfeller med mistenkt høyvirulent EHEC bør likevel få de samme smittevern rådene som ved høyvirulente EHEC, som innebærer at personer i risikogrupper bør tas ut fra jobb og barnehage inntil de er symptomfrie og har tre negative kontrollprøver. Dersom alle de tre kontrollprøvene fortsatt er PCR-positive, men dyrkningsnegative, diskuteres det nå om personen kan returnere til jobb eller barnehage så lenge råd om skjerpet håndhygiene gis. Frem til nå har disse personene blitt holdt hjemme ved vedvarende PCR-positive funn. Informasjon om oppfølging oppdateres fortløpende i smittevernveilederens kapittel «Kontroll og oppfølging av pasienter med tarminfeksjoner».

Langvarige smitteverntiltak kan være belastende

Smitteverntiltakene kan utgjøre en betydelig belastning for pasientene og familiene deres, og spesielt kan langvarig fravær fra jobb eller barnehage være vanskelig for enkelte. Personer som er hjemme fra jobb på grunn av smittevernhensyn har rett på sykepenger, og foreldre til barn som må holdes hjemme har rett til pleiepenger etter folketrygdlovens § 9-10. Ved tilfeller av høyvirulent EHEC og langvarig dyrkningspositive prøver, er det viktig å informere pasienten godt om hvorfor tiltakene iverksettes, og at de fleste vil bli dyrkningsnegative etter noen uker. Ved langvarig dyrkningspositive prøver (over tre måneder), kan det gjøres en individuell vurdering omkring oppheving av smitteverntiltakene i samarbeid med Folkehelseinstituttet.

REFERANSER

1. FHI. E. coli-enteritt (inkludert EHEC-infeksjon og HUS) – veileder for helsepersonell. Smittevernveilederen 2020; Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/e-coli-enteritt-inkludert-ehc-inf/>.
2. Brandal, L.T., et al., Shiga toxin-producing escherichia coli infections in Norway, 1992-2012: characterization of isolates and identification of risk factors for haemolytic uremic syndrome. BMC infectious diseases, 2015. 15: p. 324-324.
3. FHI. Kontroll og oppfølging av pasienter med tarminfeksjoner. 2020; Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/tema-kapitler/19-kontroll-og-oppfolging-av-pasie/>.

■ HELENA.NIEMI.EIDE@FHI.NO



Norge i helsetoppen

■ KNUt BERGLUND • Seniorrådgiver i Helsedirektoratet

Norge har et av verdens aller beste helsevesen. Det viser OECD-rapporten *Health at a Glance* som ble lagt frem i Helsedirektoratet 8. november 2019. Samtidig viser rapporten at det er områder hvor vi trenger å forbedre oss.

Den 8. november 2019 var Helsedirektoratet og Helsedirektør Bjørn Guldvog vertskap for offentliggjøringen av *Health at a Glance 2019*. Helseminister Bent Høie åpnet konferansen og ønsket alle velkommen til halvdagsseminaret. Helseministeren tok spesielt opp betydningen av *Health at a Glance*-rapporten og viktigheten av at Norge kan sammenligne sine helsetjenester med andre OECD land.

Health at a Glance

Health at a Glance er en rapportserie fra OECD som utgis annethvert år. Rapportene gir et oversiktsbilde over befolkningens helsetilstand og helsetjeneste ved hjelp av ulike indikatorer for samtlige OECD-land. OECD-rapporten fra 2019 inneholder sammenliknbare data fra 35 OECD-land, basert på de nyeste tilgjengelige data fra 2017 og 2018. Formålet med rapporten er å gjøre informasjonen lettere tilgjengelig for et bredere publikum og bidra til debatt om kvalitet og ressurser i helsetjenesten. Noen utfordringer i forhold til sammenlignbarhet er at OECD-landene varierer med hensyn til befolkningssammensetning, finansiering og organisering av helsetjenester, samt at de har ulike måter å registrere og rapportere data på.

Helsetilstanden i Norge er god

Lederen for helsedivisjonen i OECD, Francesca Colombo, presenterte funnene fra Norge og øvrige OECD land. Hennes konklusjon var at helsetilstanden er god i Norge, og at Norge har en velfungerende og tilgjengelig helsetjeneste. Men at helsetjenesten i Norge bør bli bedre på å endre seg i takt med endring i sykdommenes natur.

Konkret innebærer dette at vi bør i større grad prioritere forebygging og primærhelsetjenester enn det vi gjør i dag, og at vi legger til rette for at helsearbeiderne kan til egne seg ny kompetanse som i større grad er tilpasset befolkningens behov. I tillegg konkluderte Francesca Colombo med at

Norge er god. Vi har høy forventet levealder, god helse og lav dødelighet etter hjerteinfarkt og slag. Av rapporten fremgår det tydelig at Norge er blant de landene i verden som bruker mest midler på helse pr. innbygger. Norge gjør det da også bra på pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Samtidig viser rapporten at vi bør bli mer opptatt av å forebygge før sykdom inntreffer, og komme tidlig til med pasientnære primærhelsetjenester for å hindre at sykdom utvikler seg.

Helsedirektoratet hadde også invitert professor Jon Magnussen, NTNU, og leder for fagstyret i legeforeningen Cecilie Risøe, til å kommentere funnene i rapporten. Magnussen konkluderte med at det var få ting å lære av OECD rapporten og etterlyste muligheten til å dykke dypere enn de deskriptive sammenligningene som det blir fremstilt i OECD rapportene. Men selv om *Health at a Glance*-rapporten gav Magnussen få svar, gav rapporten desto mer inspirasjon. Risøe konkluderte også med at *Health at a Glance*-rapporten først og fremst gav interessante hypoteser.

Nordmenn har generelt gode helsevaner

Health at a Glance-rapporten viser at nordmenns helsevaner generelt sett er gode, og sammenlignet med gjennomsnittet i OECD-landene har vi lavere forbruk av tobakk og alkohol. Selv om vi stadig blir flinkere til å spise frukt og grønt, viser tallene fra OECD at vi fortsatt ligger under

gjennomsnittet for OECD. På den annen side er mange nordmenn fysisk aktive, og vi ligger under gjennomsnittet for selvrapportert sykkelig overvekt sammenlignet med øvrige OECD-land. For flere kreftformer, som akutt leukemi hos barn eller brystkreft, er Norge blant de landene som har lavest dødelighet.





Norge bruker mye ressurser på helse og omsorg

Norge har en høyere andel av helseutgifter til pleie og omsorg, tett fulgt av de andre nordiske landene. Samtidig er det færre sengeplasser innen eldreomsorg enn de andre nordiske landene og gjennomsnittet i OECD. Norge er også blant de land som har høyest andel leger og sykepleiere. Forbruk av tjenester i primærhelsetjenesten er høyt når man ser på legebesøk, befolkningen konsulterer lege oftere enn befolkningen i andre land. Norge bruker en mindre andel på primærhelsetjenester sammenlignet med andre OECD land det er naturlig å sammenligne seg med.

Hva er det verdt å se nærmere på i Norge?

Pasienter med alvorlige psykiatriske diagnoser har også flere ganger høyere dødelighet enn resten av befolkningen, også sammenlignet med tilsvarende pasienter i andre OECD-land. Forekomst av kreft er høy, og dødeligheten for tarmkreft høyere enn i de fleste OECD-landene.

Er det tegn på sosial ulikhet i helse?

Norge er det OECD-landet med best tilgang til offentlige helsetjenester. Norge ligger også lavt på andel som oppgir ikke å oppsøke lege som følge av økonomi. Selv om helsetjenesten i Norge i høy grad er offentlig finansiert, er det en trend at stadig flere kjøper tilleggsforsikringer. Private helseforsikringer gjennom arbeidsgiver og for de med høy inntekt kan bidra til økende sosial ulikhet i helse. Ser vi på hvem i befolkningen som deltar i screeningsprogrammet for livmorhalskreft, viser HaG rapporten en sosial gradient, der det er 30 prosentpoeng som skiller de med lavest og høyest inntekt.

Nordmenn har høyt opioidforbruk og mange opioidrelaterte dødsfall.

HaG 2019 viser at Norge ligger høyere enn OECD på tilgjengelighet av smertestillende opioider (DDD/million innbyggere pr. dag) og har høyere andel opioid-relaterte

dødsfall (opioid relaterte dødsfall pr. million innbyggere) enn OECD-gjennomsnittet.

Norge har for mange som tar sitt eget liv

Et annet område hvor Norge skiller seg ut i negativ retning, er i antall selvmord. – Selv om vi ikke ligger veldig mye under gjennomsnittet for OECD, er det likevel et område som vi bør se nærmere på og stille oss spørsmålet om vi gjør de riktige tingene for å forebygge selvmord.

PaRIS kommer til Norge

På konferansen snakket både Francesca Colombo og Øyvind Bjertnæs fra FHI om Paris (Patient-Reported Indicator Survey). PaRIS er OECD framtidige målesystem for brukeropplevd kvalitet.

Folkehelseinstituttet er nasjonal prosjektleder («National Project Manager») for første fase av PaRIS i Norge (2019–20), og støtter HOD i Norges samarbeid med OECD. De første par årene vil OECD utvikle, teste og validere undersøkelsen, deretter er planen at første hovedundersøkelse skal gjennomføres i perioden 2021–2023 for de landene som velger å delta. Undersøkelsen vil være så standardisert som mulig, men det vil være tett dialog mellom OECD/ internasjonal surveyansvarlig og hvert land for å tilpasse opplegget slik at det kan gjennomføres på en god måte i det enkelte land.

OECD samarbeider med deltakerlandene om PaRIS-undersøkelsen. Utgangspunktet for undersøkelsen er at personer med kroniske lidelser utgjør en stor og økende brukergruppe, og at det finnes lite systematisk kunnskap om deres helsetjenesteerfaringer, samt hvordan helsetjenestene bidrar til den helserelaterte livskvaliteten for denne gruppen. OECD arbeider derfor for å utvikle og validere et standardisert spørreskjema og innsamlingsopplegg for å måle erfaringene og den helserelaterte livskvaliteten til personer med kroniske lidelser i OECD landene, som grunnlag for måling, sammenligning, læring og forbedring.

Målet er å få en bred kartlegging av erfa-

ringene og den helserelaterte livskvaliteten til personer med kroniske lidelser, hvilket betyr at kartleggingen skal dekke erfaringene med allmennlegetjenesten/fastleger, andre relevante aktører i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, samt samhandling og koordinering både innad og mellom nivåer. Etter planen skal pasientutvalget trekkes fra innbyggerlisten til allmennleger/fastleger, og i Norge er det aktuelt å bruke Fastlegeregisteret/KUHR. Undersøkelsen skal gi landsrepresentative resultater, men OECD legger til grunn at utvalgene skal dimensjoneres slik at de også gir robuste tall for den enkelte allmennlege/fastlege. Resultatene på legnivå skal kun formidles tilbake til den enkelte lege (inkludert referansemateriale som nasjonalt snitt), som grunnlag for læring, bruk og forbedring lokalt. OECDs datamateriale vil være anonymt og aggregert, og vil bli brukt til nasjonale og internasjonale målinger, analyser og forskning. Pasientundersøkelsen vil bli supplert med en egen kort undersøkelse blant allmennleger/fastleger, blant annet om organisatoriske forhold. Målet med tilleggsundersøkelsen er at OECD skal kunne undersøke hvilke individuelle og organisatoriske faktorer som påvirker resultatene, og det på ulike nivåer i et flernivådesign.

PaRIS vil gi nyttig informasjon til alle nivåer av helse- og omsorgstjenesten om erfaringene og den helserelaterte livskvaliteten til personer med kroniske lidelser, inkludert til den enkelte allmennlege/fastlege. Det vil trekkes et utvalg av fastleger i Norge til OECDs prosjekt, men spørreskjemaet vil være fritt tilgjengelig for alle fastleger (og andre) som ønsker å bruke det.

Vi konkluderer med at OECDs sammenligninger sammenfattet i *Health at a Glance*-rapportene er interessante og inspirerende, og at *Health at a Glance*-rapportene definitivt bidrar til økt fokus både på ressursbruk og enkelte utfordringsområder i helsetjenesten som det er vel verdt å se nærmere på.

■ KNUT.BERGLUND@HELSEDIR.NO

Sykeliggjøring – et individperspektiv

■ EIVIND MELAND

Fastlegevikar og professor emeritus Universitetet i Bergen

■ INE MARLEN BAUG JOHNSEN

Psykolog ved Nevropsykologisk Tverrfaglig Helsetjeneste Vest

■ AKSEL TVERÅMO

Fastlege i Bergen kommune

Vi bruker begrepet medikalisering om prosesser på samfunnsnivå som omdefinierer sosiale og individuelle livsproblemer til medisinske kategorier og diagnoser. Artikkelen drøfter individets møte med den diagnostiske og terapeutiske kultur og interaksjonen mellom helsevesenet og enkeltmennesket i det postmoderne samfunn. Det er dette møtet som kan preges av sykelliggjøring. Vi stiller spørsmålet om vi er hjelpere eller medskyldige og prøver å finne alternativer til sykelliggjøringen.

I en tidligere artikkel har vi gjengitt historien om en ung, voksen mann preget av mestringsvikt – av møter med en diagnostiserende kultur fra barnehagealder og til tidlig voksen alder, og av relasjonstap og sosiale vansker. Naturlige menneskelige reaksjoner på livsutfordringer blir omdefinert som individuell lidelse, angst og depresjon (1). Bruk av diagnostiske verktøy basert på symptomkriterier er en viktig del av denne omdefineringen. Historien gir et innblikk i en tankegang med overdreven tro på at terapeuter, støttetiltak og velferdstiltak kan endre prognosen og ervervsevnen hos den unge mannen.

Individet i møte med kulturen

Helseprofesjonene forvalter i dagens samfunn en allmenn godkjent definisjonsmakt med diagnosesystemet som verktøy. Diagnosene i seg selv kan utløse sykdomsopplevelse og forsterke identitet hos klientene som forsterker lidelsene. Klientens livsproblemer blir ofte et mindre problem enn forventningene om at livet skal være uten slik lidelse. Kravet om at tristhet og engstelse skal utryddes representerer kulturelt formidlede forventninger som ofte forsterker de unges problemer (2, 3).

De unge opplever at samfunnet sin omsorg og aksept er betinget av at du enten klarer deg og har ervervsevne, eller du er kvalitativt forskjellig fra dem som mestrer

dette. De må godta at de blir definert som syk for at de skal beholde sin verdighet både sosialt og økonomisk.

I gapet mellom velmente utopier og individers mestringssevne oppstår svikt, stigma, selvstigma og i mange tilfeller redusert funksjons- og ervervsevne. De unge vokser opp i et postmoderne verdivakuum, der de får tilbudet om å velge hva de selv vil. Det stilles dermed høye krav til korrekt navigering. Dette innebærer også at hvis de velger feil, står de selv ansvarlige, og aksept og omsorg fra samfunnet betinger at sykerollen aksepteres.

Mange vil velge å ikke velge og bare la seg drive med strømmen, søke konsensus og følge sin flokk. Vi kan forstå individperspektivet i en kontekst av en postmoderne, sekulær multikultur med fokus på rettigheter til å velge hva man lyster, men der plikter overfor fellesskapet og moralske imperativ er underkommunisert (4).

Slik har medisinen, psykologien og allmennkulturen gjennomgått grunnleggende verdi- og «tros»-endringer. På den ene siden kan vi forstå de siste 350 år som et frigjøringsprosjekt fra religiøs dogmetro og autoritetsunderkastelse. På den andre siden ble det gjensidige forholdet mellom tro og moral på den ene siden, og vitenskapelig praksis på den andre, delt i to adskilte livsfærer. Også de troende sluttet seg til denne todelingen (5, 6). Den vitenskapelige revolusjonen representerte med andre ord et

tros- og moralskifte, der moralen og plikten ble tømt for innhold og erstattet av overtro på vitenskap, prosedyrer og velferdsytelser.

Da Gud ble erklært død på slutten av det 19. århundre, var det liten tvil om hvem som tronet høyest på seierspallen: Et mekanistisk menneskesyn med menneskekroppen som et objekt, truet av sykdomsagens som medisinsk vitenskap var i stand til å bekjempe. Dette paradigmat var effektivt i sykdomsbekjempelsen under den første (infeksjonssykdommene) og den andre sykdomsbølgen (degenerative sykdommer og kreft).

Den tredje sykdomsbølgen er preget av menings-, relasjons- og motivasjonstap. Individet står alene med et evaluerende og selvevaluerende blikk, der sykdomskategorier og tilhørende sykdomsidentiteter er tilgjengelige og attraktive valg i mangel av noe bedre. Det ytre blikk og hangen til å kategorisere livserfaringer er blitt en mentalitet som preger vårt forhold til oss selv og måten vi forstår andre på. Spontan og fordringsfri væren, tillit og fremtidstro går tapt. Det dype skillet mellom livets tillits- og trosdimensjon på den ene siden og det vitenskapelig-tekniske prosjekt er i seg selv blitt et sykdomsagens.

Kritikk av sykelliggjøring

Terapiens triumf var tittelen på en bok av kulturkritikeren Philip Rieff (7). Han analyserte hvilke kulturelle følger den allmenne aksepten av Freuds psykoanalytiske menneskesyn hadde. Rieff fremholdt at skam (superego) ble omdannet fra å være et moralsk korrektiv til å være en sykdom (nevrose). En negativ livserfaring ble slik omdannet fra å kunne være en motivasjonskilde til individuell og kollektiv endring, til en passiviserende sykdom som ble terapeutenes ansvar. Slik ble terapien grenseløs med terapeuter som de nye prestene og prestene som de nye terapeuter.

Ved at sykdom aksepteres som et avvik fra en akseptert vitenskapelig norm, har vi lagt til rette for at alle mennesker med lidelser må være syke (8). Menneskene varierer imidlertid og er ikke objekter. Vi er fortolkende og selvfortolkende. Symptomene som registreres kan ha totalt ulik opprinnelse og betydning for det enkelte individ. Felles for oss er at vi søker etter identitet, anerkjennelse, trygghet og tillit. Et dikt kan illustrere hvordan mennesket søker sosial aksept, og at mangel på sosial oppmerksomhet blir en psykisk mangeltilstand som kan lede mennesket til selvdestruktivitet.

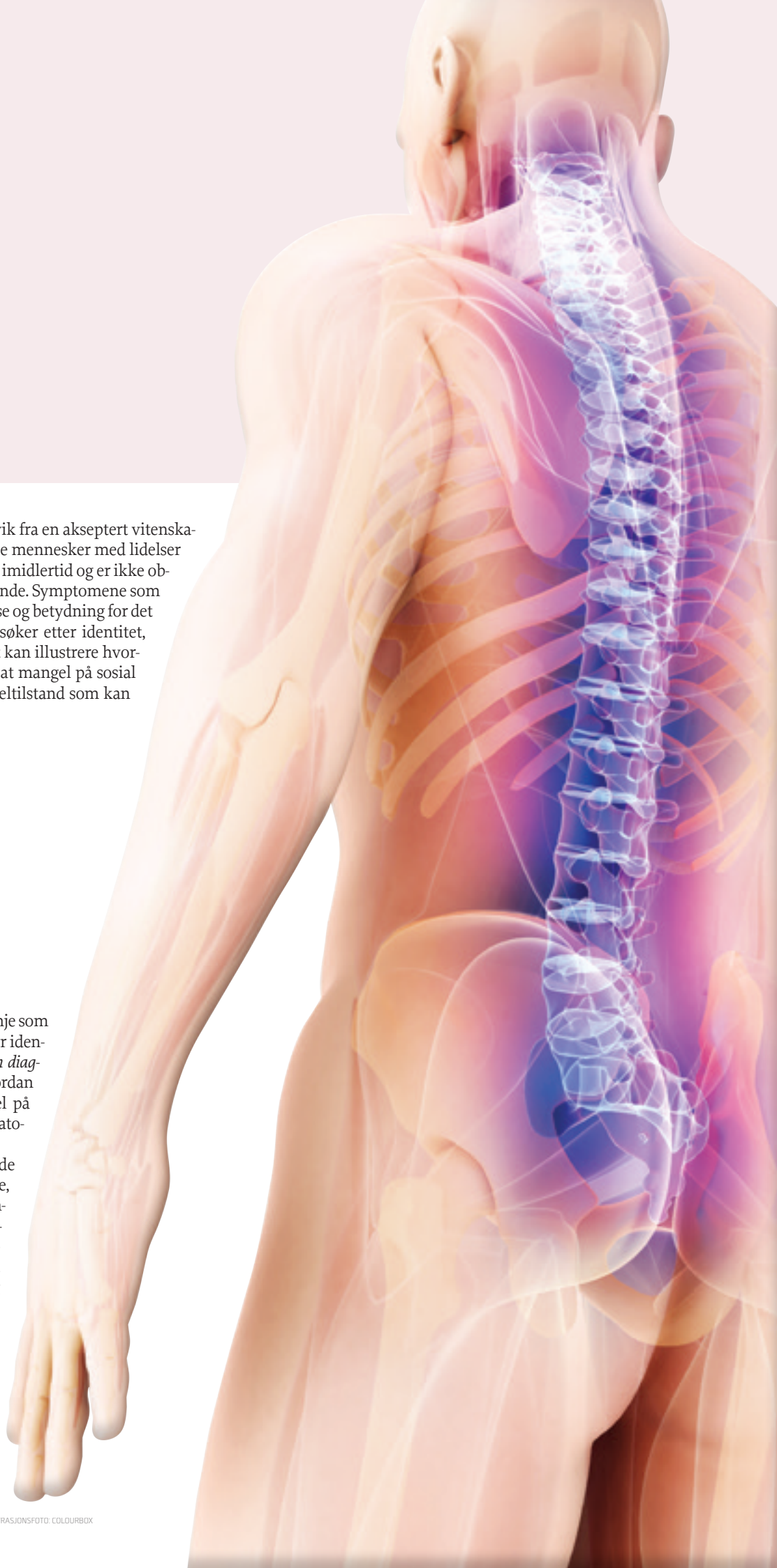
Man vil bli älskad
I brist därpå beundrad
I brist därpå fruktad
I brist därpå avskydd
Og föraktad
Man vill inngiva människorna
Någon slags känsla
Själén ryser för tomrommet
Och vill kontakt til vad
Pris som helst

HJALMAR SÖDERBERG, 1905

I dag kunne dikteren lagt til en ekstra linje som kunne forklart mange unges søken etter identitet; *I brist därpå blivit tyckt synd om och diagnostiserad*. Diktet ville da illustrert hvordan stigmatiserende sykdeliggjøring (mangel på anerkjennelse) og selv-sykdeliggjøring (patologisk atferd) virker i samspill (8).

Kanskje samfunnet skal være fornøyd med at unge velger seg innadrettede, selvdestruktive sykdomsidentiteter fremfor mer utadrettede og antisosiale identiteter? I så tilfelle bør vi være selvkritiske. Kan det tenkes at vi står overfor et gjensidighetsproblem der hjelper og «offer» er gjensidig avhengige av hverandre? At hjelperens identitet som udelte god og omsorgsfull er fusjonert med klientens identitet som dysfunksjonell? Er vi i så tilfelle helpere eller medskyldige?

Det mekanistiske og individua-



listiske menneskesynet og den enveis kausale forståelsen synes dysfunksjonell overfor den tredje sykdomsbølgen. De unge som vi møter i klinisk praksis forventer at vi finner ut av hva som er galt med objektet (kroppen og kroppsdelen) som smerter, og at vi fjerner årsaken til ubehaget.

I svært mange situasjoner opptrer vi som lydige mekanikere og forordner unnvikelse (eksempelvis ro, avlastning og sykmelding) og symptomrettet medikasjon. Plager og lidelse som er knyttet til allmennmenneskelige livsproblemer blir sjelden bedre av det.

Relasjonell innramningsteori forklarer hvordan unnvikelse «mater» angst og smerte, slik at selv symbolske trusler blir symptomtriggere med redusert funksjon som følge (9). Ut ifra et slikt perspektiv er det ikke ubehaget og symptomene som er sykdommen, snarere våre forsøk på å unngå dem. I et slikt perspektiv blir terapi læring i unnvikelssadferd og en del av problemet, og ikke en del av løsningen.

Rieff startet med sin kulturkritikk på 1950-tallet. På slutten av 1960-tallet ble den generelle systemteorien lansert. Som et alternativ til enveis kausal og mekanistisk offerforståelse, fremholdt denne teorien at mennesket også hadde et ansvar for sitt eget liv (10). Denne delen av systemteorien ble imidlertid underkommunisert da systemteorien ble applisert på den kliniske medisinen. Det var mennesket som fortolker mer enn aktør som ble fokus (11, 12).

Når sosialpsykologen Jordan Peterson i dag opplever en slik popularitet, spesielt blant unge, er en sannsynlig forklaring at den terapeutiske kulturs offerforståelse oppleves som klam og sentimental undertrykkelse av mange (13). Petersons budskap er å kvitte seg med utopiene om terapiens velsignelser og offerrollens sødme. Hans oppskrift er å ta personlig ansvar for livet slik livet er. Han knytter sine tolv regler for livet, til den jødisk-kristne og greske mytologien om livets grunnforutsetninger. Livet krever arbeid og innsats. Det krever mot og utfoldelse som tøyser grensene for menneskelig yteevne. Det krever aksept for smerte, sykdom og ulykke. Det krever autoritet og grenser. Det krever et indre fokus, hvor vi sammenlikner oss med oss selv i går, og ikke med andre i dag (13).

En politiker uttalte under en stortingsdebatt:

«Politikere som oss sin oppgave er ikke å sette seg til doms over noens valg. Alle foreldres valg er gode og riktige for deres situasjon. Vår oppgave er å vise at storsamfunnet og velferdsstaten er der når disse valgene tas og etterpå». (J Christiansen, *Bergens Tidende* 19.12.11).

Utsagn av denne typen kommer gjerne fra bedrestilte som stiller tydelige moralske krav til seg selv og til sine nærmeste. Der-

imot, i frykt for å fremstå som moralistiske og fordømmende, fremfører de slike mantra som ikke er myntet på dem selv. De som er mindre bemidlet og som lever opp til liberale utsagn av denne typen, går det ille med. Peterson har mange personlige referanser til hvordan det går. Garantien om at velferdsstaten kan helbrede skadene er basert på en løgnaktig utopi.

Mulige alternativer

Vi argumenterer ikke for avvikling av hel-sevesenet og velferdsstaten. Vi legger til grunn en forståelse av gjensidighet og balanse mellom plikter og rettigheter. Når sosiologen Richard Sennet analyserer hva som er årsaker til at samfunnet i økende grad blir sosialt og helsemessig ulikt, retter han først og fremst søkelyset mot velferdsstatens automatiske og prosedyrebaserte rettigheter (14). De unge møter et system av tester, diagnoser, automatiske velferdsytelser og marginalisering som undergraver evnen til å bære ansvar for sitt eget liv.

Sennet stiller ikke krav om personlig prestasjon, men han stiller krav om dialogisk ansvar. Det er i den respektfulle dialogen at ulikhetsstrukturene må angripes, hevder han. Han tar også oppgjør med den liberale, selvbeundrende «godhets-eliten» som offerforklarer samfunnets tapere.

I klinisk medisin, i allmennlegenes og psykologenes forebyggende arbeid, i lærernes møte med elever, og i politikernes møter med velgerne, er det viktig at dialogen blir ekte og ærlig. Livet er et usikkert, men et etisk og estetisk prosjekt. Terapeuter, lærere og politikere må ta inn over seg at det er forskjell på å behage og å hjelpe (5).

Fordømmende og personlig nedsettende monologer hører lite hjemme i demokratiske samfunn. Truslene mot individenes helse og livsutfoldelse kommer imidlertid i liten grad fra et autoritært undertrykkende system. Truslene og undertrykkelsen er sentimental og forførende, selvforsterkende og kamuflert. Den er velintendert og for det meste velkommen. Den er politisk akseptert og etterspurt.

Når autoritære pålegg om menneskers holdninger og handlinger er upopulære, hvilke alternativer har vi da? Vi ser alternativ i erkennelsen av at vi som mennesker har en kapasitet til spontan moralsk opplysning, gjennom fordomsfritt nærvær i våre sanser (5). I dette hører nysgjerrige og fordomsfrie dialoger hjemme (14). Helse kan omformuleres til omstillingsevne og evne til å endre identitet og normer (8). Menneskelig lidelse kan møtes med interessert vennlighet og medfølelse, som også må rette oppmerksomheten mot hvilke atferdsalternativ individer ser seg i stand til

og kan ta ansvar for (15). Ved bruk av meditative øvelser og metakognitiv terapi i vår kliniske praksis, kan vi bidra til prosesser som innebærer personlig og moralsk vekst, basert på personlig selvbestemmelse (3).

Sykkeliggjoringens dynamikk fører ofte til at de unge mister troen på at de selv er aktører i eget liv. Dersom terapeuten er i stand til å forstå lidelse som kommunikasjon, har vi et bedre utgangspunkt for både å hjelpe og å avstå fra å behage. Moralsk forpliktelse er på vei tilbake i terapirommet. Denne nyorienteringen er basert på aksept og selvmedfølelse, og ikke på autoritære og fordømmende selvinstruksjoner (3).

Kronikken startet med et historisk tilbakeblikk på hvordan vitenskapen ble skilt fra livets tros- og tillitsdimensjon. Vitenskapen ser i økende grad på kosmos og alle selvorganiserende systemer, inklusivt mennesket og samfunnet, som underlagt intensjonale krefter og moralsk og estetisk aspirasjon (16). Moralen er i ferd med å få plass også i naturvitenskapen. Våre liv er avhengige av tro og tillit, av etikk og estetikk. Kan vi hjelpe de unge bedre med et slikt utgangspunkt?

REFERANSER

1. Tveråmo A, Baug Johnsen I, Meland E. Medikalisering av lav ervervsevne – et samfunnsperspektiv. *Utposten*. 2019(7): 34–7.
2. Barsky AJ. The paradox of health. *The New England journal of medicine*. 1988;318: 414–8.
3. Hayes S, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy - The Process and Practice of Mindful Change. New York, London: Guilford Press; 2012. 402 p.
4. Jensen H. Det faderløse samfunn. København: People's Press; 2006.
5. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Trondheim: Cappelen Forlag AS; 2000.
6. Hoffmeyer J. Tro på tvil. Kritik av religiøs og videnskabelig ufornuft. Charlottenlund: Forlaget Ries; 2009.
7. Rieff P. The Triumph of the Therapeutic. Uses of Faith after Freud. Chicago and London: The University of Chicago Press; 1987.
8. Brinkmann S. Patologiseringsformer: En kartografi over nåtidens patologiseringsformer. In: Brinkmann S, editor. Det diagnostiserte livet Økende sykkeliggjøring i samfunnet. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. p. 280–92.
9. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Nov 2016. Behavior Therapy*. 2016;47 (6): 869–85.
10. vanBartalanffy L. General Systems Theory in psychology and psychiatry. *General Systems Theory Foundations, development, applications*. New York: George Braziller; 1968. p. 205–21.
11. Engel GL. Need for a New Medical Model – Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286): 129–36.
12. McWhinney IR. Philosophical and scientific foundations of family medicine. In: McWhinney IR, editor. A textbook of family medicine. New York, Oxford: Oxford University Press; 1989. p. 43–71.
13. Peterson J. 12 Rules for Life - An Antidote to Chaos: Penguin Random House; 2018. 409 p.
14. Sennett R. Respect in a world of inequality. New York: W W Norton & Company; 2003.
15. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals for medicine. Oxford, New York: Oxford University Press; 2004.
16. Kaufmann SA. Reinventing the sacred. A new view of science, reason and religion. New York: Basic Books; 2008.

■ EIVIND.MELAND@UIB.NO
■ NEVROPSYK@GMAIL.COM
■ AKSEL.TVERAMO@UIB.NO

Norsk Forening for Rus- og Avhengighetsmedisin (NFRAM)

Guri Spillhaug

- spesialist i rus- og avhengighetsmedisin.
- leder av Nasjonal Kompetansetjeneste TSB.
- leder av Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)

Velkommen til kollegahjørnet, **Guri Spillhaug**, leder i Norsk Forening for Rus- og Avhengighetsmedisin (NFRAM)



Hvor mange medlemmer har foreningen deres?

NFRAM har til sammen 282 medlemmer, hvorav 157 er ordinære medlemmer og 125 er assosierte. Mange av våre spesialister har dobbeltspesialitet og er ordinære medlemmer i en annen fagmedisinsk forening

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

Vi dekker hele fagområdet rus- og avhengighetsmedisin: pasienter som bruker kjemiske rusmidler, både legale og illegale, og de som er i risikozonen for å utvikle avhengighet av andre årsaker som pengespill, ikke-pengespill, sosiale medier mm. Spesialisthelsetjenesten fikk ansvar for fagfeltet «tverrfaglig spesialisert rusbehandling» (TSB) i 2004. Spesialitet for leger i rus- og avhengighetsmedisin ble godkjent i 2014 og den første spesialisten ble godkjent i 2015. Det er flere faglige nyheter som berører primærhelsetjenesten: legemiddelassistert rehabilitering er bygget opp på et samarbeid mellom kommune, fastlege og spesialisthelsetjenesten. Kanskje det viktigste som

skjer i fagfeltet, og noe som har stor betydning for fastlegene, er at helseforetakene er i ferd med å bygge opp gode tilbud til pasientene, og vi registrerer at flere fastleger nå henviser til TSB enn før.

Har deres forening diskutert oppgavefordeling med fastlegene?

Dette er et aktuelt tema i mange saker, men styret i NFRAM har ikke konkret diskutert tema eller løftet det frem på mer generell basis. Dette er en god anledning til å ta det opp.

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

Vår opplevelse er at pasienter med rus- og/eller avhengighetsproblematikk oppdages veldig sent, og at problemet altså ikke er overdiagnostikk, men tvert imot underbehandling. Vi ønsker at våre kolleger i primærhelsetjenesten spør mer om bruk av rusmidler og dermed avdekker mulig sammenheng mellom plager pasienten oppsøker fastlegen for – og deres bruk av rusmidler, først og fremst alkohol.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Hvorfor skal fastlegen bry seg om klima og

■ PER WIUM • Leder av rådet i Norske leger mot atomvåpen

Leger har alltid vært samfunnsengasjerte. Klima og atombomber er eksempler på det. Allikevel er det lett å bli smalsporet inne i sin medisinske spesialitet. Nedenfor presenteres et eksempel på hvordan to kardiologer startet arbeid mot atomvåpen. Videre vises hvor farlig situasjonen nå er hvis Pakistan og India bruker sine atomvåpen i kampen om Kashmir.

Norske leger er mer aktive på klimafronten enn noen gang. Den norske legeforenings utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse er i gang, og over 60 kjente norske leger lanserte 13. oktober i fjor oppropet *Leger krever klimahandling nå!* Dette ble overlevert Stortingets presidentskap i anledning FNs klimatoppmøte (COP25) i Santiago i desember 2019.

Norske leger er også aktive i kampen mot atomvåpen. Da ICAN fikk fredsprisen i 2017, var Norske leger mot atomvåpen (NLA) aktive for at forslaget ble sendt inn. Faren for atomkrig har ikke vært større enn nå. VG viste at Dommedagsklokken er 100 sekunder på midnatt i et oppslag 7. februar 2020 (se bilde). Dommedagsklokken skal si oss noe om faren for atomkrig (1). Hvis viserne kommer til midnatt, er krigen i gang. Klokken ble opprettet i 1947 av *Bulletin of the Atomic Scientists* i USA. Forskerne utgår fra Rutger University og omfatter klimaforskere og fysikere. Denne forskergruppen mener at verden ikke har vært så nær katastrofen siden 1947.

Starten på legenes arbeid mot atomvåpen

I 60-årene begynte leger å diskutere hva vi kunne gjøre for å unngå medisinske skader av atomvåpen. To kardiologer møttes på vitenskapelige konferanser. De to var professor Bernhard Lown fra Harvard og hans venn og kollega professor Evgeni Chazov fra USSR Cardiological Institute. I desember 1980 startet de International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) i Genève. På samme tid var Sovjet

og USA på full fart i sin atomopprustning. Det fine med medisin er at kolleger fra fiendeland kan diskutere, selv om politikerne ikke kan ha kontakt.

Det gode spørsmålet dr. Lown og dr. Chazov stilte var: Hvorfor skal vi bruke tid på å lære opp helsepersonell for å behandle ødelagte mennesker etter atombombekrig, når helsepersonellet vi har lært opp er døde og sykehus er ødelagt. Isteden må vi bruke alle muligheter på å stoppe denne trusselen mot hele menneskeheten. For sitt arbeid mot atomvåpen stod dr. Lown og dr. Chazov 10. desember 1985 sammen i Universitetets aula i Oslo og mottok Nobels Fredspris. På den tiden hadde IPPNW etablert avdelinger i 40 land med til sammen 135 000 leger. I dag er ca. 60 land med i IPPNW.

Norske leger følger opp

Norske leger mot atomvåpen (NLA) er den norske grenen av IPPNW. Organisasjonen ble stiftet i Oslo i 1982 og hadde på det meste ca. 2000 medlemmer. I dag er medlemstallet under 1000, men vi er på vei opp, og aktiviteten er høy. NLA prøver å påvirke regjering og stortingspolitikere for å arbeide for en verden uten atomvåpen. En viktig oppgave er også å informere befolkningen om virkningen av disse våpnene.

Hvor farlig er atomvåpen i dag?

Risikoen er økende når flere land får atomvåpen. En ny rapport illustrerer hva som kan skje hvis India og Pakistan bruker atomvåpen i krigen om Kashmir. Dette er aktuelt i dag og er en av årsakene til at

Dommedagsklokken nærmer seg midnatt (2). Hvis India fyrer av hundre 15-kilotonns atombomber og Pakistan sender 150 bomber mot India, vil 50 millioner mennesker omkomme på kort tid. Dette er samme antall som ble drept under hele andre verdenskrig. Dersom de bruker 100-kilotonns bomber blir antall døde anslått til 125 millioner. Bomben som ødela regjeringskvartalet var på ett tonn. Disse er altså 15 000 og 100 000 ganger sterkere.

Forskere har også vurdert skadene som oppstår som følge av askeskyene etter omfattende brannene etter atombomber. Det er vurdert at store områder i Midt-østen, Sør-Asia og Kina vil få ødelagt muligheten til å dyrke jorden. Det blir «atomvinter» der temperaturen synker og avlingene uteblir. Radioaktivitet vil også ødelegge jorden. Det har vi sett etter Tsjernobyl-ulykken (3). I disse områdene vil mange millioner dø av sult. Vurderinger som er blitt gjort viser at over tid vil to milliarder mennesker dø (4).

Konklusjon

Ved å bli kvitt atomvåpen unngår du også atomvåpenenes klimaødeleggelse med langvarig «atomvinter». Du slår to fluer i én smekk.

Mange av leserne er medlemmer av Norske leger mot atomvåpen, men vi har plass til flere. Å bruke 400 kroner i medlemsavgift for å hjelpe til med å bli kvitt atomvåpen, mener jeg er en rimelig aktivitet. Gå inn på <https://legermotatomvapen.no/> og meld dere inn.

REFERANSER

1. <https://www.vgtv.no/video/152657/dommedagsklokken-30-sekunder-naermere-apokalypse>.
2. <https://peaceandhealthblog.com/2019/10/03/new-scientific-study/>
3. <https://tidsskriftet.no/2007/10/internasjonale-medisinske-konsekvenser-av-tsjernobyl-ulykken>
4. <https://peaceandhealthblog.com/2019/10/03/new-scientific-study/>

■ WIUMPWI@GMAIL.COM

atombomber?



Norske leger demonstrerer mot atomvåpen i fakkelloget som ble arrangert da «Den internasjonale kampanjen for forbud mot atomvåpen» (ICAN) fikk Nobels fredspris 10. desember 2017.

FOTO: ESPEN BREMBO/COLOURBOX



Spedalskhet

– forskningsetikk og vitenskapssyn

■ HARALD SIEM • EIVIND MELAND

Lepra har til alle tider vært en fryktet sykdom. Rundt 1830-årene kom en kraftig oppblomstring av sykdommen på Vestlandet. Det ble et stort behov for tiltak mot sykdommen. Den mest berømte norske legen gjennom tidene, Gerhard Armauer Hansen, forbrøt seg mot straffeloven i sitt arbeid for å påvise årsaken til sykdommen. Saken mot ham var den første forskningsetiske straffesak i Norge, som satte en viktig standard for informert samtykke i vitenskapelig arbeid.

Spedalskhet, Hansens sykdom eller lepra, er en infeksjonssykdom forårsaket av leprabasillen *Mycobacterium leprae*. Bakterien smitter sannsynligvis bare ved dråpesmitte, og via luftveiene sprer bakteriene seg til hud, nerver og indre organer.

Gerhard Armauer Hansen (bildet) er den mest berømte norske lege gjennom tidene. Hans oppdagelse av leprabasillen i 1873 hører til pionerverkene i internasjonal medisin. Han viste at en bakterie kunne være årsak til kronisk sykdom hos mennesket – omtrent samtidig som Robert Koch viste at tuberkelbasillen var årsak til tuberkulose. Funnet av den stavformede bakterien var tentativ da pålitelige fargeметoder ikke fantes. Og det var også epidemiologiske funn Hansen bygde på da han fremholdt at sykdommen skyldtes et smittestoff. Kochs postulat var ytterliggående ved at bakterier var en nødvendig og tilstrekkelig betingelse for sykdommen. I bestrebelsene på å innfri slike kriterier, ble de vitenskapelige motsetningene i datidens medisins tilspisset og uforsonlige med stridigheter mellom «kontagionistene» (smitte), «miasmatikerne» (sosial deprivasjon) og «konstitusjonalistene» (medfødte mangler i menneskelig konstitusjon).

Armauer Hansen hadde påvist basiller i

materiale fra knuter hos leprapasienter og ville vise at disse var årsak til sykdommen. I et forsøk på å skaffe bevis, podet Armauer Hansen, i samråd med Robert Koch, materiale fra en leprapasient med knutet lepra inn på konjunktiva til den 32 år gamle Kari Spissøen som var innlagt på Pleiestiftelsen med glatt lepra. Dette gjorde han uten hennes samtykke. Inngrepet forårsaket betydelig subjektiv lidelse, men Kari fikk ikke lepraknute på øyet. Kochs kriterium om at bakterien var en tilstrekkelig årsak til sykdom var derved ikke innfridd. I dag ærer allmennmedisinmiljøet ved Universitetet i Bergen Kari med å ha kalt opp sitt viktigste møterom med hennes navn.



Kari fikk hjelp av presten Grøndahl, som var forstander ved Pleiestiftelsen, og klaget over måten hun var blitt behandlet på. I mai 1880 ble Armauer Hansen fradømt sin stilling som lege ved Pleiestiftelsen. Han beholdt imidlertid sin stilling som offentlig lege med ansvar for leprasykdommen i Norge.

I dommen fra 1880 heter det blant annet:

Retten finder derimot at Tiltalte, hvor meget der end efter det Anførte kan tale til Undskyldning for hans Handlemaade fra et lægevidenskabeligt Synspunct, ved den af ham brukte Fremgangsmaade saaledes som den af ham med fuldkommen Aabenhed er

erkjent, med Overlæg har benyttet sin Stilling ligeoverfor 1ste Vidne til at paaføre hende en Legemslidelse, som han selv erkjenner at han ikke kunde gaa ud fra, at hun vilde have samtykket i at underkaste sig, hvis han paa Forhaand havde gjort hende bekjent dermed.

Hvilken betydning hadde dette for folkehelsen og forskningen?

Armauer Hansens oppdagelse av at spedalskhet var en smittsom infeksjonssykdom forårsaket av en bakterie fikk raskt konsekvenser. Det kom egne lover om spedalskhet. Sykdommen gikk raskt tilbake i Norge og ble etter hvert utryddet her i landet, selv om sykdommen på ingen måte er utryddet på verdensbasis. Også sosiale, hygieniske og ernæringsmessige forbedringer bidrar til at sykdomsinsidensen avtar.

De umiddelbare følgene i Hansens samtid var isolasjon og stigmatisering av de leprasyke. Historien om leprasykdommen i Norge har ikke bare forskningsetiske, men også viktige vitenskapsteoretiske implikasjoner. Ingen av dem som kjempet om vitenskapelig sannhet hadde monopol på sannheten. Samtlige bidro med ulike perspektiv til en valid forståelse av sykdommen: Den er en infeksjonssykdom som angriper sosialt og ernæringsmessig depriverte, og der er arvelige faktorer som er medbestemmende for hvem som utvikler sykdom.

Også presten som hjalp Kari til å reise sak og støttet henne med pleiepenger til opphold ved St Jørgens hospital, har et viktig budskap til vår samtid. Pasienter skal behandles med personlig respekt og omsorg. Forskere kan legge seg på minnet at vitenskapelig ansvarlighet bør kjennetegnes av åpenhet overfor andres synspunkter og sette klare grenser for hva som er tillatt i bestrebelsene på å finne valide svar på forskningsspørsmål.

■ SIEMH@ONLINE.NO
■ EIVIND.MELAND@UIB.NO

Avicenna ferdigstiller *Canon medicinae* (Al-Quantum fi't-Tibb)

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver, folkehelseinstituttet

Avicenna (Ibn Sina, 980–1037) var født i en landsby et par mil nord for Bukhara i dagens Uzbekistan, på hans tid et kulturelt sentrum på linje med Bagdad. I følge hans selvbiografi kunne han som tiåring resitere hele Koranen utenat, og han hadde allerede da inngående kjennskap til de klassiske arabiske tekstene.

Snart fulgte studier av greske filosofer, islamsk rettslære (fiqh), naturvitenskap og logikk. 16 år gammel begynte han å studere medisin, og allerede som 18-åring var han en respektert lege. I sitt omflakkende og omskiftelige liv, hvor han opplevde både sult og krig, anerkjennelse og motgang, var han flere ganger kalt til tjeneste hos herskere og fyrster. Dette gav ham adgang til datidens mest eksklusive bibliotek, hvor han grådig tok for seg av datidens oppsamlede kunnskap. Selv var han en flittig skribent, og da han døde, i sitt 58. år, etterlot han seg flere hundre bøker og artikler på persisk eller arabisk, både innen teologi, astrologi, astronomi, psykologi, kjemi, vitenskapsteori og medisin. Hans mest kjente verk er utvilsomt *Canon medicinae*, et fembinds leksikon hvor han gir en systematisert oppsummering av all tidligere medisinsk viten etter så vel gresk-romersk som arabisk, jødisk, indisk og kinesisk tradisjon.

Hvilken betydning hadde hendelsen for folkehelsen?

Den første delen av *Canon medicinae* omhandler hygiene. I likhet med Hippokrates og Galen, er Avicenna opptatt av hvordan man best kan ta vare på helsen, et begrep som han både diskuterer og reviderer. Mens Hippokrates anser helse som et uttrykk for balansen mellom menneskets natur, omgivelser og levemåte, definerer Avicenna helse som en dynamisk tilstand hvor kroppen er av slik

beskaffenhet at dens funksjoner kan utføres korrekt og tilfredsstillende. Med andre ord: Helsen kan variere uten at en dermed er å anse som syk, og videre, kroppens tilstand kobles opp mot dens funksjoner. Han tar således avstand fra Galens oppfatning at det finnes en tilstand hvor man er verken frisk eller syk. Videre hevdet han at personens velvære – emosjonelt, fysisk, spirituelt og mentalt – er vesentlig for å kunne håndtere hverdagens stress og påkjenninger.

Videre gir Avicenna en samlet og systematisert fremstilling av tidligere kunnskap om folkehelsen. Han utvidet og oppdaterte så denne kunnskapsbasen med data fra egne observasjoner og eksperimenter, alt med en kritisk holdning som vel kunne være inspirert av Buddhas lære: Ikke aksepter noe bare fordi det er tradisjon. Ikke aksepter noe fordi det stemmer med dine forutinntatte ideer. Ikke aksepter noe bare fordi det ser akseptabelt ut, eller fordi det stemmer med hva du selv har skrevet.

Avicennas brukte mange kilder med relevans for sitt folkehelseperspektiv.

Etter kinesisk tradisjon bør mennesket leve i harmoni med sin natur og sine omgivelser, og det formånes om både å beskytte kropp og sinn mot skadelig påvirkning, og å finne en god balanse mellom aktivitet og hvile (Nei Ching). Confucius hevdet videre at kropp og psyke utgjør en helhet, og at kroppens sunnhet betinges av et åpent sinn. Etter ayurvedisk tradisjon vektlegges bl.a. regelmessig fysisk aktivitet og god søvn (Sushruta), og dessuten at en ikke må motarbeide naturen (Characa). I Mosebøkene fremheves betydningen av ren luft, rent vann, ren føde, ren bolig og ren kropp. Og i Koranen finnes mange kostråd, ikke bare om hvilke matvarer en bør avstå fra, men om et høyt og variert inntak av korn, frukt og grønnsaker. I en Hadith påpekes sågar at en bør dyrke helsen («samle nok helse»), slik at en har noe å gå på i tilfelle man blir syk. Fra Hippokrates og Galenus kommer ideen om at en sunn og nærende kost er viktig, men ikke tilstrekkelig. I likhet med Sushruta hevdet de at mennesket også trenger adekvat fysisk aktivitet.



Avicenna samlet, systematiserte og utdypet altså slike ideer og kondenserte deretter sin viten i syv doktriner for folkehelsen. Her må spesielt nevnes hans vektlegging av rent vann og frisk luft. For å bedre vannkvaliteten, introduserte han destillering, filtrering og koking. Når det gjaldt luftkvaliteten, fremhevet han betydningen av god ventilasjon og at en måtte unngå forurensende «fremmedelelementer» som damp og røyk. Han advarte også mot partikler i luften som kunne forårsake sykdom, og at å puste inn for kald luft kunne forverre astma.

Som forløper til renessansen var *Canon medicinae* det mest berømte og høyest respekterte medisinske bokverket til langt inn på 1700-tallet. Allerede Dante anser i *Den guddommelige komedie* Avicenna som en av menneskehetens store ånder, på linje med Sokrates og Platon, en oppfatning som ble delt i både Oksidenten og Orienten. Og selv i dag ansees han som en av de største tenkere i medisinske historie. Han er utvilsomt den mest innflytelsesrike forfatter innen islamsk medisin, og det at han makttet å forene Aristoteles filosofi med Galens medisinske innsikter, gjorde ham i mange hundre år også til en av de mest skattede forfattere innen vår vestlige tradisjon.

I Iran, Pakistan, Afghanistan og Tyrkia er en rekke forsknings- og utdanningsinstitusjoner for helsearbeidere oppkalt etter ham, og ved Universitetet i Paris finnes sågar *Avicennas medisinske fakultet*. UNESCO opprettet i 2003 en pris i forskningsetikk oppkalt etter ham, og i 2008 opprettet WHO *Avicenna Directory of Medicine*, en database over alle medisinske utdanningssteder i hele verden (Denne ble i 2013 slått sammen med *International Medical Education Society* (IMED) til *World Directory of Medical Schools*).

Avicenna krediteres først og fremst for sitt bidrag til å syntetisere østlig og vestlig kunnskap og sin vedvarende innflytelse på utviklingen av medisinen og de andre helsevitenskapene. Det kan være problematisk å lese og fortolke skrifter fra en helt annen tid og andre omstendigheter, og som i sin samtid ganske sikkert gav helt andre konnotasjoner enn de gjør i dag. Selv om våre moderne ord og begreper refererer til kunnskap som på den tiden var uendelig fjernt, og som derfor neppe gir et riktig bilde av Avicennas verk, inspirerer han stadig til nye innsikter og perspektiver, ikke minst når det gjelder å anerkjenne, men også kritisk forholde seg til kunnskap som er utviklet andre steder og i andre tradisjoner. Dette er minst like viktig i dag som det var på Avicennas tid.

ARILOKJELL.AAMBO@FHI.NO



1 Første siden av innledningen i den første boken av *Canon medicinae* (arabisk manuskript fra 1597). 2 En kopi av *Canon medicinae* på latin datert fra 1484. 3 En persisk versjon av verket som er utstilt på Avicennas mausoleum i Hamedan i Iran.

LITTERATUR

- Khan, M.A. et al (2015) Ibn Sina and the roots of the seven doctrines of preservation of health *Acta Med Hist Adriat* Vol. 13 (Suppl.2) s. 87–102.
- Saffari, M. & Pakpour, A.H. (2012) Avicenna's Canon of Medicine: A Look at Health, Public Health, and Environmental Sanitation *Archives of Iranian Medicine* Vol. 15, No. 12, s. 785–789.
- Wikipedia: Avicenna <https://en.wikipedia.org/wiki/Avicenna>
- Aboul-Enein, B. (2016) Health-Promoting Verses as mentioned in the Holy Quran *J Relig Health* Vol. 55, s. 821–829.



Fem nye allmennmedisinske anbefalinger 'Gjør kloke valg', NFA

■ MARTE KVITTUM TANGEN • Leder, NFA

1

Unngå å velge opioider som smertelindring hvis andre legemidler gir tilfredsstillende effekt

- Unngå opioider ved kroniske ikke-maligne smertetilstander, unngå spesielt bruk av oksykodon.
- Lag en klar behandlingsplan ved all forskrivning av opioider og en forutsigbar nedtrappingsplan.
- Tenk helhetlig om smerte og mestring. Kognitive teknikker og kunnskap om atferdspsykologi er nyttige verktøy (1, 2).

2

Unngå å forskrive antidepressiva til pasienter med lettere og moderat depresjon før samtaler er forsøkt

- Pasienter med lettere depresjoner og mange med moderat depresjon kan få god hjelp hos fastlegen og i primærhelsetjenesten for øvrig. Disse pasientene har eksempelvis ofte behov for hjelp til å sortere problemene sine, til å bearbeide hendelser, samt få støtte og kunnskap om hva depresjon er. De har ofte behov for veiledning for å hindre passivitet og unnvikelse. Sosial understimulering, ensomhet og funksjonssvikt grunnet annen sykdom kan være en del av sykdomsbildet, og tiltak rettet mot dette kan bedre depressive symptomer.

- Det er viktig å formidle håp og gi konkret hjelp for å endre uheldige tanke- og atferdsmønstre.
- Antidepressiva bør vanligvis unngås før samtaler som behandling er forsøkt (3, 4, 5).

3

Unngå å ta CRP og hurtigtest for streptokokker før pasienten har blitt vurdert av lege

- Ulike tilstander gir varierende grad av stigning i CRP, og testresultatet alene gir ingen informasjon om behovet for videre utredning eller behandling.
- Luftveisinfeksjoner med smerter i hals er svært vanlig, et fåtall av disse skyldes streptokokkinfeksjon, og enda færre vil ha nytte av antibiotikabehandling. En negativ test kan ikke utelukke behandlingstrengende infeksjon. Friske bærere av streptokokker i halsen kan teste positivt uten sykdom.
- Ukritisk prøvetaking medfører forventninger i befolkningen til at tester er nødvendige og medfører unødig bekymring for sykdom og økt risiko for overbehandling med antibiotika (6, 7).

4

Unngå å skrive resepter til bruk på andres indikasjon

- Forskrivende lege har ansvar for indikationsstilling og for delegering av behand-

ling inkludert injeksjonsbehandling. Helsepersonelloven §5 stiller krav til bruk av medhjelper, og det er bare den som selv er faglig kvalifisert til å utføre en oppgave som kan overlates til andre å utføre oppgaven på vegne av seg selv. Det forutsettes at den som forskriver gjør en faglig vurdering av indikasjon og av medhjelperens kvalifikasjoner før slik delegering gis (8).

5

Unngå å henvise til undersøkelser og behandling som dekkes av private helseforsikringer uten god faglig indikasjon

En undersøkelse fra Danmark viser at selv om allmennlegene forbinder private helseforsikringer med overbehandling og ulikhet i helse, føler mange seg presset til å henvise pasienter med slike forsikringer til undersøkelser og behandlinger som ikke er medisinsk indiserte. Ifølge Helsepersonelloven plikter den som utsteder attest å være varsom, nøyaktig og objektiv, og helsepersonell skal sørge for at helsehjelp ikke påfører pasientene, helseinstitusjoner, trygden eller andre unødvendige utgifter. Tilfeldige funn fra unødvendige undersøkelser som utløses fordi pasienten har privat helseforsikring kan føre til videre utredning og behandling i det offentlige helsevesenet (9, 10).

Videre er det vedtatt en endring av følgende råd fra NFA:

Unngå «pakke-bestilling» av blodprøver - vurderer spesifikk indikasjon for hver enkelt prøve. For hver blodprøve er det 5 % sannsynlighet for patologisk svar som ikke skyldes sykdom. Jo flere prøver, desto større fare for falske positive resultater som kan føre til bekymringer, videre utredning og i verste fall overbehandling.

Dette er endret til:

Unngå å bestille prøver uten at indikasjon for prøven er tydelig og svaret vil ha konsekvens for videre oppfølging og behandling. For hver blodprøve tatt av en frisk person er det 5 % sannsynlighet for at resultatet ligger utenfor referanseområdet og dermed kan tolkes som tegn på patologi. Jo flere prøver, desto større fare for falske positive resultater som kan føre til bekymringer, videre utredning og i verste fall overbehandling.

REFERANSER

1. Den norske legeforening, Retningslinjer for smertelindring, 2009. (<https://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>).
2. Helsedirektoratet Nasjonal veileder Opioider (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/opioider>).
3. Helsedirektoratet, Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, IS 1561.
4. Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011; 198(1):11–6.
5. Fournier JC, Derubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Antidepressant drug effects and depression severity. *JAMA* 2010; 303:47–53. doi: 10.1001/jama.2009.1943.
6. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 11. Art. No.: CD000023. DOI: 10.1002/14651858.CD000023.pub4.
7. Rebnord IK, Sandvik H, Mjelle AB, Hunskaar S. Out-of-hours antibiotic prescription after screening with C reactive protein: a randomised controlled study. *BMJ Open*. 2016 May 12; 6(5): e011231. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011231.
8. Lov om helsepersonell m.v. (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>).
9. Andersen KE et al. General practitioners' attitudes towards and experiences with referrals due to supplemental health insurance. *Family Practice*, 2017, Vol. 34, No. 5, 581–586, doi:10.1093/fampra/cmx035.
10. Lov om helsepersonell m.v. (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>).

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 Jannike Reymert



Hva leser du nå?

Jeg leser nesten alltid flere bøker på en gang. Forandring fryder, også i hverdagen!

Akkurat nå er jeg i ferd med å avslutte *Pappas runer* av Marte Spurkland. Far og datter bruker hans siste leveår til å fullføre hans verk om runenes historie, som Marte Spurkland så fletter sammen med familietragedien med farens sykdom (glioblastom) og død. Hun har skrevet en bautastein av en bok over faren og den helt spesielle relasjonen de to hadde, og videreutviklet, mens døden banket på familiens dør.

Samtidig leser jeg Sigrid Undsets *Kristin Lavransdatter* fra en tid der artig nok runene ble mindre brukt, men ikke var glemt. Jeg har vært med i en ikke alt for seriøs bokring i over 30 år, der vi stort sett prater om alt mulig annet enn boka vi skal ha lest før hvert møte. Likevel er vi enige om at det er gøy å lese de samme bøkene, og nå er det denne boka som er valgt ut.

Jeg leste *Kristin Lavransdatter* som ung, sannsynligvis lenge før jeg fylte 20, og husker at jeg likte den veldig godt. Jeg er derfor litt overrasket over at jeg nå, kanskje 40 år etter, sliter med det arkaiske språket og de lange beretningene om alle problemene og konfliktene som oppstår mellom permene. Siden *Kristin Lavransdatter* til slutt ender i Nidaros når svartedauden banker på døra, er det ekstra fascinerende å lese boka nå, mens jeg har enda mer tid til å lese, på grunn av koronakrisa.

For å krydre lesestundene mine har jeg også tatt fatt på min andre bok om ål, Torolf Kroglund: *Reise med ål*. Også den er en lett blanding av sakprosa på populærvitenskapelig

pelig nivå og en personlig beretning om forfatterens forhold til ål, miljøkrisa og ulike forhold i eget liv. Den krever ikke mye av meg som leser, men er både interessant og underholdende.

Hvorfor leser du disse bøkene?

Selv om jeg er fastlege, har jeg god tid til å lese. Lesing er fint tidsfordriv og mye artigere enn å rydde og gjøre husarbeid. Jeg sluker bokanmeldelsene i *Klassekampen* og *Morgenbladet* for å få med meg alt om nye bøker i min favorittsjanger, som med årene mer og mer har blitt populærvitenskapelige sakprosa-bøker. Sikkert bra for meg at visse kretser i den føromtalt bokringen holder fanen høyt og gang på gang vedtar at vi skal lese romaner.

Hvor leser du?

Kristin Lavransdatter leser jeg på senga. Noen minutter med en bok er verdens beste, billigste og mest bivirkningsfrie sovemedisin, selv om det er sterkt vanedannende! Jeg må lese litt før jeg sovner, selv på teltturer! Brukt som sovemedisin må ikke boka fenge så mye at jeg ikke klarer å legge den fra meg etter en stund, da virker den jo mot sin hensikt. Her er *Kristin Lavransdatter* helt perfekt, jeg får noen minutter tilbake til 1300-tallet før jeg snur meg over på siden og flyter inn i søvnens herlige drømmeverden! – Kan det bli bedre?

De andre bøkene leses i godstolen foran peisen med en stor kopp te. Gode bøker når jeg er ute og reiser høyner reisegleden og gjør at jeg aldri kjeder meg på flyplasser.

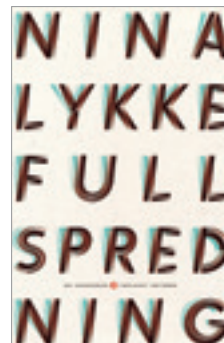
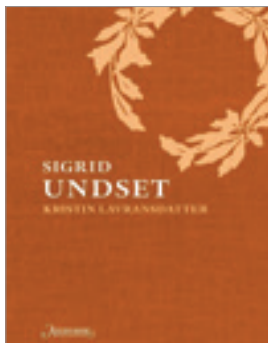
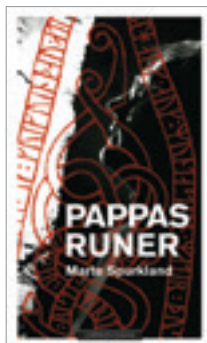
Hvilke bøker vil du helst lese?

Jeg er som sagt lei av romaner, særlig norske, moderne romaner. Mange av dem er så navlebeskuende at jeg ikke klarer å lese dem ferdig. Sakprosa er alltid gøy, nesten uansett tema, gjerne krydra med litt stoff av mer personlig karakter fra forfatterens liv. Best når det er skrevet på et lettfattelig språk og ikke krever for mye av meg som leser, det er jo så slitsomt å tenke.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Det er jo et utall gode bøker, men av det jeg har lest i vinter vil jeg anbefale Roy Jacobsen og Anneliese Pitz: *Mannen som elsket Sibir*, som er en biografi om tyskeren Fritz Dörries (1852–1953). Han er en blanding av Lars Monsen og Carl von Linné som oppsøker klodens mest ugjestmilde regioner og fanger tigre, hjort og ørner og samler planter og sommerfugler som prepareres på stedet. Alt sendes til museer i Europa.

For øvrig er det stor underholdningsverdi i Nina Lykke: *Full spredning*, der vi følger en fastlege som har mistet grepet på livet, inkludert fastlegejobben. Man humrer og ler seg gjennom den egentlig dypt tragiske historien. Godt skrevet, kanskje det moderne mennesket tatt på kornet.



Dette er bøkene Jannike Reymert trakk fram da hun ble forespurt om sine bokpreferanser i denne spalten.

RELIS

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

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av 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.

Seponering av platehemmere og antikoagulantia før kirurgi

Blodfortynnende legemidler øker blødningsrisikoen ved kirurgi, samtidig som både underliggende sykdom, inngrepet i seg selv og en eventuell behandlingspause øker risikoen for tromber. Hvor lenge før kirurgi bør platehemmere og antikoagulantia eventuelt seponeres?

I 2018 var det rundt 360 000 nordmenn som hentet minst én resept på lavdosert acetylsalisylsyre (ASA). Tilsvarende tall for klopidogetrel var 35 000, for warfarin 43 000, og for de nye antikoagulantene (apiksaban, dabigatran, rivaroksaban, edoksaban) totalt rundt 115 000 (1). Lavdosert ASA brukes ofte livslangt, mens andre platehemmere brukes i kortere perioder, eventuelt sammen med ASA (dobbel platehemming; DAPT), eller også i kombinasjon med et antikoagulantium. Vanlige indikasjoner for platehemmere og /eller antikoagulantia er kardiiovaskulær sykdom, atrieflimmer og kunstige hjerteklaffer. Bruk av slike legemidler gir økt risiko for blødninger generelt og i forbindelse med kirurgi spesielt, samtidig som behandlingspauser i noen tilfeller kan gi betydelig økt tromberisiko.

Vi har gått gjennom relevante preparatomtaler og nasjonale og internasjonale oppslagsverk og sett på hvilke anbefalinger som gis om seponering av platehemmere og antikoagulantia før planlagt kirurgi. Utgangspunktet for arbeidet var en henvendelse fra vårt sykehus om det kunne være mulig å lage en standardisert oversikt over dette, som både sykehusleger og fastleger kunne forholde seg til.

Acetylsalisylsyre

ASA hemmer enzymet cyklooksygenase (cox) og dermed produksjonen av aktive-rende faktorer i blodplatene. Hemmingen er irreversibel og vedvarer i hele levetiden til platene (ca. sju til ti dager). Enkelte har

derfor anbefalt seponering av ASA minst sju dager før kirurgi. Det finnes både enkeltstudier, metaanalyser, oversiktsartikler og terapianbefalinger som omhandler bruk av ASA før, under og etter ulike kirurgiske prosedyrer for ulike grupper av pasienter. Anbefalinger om eventuelt tidspunkt for seponering av ASA varierer med indikasjon for behandlingen og med type inngrep som skal gjennomføres.

I oppslagsverket UpToDate gis følgende råd:

- Pasienter som skal bypass-opereres og som allerede bruker lavdose ASA som eneste platehemmer kan fortsette med ASA frem til operasjonen (2).
- For pasienter som skal gjennomgå ikke-kardiologisk kirurgi mindre enn ett år etter PCI/stenting er det så langt ikke utført studier som gir grunnlag for klare anbefalinger om og når antitrombotika eventuelt bør seponeres. Mange av disse pasientene bruker to platehemmere (dobbel platehemming; DAPT), og vi vet at for tidlig avslutning av DAPT er den sterkeste prediktoren for stenttrombose. Risikoen er økt i inntil ett år. En mulig strategi kan være å beholde ASA helt frem til operasjon, men seponere annen platehemmer noen dager før (se detaljer nedenfor) (3). En tverrfaglig og helhetlig vurdering av tromboserisiko opp mot blødningsrisiko i hvert enkelt tilfelle anbefales. Mindre kirurgiske inngrep og tannbehandling krever vanligvis ikke seponering av platehemmere. Merk at heparin ikke reduserer risikoen for

stenttrombose. Heparin erstatter derfor ikke platehemmere (4).

- Pasienter med kardiologisk risiko som bruker lavdose ASA forebyggende, og som skal gjennomgå ikke-kardiologisk kirurgi (unntatt kataraktoperasjon): oppslagsverket UpToDate angir seponering av ASA fem til sju dager før operasjon for disse pasientene (5). Vi antar at dette for eksempel kan være aktuelt ved stabil angina pectoris. Primærprofylaktisk bruk av ASA er ellers ikke anbefalt.

P2Y₁₂ reseptorblokkere

Denne legemiddelgruppen omfatter klopidogetrel, tikagrelor, tiklopidin og prasugrel, som hemmer plateaggregeringen ved å hemme bindingen av adenosindifosfat til P2Y₁₂-reseptorer på blodplatene. Hemmingen er irreversibel og vedvarer i hele levetiden til platene. Preparatomtalen har likevel litt varierende råd om tidspunkt for seponering før kirurgi: klopidogetrel sju dager (6a), tikagrelor fem dager (6b), tiklopidin minst ti dager (6c), prasugrel minst sju dager (6d).

Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd anser klopidogetrel, tikagrelor og prasugrel som forenlig med operasjon, men ikke med spinalanestesi. Hos pasienter med stenter og mekaniske hjerteklaffer skal verken platehemmere

eller antikoagulantia seponeres uten at det startes med lavmolekylært heparin. En bør her rådføre seg med kardiolog (7).

Dipyridamol

Dipyridamol reduserer i likhet med P2Y₁₂-reseptorblokkerne platehemmingen ved å hemme opptaket av adenosin, men også via flere andre mekanismer. Det er lite data på sikkerhet av dipyridamol under kirurgi. Ved bruk av depottabletter vil effekten av dipyridamol vedvare lengre enn det halve-



ringstiden på to til tre timer skulle tilsi. En artikkel i UpToDate angir at dersom seponering vurderes som nødvendig, bør dette skje minst to døgn før operasjon. For kombinasjonspreparater av ASA og dipyridamol anbefales på generelt grunnlag seponering sju til ti dager før kirurgi (8). Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd angir at operasjon er forenlig med bruk av ASA og dipyridamol; hver for seg eller i kombinasjon (7).

Antikoagulantia

Heftet *Informasjon om warfarin og de nye antikoagulasjonsmidlene dabigatran, rivaroxaban og apixaban* ble utgitt i 2015 og gir konkrete anbefalinger om seponeringstidspunkt for hvert medikament før kirurgi (9). Edoksaban kom på markedet først i 2015 og er ikke omtalt i heftet, men preparatomtalen gir konkrete råd når det gjelder kirurgi. Stort sett anbefales seponering av DOAK 24–48 timer før kirurgi, noe som er i tråd med preparatenes halveringstider:

- **DABIGATRAN:** t $\frac{1}{2}$ 14 timer. Seponeringstidspunkt avhenger av type inngrep samt pasientens nyrefunksjon, ofte 24–48 timer (6f, 9)
 - **RIVAROKSABAN:** aldersavhengig t $\frac{1}{2}$; 5–13 timer. Seponeringstidspunkt avhenger av type inngrep, ofte 24–48 timer (6g, 9)
 - **APIKSABAN:** t $\frac{1}{2}$ 12 timer. Seponeringstidspunkt avhenger av type inngrep, ofte 24–48 timer (6h, 9)
 - **EDOKSABAN:** t $\frac{1}{2}$ 10–14 timer. Seponeres helst minst 24 timer før prosedyren (6i)
- For warfarin er tidspunkt for seponering avhengig av type inngrep og INR målt før eller på selve operasjonsdagen. Behov for supplerende profylakse med lavmolekylært heparin vurderes i henhold til egne prosedyrer avhengig av forventet trombo-serisiko (10).

Andre legemidler som kan påvirke hemostasen

Flere vanlig brukte legemidler kan interagere med platehemmere og antikoagulantia. ASA (selges også reseptfritt som smertestillende), NSAIDs (mange er reseptfrie) og selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) er eksempler på legemidler som kan gi økt blødningsrisiko. Enkelte naturmidler, kosttilskudd og lignende produkter kan også påvirke blødningsrisiko, og bruk er ikke alltid kjent for behandlende lege. Legemiddelsamstemming og -gjennomgang, herunder også evaluering av nyrefunksjon, bør derfor foretas.

Oppsummering

Når pasienter som bruker platehemmere og/eller antikoagulantia skal opereres, må blødningsrisikoen vurderes opp mot risiko for trombose i hvert enkelt tilfelle. Legemiddelbruk, risiko forbundet ved selve inngrepet, underliggende sykdommer og risiko ved et eventuelt opphold i bruken av antitrombotika må tas med i vurderingen. Lavdosert ASA i monoterapi kan ofte brukes helt frem til operasjon, og for andre platehemmere er seponeringstidspunkt før kirurgi angitt i preparatomtalene. Direktevirkende antikoagulasjonsmidler bør som oftest seponeres 24–48 timer før planlagt operasjon. For warfarin finnes det egne retningslinjer som gir konkrete råd blant annet basert på INR. Vær ekstra oppmerksom på pasienter som har gjennomgått PCI/stenting det siste året. Ved dobbel platehemming eller samtidig bruk av platehemmer og antikoagulantia bør relevante spesialister (anestesilege, kirurg, kardiolog) konsulteres.

Legemiddelsamstemming og -gjennomgang bør foretas, inkludert vurdering av

nyrefunksjon og risiko for interaksjoner og bivirkninger ved samtidig bruk av andre legemidler og eventuelt naturmidler, kosttilskudd og lignende produkter.

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret. <http://www.reseptregisteret.no/> (Søk: 25. mars 2020).
2. Aranki S, Maltais S et al. Medical therapy to prevent complications after coronary artery bypass graft surgery. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 31. januar 2019).
3. Baumann Kreuziger L, Karkouti K et al. Antithrombotic therapy management of adult and pediatric cardiac surgery patients. *J Thromb Hemost.* 2018 Nov; 16(11): 2133–2146.
4. Cutlip D, Windecker S et al. Noncardiac surgery after percutaneous coronary intervention. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 14. mai 2018).
5. Devereaux PJ, Cohn SL et al. Management of cardiac risk for noncardiac surgery. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 20. september).
6. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) a) Plavix, b) Brilique, c) Ticlid, d) Eflient, e) Aponova, f) Pradaxa, g) Xarelto, h) Eliquis, i) Lixiana. <https://www.legemiddelsok.no/> (Lest: 13. januar 2020).
7. Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd 2018: s 15. <http://nrlweb.ihelse.net/Anbefalinger/> (Lest: 13. januar 2020).
8. Muluk V, Cohn SL et al. Perioperative medication management. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 12. april 2019).
9. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd. Informasjon om warfarin og de perorale antikoagulasjonsmidlene dabigatran, rivaroxaban og apixaban. Sist faglig oppdatert: 28. april 2015.
2. Reikvam Å, Sandset PM. Warfarinbehandling i praksis. Tryggere antikoagulasjon 2. utgave (<https://www.legeforeningen.no/>) (2010).

TRUDE GIVERHAUG
Relis Nord-Norge

GUTTORM RAKNES
Relis Nord-Norge

ANNE SKOGSHOLM
Hjertemedisinsk avdeling,
Universitetssykehuset
Nord-Norge

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

Velkommen og lykke till! — Tove Rutle – lagleder

'Ren poesi'

Ren poesi er den eneste boken som ikke byttes ut på nattbordet. En liten antologi fra 2015 som neppe skriver litteraturhistorie, men som har skrevet seg inn hos meg. Jeg fikk den i gave, akkurat da livet var på sitt mest sårbare, sitt vondeste og varmeste. Da klemmene ble lengre og smilene traff dyper. Hverdagslykken over å sitte fem stykker rundt middagsbordet. Den underlige samtidige sorgen og gleden over tanken på de fire som kanskje ville måtte fortsette sammen videre uten meg. Å gå fra super-

frisk, ung og udødelig til å være kreftsyk gjør noe med en, selv om man som lege vet at det helst vil gå godt.

Jeg ser at jeg nok var uvanlig mottakelig for litt ren poesi.

På bokens første side, livsvisdom fra Per Olof Enqvist – ord som jeg inntil da, historieløst nok, hadde trodd var Snoopys. Bildet hadde jeg nettopp hengt opp i glass og ramme på kontoret og gjort hans ord til mine. Videre i boken, en samling kortfattede dikt som hver på sitt vis snakket rett

til meg. De klarer å treffe en nerve, en følelse – treffer meg i hvert fall, igjen og igjen. Så, velbekomme, forsyn dere med et deilig lite utvalg savn, visdom, varme og humor. Jeg elsker disse fire små dikt. De, og deres like, hjelper meg i mitt forsøk på å holde fast ved de sterke følelsene, selv om livet raser videre, og det er lett å glemme hva man var så inderlig redd for å miste.

Neste, vær så god; Gro Henriksen, stafett-pinnen er din.

Hilsen fra
KIRSTEN SCHJESVOLD

Men kvifor

Men kvifor snuste du
slik på håret mitt
Kvifor strauk du meg så lenge
over kinna
berre for å seie adjø?

MARIT TUSVIK

Sannhet

Det er når
verdens fineste menneske
nettopp viser seg
å bare være et menneske
at hun om mulig
blir enda finere

TRYGVE SKAUG

Notat fra helsesøster

Penisen hans er skeiv
truleg fordi han har sete
attmed den fagraste jenta på skulen
i tre år
utan å seie eit ord.

HANS SANDE

22:58 / han kjem etter og legg seg tett inntil
henne / eg har eit viktig møte i morgen, seier
ho / eg har eit viktig møte akkurat no, seier
han.

FRODE GRYTEN

