

Utposten

3 2019
ÅRGANG 48

BLAD FOR ALLMENNINGSMEDISIN



Matallergi hos barn

Akupunktur og spedbarnskolikk
Skadefri - ressurs for fastleger
Papirløse migranternes helse

**RMR/UTPOSTEN
v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

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

Grefsenkollveien 21, 0490 Oslo

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com

Mona S. Søndenå

Parkveien 19, 9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@gmail.com

Kristine Asmervik

Sverdrupsvei 42, 7020 Trondheim

MOBIL: 468 36 780

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

Dag-Helge Rønnevik

Århaugbakken 9, 5541 Kolnes

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com

Kristina Riis Iden

Vågsmyra legesenter

4020 Stavanger

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

Kjell-Arne Helgebostad

Nessvågveien 11, 8064 Røst

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com

FAGLIG MEDARBEIDER:

Eli Berg

Krusenvegen 12B

2068 Jessheim

MOBIL: 913 18 180

FORSIDE: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER: 'Words are but pictures of our thoughts'*Kristina Riis Iden***2** UTPOSTENS DOBBELTTIME:**1** Migranternes bruk av legevakts i Oslo*Sven Eirik Ruud intervjuet av Julie Kalveland***2** Medisinering av døende – hva vet vi om effekt?*Kristian Jansen intervjuet av Julie Kalveland***6** ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:**Matalergi hos barn; hvordan håndtere denne økende pasientgruppen?***Geir Håland og Vibeke Østberg Landaas***12** Akupunkturbehandling av spedbarnskolikk*Holgeir Skjeie***15** Skadefri – en ressurs for deg som fastlege*Kathrin Steffen***20** KRONIKK: Kom tilbake når det er kritisk!*Anders Bjørkheim***24** Håndtering av stramt tungebånd*Haakon Arnesen***25** Kort om tympanometri*Wenche Fredagsvik og Haakon Arnesen***26** KRONIKK: Bedre psykisk helse- og rusbehandling – hvordan bidrar kommunene*Vegarð Høgli***30** ESSAY: Den blå mappa*Hege Raastad***33** MEDISINSK HISTORIE: 1849: Kolerasmitte i London*Harald Siem***34** MEDISINSK HISTORIE: Helseinformasjonens røtter*Arild Kjell Aambø***36** BOKANMELDELSE: Bli opplyst og utfordret*«Hva er avhengighet» anmeldt av Eli Berg***38** BOKANMELDELSE: Hvordan hjelpe traumatiserte flyktninger?*«Flyktnings psykiske helse» anmeldt av Eli Berg***39** BOKANMELDELSE: 'Med hodet og hjertet på rette plassen'*«Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser» anmeldt av Eli Berg***40 FASTE SPALTER**

RELIS 40

HVA LESER LEGEN 43

LYRIKKSTAFETTEN 44

'Words are but pictures of our thoughts'

Bokåret 2019 er godt i gang. Nasjonalbiblioteket har strødd 27 millioner kroner utover det ganske land til arrangementer på bibliotek, kulturhus og skoler som skal *hedre* boka og inspirere til å *lese* boka.

Da Ibn Butlan på 1000-tallet skrev bøker om helse, og 500 år senere da de første norske bøker, *Breviarium Nidrosiense* og *Missale Nidrosiense*, ble trykket, var lesing forbeholdt de privilegerte i samfunnet. I mange århundrer var det slik, inntil lesing gradvis ble utbredt blant folk flest. Og folk flest, det er deg og meg! I dag tar vi dette som den største selvfølge. Imidlertid er det ikke slik for alle.

Ifølge SSB har altfor mange innvandrere fra ikke-vestlige land så mangelfulle ferdigheter i å lese norsk, at det kan gå utover deres evne til å orientere seg i den norske hverdagen. Dette har negative implikasjoner på de fleste områder i samfunnet. Innen helse kan det gi problemer med å forstå råd fra helsemyndighetene, eksempelvis om røyking, alkohol, ernæring og vaksiner. I tillegg kan det oppstå utfordringer ved medisins- bruk; det å forstå *hvorfor* og *hvordan* medisin skal tas. Her har allmennleger et stort ansvar med å tilrettelegge for informasjon og kommunikasjon tilpasset de av våre pasienter som har mangelfulle leseferdigheter.

I denne utgaven av *Utposten* har vi intervjuet fastlege Sven Eirik Ruud, som forsker på migranternes bruk av legevakt i Oslo. Migranter fra Polen og Sverige

dominerer. Disse er ofte på korttidskontrakter og har ikke fastlege som kan ivareta deres behov for helsehjelp.

En annen gruppe i samfunnet vårt som ikke har rett på fastlege, er de papirløse migrantene. De kan være rett ved siden av deg – på bussen, i butikken eller i vrirrommen av mennesker en travel ettermiddag i byen. Men de sitter ikke på venterommet på fastlegekontoret. De er sammen med oss, men likevel utenfor fellesskapet. Anders Bjørkheim, lege ved akuttpsykiatrisk seksjon ved Ullevål og ved Helse-senter for papirløse migranter, har skrevet en sterk historie om Yemane Teferi fra Eritrea. De siste 24 årene av sitt liv, flyttet han fra asylmottak til asylmottak, i en limbo-tilstand i det tryggeste hjørnet av verden – til han døde alene på et asylmottak.

Bokåret setter også sitt preg på *Utposten* gjennom våre nye spalter *Medisinsk historie* og *Legen leser*. I denne utgaves historiebidrag kan du lese om boka *Taqwim al-Sihhah* skrevet av Ibn Butlan. Dette er en omfattende bok om forebyggende helse hvor Butlan tar for seg tema som hygiene, ernæring og fysisk aktivitet.

I tillegg til artikkelen om Ibn Butlan i vår serie om medisinsk historie, kan du også lese om kolera. Den vannbårne sykdommen som preget hele Europa på 1800-tallet, er ikke lengre et problem i vår del av verden. En sykdom som kan forebygges ved nokså enkle sanitære tiltak, men som kan være vanskelig å bekjempe i land med fattigdom og mangel på rent vann – og

hvor informasjon om hygienetiltak ikke når ut til befolkningen. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er de aller fleste tilfellene av kolera nå i afrikanske land. Ser vi på utbredelse av kolera, rammer den i all hovedsak områder i verden med fattigdom og analfabetisme. Igjen en åpenbar, negativ sammenheng mellom fattigdom og uhelse.

Ifølge *Store norske leksikon* finnes ikke en allmenngyldig definisjon av *ord*, selv om vi alle har en intuitiv forståelse av hva ord er. «Words are but pictures of our thoughts», skrev den engelske poeten John Dryden (1631–1700). Når vi vil formidle disse, våre indre tankebilder, bruker vi ord som vi stikker sammen til en tekst. Det kan bli til en leder, til artikler, tweets, et dikt, en kronikk, en bok eller en *Utposten*-utgave.

Først og fremst ønsker vi at tekster i *Utposten* skal gjenspeile noe felles, en markør for allmenn- og samfunnsmedisinerens *identitet* og *integritet*. Forhåpentligvis vil bokåret 2019 ebbe ut med økt leselyst og økt leseglede for mange flere i Norges land, enn det var da året startet. For klarer markeringen å nå også de som *ikke* leser av forskjellige årsaker, kan dette ha en smitteeffekt i årene som kommer. Og som store befolkningsstudier viser; og hvis vi skal tolke sammenhengen mellom analfabetisme og dårlig helse, så må vi kunne si: Et lesende folk er en positiv markør i folkehelsesammenheng!

God lesing!

KRISTINA RIIS IDEN

Migranternes bruk av lege

Sven Eirik Ruud ■ INTERVJUET AV JULIE KALVELAND ■ Frilansjournalist

Arbeidsinnvandrere på korte arbeidskontrakter bør få et eget senter for legehjelp, mener forsker og allmennlege Sven Eirik Ruud.

– Over 40 prosent av pasientene vi får inn har innvandrerbakgrunn – til tross for at denne gruppen utgjør under 30 prosent av oslobefolkningen, sier Sven Eirik Ruud som er forsker, fastlege og skiftlederlege ved Allmennlegevakten ved Legevakten i Oslo.

24 timer i døgnet, sju dager i uka tar han og hans kollegaer imot personer som oppsøker øyeblikkelig hjelp. Som andre byer har Oslo legevakt en skadelegevakt for dem som har brudd- og særskader, men det finnes også en egen allmennlegevakt.

Innvandrere overrepresentert

– I resten av landet er det som regel sånn at man må oppsøke fastlege for å få øyeblikkelig hjelp på dagtid, og at legevakten er åpen når fastlegekontoret er stengt. I Oslo tar allmennlegevakten imot pasienter 24/7. Her får vi inn mange forskjellige tilfeller, alt fra vond hals til akutt hjerteinfarkt, opplyser Ruud.

Allmennlegevakten er altså et tilbud som kommer i tillegg til fastlegeordningen.

– På kveld og natt har allmennlegevak-

ten det offentlige ansvaret for byens innbyggere, men på dagtid er det meningen at legevakten skal ta imot pasienter som kommer med ambulanse, sammen med politi og oppsøkende tjenester, eller ikke har mulighet til å dra til fastlegen på dagtid. Utfordringen er at noen pasienter oppsøker legevakten med kurante tilstander som kunne vært håndtert via fastlege, fortrinnsvis en av de påfølgende dagene, påpeker han.

Sist høst disputerte Ruud ved Universitetet i Oslo med doktorgradsavhandlingen *Immigrants' utilization of a public emergency primary healthcare clinic in Oslo. A cross-sectional study among walk-in patients at Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic*. Av-

– Utfordringen er at noen pasienter oppsøker legevakten med tilstander som heller kunne vært håndtert via fastlege, sier Sven Eirik Ruud om egen forskning som viser at personer med innvandrerbakgrunn bruker Allmennlegevakten i Oslo mye.



vakt i Oslo



handlingen omhandler hvordan personer med innvandrerbakgrunn bruker Allmennlegevakten, og den tar utgangspunkt i en dataundersøkelse av nærmere 2000 pasienter.

Manglende kunnskap?

– Vi vet at det er høyere sykkelighet i noen innvandrergupper, for eksempel når det gjelder diabetes, hjertesykdommer og mental helse. Dette er likevel et høyt tall, spesielt tatt i betraktning at pasientene i undersøkelsen har en lav gjennomsnittsalder, sier Sven Eirik Ruud.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i ble gjennomført i 2009, men er fremdeles like relevant, mener han: – Det har ikke skjedd noen større endringer i organiseringen av helsetjenesten i perioden etter 2009. Andelen personer med innvandrerbakgrunn i Oslo har økt noe, men vi tror ikke det har en større innvirkning på funnene våre.

Ruud understreker at personer med innvandrerbakgrunn som gruppe rapporterte om mer bruk av fastlege enn etnisk norske. Personer med innvandrerbakgrunn hadde også i større grad forsøkt å få time hos fastlegen før de oppsøkte legevakten.

– De siste årene har arbeidsbelastningen på fastlegene blitt så stor at det kan være vanskelig for dem å håndtere alle forespørsler om øyeblikkelig hjelp. Årsaken til at akkurat innvandrerne utmerker seg spesielt på statistikken, kommer av at to innvandrergupper er spesielt hyppige brukere av tjenesten: Svensker og polakker.

Arbeidsinnvandrere uten fastlege

Ruud tror overrepresentasjonen av personer fra Sverige og Polen kan forklares med at det er mange arbeidsinnvandrere på korttidskontrakter fra disse landene som ikke har krav på fastlege. Forskeren tror det kan oppleves enkelt for mange å kunne komme og få en time uten å måtte bestille på forhånd, men at det både opptar plassen

Legevakten i Oslo er sentralt plassert og en lett tilgjengelig institusjon i hovedstadens bybilde.



til de som trenger øyeblikkelig hjelp og kan være plagsomt for den enkelte.

– En som jobber i byggebransjen og blir sykmeldt for ryggplager, må for eksempel tilbake til legevakten hver gang sykmeldingen skal forlenges eller det trengs en ny resept på medisiner. Det tar tid å vente på dette. Mange får seg også en psykisk trøkk; det vil man kunne følge opp hos en fastlege.

Eget senter for arbeidsinnvandrere?

Funnene fra legevakten i Oslo er spesielle fordi de knytter seg til en type legevakt som ikke finnes mange andre steder, mener Ruud: – I småkommuner er det nok en kultur for at det som ikke krever øyeblikkelig oppfølging tas på fastlegekontoret på dagtid. Når det gjelder innvandrere, bor en stor andel av

dem i Oslo, men det kan være liknende trekk i for eksempel Bergen og Trondheim.

Når det gjelder Oslo, mener forskeren det kan være behov for å opprette et eget tilbud til arbeidsinnvandrere.

– Jeg tenker at de som kommer hit og pusser opp badene våre og serverer oss på restaurant fortjener en mulighet til å ha en fast lege. Det er påvist at de som får kontinuerlig oppfølging har lavere sykkelighet og sjeldnere legges inn på sykehus, påpeker Ruud. Han henviser til at det i dag finnes egne helsesentre for enkeltgrupper, som for eksempel senteret for helsehjelp til papirløse migranter drevet av Røde Kors og Kirkens Bymisjon i Oslo.

– Vi kunne godt hatt et eget senter for arbeidsinnvandrere, men i regi av det offentlige, konkluderer Sven Eirik Ruud.

Medisinering av døende

Kristian Jansen ■ INTERVJUET AV JULIE KALVELAND ■ Frilansjournalist

Forsker Kristian Jansen mener sykehjemsleger må tenke mer over om medisiner er unødvendige.

– Sykehjemsbeboere er de mest medisiner-te i befolkningen, men det er generelt gjort lite forskning på nytten av mange medisiner på sykere kropper, konstaterer Kristian Jansen.

Han er allmennlege og jobber ved Løvåsen sykehjem i Bergen. I fjor disputerte han med avhandlingen *End of life care in nursing homes. Palliative drug prescribing and doctors' existential vulnerability*. I avhandlingen har han gått gjennom lindrende medisiner som er i bruk i siste livsfase.

Bør bli en øyeåpner

– Basert på gjennomgangen din av tidligere forskning; mener du det i stor grad mangler belegg for effekt og forsvarlighet når det gjelder palliativ medisinsk behandling av døende?

– Vi leger gjør jo ikke bare ting som er forskningsbasert; også på dette området må vi erkjenne at sånn er det. Men dette bør være en øyeåpner for oss. Det viser at vi bør gå nøye inn og vurdere hver medisin, sier Jansen.

Medisinene han har sett på er vanlige i bruk, ikke bare i Norge, men også i resten av verden, og han lister opp følgende:

- Morfin mot smerter og tung pust
- Benzodiazepiner mot angst

- Antipsykotikum mot kvalme
- Antikolinergikum mot lindring av dødsralling, slimsekresjoner som gir lyder

Forskeren understreker at selv om det ikke finnes forskning som underbygger effekten blant døende, betyr ikke det manglende effekt.

– For mange medisiner mangler det forskning, uten at det er grunn til å tro at medisinerne ikke har effekt. Men for noen medisiner ser det faktisk ut til at effekten mangler helt, sier han. Et eksempel han nevner er dødsralling: – Medisin mot døds-

Må takle døden: – Hvis vi ser på døden som en fallitterklæring, mislykkes vi hver gang, sier forsker og sykehjemslege Kristian Jansen.



– hva vet vi om effekt?



ILLUSTRASJONSFOTO: COLUMBRIX / COLAGE; MORTEN HERMANS / OX MEDIA

ralling har ikke dokumentert effekt. Det er gjort gode studier som ikke finner annen effekt av medisin enn for placebo, sier Jansen

Det er også en annen grunn til ikke å skrive ut medisiner mot dødsralling, påpeker han: – Så vidt vi vet, gir ikke dødsralling ubehag for pasienten. Et alternativ er å gi informasjon til pårørende om hva man kan forvente i den døende fasen.

Overraskende endringer på dødsdagen

Han har også sett på medisinforordningene ved tre sykehjem i en femårsperiode.

– På sykehjem forsøker vi å se når døden kommer og gradvis trappe ned medisiner som skal forebygge og behandle. Når man anser at pasienten er døende, skal man ha fokus på lindring. Studien av over 500 eldre beboere viste to interessante funn: Tre fjerdedeler sto på lindrende medisin den siste dagen av livet. Det var som forventet. Det overraskende var at vi fant at det skjedde mange endringer i medisinforordning-

gen på selve dødsdagen, sier Kristian Jansen.

– Endringene kan tyde på at døden kom ganske brått på. Vi vet fra annen forskning at helsepersonell kan forutsi døden en uke før på sykehjem. Jeg har valgt å tolke funnene som at dette kan ha med kommunikasjon å gjøre, sier han.

Han tror det overraskende funnet skyldes en manglende evne til å møte døden, både fra pårørende og lege: – Om ikke pårørende er godt nok forberedt, kan de presse på antibiotikabehandling eller annen behandling som er åpenbart formålsløs. Væskebehandling av døende kan faktisk forkorte livet, stikk i strid med hva de pårørende egentlig ønsker, sier han.

Døden som fallitterklæring?

Sykehjemslegen har også intervjuet leger, og han mener at legenes egen sårbarhet medvirker til at det ofte blir vanskelig å forberede seg godt nok.

– Det kan være vanskelig for legene å erkjenne at det ikke er mer de kan gjøre. Vi

ser i intervjuene at mange føler på en maktesløshet. Men om legene har et mål om å forberede og å se en verdi i de siste dagene i livet, kan det gi gode prosesser. Hvis vi ser på døden som en fallitterklæring, mislykkes vi hver gang, sier Jansen.

Når han skal gi råd til andre leger, peker han på viktighet av å legge opp til en forbedret avslutning av livet: – Det er viktig å redusere medisiner som mister sin relevans i forkant av døden og å erstatte dem med mer symptomatisk behandling etter behov, understreker han.

Samtidig peker han også på det som kan virke som et stort paradoks:

– Jeg har fokusert på medisiner i min forskning, men ser tydelig en begrensning i medisins rolle i palliativ behandling. Derfor er det like viktig at leger ser verdien av god kommunikasjon. Det kan nemlig vise seg å være mer effektivt enn medisiner, konkluderer forskeren og sykehjemslegen Kristian Jansen.

■ JKALVELAND@GMAIL.COM

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Matallergi hos barn; hvordan håndtere denne

■ GEIR HÅLAND • Overlege ph.d. Fagansvarlig allergi, Barneavdeling for allergi og lungesykdommer og Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet, Oslo universitetssykehus

■ VIBEKE ØSTBERG LANDAAS • Klinisk ernæringsfysiolog, Barneavdeling for allergi og lungesykdommer, Oslo universitetssykehus

Matallergi defineres som en overfølsomhetsreaksjon mot et matallergen som er initiert av en immunologisk mekanisme. IgE-medierte reaksjoner er de vanligste, men også cellemedierte (lymfocytter) og IgG-medierte reaksjoner forekommer.

Allergisk reaksjon ved eksponering for mat kan gi symptomer fra en rekke organer (1). Vanligst er hudreaksjoner med erytem, kløe, urtikaria/angioødem eller atopisk eksem. Symptomer fra gastrointestinal traktus med kløe i munn, magesmerter, kvalme og oppkast og eventuelt løs avføring er også vanlig. Luftveissymptomer i form av rinitt, heshet, hoste eller nedre luftveisobstruksjon og konjunktivitt symptomer sees også relativt hyppig. Takykardi, hypotensjon og mer sjeldent sirkulatorisk kollaps sees hyppigere hos voksne enn hos barn. Nevrologiske symptomer i form av endret adferd, oftest passivitet, trøtthet og unntaksvis bevissthetstap sees også, men hovedsakelig ved mer alvorlige reaksjoner. Alvorligheten av den allergiske reaksjon varierer fra mild med kløe i munn eller hud og magesmerter til alvorlige, potensielt livstruende reaksjoner, altså anafylaksi. Reaksjon på mat er den vanligste årsak til anafylaksi både hos barn og ungdom (2).

Forekomsten av matallergi i den vestlige verden har vært stigende de siste tiår, og en regner at tre til fire prosent av barn har allergi mot en eller flere matvarer. Enkeltstudier har rapportert at opptil ti prosent av ett år gamle barn har matvareallergi, men forekomsten avtar med økende alder (3).

Diagnostikk

Riktig diagnostikk og oppfølging av pasi-

enter med matallergi er viktig av flere årsaker. Først og fremst for at de skal unngå ubehagelige og potensielt livstruende reaksjoner ved eksponering. Men det er også viktig å unngå overdiagnostisering som kan medføre unødvendig restriktive dietter, unødvendig engstelse, sosial isolasjon og uønsket spisemønster (4, 5). Sammenlignet med friske barn, har barn med matvareallergi lavere energiinntak og inntak av en rekke næringsstoffer (6) som er viktige for normal vekst og utvikling.

Utredning av matallergi baserer seg på anamnese, laboratorieundersøkelser og ev. eliminasjon-provokasjon av matvaren. Formålet med utredningen er å avklare om det er en sammenheng mellom eksponering for en matvare og eventuelle kliniske symptomer. Det er viktig at en alltid er bevisst på dette.

FIGUR 1

- Hvor mange ganger har pasienten vært eksponert?
- Hvor lenge er det siden siste eksponering?
- Har det vært symptomer ved eksponering?
 - Hvis ja:
 - Hvilke symptomer?
 - Hvor lang tid etter eksponering kom symptomene?
 - Har det vært symptomer ved alle eksponeringer (reproduserbarhet)?
 - I hvilken form var matvaren (rå/varmebehandlet)?
 - Mengde matvare?
 - Samtidige co-faktorer (infeksjon, fysisk aktivitet, menstruasjon, alkohol, medikamenter, annen allergen påvirkning)

Anamnese

Den desidert viktigste delen av utredningen er anamnesen. Denne kan gjennomføres like godt i alle nivåer av helsevesenet. Ofte er det litt detektivarbeid som skal utføres, og dette krever litt tid og engasjement.

I forbindelse med matallergi kommer vanligvis pasienten eller foresatte med ett av to spørsmål:

- 1 «Jeg lurer på om jeg er allergisk mot... (en eller flere spesifikke matvarer)?» eller
- 2 «Jeg har disse symptomene, skyldes det matallergi?»

Strategien ved anamneseopptaket vil være litt forskjellig ved de to utgangspunktene. I det første tilfellet må en først avklare nøyaktig hvilke(n) matvarer man mistenker allergi mot. Hver matvare bør vurderes separat, og ikke som grupper av matvarer (man vurderer allergi mot erter og ikke belgfrukter generelt, hasselnøtt fremfor nøtter osv.). Når en har avklart hvilken matvare en diskuterer, bør første spørsmål være om pasienten har vært eksponert for mat-

Økende pasientgruppen?



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX / MANJULERT

varen? Hvis ja, følges algoritmen i figur 1. Hvis nei, må en spørre hvorfor en mistenker allergi mot denne matvaren. Svaret vil da vanligvis enten være at et nært familie-medlem har en allergi (ofte alvorlig) eller

at pasienten tidligere har fått påvist sensibilisering mot denne matvaren.

Hvis utgangspunktet er symptomer som en mistenker at skyldes matallergi, må en først så nøyaktig som mulig beskrive disse

symptomene med tanke på organ, frekvens, alvorlighet/intensitet og varighet. Deretter må legen ta opp en kostanamnese med vekt på hva som har vært spist og drukket, spesielt de siste timene før symptomene oppstår.

Laboratorieundersøkelser

Når anamnesen er gjennomført, kan det være aktuelt med laboratorieundersøkelser for å få støtte til sannsynligheten for allergi. Det er viktig at man er spesifikk i sin rekvisisjon av undersøkelser. Disse skal styres ut ifra sykehistorien, og screening er sjeldent indisert. Aktuelle laboratorieundersøkelser er hudpricktest og måling av spesifikt IgE i serum. I allmennpraksis er det først og fremst IgE-analyser i serum som er aktuelt, da hudpricktest krever opplæring og kompetanse i utføring og tolkning. I tillegg krever det anskaffelse av relativt dyre allergenekstrakter som har begrenset holdbarhet. Kun IgE-analyser omtales derfor videre.

Forhøyet spesifikt IgE (> 0,35 kU/l) forteller oss at pasienten er sensibilisert, dvs. produserer IgE mot det aktuelle allergen. Hvis ikke pasienten har symptomer ved eksponering for matvaren, har pasienten heller ikke allergi, uavhengig av IgE-nivå. Dette er svært viktig å være bevisst på, da det er en vanlig feiltolkning ved utredning av allergi. Mange barn har forhøyet IgE mot en matvare uten å ha allergi mot matvaren. *Allergi er en klinisk diagnose.*

IgE-nivået sier noe om sannsynligheten for allergisk reaksjon. Sammenhengen mellom IgE-nivå og sannsynlighet for allergi følger for de fleste matallergener en sigmoid kurve. Unntakene er soya, hvete og andre kornsorter, hvor selv høye verdier ofte er forbundet med toleranse for matvaren (7). IgE-nivået sier imidlertid lite om alvorligheten av en eventuell allergi, og ingenting om terskel verdi, altså mengde matvare som skal til for å utløse symptomer hos pasienten.

Selv om en skal være spesifikk ved rekvisisjon av IgE-analyser, kan imidlertid screening ved bruk av IgE-paneler være aktuelt

når det ut ifra anamnesen er svært uklart hva som er utløsende allergen, og når IgE forventes å være negativ. IgE-paneler må ikke brukes dersom man allerede vet at pasienten er sensibilisert mot en av matvarene som inngår i matvarepanelet.

Når en måler spesifikt IgE mot en matvare, måler en IgE mot alle de proteinene som finnes i den matvaren. Det er imidlertid for enkelte matvarer mulig å måle spesifikt IgE mot enkelt-proteiner i matvaren. Det kan gi oss informasjon om sannsynlighet for toleranse av oppvarmet matvare, kryss-sensibilisering og sannsynlighet for alvorlige reaksjoner, og brukes blant annet ved utredning av allergi mot egg og enkelte nøtter. Dette krever imidlertid spesiell kunnskap om det enkelte protein, og er analyser som først og fremst bør rekvireres av den spesielt interesserte.

Måling av total IgE gir informasjon om pasienten har en atopisk tilbøyelighet, men har liten plass i diagnostikk av matvareallergi. Det er imidlertid et fenomen en bør være observant på. Ved høy total IgE (> 800–900 kU/l) vil en få såkalt uspesifikk binding ved undersøkelse på spesifikk IgE. Det betyr at en vil få lett forhøyet IgE-verdi mot enkelte allergener, selv om pasienten ikke produserer IgE antistoffer mot aktuelle allergen. Vanligvis vil IgE-nivåene da være lave, dvs. < 1–2 kU/l.

Utredning ved eliminasjon og reintroduksjon

Det endelige svaret på om det forekommer en matallergi, ligger i om symptomene forsvinner eller blir vesentlig bedre ved eliminasjon av matvaren, og kommer tilbake ved reintroduksjon. Mistenkes for eksempel melk og egg som årsak til vedvarende mage-tarm-plager eller et moderat-alvorlig atopisk eksem, bør begge elimineres strengt i fire til seks uker for å se om symptomene

blir bedre. Pasientene trenger da opplæring i hvordan de kan identifisere aktuelle allergener i sammensatte matvarer. Dersom tydelig bedring ved eliminasjon, reintroduseres først den ene matvaren, deretter den andre, med noen ukers mellomrom. Ved tydelig tilbakefall av symptomer, er matoverfølsomhet sannsynlig, figur 2.

Det er viktig å avtale kontroll etter perioden med eliminasjon, slik at barnet ikke blir stående på diett unødvendig lenge. For enkelte symptomer kan man forvente raskere remisjon, og kortere tid på eliminasjonsdiett kan være tilstrekkelig. Vær oppmerksom på at spedbarn, som i utgangspunktet presenterer milde symptomer, som atopisk eksem, og som er sensibiliserte for aktuelle matvare, kan reagere med mer alvorlige symptomer etter å ha stått flere uker på streng eliminasjonsdiett (8).

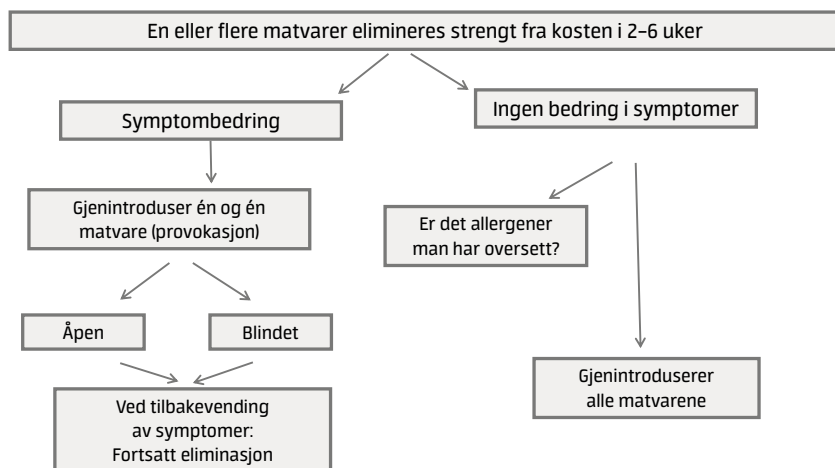
Utredning ved kostprovokasjon

Mange pasienter eliminerer matvarer på bakgrunn av positive allergiprøver, uten at de noen gang har vært eksponert for matvaren. En kontrollert kostprovokasjon kan da være nødvendig for å avklare om det dreier seg om en klinisk allergi. Slike kostprovokasjoner gjennomføres på flere av landets sykehus. Dersom det viser seg at pasienten ved uhell har fått i seg matvaren hjemme i en vesentlig mengde, uten at det har tilkommet symptomer, er kostprovokasjon unødvendig. Matvaren kan innføres hjemme. Slike episoder kommer ofte ikke fram i anamnesen om man ikke spør eksplisitt om dette.

Kostprovokasjoner gjennomføres ved at pasienten inntar en gradvis økende mengde av aktuelle matvare på en allergiavdeling. Internasjonale retningslinjer anbefaler en startdose tilsvarende 3 mg protein, tilsvarende 0,1 ml melk, og en slutt-dose som tilsvarer en alderstilpasset porsjon. I praksis er det oftest tilstrekkelig å begynne med en høyere startdose, som 1 ml melk, 1 gram egg, 1 gram hvete etc. Deretter halvlogaritmisk økning av dosen hvert 20.–30. minutt (9). Provokasjonen avsluttes ved første objektive symptom (10), og pasienten blir værende til observasjon i to til fire timer i tilfelle sensymptomer.

I praksis gjøres de aller fleste kostprovokasjoner som åpne provokasjoner. Noen ganger er det imidlertid nødvendig å velge dobbel blind kostprovokasjon, der verken pasient eller behandler vet hvilken dag pasienten spiser aktiv matvare eller placebo. Dette gjelder spesielt i tilfeller der det er stor forventning om symptomer fra pasientens side, eller der symptomene forventes lang tid etter eksponering. Provokasjo-

FIGUR 2. Eliminasjon og provokasjon.





Adekvat diagnostikk og oppfølging er viktig for å forebygge ubehagelige og potensielt alvorlige reaksjoner, men også for å unngå overdiagnostisering og unødendige dietter, understreker forfatteren. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

nen kan da gjennomføres over to dager, med en ukes mellomrom, der pasienten registrerer symptomer i dagene etter provokasjon. I de tilfellene pasienten beskriver at symptomene først tilkommer etter flere dagers eksponering, kan blindet provokasjon foregå hjemme, ved at pasienten får med seg provokasjonsmat fra sykehuset som de spiser hjemme, og registrerer symptomer underveis.

Behandling

Selv om det foregår mye spennende forskning rundt hyposensibilisering med matvarer, er den eneste godkjente behandling av matallergi fortsatt å eliminere aktuelle allergener i tilstrekkelig grad. For de fleste betyr dette en streng eliminasjon, i den forstand at alle sammensatte produkter som inneholder selv en liten mengde av allergenet må elimineres. For eksempel inngår melk og hvete som ingrediens i en lang rekke pålegg, middagsprodukter, kornvarer, snacks osv. Kumelk er også hovedingrediens i alle spedbarnsgrøter, med unntak av et par spesialprodukter. I deklarasjonen brukes ofte ord som kan være vanskelig å forstå for pasienten, som kaseinat, laktoalbumin osv. Praktiske verktøy, som appen «Matparlør» fra NAAF kan derfor være nyttig for pasienter som skal begynne på en eliminasjonsdiett.

Norge følger EUs merkeregelverk, som pålegger matprodusenter og serveringssteder, både av emballert og ueemballert mat, å deklare innhold av 14 utvalgte matallergener. Disse er melk, glutenholdige kornslag, egg, soya, fisk, skalldyr, bløtdyr, peanøtt, nøtter, sesamfrø, lupin, selleri, sennep og sulfitt. Andre ingredienser (f.eks. andre frø, erter, linser, kokos) er kun pliktig å deklare dersom de utgjør mer enn to prosent av produktets vekt. I praksis deklarerer de fleste produsenter alle ingredienser som inngår i produktet.

Mange matvarer er merket med spormerking («inneholder spor av»/«kan inneholde spor av»/«laget i samme lokaler som»). Slike matvarer inneholder ikke nevnte allergen som ingrediens, men er laget i en fabrikk som også produserer andre matvarer med dette allergenet. Merkingen er frivillig og sier kun noe om en potensiell kontaminasjon, ingenting om mengde. De analysene som er gjort i Norge og i Europa, viser imidlertid at slike produkter svært sjelden inneholder målbare spor av det aktuelle allergenet. For nøtter og peanøtter kan man finne restmengder (stort sett ørsmå) i sjokolader og mellombarer, men sjelden i kaker, kjeks, frokostblandinger etc. Ettersom mengden nøttespor i en sjokolade oftest er svært lav, er vanligste symptom hos de mest sensitive oral kløe, altså helt ufarlige symptomer.

Spor-merking benyttes av industrien i utstrakt grad. Dersom man som helsepersonell anbefaler en eliminasjon av alle slike produkter, vil det medføre en betydelig innsnevring av kostholdet til pasienten. Det er derfor viktig at man ikke gir slike råd uten å ha gjort en nøye avveining på om dette er nødvendig. I praksis er det få pasienter med matallergi som behøver å unngå spor-merkede produkter.

Erstatningsprodukter

Multipel matallergi, og spesielt kumelkallergi, medfører en betydelig risiko for feilernæring og dårlig tilvekst hos barn (6). Det er derfor viktig at barnet tilvennes erstatningsprodukter som er ernæringsmessig fullverdige. De første tre leveårene anbefales som førstevalg en morsmelkerstatning basert på høygradig hydrolysert kasein eller myse. Disse fås på blå resept inntil ti årsalder. Det finnes også aminosyrebaserte morsmelkerstatninger til de få (fem til ti prosent) som også reagerer på melkehydrolysat. Disse er imidlertid svært dyre, og behovet må spesifiseres i søknaden til Helfo.

Dessverre er smaken utfordrende ved alle de ovennevnte morsmelkerstatningene. Venter man for lenge med introduksjonen, vil det være vanskelig å få barnet til å akseptere smaken. Spedbarn er vanligvis mest åpne for nye smaker i fire til åtte må-



neders alder. Dersom man ut ifra klinikk og allergiprøver kan anta at dette er en melkeallergi som vil vedvare i noen år, er det derfor nyttig å tilvenne spedbarnet et melkehydrolysat tidlig, selv om mor også ønsker å amme i flere måneder fremover. Ved ikke-IgE-mediert kumelksallergi har barnet ofte vokst av seg allergien innen mor slutter å amme, og tilvenning av melkehydrolysat er noe mindre viktig.

Det finnes også en lang rekke erstatningsprodukter for melk i dagligvarehandelen, basert på soya, havre, ris, kokos og ulike nøtter. Flere er tilsatt kalsium og enkelte B-vitaminer, men inneholder minimalt med protein, og ikke jod, et næringsstoff som primært kommer fra melkeprodukter. For melkeallergiske barn som ikke aksepterer melkehydrolysat, kan altså slike drikker brukes som kalsiumkilde og for variasjon i kostholdet, men man bør da supplere kosten med en multivitaminertablett (som inneholder både vitaminer og sporstoffer i daglig anbefalt dose). Risdrikk anbefales ikke brukt til barn under seks år på grunn av høyt arsen-innhold (11).

Øvrige matallergier, som egg, nøtter, skalldyr, fisk etc. har mindre ernæringsmessig betydning, men er selvfølgelig krevende rent praktisk. Ved fiskeallergi anbefales tilskudd av tran. Dette regnes som trygt, da oljen er godt rensed for protein. Ved hveteallergi, følges stort sett glutenfri diett, men hvetestivelse kan brukes. Mange av de glutenfrie erstatningsproduktene er i all hovedsak stivelsesbasert, og altså næringsfattige. Bruker man glutenfri havre og naturlig glutenfrie kornslag, som quinoa, teff, bokhvete og hirse, er det lettere å oppnå et ernæringsmessig fullverdig kosthold uten gluten (12).

Medikamentell behandling

Ved matallergi brukes medikamenter kun ved behandling av symptomer ved uhellseksposering. Pasienter som har milde symptomer fra hud, gastrointestinaltraktus, øyne eller øvre luftveier bør få foreskrevet antihistamin i alderstilpasset formulering (mikstur, smeltetablett eller tablett).

Pasienter med alvorlig allergi, dvs de som har hatt anafylaksi ved eksponering, skal få utskrevet adrenalinpenn. Behandling med adrenalin er potensielt livreddende og således den viktigste behandlingen ved anafylaksi. Pasientene skal til enhver tid ha to pennar tilgjengelig, hvilket for de fleste betyr minimum fire pennar: to stykker på skole/ i barnehage og to stykker hjemme. Det er viktig at disse byttes ut når de går ut på dato. Holdbarheten

er relativt kort, men en bør ikke akseptere kortere holdbarhet enn ett år ved utlevering.

Adrenalinpenn skal aldri foreskrives uten at pasient eller pårørende får grundig informasjon om når den skal brukes og praktisk opplæring i hvordan den skal brukes. Produsentene av adrenalinpennar (EpiPen®, Jext®, Emerade®) kan kontaktes for å få tilsendt gratis «dummy pennar» for treningsbruk. Det er et betydelig underforbruk av adrenalinpenn ved anafylaksi, grunnet manglende kunnskap om når og hvordan en skal bruke pennen (13).

Når skal pasienten retestes?

De fleste barn med allergi mot basismatvarene melk, egg, hvete og soya «vokser av seg» sin allergi, dvs utvikler naturlig toleranse, mens det kun er et mindretall av pasienter med allergi mot peanøtt, trenøtter og skalldyr som blir tolerante. Toleranseutviklingen skjer raskere de første leveårene, hvilket vil si at de som fortsatt har matallergi når de kommer opp i skolealder, har mindre sannsynlighet for å bli friske av sin allergi. Høyt spesifikt IgE, alvorlige symptomer ved eksponering, langsomt fall i IgE-nivå og annen atopisk sykdom er faktorer som er forbundet med langsom toleranseutvikling (14).

Pasienter med matallergi bør følges med jevnlig kontroll og måling av spesifikt IgE-nivå. Hvert halvår første leveår, gradvis økende til hvert andre år når en kommer opp i skolealder. Hos pasienter hvor en ikke forventer toleranseutvikling, bør intervallene forlenges. Ved vurdering av eventuell toleranseutvikling må man først gjennomføre en grundig anamnese over eventuell eksponering ved uhell for aktuelle matvare. Har pasienten vært eksponert for adekvat mengde av matvare uten symptomer, er toleranseutvikling sannsynlig. Videre vurderes endring i spesifikt IgE-nivå. Sannsynligheten for toleranseutvikling er større desto raskere og større fallet i IgE er. Hos pasienter som ikke har hatt alvorlige symptomer ved eksponering, vil ofte 50 prosent fall i spesifikt IgE over relativt kort tid, dvs ett til to år, være indikasjon for å gjøre en kostprovokasjon hvis ikke pasienten har vært eksponert for matvaren ved et uhell.

Matallergi er økende og en vanlig sykdom spesielt hos barn og unge. Det er viktig at disse pasientene får adekvat diagnostikk og oppfølging, både for å unngå ubehagelige og potensielt livstruende reaksjoner, men også for å unngå overdiagnostisering og unødvendige dietter. Utredning og oppfølging kan i hovedsak skje i allmennpraksis, men krever litt engasjement, kunnskap og

tid.

Det arbeides nå med en «Veileder i håndtering av matallergi» som vil bli et nyttig redskap for alle som er involvert i denne pasientgruppen.

REFERANSER

- Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J, Bruijzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahela T, et al. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. *Allergy*. 2001; 56(9): 813–24.
- Vetander M, Helander D, Flodstrom C, Ostblom E, Alfvén T, Ly DH, et al. Anaphylaxis and reactions to foods in children – a population-based case study of emergency department visits. *Clin Exp Allergy*. 2012; 42(4): 568–77.
- Peters RL, Koplin JJ, Gurrin LC, Dharmage SC, Wake M, Ponsonby AL, et al. The prevalence of food allergy and other allergic diseases in early childhood in a population-based study: Health Nuts age 4-year follow-up. *J Allergy Clin Immunol*. 2017; 140(1): 145–53.e8.
- Feng C, Kim JH. Beyond Avoidance: the Psychosocial Impact of Food Allergies. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2018.
- Meyer R. Nutritional disorders resulting from food allergy in children. *Pediatr Allergy Immunol*. 2018; 29(7): 689–704.
- Skypala IJ, McKenzie R. Nutritional Issues in Food Allergy. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2018.
- Celik-Bilgili S, Mehl A, Verstege A, Staden U, Noncon M, Beyer K, et al. The predictive value of specific immunoglobulin E levels in serum for the outcome of oral food challenges. *Clin Exp Allergy*. 2005; 35(3): 268–73.
- Chang A, Robison R, Cai M, Singh AM. Natural History of Food-Triggered Atopic Dermatitis and Development of Immediate Reactions in Children. *The journal of allergy and clinical immunology In practice*. 2016; 4(2): 229–36.e1.
- Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts G, Beyer K, Bindslev-Jensen C, et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy. *Allergy*. 2014; 69(8): 1008–25.
- Sampson HA, Gerth van Wijk R, Bindslev-Jensen C, Sicherer S, Teuber SS, Burks AW, et al. Standardizing double-blind, placebo-controlled oral food challenges: American Academy of Allergy, Asthma & Immunology-European Academy of Allergy and Clinical Immunology PRACTALL consensus report. *J Allergy Clin Immunol*. 2012; 130(6): 1260–74.
- Mattilsynet. Atvarar mot risdrikk og riskaker til barn 18.02.13 [updated 09.02.18. Available from: http://www.matportalen.no/matvaregrupper/tema/drikke/aatvarar_mot_risdrikk_og_riskaker_til_barn.
- Norges Astma og Allergi Forbund. Coliaki og hveiteallergi 31.01.2011 [updated 21.09.2016. Available from: <https://www.naaf.no/subsites/matallergi/kostrad-ved-allergi/coliaki-og-hveiteallergi/>.
- Noimark L, Wales J, Du Toit G, Pastacaldi C, Hadad D, Gardner J, et al. The use of adrenaline autoinjectors by children and teenagers. *Clin Exp Allergy*. 2012; 42(2): 284–92.
- Savage J, Sicherer S, Wood R. The Natural History of Food Allergy. *The journal of allergy and clinical immunology In practice*. 2016; 4(2): 196–203; quiz 4.

Akupunkturbehandling

■ HOLGEIR SKJEIE • Spesialist i allmennmedisin, ph.d. Bystranda legesenter, Kristiansand

For ti år siden satte jeg og min gode kollega og forskningsvenn Trygve Skonnord oss fore å etterprøve en spesiell liten del av våre ellers ordinære fastlegepraksiser: Vi og en del andre fastlege-kolleger, og ganske mange akupunktører, stakk små stålnåler i beina eller i hendene på spedbarn som gråt for mye, for å få dem til å gråte mindre.

Vi hadde praksiserfaring på at det var en god ide, vi hadde lært metoden, hadde integrert akupunktur bredt i praksisene våre og underviste kolleger. Effekt av akupunkturbehandling av smertetilstander hos voksne hadde økende dokumentasjonsgrunnlag. Det fantes ingen dokumentert effektiv behandling for spedbarnskolikk. Akupunktur ble anbefalt internasjonalt i vestlige akupunkturmiljøer, og vi hadde gjentatte ganger opplevd forbausende, raske endringer i gråteatferd etter korte sesjoner med få nålestikk hos barna. Som å slukke et lys.

Det ble en lang og spennende reise, og etter hvert et doktorgradsprosjekt finansiert av Allmennmedisinsk forskningsfond. Vi ble en del av et fantastisk inkluderende og åpent universitetsmiljø ved Avdeling for Allmennmedisin i Oslo, under ledelse av professor Jørund Straand. Professor Mette Brekke og førsteamanuensis Arne Fetveit veiledet oss med stor ro og styringsvilje gjennom hele seilasen. Vi ble akupunktur-gutta på avdelingen, og Trygve etter hvert med sitt eget Akutt Rygg-prosjekt som parallelt ph.d.-løp.

Resultatet ble overraskende for oss og skuffende for mange troende. Men data er data, og den hvite frakken fordrer kunnskapsbasert praksis. Hva vi trodde var nålens virkning, var vel heller vår virkning på foreldrene og på hele situasjonen: Placebo by proxy.



Hovedpersonen. GJENGITT MED MORS TILLATELSE

av spedbarnskolikk

24. mai 2018 forsvarte jeg doktoravhandlingen i Gamle Festsal på Karl Johans gate i Oslo. Her er et modifisert sammendrag:

Introduksjon

Spedbarnskolikk er en funksjonell symptomdiagnose og sannsynligvis en smertefull lidelse i fordøyelsessystemet i spedbarnets første levemåned. Hudpenetrerende nåleakupunktur av små barn har fått noe aksept i vestlig medisin. Ved nåleakupunktur, opprinnelig en kinesisk behandlingsmetode, bruker man tynne sterile stål nåler som stikkes gjennom hud og inn i bløtdelsvev. Akupunktur blir brukt i Skandinavia og andre vestlige land som en behandling for spedbarnskolikk. Behandlingen er omdiskutert, da spedbarn ikke kan gi samtykke til behandling. Vi hadde som mål å vurdere effekten av nåleakupunktur i behandling av spedbarnskolikk.

Metoder

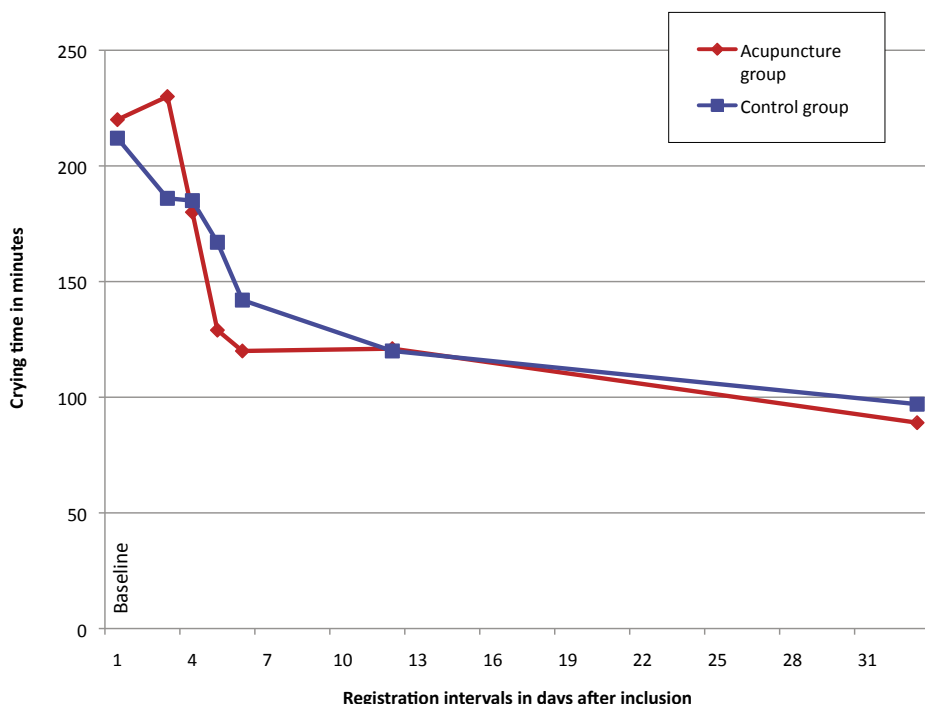
Vi gjennomførte først en pilotstudie for å vurdere gjennomførbarheten av en protokoll for en randomisert kontrollert studie (RCT) om effekten av nåleakupunktur i behandlingen av spedbarnskolikk. Så utførte vi en prospektiv blindingsvalidert randomisert kontrollert multisenterstudie i allmennpraksis. Forskningsassistenter og foreldre var blindet. Intervensjonen var en standardisert metode bestående av tre dager med bilateral nåling av akupunkturpunktet ST36, med ingen akupunktur som kontroll. Spedbarna oppfylte Wessels kriterier for spedbarnskolikk. Det var ingen eksklusjonskriterier.

Vi gjorde en systematisk oversikt og en blindetest-validering basert på individu-

elle pasientdata fra alle randomiserte kontrollerte studier av effekt av akupunkturbehandling ved spedbarnskolikk. Primært endepunkt var gråtetid midtveis i behandlingen, ved avslutning av behandling og fire uker etter endt behandling. 30 minutters gjennomsnittsforskjell (MD) i gråtetid mellom akupunktur og kontroll var forhåndsbestemt som en klinisk relevant effekt. Pearsons kji-kvadrattest og James and Bang-indeksene ble brukt for å teste blindingen av utfallsmålerne (foreldrene). Vi gjorde også en kvalitativ studie i Shanghai for å undersøke nåværende praksis og kliniske anbefalinger i forhold til bruk av akupunktur på spedbarn hos dagens kinesiske utøvere av Tradisjonell kinesisk medisin (TKM). Vi foretok fire feltbesøk. Data ble samlet gjennom deltakende observasjon, ett fokusgruppintervju, ett dybdeintervju, kartlegging av læreboksidene og informantvalidering.

FIGUR 1. Plottediagram som viser forandringer i gråtetid – «The 36 infantile colic acupuncture study».

FIGUREN ER PUBLISERT I SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE



Resultater

Vi forbedret standardiseringen av intervensjonsprosedyren og forandret blindingsprosedyren som et resultat av pilotstudien. Blindingsvalideringsspørsmål ble ansett nødvendig. Endringene ble implementert i den endelige studieprotokollen.

I hovedstudien viste blindingsvalideringsspørsmålene en tilfeldig fordeling i kji-kvadrattestene med $p = 0,41$ og $0,60$, som indikerte mulig sann blinding. Vi fant ingen statistisk signifikant forskjell i gråtetid mellom akupunktur og kontrollgruppe ved noen av de målte tidspunkt, og heller ikke i den lineære blandede modellen som målte forandringer over tid ($p = 0,26$). Der var en tendens i favør av akupunkturgruppen, med et ikke-statistisk signifikant total utgangskorrigert gjennomsnitt på 13 minutter (95 prosent KI – 24, 51) forskjell i gråtetid mellom gruppene. Dette var i henhold til protokollen heller ikke klinisk relevant, uavhengig om det var statistisk signifikant eller ikke (FIGUR 1).

I den systematiske oversikten og IPD-metaanalysen gjennomførte vi både et engelskspråklig og et kinesiskspråklig literatursøk opp til februar 2017. Der var ingen kinesiske studier. Vi inkluderte tre randomiserte kontrollerte studier med data fra 307 deltakere. Alle var skandinaviske, alle brukte forskjellig hudpenetrerende nålemetodikk. Bare en av de inkluderte studiene oppnådde en mulig sann blinding av utfallsmålerne i både akupunktur- og kontrollgruppene. Gjennomsnittsforskjellen i gråtetid mellom akupunkturintervensjonen og ikke-akupunktur kontroll var $-11,4$ minutter (95 prosent KI $-31,8$, $9,0$; tre studier) ved behandlingslutt den korresponderende standardiserte gjennomsnittsforskjell (SMD) var $-0,10$ (95 prosent KI $-0,29$, $0,08$) (FIGUR 2). Resultatene var ikke klinisk relevante i henhold til protokoll.

Heterogeniteten var uten betydning i alle analyser. At heterogeniteten er liten betyr at studiene var relativt like hva resultater angår og at man derfor kan ha større tiltro til at det som er målt er riktig. Og hva er en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD)? Det er en måte å måle effektforskjeller på tvers av forskjellige målemetoder. Således indikerer en SMD på $0,2$ en liten effekt, en SMD på $0,5$ en middels effekt og en SMD på $0,8$ en stor effekt. Omgjort til for eksempel en VAS (Visual analog smerteskala) vil en SMD på $0,2$ innebære ca.



Longhua sykehus ble grunnlagt i 1960 og er tilknyttet Shanghai University of Traditional Chinese Medicine. Akupunkturgruppen hadde tre dager med deltakende observasjon ved akupunkturpoliklinikken her.

5 mm forskjell og uten klinisk betydning i smertebehandling, $0,5$ SMD 13 mm forskjell og av sannsynlig klinisk betydning. For oss i vår IPD-metaanalyse med vår SMD ville VAS være rundt $2-3$ mm og NNT 24 (Antall nålebehandlende spedbarn for å oppnå en ekstra 30 minutters gråtetidsreduksjon hos ett spedbarn). Dette er definitivt ikke å anbefale.

Registreringen av gråt under behandling viste at flere spedbarn gråt under akupunkturbehandlingen enn i kontrollgruppen, noe som indikerte nålesmerte (odds ratio

$7,7$; 95 prosent KI $2,7$, $20,6$; en studie). Og jo flere nåler, desto mer behandlingsgråt.

I GRADE-systemet vurderte vi funnene som bevis av moderat kvalitet.

Den kvalitative studien gjennomførte vi i Shanghai. Vi hadde tre dager med deltakende observasjon på Longhua-sykehusets akupunktur-poliklinikk som mottar 400 pasienter i gjennomsnitt pr. dag, inkludert henvisninger fra barneavdelingen. Vi så to barn, men ingen spedbarn. I løpet av tre dager på barneavdelingen og en dag på Tui na (kinesisk medisinsk massasje)-avdelingen så vi ingen henvisninger av barn til akupunktur. Formelle intervju og uformelle samtaler med akupunktører og andre TKM-klinikere ved Longhua og ved Shanghai University of Traditional Chinese Medicine (SHUTCM) viste at akupunktur hverken var rutinemessig praktisert eller anbefalt overfor spedbarn og småbarn. Hudpenetrerende nåleakupunktur ble vurdert som potensielt smertefullt for denne unge pasientgruppen.

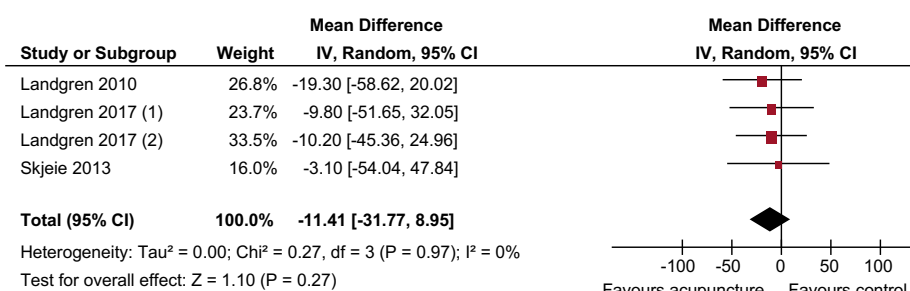
Konklusjoner

- Hverken vår RCT- eller IPD-metaanalyse viste noen klinisk relevant effekt av hudpenetrerende nåleakupunktur i behandlingen av spedbarnskolikk.
- Intervensjonen gav behandlingssmerte hos mange av spedbarna.
- Nåleakupunktur på spedbarn ser ut til å være en vestlig praksis med liten basis i nærværende kinesisk TKM-praksis.
- Hudpenetrerende nåleakupunktur bør ikke anbefales for behandling av spedbarnskolikk.

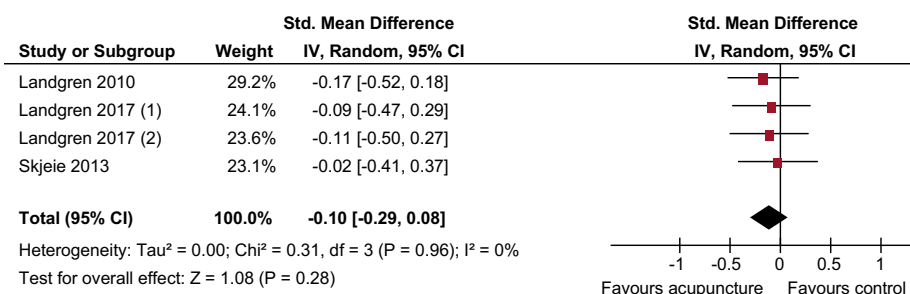
■ HOLGEIR.SKJEIE@MEDISIN.UIO.NO

FIGUR 2. FIGUREN ER PUBLISERT I SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE

Crying end of treatment, mean difference (min per day)



Crying end of treatment, SMD



Skadefri – en ressurs for deg som fastlege

■ KATHRIN STEFFEN • ph.d., prosjektleder «Skadefri» ved Senter for idrettsskadeforskning, Norges idrettshøgskole



Om lag halvparten av alle skader i flere idretter kan forebygges, skriver forfatteren.

Fastlegevikar John Bjørneboe på Smestad legesenter i Oslo ser daglig unge mennesker som har skadet seg i idrett. Skadene kan ha oppstått i alle mulige settinger, alt fra vridning under en takling til snubling over treningsbager eller under lek i skolegården.

Denne artikkelen har som mål å gjøre deg som fastlege oppmerksom på de fritt tilgjengelige Skadefri-ressursene, nettstedet Skadefri.no og appen Skadefri, og gi konkrete tips om hva som kan være nyttig å kjenne til når du står overfor skader og det er aktuelt med råd om forebygging og rehabilitering av skader i fritid og idrett.

Shit happens – det er for mange skader i norsk idrett

En svært stor andel ungdommer deltar i organisert idrett (www.idrettsforbundet.no). Fysisk aktivitet har som kjent mange helsemessige og psykososiale fordeler (1,2)*, men medfører også økt risiko for skader med alvorlige konsekvenser for helse senere i livet, spesielt i form av tidlig artrose etter skader på ledd (3–6).

Tall fra norske og svenske toppidretts-gymnas tilsier at skadebyrden er spesielt høy hos ungdommer som satser mot toppidrett. Hver uke rapporterer 43 prosent av disse idrettstalentene et idrettsrelatert helseproblem (7), og tilsvarende tall blir rap-

* Referansenehenvisningene i hovedartikkelen går fra 1–10 og 17–25, mens referanse 11–16 forekommer i faktaboksen «Skader i Norge».

portert fra sammenlignbare grupper i Sverige og Nederland (8, 9).

Ser men på frakturer, er brudd på den distale delen av radius det vanligste bruddstedet hos barn. Bruddene varierer gjerne mellom ulike fysiske aktiviteter. Forekomsten av brudd er høyest for barn og unge i snowboarding sammenlignet med andre typiske barn- og fritidsaktiviteter (10).

Det er med andre ord mange skader man kan pådra seg ved å drive med fysisk aktivitet og idrett, om det er uorganisert på fritiden eller i organiserte former. De fleste av

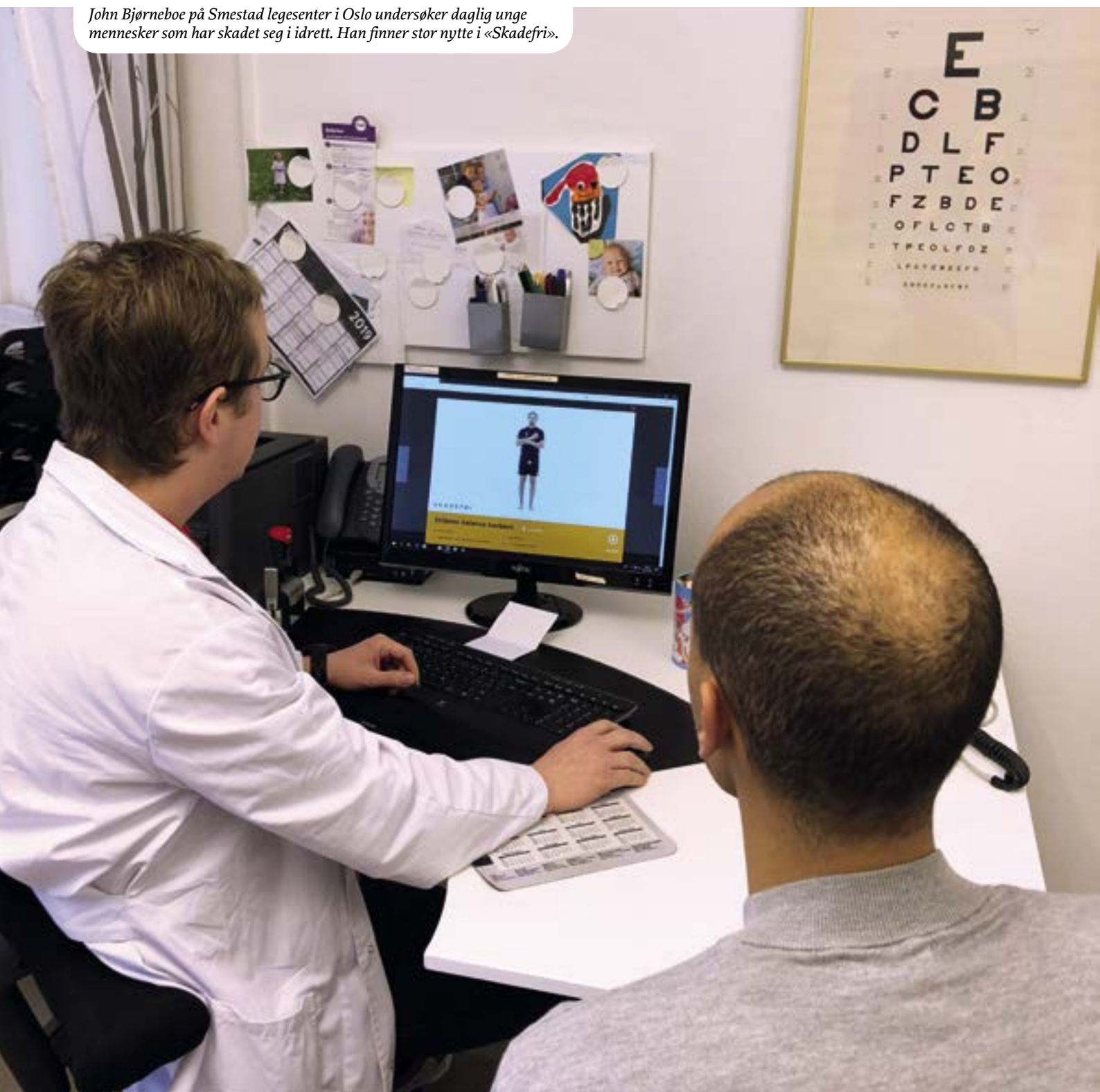
disse skadene kan reduseres ved hjelp av egnede skadeforebyggende og -rehabiliterende strategier.

Halvparten av skadene i idrett kan forebygges

Et titalls store randomiserte kontrollerte studier, flere av disse fra Senter for idrettskadeforskning, kan dokumentere at om lag halvparten av alle skader, i flere idretter, kan forebygges. De fleste intervensjonene er basert på strukturerte øvelses-

program, gjerne bakt inn som en del av oppvarmingsrutinen. Studiene har vist at en grundig oppvarming med øvelser som fokuserer på idrettsspesifikk koordinasjon, balanse og muskelaktivering for leddstabilitet, er nøkkelen til å redusere skader. En rapport fra jentefotball med mer enn 1000 spillere i intervensjons- og kontrollgruppene dokumenterte en halvering av underkstremitetsskader ved hjelp av et 20 minutters oppvarmingsprogram; SPILLEKLAR (17). En lignende svensk studie har testet et oppvarmingsprogram med flere

John Bjørneboe på Smestad legesenter i Oslo undersøker daglig unge mennesker som har skadet seg i idrett. Han finner stor nytte i «Skadefri».



av de samme såkalte nevro-muskulære, treningskomponentene, og demonstrerer 64 prosent lavere risiko for korsbåndskader blant unge, kvinnelige fotballspillere (18). Idrettsspesifikke oppvarmingsprogram med nevro-muskulær stimulering har også vist seg skadeforebyggende i andre store lagidretter som i junior- og elitehåndball og i innebandy (19–21). Andre effektive skadereuserende treningsintervensjoner med utsatte ledd og muskelgrupper i fokus foreligger også for kne (18, 20), ankel, skulder, lyske og hamstrings (22–25). Med andre ord, det er sikker evidens for skaderisikoen kan halveres gjennom enkle tiltak.

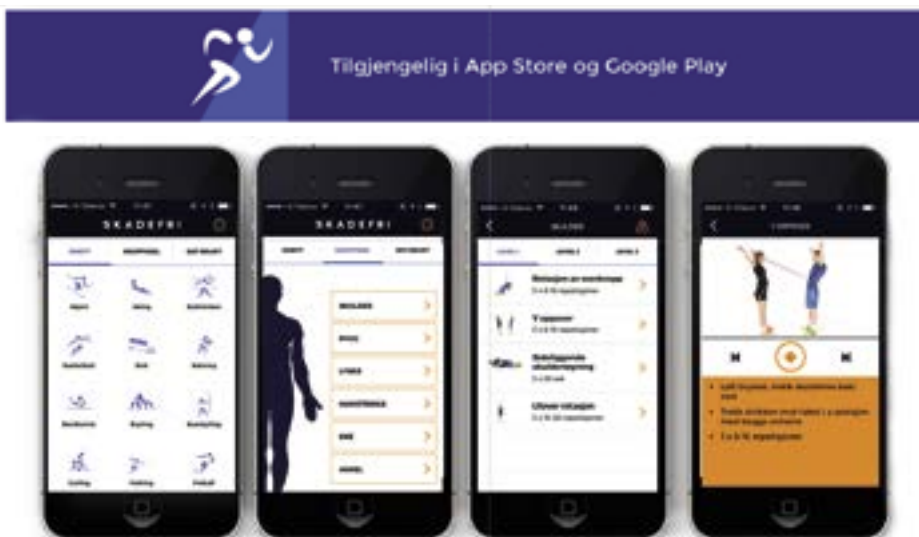
Fra forskning til formidling: Skadefri

Senter for idrettsskadeforskning er verdensledende innen forskning på idrettsskader, og samarbeider nært med norsk idrett, spesielt fagmiljøene ved Olympiatoppen. Helt siden senteret ble etablert i 2000 har vi arbeidet med å gjøre forskningsbasert og praktisk relevant kunnskap tilgjengelig for norsk idrett. I 2008 ble nettsidene www.skadefri.no lansert, med mål om å gi norsk idrett på alle nivå lett tilgang til oppdatert og brukerrettet informasjon om blant annet idrettsskader, skadeforebyggende treningsprogrammer, praktiske tips for treningshverdagen, akutt-skadebehandling og hvordan en kan trene etter at skaden har oppstått.

Vi ønsker at Skadefri skal være det naturlige valget for personer som ønsker å lære mer om skader og skadeforebygging, enten de er aktive utøvere, trenere, foreldre, leger, fysioterapeuter, studenter, elever fra idrettslinjer – eller bare nysgjerrige. Vi ønsker også å gi et tilbud til alle som er glad i å drive med fysisk aktivitet, ikke bare til utøvere som driver organisert idrett.

Gjennom blant annet midler fra Sparebankstiftelsen DNB og Skadetelefonen har Senter for idrettsskadeforskning fått anled-

SKADEFRI



«Skadefri» har egen nettside og gratis app med informasjon om forebygging og behandling av skader sortert etter idrett og kroppsdel.

ning til å videreutvikle og modernisere Skadefri-nettsiden med et nytt adaptivt design og utvidet funksjonalitet. Nye Skadefri ble lansert sommeren 2016. Alt innhold (tekst og video) er (re)produsert over de siste tre årene og utviklet av et tverrfaglig team av forskere, klinikere og språkviter/journalist i tett samarbeid med nøkkelpersonell i aktuelle særforbund, samt Olympiatoppen.

Med nye Skadefri.no har senteret nådd målet om å formidle relevant innhold om typiske idrettsskader og skadeforebyggende tiltak for populære sommer- og vinteridretter, og for alle de viktigste skadetype-ene på tvers av kroppsdelene. Mer enn 50 idretter og 11 kroppsdel er nå representert, med relevant innhold om diagnosebeskrivelser, symptomer, behandling og skadeforebyggende treningsøvelser. I tillegg finner du tilpasset innhold for grupper med særskilte behandlingsbehov og fysiske funksjonshemninger.

Skadefri-nettsiden er også med hele sitt innhold tilgjengelig på engelsk med url-navnet www.fittoplay.org. Sammen med nettsiden har senteret i tillegg utviklet en mobilapplikasjon med samme navn, Skadefri, der samtlige av de mer enn 50 treningsprogrammene er representert. Skadefri-appen kan fritt lastes ned.

Hvordan kan du som fastlege ha nytte av Skadefri og gi råd til dine pasienter?

John Bjørneboe deler gjerne sine erfaringer med å bruke Skadefri-ressursene aktivt i pasientveiledning. Som tidligere fotballspiller vet John også godt hva det betyr å være skadet og på sidelinjen. Han har også sin ph.d.-grad på skader og forebygging i herrefotball.

– Jeg bruker Skadefri mye i allmennpraksis, sier John, først og fremst for å vise øvelser til personer som har skadet seg.

SKADER I NORGE

Eldre tall fra norske legevakter viser til at idrettsskader utgjør 17 prosent av alle personskader i Norge (11). Håndball, fotball og ski alpin-/snowboardaktiviteter, ofte uorganiserte, utgjør en høy andel av skadene, ikke nødvendigvis fordi disse aktivitetene er spesielt farlige, men fordi det er flest som driver med disse.

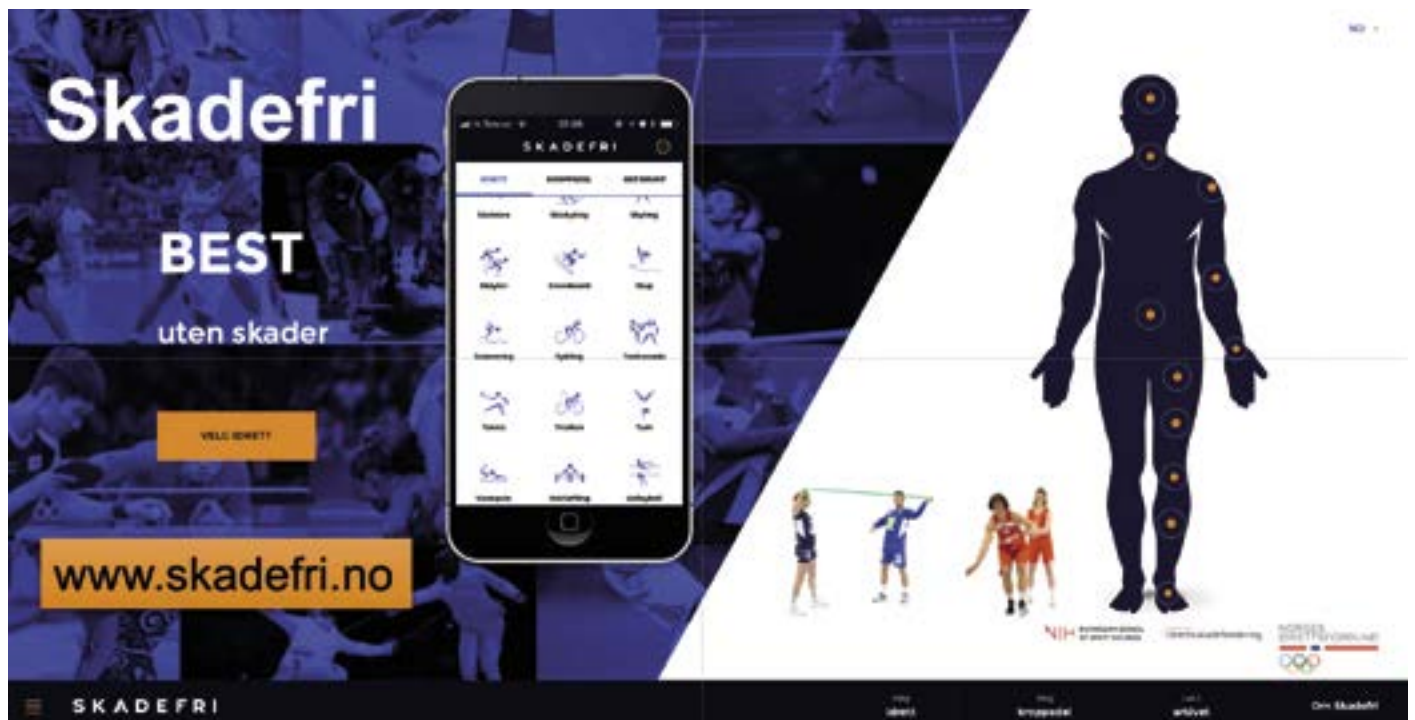
Fotballskader står for 33 prosent av alle idrettsskader, og underekstremitetene er mest utsatt med strekkskader i lår og lyske og leddbåndskader i ankel og kne. På elitenivå

viser statistikken at det er en spiller per kamp som skader seg slik at han/hun ikke kan trene eller spille fotball dagen etter (12). Voksne fotballspillere skader seg hyppigere enn yngre, men også blant 16 år gamle jenter ser en hver sesong tre til fire spillere med langvarige skadeavbrekk i minst en måned (13).

Håndball står for 12 prosent av alle skadene registret ved legevakta. Blant 15–17 år gamle håndballspillere er det ankel- og kneskader som står for nesten halvparten av alle skadene, med

korsbåndskader som den mest alvorlige skaden. Skulder- og fingerskader forekommer også hyppig (14).

Ski- og snowboardskader utgjør omlag fem prosent av det totale antallet idrettsskader som trenger legevaktbehandling i Norge. Når det gjelder snowboard er hode, kne, skulder og håndledd mest utsatt. Nybegynnere har mer enn dobbelt så stor risiko for å skade seg enn de mer erfarne (15). I alpint er det hode- og kneskader som er de mest vanlige skadene (16).



SLIK BRUKER DU SKADEFRI

Idrett eller kroppsdel

Det er to måter å orientere seg på Skadefri på, om du er inne på nettsiden eller appen. Den ene er ved å velge en idrett, den andre er ved å velge kroppsdel. Noen treningsøvelser er velegnet til flere idretter og kroppsdelar og dukker derfor opp flere steder.

Nivåinndeling

Øvelsene på Skadefri-nettsiden og i appen er delt inn i tre vanskelighetsgrader, og er presentert med variasjon og progresjon for

å bidra til økt prestasjon, utfordring og motivasjon over tid. Skadefri passer derfor for alle, uansett nivå. Mange av øvelsene kjenner du allerede. Andre har du kanskje aldri sett. Felles for dem alle er at de skal holde deg skadefri, gi inspirasjon til opptrening etter skaden, samtidig som de gir deg generell god trening.

Instruksjonsvideoer

Før hver av idrettene og kroppsdelene vil du kunne laste ned et treningsprogram som er

skreddersydd for idrettens risikoprofil, og alle øvelsene har instruksjonsvideoer og forslag til antall repetisjoner. Treningsøvelsene er, så langt det er mulig, basert på forskning på skademønstre, forebyggings- og rehabiliteringsprinsipper. De blir presentert gjennom en video og en kort tekstbeskrivelse om hvordan de skal gjennomføres mest mulig korrekt. Øvelsene krever intet eller lite utstyr. Treningsprogrammene kan også lastes ned som PDF-filer og skrives ut eller deles med andre.

I tillegg kan du på Skadefri-nettsiden finne god informasjon og råd om akuttstadebehandling og om (idretts)skader, hvordan de arter seg, behandles og forebygges.

– Jeg har også flere såkalte supermosjonister og ultra- og Birkenløpere/syklister som pasienter. Da forsøker jeg å informere om belastningsstyring og treningsdagbok, og komme med treningsråd til ikke-fungerende utøvere, dvs. utøvere som opplever stagnasjon på tross, eller kanskje på grunn av, (for) hard trening. Også her tilbyr Skadefri-nettsiden en rekke artikler knyttet til tema som belastningsstyring, treningsmyter og trening generelt.

En skade er den største risikofaktoren for en ny skade

Hvorfor er det så viktig med skadeforebyggende trening? Når man har først har vært uheldig og skadet seg, øker risikoen for en

ny skade betydelig. Ankelskadene utgjør en av fem skader i hverdagen og på tvers av idretter. Enkelte ender opp med en ustabil ankel etter et overtråkk under en tur på fjellet eller på bedriftsfotballturneringen, noe som gjør at de trækker over igjen og igjen. En følge av overtråkket kan være redusert kontroll, leddbevegelighet, balanse og stabilitet og i lengden lavere aktivitetsnivå. Derfor er det viktig å gjøre øvelser som tar hensyn til redusert funksjon, bevegelighet og smerter for å minske risikoen for nye ankelskader. Alle som har skadet ankelen bør gjøre øvelser som utfordrer ankelen i minst ti uker for å oppnå normal funksjon, slik det er beskrevet på Skadefri: <http://www.skadefri.no/kroppsdel/ankel/fot/skadefri-ankel/>. Studier har vist at slik trening halverer risikoen for nye ankelskader, selv om treningen startes lang tid etter forrige skade.²²

Før dem som ønsker å være kloke av ska-

de og tenke forebygging, anbefaler vi å legge øvelsene fra Skadefri inn i en oppvarmingen til den planlagte aktiviteten. Da blir kroppen, muskler og ledd, varm og klar for videre aktivitet.

John Bjørneboe tilføyer: - I allmennpraksis ser vi alle typer skader, og det er mange som kan ha nytte av enkle øvelser. I tillegg anbefaler jeg pasientene å laste ned Skadefri-appen («den er jo gratis»). En vil få inspirasjon til progresjon og nye innspill til øvelser. Jeg bruker vel øvelsene til balanse-trening for ankelen mest.

Senter for idrettsskadeforskning ved Norges idrettshøgskole får driftsmidler av norsk idrett. Skadefri er gratis og fri for kommersielle interesser.

Ta en titt på [Skadefri.no](http://www.skadefri.no) og last ned appen i dag! Følg oss på Facebook, Instagram og [Twitter@skadefri!](https://twitter.com/skadefri)



REFERANSER

1. Vella SA, Cliff DP, Okely AD, et al. Associations between sports participation, adiposity and obesity-related health behaviors in Australian adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013; 10: 113.
2. Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010; 7: 40. doi: 10.1186/1479-5868-7-40.
3. Von Rosen P, Kottorp A, Fridén C, et al. Young, talented and injured: Injury perceptions, experiences and consequences in adolescent elite athletes. *Europ J Sport Sci* 2018; 18(5): 731–40.
4. Maffulli N, Longo UG, Gougoulias N, et al. Long-term health outcomes of youth sports injuries. *Br J Sports Med* 2010; 44(1): 21–25.
5. Roos EM. Joint injury causes knee osteoarthritis in young adults. *Curr Opin Rheumatol* 2005; 17(2): 195–200.
6. DiFiori JP, Benjamin HJ, Brenner JS, et al. Overuse injuries and burnout in youth sports: a position statement from the American Medical Society for Sports Medicine. *Br J Sports Med* 2014; 48(4): 287–8.
7. Moseid CH, Myklebust G, Fagerland MW, et al. The prevalence and severity of health problems in youth elite sports: A 6-month prospective cohort study of 320 athletes. *Scand J Med Sci Sports* 2018; 28(4): 1412–23.
8. Von Rosen P, Heijne A, Frohm A, et al. High injury burden in elite adolescent athletes: a 52-week prospective study. *J Athl Training* 2018; 53(3): 262–70.
9. Richardson A, Clarsen B, Verhagen EALM, et al. High prevalence of self-reported injuries and illnesses in talented female athletes. *BMJ Open Sport Exerc Med* 2017; 3(1): e000199.
10. Randsborg PH, Gulbrandsen P, Saltytė Benth J, et al. Fractures in children: epidemiology and activity-specific fracture rates. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95(7): e42.
11. Leereim, I. Idrettsskader i Norge - en studie over forekomst, fordeling og endringer av idrettsskader behandlet ved norske sykehus i perioden 1989 til 1997. Norges idrettsforbund og Olympiske Komité. 1999.
12. Häggglund M, Waldén M, Ekstrand J. Injuries among male and female elite football players. *Scand J Med Sci Sports* 2009; 19(6): 819–27.
13. Steffen K, Andersen TE, Bahr R. Risk of injury on artificial turf and natural grass in young female football players. *Br J Sports Med* 2007; 41 Suppl 1: i33–7.
14. Olsen OE, Myklebust G, Engebretsen L, et al. Injury pattern in youth team handball: a comparison of two prospective registration methods. *Scand J Med Sci Sports* 2006; 16(6): 426–32.
15. Torjussen J, Bahr R. Injuries among elite snowboarders (FIS Snowboard World Cup). *Br J Sports Med* 2006; 40(3): 230–4.
16. Flørenes TW, Bere T, Nordsetten L, et al. Injuries among male and female World Cup alpine skiers. *Br J Sports Med* 2009; 43(13): 973–8.
17. Soligard T, Myklebust G, Steffen K, et al. Comprehensive warm-up programme to prevent injuries in young female footballers: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 337.
18. Waldén M, Atroshi I, Magnusson H, et al. Prevention of acute knee injuries in adolescent female football players: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2012; 344.
19. Olsen OE, Myklebust G, Engebretsen L, et al. Exercises to prevent lower limb injuries in youth sports: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330(7489): 449.
20. Myklebust G, Engebretsen L, Braekken IH, et al. Prevention of anterior cruciate ligament injuries in female team handball players: a prospective intervention study over three seasons. *Clin J Sport Med* 2003; 13(2): 71–8.
21. Pasanen K, Parkkari J, Pasanen M, et al. Neuromuscular training and the risk of leg injuries in female floorball players: cluster randomised controlled study. *BMJ* 2008; 337: a295.
22. Bahr R, Lian O, Bahr IA. A twofold reduction in the incidence of acute ankle sprains in volleyball after the introduction of an injury prevention program: a prospective cohort study. *Scand J Med Sci Sports* 1997; 7(3): 172–7.
23. Andersson SH, Bahr R, Clarsen B, et al. Preventing overuse shoulder injuries among throwing athletes: a cluster-randomised controlled trial in 660 elite handball players. *Br J Sports Med* 2017; 51(14): 1073–80.
24. Harøy J, Clarsen B, Wiger EG, et al. The Adductor Strengthening Programme prevents groin problems among male football players: a cluster-randomised controlled trial. *Br J Sports Med* 2019; 53(3): 150–157.
25. van der Horst N, Smits DW, Petersen J, et al. The preventive effect of the nordic hamstring exercise on hamstring injuries in amateur soccer players: a randomized controlled trial. *Am J Sports Med* 2015; 43(6): 1316–23.

■ KATHRIN.STEFFEN@NIH.NO

Kom tilbake når

■ ANDERS BJØRKHEIM • Lege ved akuttpsykiatrisk seksjon Ullevål sykehus og Helsecenter for papirløse migranter, mastergrad i internasjonale relasjoner

Helsetilbudet til papirløse migranter har blitt en «elefant i rommet» av det norske helsevesenet. Situasjonen bryter både med menneskerettighetene og med profesjonsetikken vår.

Iblant hører man historier som treffer mellomgulvet litt hardere enn andre. For meg ble historien til Yemane Teferi fra Eritrea en slik, fra jeg møtte den på Litteraturhuset i Oslo i 2015.

Teferi kom til Norge i 1998, etter å ha bodd nesten ni år på asylmottak i Sverige. Det tok nye åtte år før han fikk endelig avslag på asylsøknaden i Norge. Men uten penger, bolig eller arbeid reiste han likevel ikke tilbake til Eritrea. Han hadde ikke vært i hjemlandet siden 70-tallet – et land med et brutalt regime som gjentatte ganger er anklaget for utenomrettslige henrettelser og tortur. Han oppga selv frykt for å bli øyeblikkelig straffeforfulgt som følge av fortid som opposisjonell dersom han reiste tilbake til hjemlandet.

Norske myndigheter kunne imidlertid ikke tvangsutsende Teferi, ettersom det ikke foreligger noen utleveringsavtale med Eritrea. Resultatet ble et liv på reise fra asylmottak til asylmottak. Til sammen tilbrakte Teferi nesten 24 år i 13 ulike mottak.

Det er verdt å stoppe opp ved et slikt tall og forsøke å forestille seg det. Tjuefire år. I en slik status av limbo; geografisk inkludert, men likevel utenfor samfunnet; uten særlige rettigheter, og uten normale mellommenneskelige relasjoner. Med depresjoner, stressfølelse og vedvarende hodepine, slik Teferi var plaget av. Hvem velger noe slikt frivillig?

TEFERIS HISTORIE ER SÆREGEN i form av sin varighet, men ikke i form av flere av strukturene og rettighetene som definerte den. I store deler av sitt liv i asylmottak var han del av gruppen av «papirløse» - en gruppe som tross sin prekære situasjon har få rettigheter i Norge.

Kanskje er helsetilbudet det aller mest presserende. Dagens tilbud til papirløse er

systematisk dårligere enn for befolkningen for øvrig og gir oss en *de facto* underklasse i Helse-Norge. Situasjonen bryter med vår profesjonsetikk, og den bryter med menneskerettighetene – inkludert FNs barnekonvensjon.

Før jeg går nærmere inn på dette, vil jeg si litt om begrepet «papirløs» og om gruppen det betegner.

Å VÆRE 'PAPIRLØS' refererer ikke til mangel av identitetspapirer. Enklest kan det oppsummeres som opphold i Norge uten oppholdstillatelse. Dette er imidlertid en heterogen gruppe, og langt fra alle har fått avslag på en asylsøknad. Personene kan aldri ha søkt asyl; de trenger ikke engang være registrert. Det kan være arbeidsinnvandrere uten kontakt med myndighetene eller personer med utgatte turistvisa. Og det kan være barn som er født av papirløse migranter.

I tillegg kommer «Dublin-sakene», som refererer til regelen om at en asylsak kun skal behandles av landet søkeren først henvendte seg til. Hvis dette ikke er Norge, forsvinner grunnlaget for å søke asyl, grunnlaget for opphold og grunnlaget for et skikkelig helsetilbud mens man er her.

Det er høyst usikkert hvor mange papirløse som er i Norge. Statistisk sentralbyrå anslo i 2006 tallet til mellom 10 000 og 32 000. Med de siste årenes migrasjon har tallet antakelig steget betydelig. Men vi vet altså ikke sikkert – det ligger i sakens natur.

DET VI IMIDLERTID VET, er at dette er en gruppe med høy sykdomsbelastning. Særlig uttalt er dette for psykiske lidelser. I en studie fra 2017 fant Myhrvold og Småstuen at hele 87 prosent scoret over terskel for signifikante angst- og depresjonssympto-

mer.¹ Fra før vet vi at slike plager tenderer til å vare også etter flere år i Norge.²

Papirløses livssituasjon er heller ikke helsefremmende. Boforholdene er gjerne dårlige, tilgangen på mat utilstrekkelig. Mange lever i skjul med liten sosial kontakt. Mange har flyktet fra krig og konflikt, forlatt sine hjem og sine nærmeste og opplevd psykisk og fysisk vold. Flere har sett tortur eller opplevd tortur selv. I tillegg kommer belastningen av å ha en ulovlig status (etter utlendingsloven, ikke straffeloven), med usikkerheten og diskrimineringen det medfører.

PAPIRLØSES rett til helsehjelp reguleres først og fremst av «Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket» (IRM-forskriften), som kom i 2011 og erstattet den betydelig mer liberale forskriften fra 2000. Som forskrifter for øvrig har denne aldri vært behandlet på Stortinget.

Utover visse rettigheter i spesielle situasjoner, som ved graviditet og allmennfarlig smittsom sykdom, har papirløse kun rett på øyeblikkelig hjelp, samt «helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter».

Pasientene har ikke rett på normale kurative og preventive helsetjenester – altså de vi gir til de aller fleste pasientene i allmennpraksis. De har ikke rett på behandling i psykisk helsevern, med mindre pasienten er «psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse». De har ikke rett på rehabilitering eller etterbehandling, unntatt i helt særegne tilfeller.

De får heller ikke ha fastlege, noe som er et stort problem på grunn av fastlegens nøkkelrolle i å henvise og sikre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, i å informere om rettigheter og om sykdom, og i å følge pasientene over tid.

Barn har større tilgang på nødvendig hel-

1 Myhrvold & Småstuen, 830–831

2 Høie, 376–7

det er kritisk!



Papirløse flyktninger er geografisk inkludert, men likevel utenfor samfunnet; uten særlige rettigheter, og uten normale mellom-menneskelige relasjoner.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX / MANIPULERT

sehjelp, men får heller ikke ha fastlege. Hjelpen kan også unnlates hvis barnet er forventet å forlate landet snart – ironisk nok formulert i loven som et hensyn til barnets beste.

DET ER ET STORT SPØRSMÅL hva som egentlig er «helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente». Kan diabetes vente? Kan hjertesvikt vente? Hva med depresjon eller posttraumatisk stresslidelse?

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt noen indikasjoner. Det er snakk om de mest alvorlige og tidskritiske tilstandene, de som raskt vil eskalere til et behov for øyeblikkelig hjelp. Eksempler på slik hjelp har blant annet vært gitt som truende hjer-teinfarkt, tredje grads forbrenning og svært alvorlig kreftsykdom (for kreft kan det dog

ikke gis «oppfølgingsbehandling etter internasjonalt anerkjente prinsipper»³.

Etter jurist Karl Harald Søvigs forståelse tillater dette at man kan unnlate å gi hjelp, selv om konsekvensen vil være død – så lenge denne ikke er nært forestående.⁴ Man kan tillate varige, irreversible funksjonsnedsettelse som konsekvens av å være i Norge uten lovlig opphold, så lenge denne ikke er «varig sterkt nedsatt».⁵

SELV NÅR DET FINNES rettigheter, er de også kun dette – rettigheter. Hva som er tilgjengelig i *praksis*, er noe annet. Dette er personer som sjelden kan norsk, ofte heller ikke særlig engelsk. De kjenner gjerne ikke

³ Søvig, 51–52

⁴ Søvig, 66

⁵ Süßmann, 73.

systemet eller rettighetene sine, og er ofte redde for å bli angitt til politiet.

Den største barrieren er imidlertid økonomisk. Rettighet betyr *ikke* at hjelpen blir dekket; det er snakk om retten til å kjøpe helsetjenester av staten. Utover smittevern og akuttpsykiatrisk behandling skal pasientene dekke disse i sin helhet. Det gjelder også øyeblikkelig hjelp, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Barn blir unntatt, men gjennom sedvane, ikke fordi det er nedfelt i lov.

Dette kan i praksis unngås, fordi helseforetaket ikke har lov til å be om betaling eller spørre om betalingsevne før hjelpen gis. Kan ikke pasienten betale i ettertid, må institusjonen ta kostnaden. Men den som gir helsehjelp, skal *informere* om kostnaden på forhånd. Og selv om Helse- og om-

sorgsdepartementet har lagt til grunn at papirløse ikke skal avkreves betaling på forhånd, hender det i praksis.⁶

Vi må huske at dette er personer som gjerne lever på et eksistensminimum. De har ikke arbeidstillatelse; de som jobber, gjør dette svart, med lønn som kan være helt nede i 20 kroner timen.⁷ Pasientene får ingen medisiner på blå resept, og kan derfor bli gående uten livsviktig behandling. De kan heller ikke oppnå frikort, og de får ikke dekket pasienttransport – heller ikke barn. Dette bidrar til at mange unngår å oppsøke hjelp, eller at de unnlater å komme til neste avtale, etter å ha fått en dyr giro i hånden.

I PRAKSIS SITTER VI IGJEN med en situasjon som er dårlig på papiret, men enda verre i praksis. Ikke overraskende skaper situasjonen en rekke tøffe historier.

Hva med pasienten som kom til legevakten med kronisk blødende myom, med Hb på 2,9, utskrevet flere ganger fra sykehus med forespørsel om at fastlegen skulle ordne henvisning til terapeutisk hysterektomi? Fastlegen eksisterte jo ikke, og ingen tok ansvar.

Hva med pasienten med langtkommen TBC og tuberkuløs osteomyelitt, som ikke kjente sine rettigheter og ikke oppsøkte hjelp tidligere, på grunn av frykten for å bli angitt til politiet?

Hva med kreftpasienten med spredning til multiple organer, som ikke får god informasjon om sykdommen sin, og som ikke har tilgang på palliativ behandling?

Eller hva med pasienten med insulinkrevende diabetes, som ble nevnt i *Bergens Tidende* i fjor, som står i fare for alvorlige komplikasjoner på grunn av manglende tilgang på behandling?⁸

Kan vi stå inne for et system som produserer slike historier?

NORSKE LEGER, kanskje allmennlegene mest av alle, er vant til den ofte vanskelige «portvokterrollen». Man er pasientens behandler og advokat, men skal samtidig forvalte knapphetsgoder.

Overfor papirløse får legen en dobbel portvokterrolle. Man skal ikke bare vurdere det medisinske behovet, men også vurdere om dette behovet er *stort nok* ut fra oppholdsstatus og når man kan forvente at personen vil forlate landet. Innvandringsregulerende hensyn blir blandet inn i de medisinske vurderingene.

Dette står steilt mot vår profesjonsetikk. Vi er opplært i at vi skal gi helsehjelp uav-

hengig av alder, kjønn, etnisitet, legning eller politisk status, og at vi særlig skal komme sårbare grupper i møte. Her blir en av de aller mest sårbare gruppene vurdert vekk.

«Vi er leger, ikke innvandringskontrollører», sa Svein Aarseth, fastlege i Oslo og leder for Legeforenings råd for legeetikk, i fjor.⁹ Det kan tyde på mange er enige med ham: I en undersøkelse Aarseth utførte i 2016, svarte 70 prosent av allmennlegene som hadde behandlet papirløse, at de ville fortsette med det – også å behandle utover det pasientene har krav på.¹⁰ Det har de også lov til.

‘JEG HAR TILLIT TIL at norsk praksis er i overensstemmelse med menneskerettighetene», sa daværende leder for helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, Kari Kjønaas Kjos, i 2015. Hun sa at det ville overraske henne om Den europeiske menneskerettsdomstol mener at å knytte velferdsrettigheter til lovlig opphold er et brudd på grunnleggende menneskerettigheter.¹¹

Men det er ingen grunn til overraskelse. Vår praksis bryter med menneskerettigheter vi har sluttet oss til og som er innlemmet i norsk lov. Presiseringene av FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter levner liten tvil:

«States are under the *obligation* to respect the right to health by, inter alia, refraining from denying or limiting *equal access* for all persons, including prisoners and detainees, minorities, *asylum seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services*» (forfatterens uthevinger).

Vi er også blitt kritisert av FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter for vårt manglende tilbud, og klart anmodet om å endre systemet.

Slikt passer dårlig med vårt bilde av Norge som fanebærer for menneskerettigheter. Det minner oss om den tysk-amerikanske statsviteren Hannah Arendts (1906–75) triste, men sanne poeng: Den figuren som i utgangspunktet skulle være selve kroppsliggjøringen av menneskerettighetene – flyktningen – er i stedet det som setter disse rettighetene i krise.¹²

ET VIKTIG BIDRAG utgjøres i dag av velddig innsats. Både i Oslo og Bergen finnes gratis helsesentre for papirløse, som drives av Kirkens Bymisjon og Røde Kors. De bemannes av en rekke fantastiske frivillige – sykepleiere, psykologer, leger, bioingeniører, fysioterapeuter, miljøarbeidere og mange

andre. Flere sykehus stiller også opp med langt flere tjenester enn de etter loven er påkrevd å gi.

Denne hjelpen er veldig verdifull, men omfanget er begrenset, og den er svakt økonomisk sikret. Den har også den leie biefekten at den svekker helsemyndighetenes incentiver til å gjøre noe med situasjonen. I dag ser politikerne stort sett bort. Det er som rømmeboksen innerst i kjøleskapet: Du vet at den er muggen, men hvis du aldri tar av lokket, slipper du å ta stilling til det.

PÅ LITTERATURHUSET den gangen i 2015 husker jeg at Yemane Teferi så enormt sliten ut. Han var mimikkfattig; som om årene gradvis hadde slipt håpet vekk fra ansiktet hans. Han sa at han følte seg som ulovlig, ikke bare i Norge, men i hele verden. «Jeg trenger en annen planet», sa han.

Den planeten kom aldri. Tidlig i 2016 døde han plutselig i asylmottaket på Bømlo, mens han ventet på at hans sak om opphold på humanitært grunnlag skulle komme opp for retten.

For å gjøre noe med helsesituasjonen til papirløse trenger ikke vi noen ny planet. Men vi trenger en lovendring. Den politiske viljen mangler enn så lenge, men den medisinske er der. La oss gjøre stemmen vår hørt.

REFERANSER

- Holte, E (2018). 'Leger vil hjelpe, men staten sier nei'. Utrop, nr 46/2018, 29.11.2018. <https://www.utrop.no/Nyheter/Innenriks/34088>
- Høie, I. M. (2004). 'Med menneskerettigheter som drivkraft', intervju med B. Lie. Tidsskriftet for den norske legeforening, 124, 376–377.
- Jacobsen, C. M. (2015). Begreper og perspektiver i forskningen om irregulær migrasjon og velferd, i S. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvig eds., Eksepsjonell Velferd?, 25–47
- Myhrvold, T. & C. Småstuen (2017). The mental healthcare needs of undocumented migrants: an exploratory analysis of psychological distress and living conditions among undocumented migrants in Norway. Journal of Clinical Nursing, 26, 825–839.
- Süßmann, A. (2015). Dronning i grenseland? Et menneskerettslig perspektiv på forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, i S. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvig eds., Eksepsjonell Velferd?, 69–89.
- Strømme, E., H. S. Aasen, A. Melberg & K. H. Onarheim (2018). 'Menneskerettighetsbyen Bergen leverer ikke'. Bergens Tidende, debatt, 10.12.18. <https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/gP95Mk/menneskerettighetsbyen-bergen-leverer-ikke>.
- Søvig, K. H. (2015). Tilgang til velferdstjenester for irregulære migranter etter det norske regelverket, i S. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvig eds., Eksepsjonell Velferd?, 48–68.
- Talgø, K. (2015). '– Lovverket fører til unødige mye lidelse'. Sykepleien, 26.05.2015. <https://sykepleien.no/2015/05/strides-om-helsehjelp-til-papirløse>.
- Aarseth, S., T. Kongshavn, K. Maartmann-Moe & P. Hjortdahl (2016). Papirløse migranter og norske allmennleger. Tidsskrift for Den norske legeforening 136, 911–913.

6 Søvig, 66

7 Myhrvold & Småstuen, 833

8 Strømme et al., *Bergens Tidende*

9 Holte, *Utrop*

10 Aarseth et al., 911–913

11 Talgø, *Sykepleien*

12 Jacobsen, 36

Håndtering av stramt tungebånd

■ HAAKON ARNESEN • Overlege ved ØNH-avdelingen, St. Olavs hospital, universitetslektor NTNU

De siste par årene har det i Norge vært mye fokus på håndtering av barn med stramt tungebånd.

Mange foreldre til nyfødte og småbarn har opplevd at problemstillingen ikke har vært tatt nok på alvor i helsevesenet i Norge, og har opplevd manglende ensartet håndtering avhengig av hvilke leger, sykepleiere og jordmødre de har vært i kontakt med. Emnet fikk bl.a. stor oppmerksomhet høsten 2017 på de norske ØNH-legenes årlige høstmøte, og styret i ØNH-legenes forening har hatt temaet på agendaen, bl.a. ved kommunikasjon i juni 2018 med Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA). Norsk barnelegeforening har en grundig prosedyreveileder for håndtering av stramt tungebånd, oppdatert i 2018. En tverrfaglig arbeidsgruppe opprettet av Helsedirektoratet, holder på med en nasjonal veileder for håndtering av stramt tungebånd hos barn.

På St. Olavs hospital ble det høsten 2018 startet en prosess med å lage en felles prosedyre for håndtering av barn med stramt tungebånd. I slutten av august 2018 ble det avholdt et tverrfaglig møte bestående av sykepleiere og jordmødre fra fødeavdelingen, barselavdelingen og ammepoliklinikken samt leger fra barneavdelingen, nyfødt- og intensivavdelingen og ØNH-avdelingen. I februar 2019 er det planlagt et oppfølgingsmøte etter at man høsten 2018 har prøvd å få til en hensiktsmessig håndtering.

Stramt tungebånd (ankyloglossi) innebærer at et tynt bindevevsdrag som vanligvis er til stede mellom basis av tungen og lengre frem på tungen enten er fort kort/stramt, fortykket eller fraværende. Konsekvensen kan være at tungebevegeligheten blir begrenset. Det kan føre til problemer med brystnæring da den nyfødte ikke får til å sugе på morens brystvorte og /eller svelge brystmelken. Stramt tungebånd kan også gi andre plager som uttale av enkelte konsonanter og problemer med å rense de bakerste jekslene for matrester etter måltid.



Det er naturlig å dele problemstillingen i to hovedgrupper:

- 1 De som ikke får til å sugе på mors bryst fra fødselen, dvs. problemstillingen gjelder fra fødselen og de første levemånedene.
- 2 De som har uttaleproblemer (konsonanter), problemer med å rengjøre mat fra jekslene etter måltid eller andre symptomer der nedsatt tungebevegelighet kan ha betydning. Disse problemene fremstår gjerne først ved ett til to års alder.

I gruppe én har det ved St. Olavs hospital i flere tiår vært tradisjon for at barneleger klipper tungebåndet de første to til tre leveukene. Hvis problemet med stramt/kort tungebånd oppstår eller vedvarer etter to til tre uker har det vært tradisjon for henvisning til ØNH-poliklinikken for å klippe tungebåndet. Ut fra problemstillingen i innledningen kan det virke som dette kanskje ikke har skjedd i tilstrekkelig grad. Det kan både gjelde om nok barn har fått klippet tungebåndet ved problemer med å sugе på mors bryst fra fødselen og om tungebåndet har blitt klippet dypt nok. I littera-



turen omtales fremre og bakre tungebånd som i praksis betyr overflatiske eller dype del av tungebåndet (ned til tungemuskulaturen). Planen for tverrfaglig prosedyre ved St. Olavs hospital gjelder spesielt for denne gruppen. De første leveukene/månedene vil fortsatt klipping av tungebåndet skje i lokalbedøvelse og uten mulighet for å sy (suture) sammen sårkantene. Legene kan imidlertid bli mer bevisst på hvor dypt man klipper tungebåndet som ideelt bør skje ned til tungemuskulaturen. Å gjøre det i lokalbedøvelse vil imidlertid kreve noe erfaring fra legen. Her mener vi det er et forbedringspotensial. Foreløpig prosedyre på St. Olavs hospital er at barnelegene fortsatt gjennomfører klipping av tunge-

båndet de første to til tre leveukene. Der som barna er eldre (dvs. avsluttet på amme-poliklinikken), eller tungebåndet fortsatt er for kort etter klipping av barnelege, vil barna bli henvist til ØNH-poliklinikk for time innen to til fire uker, og ved første konsultasjon få klipping av tungebåndet i lokalbedøvelse. Aktuell lokalbedøvelse er morsmelk, sukkeropløsning eller Xylocaingel, alt applisert under tungen.

I gruppe to er barna eldre, og det vil være nødvendig med narkose for å gjennomføre inngrepet. Da må narkoserisikoen vurderes i forhold til forventet gevinst av inngrepet. På ØNH-avdelingen har vi satt nedre aldersgrense for narkose på to år, som nok fortsatt vil være hovedregelen, men som kan fravikes dersom man mener viktigheten av inngrepet er stor nok. På St. Olavs hospital har tradisjonen vært at også barna i narkose kun har fått klippet tungebåndet uten å suturere sårkantene. Dette er vi i ferd med å endre, da suturering av sårkantene (såkalt diamantsutur som innebærer at sårkantene i det diamantliknende såret blir suturert sammen) er uproblematisk når barnet er i narkose. I narkose har man dessuten mer kontroll på å klippe dypt nok (ideelt sett helt ned til tungemuskulaturen).

Om det er indikasjon for klipping av tungebåndet vil fortsatt vurderes i hvert enkelt tilfelle, men spesielt ved ammeproblem/manglende vektoppgang, vil terskelen være lav for å klippe tungebåndet.

Her følger typiske symptomer ved stramt tungebånd hos nyfødte som kan gi grunnlag for klipping av tungebåndet, som utdrag fra veilederen til Norsk barnelegeforening oppdatert i 2018:

Symptomer hos mor:

- Smertefull amming, såre bryster, hyppige brystbetennelser.

Kliniske funn hos barnet (1):

- Unormalt kort tungebånd, kortere enn 0,5 cm fra tungespiss til tungebåndet. Tungebåndet kan være stramt selv om det er festet lenger bak også.
- Hjerteformet tunge.
- Klarer ikke å strekke tungen ut over gommene.
- Redusert evne til å bevege tungen lateralt mot gommene når en stryker barnet på gommene.
- Skålformet tunge med liten aktiv elevasjon når barnet skriker med åpen munn. Ved undersøkelse vanskelig å løfte tungen opp mot ganen når en løfter med to fingre under barnets tunge.

REFERANSER

1. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-Forening-for-Otorhinolaryngologi-Hode-og-Halskirurgi/Nyheter/2019/Kort-tungeband/>

■ HAAKON.ARNESEN@STOLAV.NO

Kort om tympanometri

■ WENCHE FREDAGSVIK • Ledende audiograf, høresentralen, St. Olavs hospital

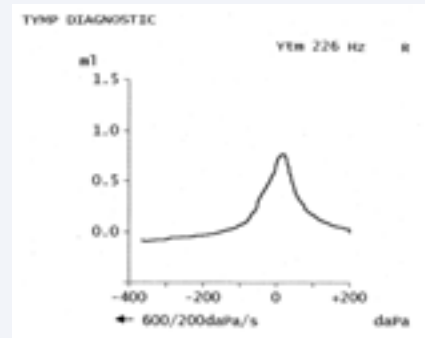
■ HAAKON ARNESEN • Overlege/medisinsk ansvarlig høresentralen, St. Olavs hospital/universitetslektor NTNU

Tympanometri er en målemetode der bevegelser i trommehinnen og mellomøret måles, mens lufttrykket i øregangen varieres. Grafen som produseres viser trommehinnens bevegelighet. Det startes med å kjøre inn et overtrykk i øregangen for å presse trommehinnen innover for så å dra den utover igjen med et undertrykk. Når trykket i øregangen er det samme som trykket i mellomøret, er det størst bevegelse i trommehinnen. Det gir en topp på kurven og sier noe om bevegeligheten i trommehinnen.

Tympanometri benyttes for bedømming av mellomørefunksjonen og for vurdering av type hørselstap. Undersøkellesmetoden stiller ingen spesielle krav til pasienten, men man er avhengig av at proppen som settes i øret tetter helt. Tympanometri benyttes ofte ved testing av små barn.

Selve målingen medfører ikke ubehag for pasienten, men det hender barnet motsetter seg at propp settes i øregangen. Det kan oppleves som en liten dottformennelse i øret.

En trommehinne med dårlig bevegelighet (oftest pga. væskedannelse i mellomøret) vil ikke overføre lyder til mel-



Eksempel på normalt tympanogram

lomøret som normalt. Dette kan derfor føre til et hørselstap.

Ved hull i trommehinnen vil kurven bli som en horisontal, rett strek. Det samme skjer dersom mellomøret er væskefylt som ved serøs otitt, eller at øregangen er tett av ørevoks. For å skille mellom dette ser man på verdien for volumet i øregangen.

Teksten er omskrevet fra «Skriv til foreldre med nyoppdaget hørselstap» på Høresentralen, St. Olavs hospital.

■ HAAKON.ARNESEN@STOLAV.NO



Bedre psykisk helse- og – hvordan bidrar kommunene?

■ VEGARD HØGLI • *Kommuneoverlege i Skien*

Samhandlingsreformens intensjoner innebærer at en større del av det samlede helsetjenestetilbudet bør gis i kommunen. Statistikk fra NAV og Folkehelseinstituttet viser at omfanget av psykisk lidelse er økende, og utgjør nå en av våre alvorligste folkehelseutfordringer på tross av alle satsinger og strategier som er iverksatt. Det trengs faglig nytenkning for å snu utviklingen.

Helseminister Bent Høie har varslet at samhandling og psykisk helse vil være blant hovedtemaene i ny nasjonal helse- og sykehusplan som regjeringen legger frem i 2019 (1). Fra kommunehelsetjenestens side vil jeg hevde at effektivisering av dagens praksis trolig ikke vil løse befolkningens behov, og at vi trenger å se nærmere på det faglige grunnlaget for vår praksis, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

For å møte utfordringene på best mulig måte, har vi i Skien kommune satt i gang et utviklingsarbeid for å ruste opp tjenestene. Arbeidet legger vekt på langsiktighet, funksjon, trygghet, mestring og håp. Vi har deltatt i KS sitt læringsnettverk, og på internasjonale konferanser rundt tilnærmingen «åpen dialog i nettverksmøter». Sistnevnte har verdier og kvaliteter som samsvarer med et «kommunalt» tenkesett – og som kan vise til lovende resultater i form av redusert sykdomsbyrde og -forekomst, også for pasienter med alvorlig psykisk lidelse (2).

Likeverdig samarbeid?

Det er bekymringsfullt at forekomsten av og funksjonstapet på grunn av psykiske lidelser ser ut til å øke. Psykiatriske diagnoser som årsak til uførhet utgjør nå i underkant av 40 prosent av tilfellene, ifølge tall fra NAV (3). Selvmordsraten har holdt seg konstant gjennom 20 år, til tross for ulike satsninger og initiativ (4). Derfor stiller jeg spørsmålet om vi trenger en bredere og mer radikal tilnærming til praksisfeltet for å snu den negative trenden.

Som samfunnsmedisinere er det maktpåliggende å stille det relevante forskningsspørsmålet: Hvordan kan leger – herunder

fastleger, kommuneleger, psykiatere og spesialister i rus- og avhengighetsmedisin – best bidra til å fremme mental helse i befolkningen? En kan iblant få inntrykk av at det fra spesialisthold oppfattes som problematisk at nye yrkesgrupper (psykologer) kommer inn og at kommunale, tverrfaglige lavterskeltilbud etableres. Et argument som gjerne trekkes frem, er at inntil en av ti pasienter med psykiske symptomer kan ha underliggende somatisk lidelse. Etter min oppfatning er dette argumentet svakt, idet fastlegene – som samarbeider med øvrige kommunale tjenester – har som oppgave å ivareta basal somatisk utredning for metabolsk, endokrin, nevrologisk eller neoplastisk patologi. Kommunale lavterskeltjenester forutsetter faglig forsvarlighet og samarbeider med fastleger så vel som spesialisthelsetjenesten ved behov. Likeverdig samarbeid mellom kommunens psykiske helsetjenester og andre aktører er således et bærende prinsipp i denne sammenheng.

Redusert og kvalitetssikret bruk av tvang

Fra mange aktører, blant annet brukerorganisasjoner, er det hevdet at gjeldende regelverk og klinisk praksis ikke er i samsvar med FN's konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne («Convention on the Rights of Persons with Disabilities» – CRPD), ved at adgangen til tvangsbruk er for liberal. Fra et faglig ståsted synes det åpenbart at dersom tvang vurderes, må en være temmelig sikker på at tvangsbruk vil innebære større nytte enn skade for pasienten. En fersk litteraturgjennomgang tyder på at tvangsbehandling med legemidler innen psykisk



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

helsevern ikke gir bedre helsemessige gevinster enn frivillig behandling (5).

Mulige løsninger er skissert i et strategidokument fra Norsk psykiatrisk forening (6). Listen over anbefalinger kunne vært supplert med det som kanskje er den viktigste faktoren for å forebygge bruk av tvangsmidler: Personalets mellommenneskelige kvalifikasjoner til å oppnå kontakt og dempe graden av frykt gjennom å vise at en bryr seg om den det gjelder. For eksempel har konseptet «High & Intensive Care» i Nederland bidratt til å redusere tvangsbruk med opptil 90 prosent (7). Kjenne-tegn for dette er:

- Personale som kjenner pasienten fra hjemmebaserte/ambulante tjenester følger med ved innleggelse

- Bygger på trygghet, beskyttelse og respekt
- Mottaksområdet er innbydende, og pasienten får en vennlig velkomst
- Pasientene møtes med tillit og ikke mistillit; recovery og ikke kontroll
- Pårørende er velkomne til å overnatte, hvis det ønskes
- Behandlingsplan lages innen 24 timer, det er flere nivåer av tilstedeværelse av personale etter behov
- Bruk av erfaringskonsulenter (8), som kan formidle håp
- Sykehusopphold er gjerne kortvarige

I en forskningsrapport fra SINTEF i 2014 om hvordan helsetjenestene samarbeider om pasienter med psykiske lidelser konkluderes det i sammendraget med følgende (9):

«...Samarbeidsmodeller om mennesker med psykiske lidelser må utvikles lokalt, i tråd med samarbeidspartenes kompetanse, erfaring, personlige egenskaper og det eksisterende tjenestetilbudet. Likeverd mellom samarbeidsparter, løpende dialog, fleksibilitet, et inkluderende brukerperspektiv og gode rammer for fastlegenes deltakelse, ser ut til å være de viktigste stikkordene for godt samarbeid. (forfatterens utheving)

Jeg mener det er grunn til å stille spørsmål ved hele den sekvensielle behandlingsmodellen med primærvurdering av fastlege → henvisning → vurdering → prioritering → mottak. Mye tid og ressurser som kunne vært brukt til pasientkontakt forsvinner beklageligvis i administrative oppgaver.

Tverretatlige ambuleringsteam kan være et fornuftig tiltak å etablere, men det forutsetter at tjenesten utvikles i samarbeid med kommunene, fastlegene og NAV. Flere steder er det høstet gode erfaringer med samhandlings- og oppfølgingsteam som ligner på ACT/FACT (10), men med et utvidet fokus (11–13). Dette effektiviserer og kvalitetssikrer tilbudene og etablerer gode samarbeidsrelasjoner mellom spesialister og kommunale tjenester.

Tydelige og troverdige grep

Kontinuitet og trygghet er essensielt for utfall av behandlingen. I masteravhandlingen *Det er tull å bli henvist for å bli avvist* (14) reflekterer barne- og ungdomspsykiateren Olav Eldøen over kvaliteter ved møter med familier/ungdom som det er knyttet bekymring til. Her siterer han Fife et al. (2015) som konkluderer med at halvparten av resultatene av behandling kan tilskrives terapeutens væremåte uavhengig av metode og teknikk (15).

Et springende punkt i diskusjonen om det vitenskapelige grunnlaget for psykiatrifaget er påvirkningen fra den farmasøytiske industrien. En oppsummering fra Cochrane-senteret i København dokumenterer at finansielle aktører i stor grad er involvert i studiedesign, gjennomføring, analyse og publisering av kliniske studier (16). Det kan gi grunn til å spørre om kunnskapsgrunnlaget for dagens bruk av legemidler er til å stole på (17).

Å videreføre en polarisert debatt om biologiske versus psykososiale forståelsesmodeller for psykiske lidelser er neppe en farbar vei å gå. En åpen holdning og vilje til dypere forståelse av problemer, så vel som muligheter, sammen med pasient, pårørende og samarbeidsaktører vil trolig være tjenlig, effektivt og samfunnsgagnlig. For eksempel vil en psykiater som deltar i flerfaglig samarbeid – med sin brede kompetanse og gode kliniske skjønn – være en høyt verdsettet ressurs som kan bidra til å utgjøre en positiv forskjell i menneskers liv – i nært samarbeid med kommunale tjenester. En slik tilnærming er trolig nødvendig for å komme i et godt spor i forhold til god mental helse og mestringsevne i befolkningen.

REFERANSER

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Presseinvitasjon 19.06.2018. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helseminister-bent-hoie-far-innspill-til-ny-nasjonal-helse-og-sykehusplan/id2604895/>.
2. Bergström T, Seikkula J, Alakare B. The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research* Volume 270, December 2018, Pages 168–175.

3. NAV. Psykiske lidelser er vanligste årsak til uføretrygd. <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforet+rygd++statistikk/Nyheter/psykiske+lidelser+er+vanligste-%C3%A5rsak+til+uf%C3%B8retrygd> (4.3.2019).
4. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten. Selvmord i Norge. Publisert 2014, oppdatert 2017. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvord-i-norge/> (4.3.2019).
5. Kirkesæther Brun M, Lossius Husum T, Pedersen R. Tvangsmedisinering i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforen*, 2017; S. 186–195.
6. Strategi for reduksjon og kvalitetssikring av tvang innen det psykiske helsevern. Norsk psykiatrisk forening, 2018: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-psykiatrisk-forening/Publikasjoner/Strategi-for-reduksjon-og-kvalitetssikring-av-tvang-innen-det-psykiske-helsevern/> (4.3.2019).
7. High and Intensive Care Foundation, Nederland, <http://hic-psy.nl/about/> (4.3.2019).
8. Erfaringskonsulenter (eng. peer support) er personer som bidrar i behandlingen i kraft av egne erfaringer. Se Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Erfaringskonsulenter. <https://www.erfaringskompetanse.no/ressurser/erfaringskonsulenter/> (4.3.2019).
9. Tøndel G, Osborg Ose S. Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser. SINTEF Rapport A26357, 2014.
10. Helse direktoratet. ACT- og FACT team. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/act-og-fact-team> (5.3.2019).
11. NAPHA. På lag for de svakeste pasientene. <https://www.napha.no/content/13219/Pa-lag-for-de-svakeste-pasientene> (4.3.2019).
12. a NAPHA. Fleksibel samhandling i Bærum. <https://www.napha.no/content/r4848/Fleksibel-samhandling-i-Barum>.
13. Kristiansand kommune. Tandem. <https://www.kristiansand.kommune.no/helse-og-omsorg/rus-og-psykisk-helse/tandem/> (4.3.2019).
14. Eldøen O. Det er tull å bli henvist - for å bli avvist. Masteroppgave i praktisk kunnskap. Bodø: Nord universitet, 2018. <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2566590>.
15. Fife, S.T., Whiting, J.B., Bradford, K et al The Therapeutic Pyramid: a common factors synthesis of techniques, alliance, and way of being. *Journal of Marital and Family Therapy*. (2013) 40, no. 1, s. 20–33.
16. Rasmussen K, Bero L, Redberg R. Collaboration between academics and industry in clinical trials: cross sectional study of publications and survey of lead academic authors. *BMJ* 2018;363:k3654 <https://www.bmj.com/content/363/bmj.k3654>.
17. Davies, James (red). *The Sedated Society. The Causes and Harms of our Psychiatric Drug Epidemic*. London: Palgrave Macmillan, 2017.

■ VEGARD.HOGLI@SKIEN.KOMMUNE.NO

Den blå mappa

HEGE RAASTAD • Seniorrådgiver, Statens helsetilsyn

KLOKKA VAR 10.54, jeg hadde ryddet det siste, båret pappesker med bøker, notater og den fine kontorkaffekoppen min ned i bilen. Ryddet i den blå beredskapsmappa – og lagt den på hylla sammen med det andre som skulle være klart til neste kommuneoverlege. Jeg låste døra til kontoret mitt, så ut av vinduet på det grå november-været og snudde meg for å gå ut fra denne arbeidsplassen min for siste gang. Jeg så fram til lunsj og fredagskaffe på rådhuset med gode folk jeg har jobbet sammen med i mange år. Det skulle det bli en bra helg!

Så ringte telefonen. Jeg så på nummeret. Hmm. Et kommunenummer. Jeg var mentalt og praktisk ferdig som kommuneoverlege etter 15 år i jobben. Men jeg visste at jeg var den eneste tilgjengelige kommuneoverlegen akkurat den neste timen. Jeg svarte.

«Det er fra legevakta. Det er en kritisk hendelse, mulig terroraksjon, i Parkgata. Politiet er der. Du må dra dit så fort som mulig.»

JEG? SØREN OGSÅ. Dette visste jeg var et uklart punkt i beredskapsplanen vår – ennå (!) – etter så mange år. Det var aldri kommet til klarhet i ansvaret som «Fagleder helse» på skadested. Legevakta med lege 24/7 er fortsatt i en oppbyggingsperiode, både organisatorisk og faglig. Sykehuset sier fra seg ansvaret. De skal ta seg av sitt. Kommuneoverlegens ansvar er å sitte i rådmannens kriseledelse.

«Jeg? Jammen...»

«Legevaktoverlegen er i Afrika. Legen som har daglegevakta er opptatt. Du må dra. Sykehuset sier det er din jobb. Området er sperret av. Ambulansen henter deg!»

Selvsagt. Jeg henter *Den blå mappa* ned fra hylla. Sjekker at pennen funker. Noterer på blokka de få opplysningene jeg har. Tankene surrer mens jeg venter på ambulansen.

JEG MELDER MEG til skadestedsleder ved ankomst. Får en kort brifing: Hvitt pulver i konvolutt, åpnet i postmottaket til politiet. En person føler seg dårlig. To andre vært veldig nær konvoluttene. Personene er isolert. Ventilasjonsanlegget avstengt. Bygget avsperrt. Full alarm er iverksatt. Sykehuset settes i beredskap. Siviltforsvaret med rensenhet er på vei. Bombegruppe fra politiet kommer fra Oslo. Ambulansetjenestens omsorgsenhet kommer.

JEG RINGER kommunens beredskapskoordinator. Han var ikke varslet fra noen an-

Nødetatene er på plass i Hamar sentrum for å avklare en kritisk hendelse og potensiell trussel. FOTO: HEGE RAASTAD



dre. Vi går gjennom roller og ansvar i den konkrete situasjonen for å sikre en felles forståelse. Kommunens servicekontor får fort telefoner og spørsmål. Et sykehjem ligger i nabokvartalet til hendelsen. Beredskapskoordinator tar ansvar for å informere rådmannen, servicekontoret og helse- og omsorgsjefen. Men det er politiet som «eier» hendelsen både som berørt og beredskapsmessig. Vi avtaler ny kontakt ved behov.

Etter hvert rigges de ulike enhetene opp ved bygget. Sykehuset melder at de er klar til å ta imot tre forurensede personer. Jeg bidrar til avklaring mellom sykehuset og skadestedsleder om bruk av ressurser – vi vet ikke hva som kommer av behov. Sykehuset er klare og vi beslutter å sende tre personer dit. Sivilsforsvaret kan få nok å gjøre hvis alle i bygget må renses. Og hva med ambulanspersonellet som transporterer de forurensede?

HVITT PULVER? ANTRAX? Miltbrann... Hvordan var det egentlig igjen... Jeg googler og er litt mer «på». Venting. Kaffe. Varmt og godt i politibilen som fungerer som ILKOs møterom. Åpenhet og samarbeid. Jeg holder tett kontakt med ambulansfaglig leder. Dialogen på sambandet deles. Koordinering. Utsjekk. Jeg får etter hvert gul vest med «LEGE» fra ambulansen.

Politiets bombegruppe kommer og rykker inn i bygget. Starter undersøkelser.

JEG SENDER SMS til kommuneoverlegekollega Bente Bjørnhaug som jeg vet er opptatt til ca. kl. 12. «Ring meg når du er tilgjengelig!». Hun kommer etterhvert til skadestedet. Vi kan drøfte roller, bidrag, situasjonen, antrax – og ikke minst er det hun som får oppgaven med å følge opp hendelsens erfaringer. Det er jo faktisk mine siste timer på jobb som kommuneoverlege.

Jeg holder godt rundt Den blå mappa. Den har vært en del av meg i alle år som kommuneoverlege. Men aldri har jeg hatt brukt for den i en reell beredskapssituasjon.

BOMBEGRUPPA melder at det ikke er antrax i konvolutten. Men kanskje hvetemel. Skuldrene senkes. Men aktiviteten fortsetter; det blir anledning til å teste utstyr og snakke med de ulike ansvarlige om roller, erfaringer, kapasitet, metoder og «hva om det faktisk hadde vært antrax».

Et håndskrevet brev i konvolutten forteller hvem som er avsender. Min neste tanke er om situasjonen da er over i ny oppgave. Men politiet er kjent med personen fra hendelser tidligere i uka og tar ansvaret for videre oppfølging.

JEG TAKKER SKADESTEDSLEDER for samarbeidet og rusler ned på rådhuset. Fredagskaffen er ferdig for lengst.

Så ringer telefonen. Politiet!

«Hei! Var ikke du på hendelsen i Parkgata som Fagleder helse? Vi har evaluering på politihuset nå – vi venter på deg og kollegaen din! En politibil henter deg straks.»

Fint! Jeg holder fortsatt i Den blå map-

pa. Har noen stikkord der fra dagen. Nyttig og åpen evaluering. Kollega Bente følger opp. Den blå mappa fikk hun også med seg.

For nå er jeg ferdig som kommuneoverlege. Men det var bruk for meg og Den blå mappa – helt til siste slutt!

■ HEGE@RAASTAD.NET



Hege Raastad har god bruk for den blå beredskapsmappen på sin siste dag som kommuneoverlege. FOTO: PRIVAT

1849 Kolerasmitte i London

■ HARALD SIEM • Seniorrådgiver, FHI

Hva skjedde?

John Snow (1813–1858) var en engelsk lege som er kjent for sine arbeider med eter og kloroform i anestesiens tidligste dager – og sitt arbeid med kolera. I 1849 beskrev han hvordan kolera smittet gjennom drikkevann.

Da et koleraangrep kom i Soho, London, mot slutten av 1854, kartla han vannforsyningen i Broad Street, og fant en sammenheng mellom vannpumpen der og de sykdomstilfeller som ble registrert. Han overbeviste myndighetene om at vann fra denne pumpen var en kilde til kolera, og håndtaket ble fjernet så pumpen ikke kunne brukes. Forekomst av nye tilfeller falt.

Snow fant også at de som fikk vann fra vannverk med inntak nedenfor der hvor tidevannet i Themsen gikk opp, hvor vannet var mer forurenset, hadde flere dødsfall enn der hvor vanninntaket var høyere opp i elva. Forekomsten av sykdommen varierer altså med hvor folk bodde og den vannforsyning de hadde.

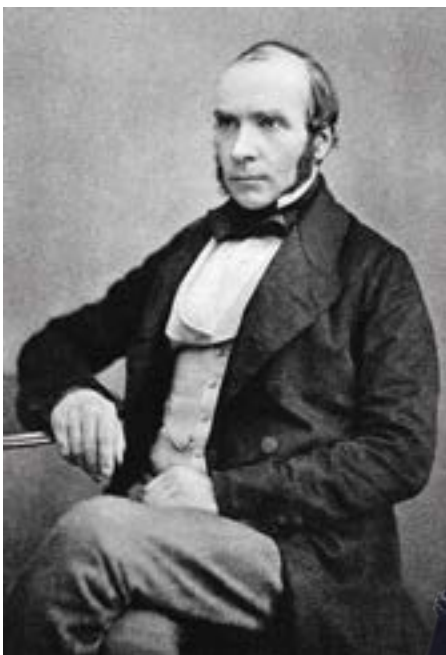


FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

Hvilken betydning dette hadde for folkehelsen

Snows forskning har ført til bedre drikkevann over hele verden, fordi man ble klar over smittefare ved infisert vann. Men også Snows metodiske arbeid ved å systematisk telle og notere tall på syke og friske, og ikke minst en effektiv intervensjon ved å fjerne pumpehåndtaket, er et eksempel på folkehelsearbeid som har hatt uvurderlig betydning.

John Snow er senere kalt epidemiologens far. Han påviste spesifikke ytre årsaker til en bestemt sykdom. Epidemiologi er læren om sykdommers utbredelse.

Mitt møte med kolera i Bangladesh 1974

Kolera er en svært smittsom sykdom som de fleste lesere av *Utposten* ikke har sett, og ikke kommer til å se. Det er vannbåren smitte som gir profus diare. Den behandles med væsketilførsel og eventuelt tetrasykliner.

I 1974 arbeidet jeg i Bangladesh, på et helsesenter i Jaydepur. Helsesenteret ble oppsøkt av kolerapasienter, eller rettere sagt av pårørende som bar de svekkede pasientene til oss. Vi kjørte dem en time til Kolerasykehuset i Dhaka.

Dette er også en del av historien. Sykehuset er etablert med støtte fra vestlige land, men drives av lokale krefter. Da jeg kom til sykehuset



Kolerasykehuset i Dhaka ble grunnlagt i 1960. I dag arbeider 88 leger her for å behandle pasienter rammet av kolera.

FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

med en nesten bevisstløs mor ble hun raskt og profesjonelt tatt hånd om på en av de store salene. Hun ble lagt på et bord med hull midt i. Under det sto en bøtte. Hun fikk intravenøst i begge armer og bein, samt antibiotika. Og kom seg i løpet av 24 timer. Letaliteten ved dette sykehuset er mindre enn én prosent.

Behandlingen av kolera utenfor sykehus er som ved andre alvorlige diaréer, ORS, oral rehydrasjon salt: en klype salt, en teskje sukker i et glass vann som gis kontinuerlig peroralt med en spiseskje. Er drypp tilgjengelig, er det selvsagt fint.

■ HARALD.SIEM@FHI.NO



REPLIKA AV VANNPOSTEN I BROAD STREET, SOHO, LONDON

PANORAMABILDE AV LONDONS WEST END, PUBLISERT 1849

Helseinformasjonens

■ ARILD KJELL AAMBØ • Seniorrådgiver, Enhet for migrasjonshelse, Folkehelseinstituttet

Aelius Galenus (født i Pergamon i år 129 etter Kristus, død ca. 216), gjerne omtalt som Galen, var i over 1300 år selve krumtappen innen medisin og medisinsk tenkning. For Galen handlet god helse ikke bare om fravær av sykdom, men at kroppen befant seg i en balansert tilstand.

Hans teorier, som bygde på direkte observasjon, disseksjon og viviseksjon av dyr - fortrinnsvis griser og macaque-aper - holdt seg til langt inn på 1800-tallet. Galen er i dag kanskje mest kjent for sine fire «temperamenter»: den flegmatiske (slim), den koleriske (gul galle), den sangvinske (blod) og den melankolske (svart galle). Han skrev dessuten et stort antall avhandlinger om ulike emner, hvorav hans *Hygiene* (Bok I–VI) må kunne sies å ha en viss aktualitet selv i dag. Her lanserer han seks faktorer som er vesentlige for å fremme helse og velvære. Disse er: Et sunt

kosthold, passe mosjon og bevegelse, stimulerende omgivelser, inkludert et godt arbeidsmiljø, nok søvn, at en søker mentalt velvære og, ikke minst, at en oppnår god balanse mellom de foran nevnte faktorene.

Ibn Butlan og *Taqimum Sanitatis*

En av dem som bygde videre på Galens seks helsefremmende prinsipp, var den irakiske legen og filosofen Ibn Butlan (d. 1068). Ibn Butlan var født i Bagdad, i det nestoriansk-kristne samfunnet der. Det var

også i Bagdad han fikk sin utdanning, men senere reiste han vidt omkring og besøkte en rekke steder i Midtøsten og Nord-Afrika. Med tiden slo han seg ned i Konstantinopel, og han endte sitt liv i et kloster i Antiokia.

I sin bok *Taqimum al-Sihhah*, som i mange hundrede år var det helt sentrale verket om hvordan en best kunne bevare helsen, både blant arabisk- og latinsktalende, påpeker Ibn Butlan nytten av daglig omsorg for sitt fysiske og psykiske velvære. I likhet med Hippokrates og Galen, mente også han at helsen var en avbalansert tilstand eller form for kroppslig harmoni som kunne oppnås ved et sunt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet. Han oppsummerer i tabellform informasjon om 280 helserelaterte remedier, med særlig vekt på hagen, både som rekreasjonsområde og som et sted for dyrking av nyttevekster. Hans tabeller inneholder opplysninger om navn, kvalitet, anvendelse, effekter og bivirkninger, samt opplysninger om hvem som kan ha nytte av remedien og under hvilke betingelser. Dessuten hvilke kilder som var benyttet og noen kommentarer knyttet til dette. Spesielt synes han å ha vært opptatt av den helsefremmende virkningen av frukt og grønnsaker. Selv om vår forståelse av sammenhengen mellom ernæring og helse er betydelig endret og vi i dag heller er opptatt av kalorier, vitaminer, antioksidanter, polyfenoler, adipokiner enn Galens humorale teorier, er konklusjonen den samme: Våre naturlige omgivelser, våre aktiviteter og maten vi spiser har stor betydning for helsen.

Taqimum var på Ibn Butlans tid en etablert sjanger, omtalt som kunsten å presentere kunnskap for allmennheten på en konsis

Aelius Galen (øverst i midten) og en gruppe leger i et bilde fra «Vienna Dioscorides», publisert tidlig i det 6. århundre.

Galens bok «Hygiene» er utgitt i flere oversettelser. Dette er en engelsk oversettelse fra 1951 av «De Sanitate Tuenda».

ILLUSTRASJONSFOTO: WIKIMEDIA COMMONS



røtter

*Ibn Butlans bok «Tacuinum Sanitatis»
i en utgave fra Rhinland, datert fra
annen halvdel av det 15. århundre.*



og lett forståelig måte. For å tilfredsstill lekmannens behov, måtte innholdet være målrettet og erfarings-basert. God praksis måtte fremheves, og det teoretiske aspektet nedtones. I forordet til boken angir Ibn Butlan da også at ved å presentere den viktigste medisinske kunnskapen i en lett tilgjengelig form, ville han gjøre allmennheten i stand til å forstå og bedre bevare helsen.

Taqwim al-Sihha ble oversatt til latin på 1200-tallet, og i Europa kjent som *Tacuinum Sanitatis*. Det første

gjennomillustrerte manuskriptet, hvor en betydelig forkortet versjon av teksten følger illustrasjonene, kom ca. 100 år etter, på bestilling av Visconti-familien i Pavia, Lombardia. Senere kom det flere utgaver, og i dag finnes komplette, vakkert illustrerte manuskript bl.a. ved de største bibliotekene i Wien, Paris og Roma.

Opprinnelig var slike prakt eksempeler av *Tacuinum Sanitatis* forbeholdt konger og den opplyste, privilegerte elite. Men de vakre illustrasjonene ble likevel kopiert og viderefremmet, og hadde således betydning for langt flere. Da Gutenberg fant opp boktrykkerkunsten, var *Tacuinum Sanitatis* en av de første bøkene som ble trykket – i Strasbourg i 1531 – nærmere 500 år etter at den ble skrevet. Den fikk etter hvert stor utbredelse og var svært viktig for datidens helseopplysning. I moderne tid har det spanske forlaget M. Moleiro Editor publisert en annotert faksimileutgave av det gjennomillustrerte manuskriptet. Denne utgaven, som var begrenset til 987 kopier, finnes bl.a. ved Nasjonalbiblioteket i Paris.

Miniatur fra kodeksen «Tacuinum Sanitatis» trykt i slutten av det 14. århundre.

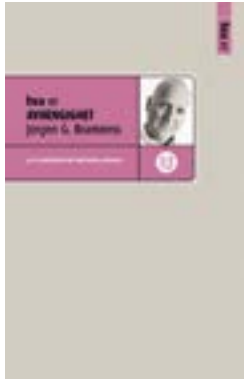


KILDER

- Galen (2018) Hygiene, Bok 1–6, Oversatt og utgitt av Ian Johnston Cambridge: Harvard University Press.
- Berryman, J.W. (2012) The art of medicine. Motion and rest: Galen on exercise and health, The Lancet Vol. 380, s. 210–212.
- Janick, J. et al. (2010) Horticulture and Health in the Middle Ages: Images from the Tacuinum Sanitatis, HortScience Vol. 45, No. 11, s. 1592–1596.
- Hoening, C. (2016) The Illuminated Tacuinum Sanitatis Manuscripts from Northern Italy ca 1380–1400, I J.A. Givens et al (red.) Visualizing Medieval Medicine and Natural History, 1200–1550, New York: Routledge.

■ ARILDKJELL.AAMBO@FHI.NO

Bli opplyst og utfordret



Jørgen G. Bramness
Hva er avhengighet
 Universitetsforlaget
 Oslo, 2018
 160 s. ISBN 978-82-15-03115-6

Jørgen G. Bramness er lege, psykiater og seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse ved Sykehuset Innlandet og professor ved universitetet i Tromsø. Fra bokens baksidetekst kan vi lese at:

«Alle kan i prinsippet bli avhengige av nesten hva som helst: Facebook, shopping, sjokolade, fallskjermhopping eller rusmidler. Avhengighet handler om tap av kontroll, og vi skammer oss over det.»

Noe kan kalles hverdags-avhengighet. Men hovedfokus i denne boken er det som kalles klinisk avhengighet.

Er så dette en relevant bok for leger i kommunehelsetjenesten?

Universitetsforlaget har i flere år gitt ut interessante bøker i «Hva er»-serien, og

dette er en av dem (www.hvaer.no). Bøkene er ment som kondenserte presentasjoner av viktige temaer for en vid leserkrets, for noen en første kontakt med et dagsaktuelt tema, for andre nye perspektiver på allerede kjent stoff.

«Hva er avhengighet» vil jeg mene er en balansert og inspirerende presentasjon av et stort tema, relevant for enhver lege. Her er oppdatert forskningsnytt presentert på en pedagogisk og interessant måte.

Kapitløverskriftene antyder omfanget av bokens tematikk:

- Fra religion og moral til sykdom
- Fenomenet avhengighet
- Avhengighet som valg?
- Avhengighetens psykologi
- Pedagogiske og medisinske forklaringer

- Skam og behandling
- Samfunnet, makten og meg.

Her rives leseren med gjennom allmennhetens «kunnskap», via mangfoldet i veier inn i avhengighet og til et forsøk på (foreløpige) forklaringer ut fra dagens viten. En av flere konklusjoner i boken er hvor lite vi faktisk enn så lenge forstår av hvorfor og hvordan noen personer blir avhengige – f.eks. av rusmidler eller spill. Boken er et forsøk på en ærlig gjennomgang av hvor vi står i dag, og hvordan vi ut fra denne kunnskapen kan hjelpe mennesker som sliter.

Noen personer kommer ut av avhengigheten ved egen hjelp, andre strever et helt liv, og noen dør av sin avhengighet. Men flere søker heldigvis hjelp i dag sammenlignet med bare noen tiår tilbake.

Så hva kan vi i kommunehelsetjenesten bidra med i dette problemfeltet? Les og bli både opplyst og utfordret – og kanskje enda litt klokere! God lesning!

ELI BERG

*Utposten
ønsker alle
sine lesere
en god
påske!*



ILLUSTRATIONSFOTO: COLOURBOX

Hvordan hjelpe traumatiserte flyktninger?



Sverre Varvin
Flyktningers psykiske helse
 Universitetsforlaget
 Oslo, 2018
 239 sider
 ISBN 978-82-15-02948-1

Dette er en bok som det gjør usigelig vondt å lese – og samtidig godt – på én og samme tid. Forfatterens kombinasjon av en nøkternhet i beskrivelsen av tortur og overgrep og et varmt hjerte for traumatiserte enkeltmennesker er det som gjør så sterkt inntrykk. Boken presenterer en innsikt i tematikken som bygger på mange år med møter med mennesker som har overlevd påkjenninger det nesten ikke går an å sette seg inn i uten å kjenne på en fortvilelse over hva mennesker kan gjøre med sine medmennesker av villet ondskap. På omslaget kan vi lese om bokens essens:

«Flyktninger har en krevende vei til Norge, ofte preget av store påkjenninger og overgrep. Hjemlandet er forlatt, og de har mistet ikke bare nære personer og hjemlig kultur, men også sine framtidsmuligheter. Tortur og andre systematiske overgrep sikter nettopp mot å ødelegge menneskets tro på seg selv og framtida.»

Men det finnes mange selvhelende krefter i mennesker og i grupper. Måten vi tar imot og behandler flyktninger på, er avgjørende for at disse kreftene skal få utfoldelse.»
 Og videre –

«målet med boken er å gi helsepersonell 'håndteringskompetanse': for eksempel hvordan krigstraumer kommer til uttrykk, hvordan man kan samhandle med et menneske som er i en slik desperat livssituasjon, de vanligste helseplagene, hvordan man kan identifisere depresjon og hvordan man bruker tolk.»

Mer presist kan det knapt formuleres om denne boken, som for øvrig avsluttes med 15 sider med referanser til forskning innen tematikken. Mange av disse henviser til forfatterens egne erfaringer, forskningsprosjekter og publikasjoner, flere i samarbeid med andre fagpersoner.

Teksten er ført i et stort sett lettlest språk med forklaringer på nødvendige faguttrykk i parentes. Noe av stoffet som omhandler ulike metoder som benyttes innen psykisk helsehjelp kan kanskje bli noe vel detaljert for leger i primærhelsetjenesten. Men det er langt mer unntaket enn regelen

i framstillingen av dette stoffet. For her får vi håndfaste veiledninger til hvordan nærme oss og hvordan forstå flyktningepasientens ofte eksistensielle problemer, både ut fra det vi etter hvert aner innen nevrovitenskapelig forskning og ut fra psykologisk kunnskap om hva umenneskelig behandling kan medføre og hvordan pasienter kan hjelpes til et levelig liv med mening. Kort sagt her er det mye å lære – eventuelt oppfriske – om alt fra det å oppnå en begynnende tillit hos de sterkt traumatiserte flyktningene til å komme i gang med å stimulere til helende prosesser. - Men her er det også indirekte mye å hente om hvordan vi kan møte krenkede nordmenn som møter sin fastlege med en tung bagasje.

Boken anbefales.

Et tankekors til slutt: Hvordan kan vi være sikre på at vi som samfunn ikke avviser asylsøknader, som så medfører at sterkt traumatiserte personer sendes ut av landet? De fikk jo aldri fortalt...

ELI BERG



'Med hodet og hjertet på rette plassen'



Reidun Evjen, Knut Boe Kielland, Tone Øiern
Dobbelt opp
 Om ruslidelser og psykiske lidelser
 286 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo 2018
 4. utgave

Førsteutgaven av denne boken kom i 2003. Forfatterne skriver at «i denne (nye) utgaven er det gjort en grundig revisjon i tråd med de senere årenes utvikling innenfor et felt som fortøner seg ganske dynamisk. Det foregår mye forskning, og det gjøres nye erfaringer som angår både ruslidelser, psykiske lidelser og samspillet mellom dem.» De skriver videre om at den senere tids utvikling av tjenester for personer med rusproblemer og psykiske problemer i stor grad er basert på recovery-perspektiv, og at pasient- og brukerrettighetene er betydelig styrket. Tjenester tilbys i stor grad der bru-

keren er, både konkret og i mer overført betydning.

Overskriften for denne bokanmeldelsen henspiller på at denne boken presenterer en varme, et engasjement og en faglig nysgjerrighet overfor pasientene som både kan fascinere og berøre leseren. Innledningsvis henviser de til Aristoteles' beskrivelse av kunnskap: teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og klokskap, og at klokskap må være den kunnskapen som skal styre de to andre kunnskapsformene.

Forfatterne skriver i bokens innledning at

«Personer med samtidige rusproblemer og psykiske vansker er fortsatt en grovt forsømt gruppe. Vårt ønske er at boken kan bidra til å beskrive veier til bedre liv for dem som sliter med ROP-lidelser.»

Dobbelt opp gjennomsys av en grunnholdning om likeverdighet mellom pasientene og behandleren, noe som innebærer en symmetrisk relasjon med jevnbyrdig samhandling. Dette avspeiles i hvordan personen som søker hjelp virkelig forblir hovedpersonen i hele behandlingsløpet – et forløp som kan ta lang tid for noen. Tålmodighet og toleranse for «to skritt fram og ett tilbake» kan være en forutsetning for behandlingsapparatets innsats for å hjelpe mennesker som har lidd betydelig før de omsider møter noen som respekterer dem – hjelpere som også ser deres ressurser.

Boken gir en solid historisk gjennomgang av rusfeltet, av holdninger til psykis-

ke lidelser og ikke minst forholdet mellom disse to sfærene. Detaljert kunnskap om ulike rusmidler og om behandlingserfaringer både i institusjoner og i hverdagslivet er grundig beskrevet. Og ikke minst viktig: en omtale av noen av de etiske dilemmaene som følger i kjølvannet av ruslidelser og psykiske problemer for den enkelte og omgivelsene, både i det private og i det offentlige rom.

Gjennomgangen av de diagnostiske testene kan nok fortone seg som litt mer detaljert enn det en fastlege eller kommunelege trenger detaljkunnskap om. Men øvrige drøftelser både om diagnostikk og behandling er vel verdt å få kjennskap til – ikke for selv å skulle evne hele spekteret, men for å kunne vite litt om hva f.eks. fastlegen kan ha som bakteppe i en motivings-situasjon når en pasient trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten – og da ofte i et samarbeid med kommunens helse- og sosialtjeneste.

Forfatternes faglige bakgrunn: Reidun Evjen er sosionom og ansatt ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Oslo universitetssykehus. Tone Øiern er journalist og arbeider som kommunikasjonsrådgiver i Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig behandling av ruslidelse. Knut Boe Kielland er lege og faglig rådgiver ved Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

Boken anbefales.

ELI BERG

UTPOSTEN
TETT PÅ!

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.

Riktig legemiddelbruk kan redusere risiko for plutselig død

Hos 50 prosent av tilfellene med plutselig hjertedød med strukturelt normale hjerter var plutselig død den første manifestasjon av sykdommen. Legemidler som SSRI'er, protonpumpehemmere, psykofarmaka, midler mot inkontinens, antibiotika og diuretika kan øke risikoen for forlenget QT-syndrom, Torsade de Pointes og plutselig hjertedød. Fokus på risiko-nytte-vurderinger ved rekvirering av legemidler er en svært viktig faktor for å redusere risikoen for plutselig hjertedød.

Plutselig hjertedød er en fryktet tilstand, den er vanskelig å forutse og svært traumatiserende for den avdødes familie og pårørende. Ved plutselig hjertedød er det opphør av normal hjerteraktivitet og hemodynamisk kollaps. Foruten ventrikulære takykardier eller ventrikkelflimmer, kan også bradyarytmier føre til brå hjertedød. Etiologisk kan plutselig hjertedød kategoriseres i fire diagnostiske klasser (1, 2): *Iskemisk hjertesykdom, ikke-iskemiske kardiomyopatier, ikke-strukturelle hjertesykdommer og ikke-kardiale sykdommer.*

- 15–25 prosent av tilfellene av brå hjertedød har ikke-kardialt opphav. Årsakene inkluderer traumer, blødninger, medikamentintoksikasjoner, intrakranielle blødninger, lungeembolier, nær drukningsulykker og sentrale luftveisobstruksjoner (5, 3).
- Arytmier forårsaker rundt 20–25 prosent av dødsfallene. Pulsløs elektrisk aktivitet (PEA) er en hyppig årsak til plutselig død i denne sammenheng.
- 65–70 prosent av all brå død forårsakes av koronar hjertesykdom. Frekvensen av brå hjertedød forårsaket av koronarsykdom hos individer under 30–40 år er mye lavere enn 65–70 prosent slik frekvensen er hos individer over 40 år. En oversikt over plutselig hjertedød i USA i 1999 viste at bare 24 prosent av dødsfallene hos personer under 30 år var forårsaket av koronarsykdom og bare åtte

prosent ved en undersøkelse av militære rekrutter (2, 4, 5).

- Ti prosent av brå hjertedød skyldes andre strukturelle hjertesykdommer (kongenitale koronare arterieanomali, myokarditter, hypertrofiske kardiomyopatier, arytmogene høyre ventrikkel kardiomyopatier). Hos individer under 30 år varierer hyppigheten av brå hjertedød som skyldes andre strukturelle hjertesykdommer mellom 30–40 prosent, og er mye høyere enn hos eldre individer (4).
- Fem til ti prosent av brå hjertedød skyldes arytmier uten strukturell hjertesykdom, for eksempel langt QT-tid syndrom, Brugada syndrom, Wolff-Parkinson White syndrom, Katekolaminerge polymorfe ventrikulære takykardier (6). Prosentvise tall er hentet fra forskjellige kilder og man vil derfor ikke kunne summere dem.
- Hos 50 prosent av tilfellene med brå hjertedød med strukturelt normale hjerter var plutselig død den første manifestasjon av sykdommen (7).

Flere av lidelsene som fører til brå hjertedød uten strukturell hjertesykdom forårsakes av abnormaliteter i kardiale ionekanaler. Dette gjelder *Brugada syndrom, forlenget QT-syndrom, kort QT-syndrom, katekolaminerg polymorf ventrikkeltakykardi* (8). Lidelser som er assosiert med brå hjertedød som ikke er forbundet med ionekanaler er *Wolff-Parkinsons-White syndrom* og *Com-*

motio Cordis. Pasienter som ikke har strukturelle eller elektriske abnormaliteter diagnostiseres som idiopatiske ventrikkeltakykardier eller primær elektrisk sykdom. Flere av disse tilstandene behandles med potente medikamenter som ved feilaktig bruk kan øke risikoen for plutselig hjertedød. Et medikament som amiodaron er til stor hjelp for mange pasienter, men medikamentet har også velkjente bivirkninger. Derfor er det alltid særdeles viktig at man har klare diagnoser og sterk indikasjon for bruk av legemiddelet.

Diagnostiske utfordringer

Det er store utfordringer med å finne de individene som lever med økt risiko for plutselig hjertedød. Primære elektriske ledningslidelser kan være årsak til plutselig hjertedød på tross av manglende patologiske funn på tidligere tester (elektrofysiologiske tester, belastningstester, ambulatorisk hjerterytme monitorering). Patologiske EKG-funn kan være intermitterende eller latente. Genetiske tester er ikke omfattende nok til at man kan ekskludere alle mulige lidelser. En rapport fra USA med 18 plutselig hjertedød-overlevende uten strukturell hjertesykdom fant at provokasjonstester med adrenalin og prokainamid-infusjoner var nyttige i å avsløre etiologien i uforklarlig hjerrestans. Alle disse pasientene hadde normale EKG, ekkokardiogram, koronarangiografi og MR-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

cor. Diagnosen gav muligheten til å gi beta-blokkere til ti pasienter med katekolaminerg polymorf ventrikkeltakykardi og identifisering av ni berørte familiemedlemmer (9, 10).

Riktig legemiddelbruk kan bedre prognosen for individer med økt risiko for plutselig død

Fastlegen kan ha en nøkkelrolle i tidlig diagnostisering av pasienter med tilstander som øker risikoen for plutselig død, og for å bedre prognosen til pasienter som har en allerede diagnostisert risikotilstand. Familieanamnese med plutselig død gir viktig informasjon, da primære elektriske ledningslidelser kan foreligge på tross av negative tester, slike tilstander kan være intermitterende eller latente. Det finnes flere adekvate tiltak for å forhindre plutselig hjertedød.

God farmakologisk behandling av kardi-ale årsaker til plutselig hjertedød som for eksempel akutt kardiell-iskemi, hjerteinfarkt, arytmier og hjertesvikt vil redusere

risiko for slike hendelser. I tillegg bør det utvises forsiktighet ved bruk av medikamenter som potensielt kan forlenge QT-intervallet (11, 12, 13). Rask og effektiv diagnostisering av ikke-kardiale årsaker for eksempel lungeemboli, og henvisning til riktig behandling reduserer risikoen for plutselig hjertedød. Veloverveid vurdering av medikamentforskrivning som øker risiko for ervervet forlenget QT-syndrom på grunn av kardi-ale tilstander, ikke-kardiale tilstander, elektrolyttforstyrrelser, aktivering av sympatisk nervestimulering eller som øker risikoen for Torsade de Pointes hos pasienter med kongenitt QT-syndrom er viktig for risikoreduksjon for plutselig hjertedød. God behandling av elektrolyttforstyrrelser som hypokalemi, hyperkalemi, hypomagnesemi og pH-forandringer ved metabolske acidoser reduserer risikoen for plutselig hjertedød. Kritisk vurdering i forhold til forskrivning av medikamenter som aktiverer det autonome nervesystemet, spesielt sympatisk nervestimulering, er også viktig.

Forhold som kan øke risikoen for plutselig hjertedød

Der er svært mange medikamenter som kan føre til ervervet forlenget QT-tid-syndrom eller som kan føre til økt QT-forlengelse hos pasienter som har arvelig forlenget QT-tid syndrom (14). I begge tilfellene øker faren for Torsade de Pointes og risiko for plutselig hjertedød. Det finnes også andre faktorer enn medikamenter som i vesentlig grad vil kunne øke risikoen for plutselig hjertedød eller langt QT-syndrom, for eksempel elektrolyttforstyrrelser, sult, anoreksi, hypothyreoidisme, bradyarytmier og væskebaserte proteindietter (15). For øvrig påvirkes disse tilstandene i stor grad av medikamentbruk. Diuretika kan føre til fatale elektrolyttforstyrrelser dersom disse ikke korrigeres. Langvarig bruk av protonpumpehemmere kan føre til alvorlige tilstander med Torsade de Pointes både hos pasienter med kongenitt og ervervede lange QT-syndromer som følge av hypomagnesemi. Proteindietter og ketogene dietter har også vist å kunne gi forlenget QT-syndrom (16, 17). Når den samle-

de risikoen for plutselig død skal vurderes bør legemidler, andre tilstander og forhold som ernæringsstatus vurderes helhetlig. Den synergistiske effekten medikamenter kan ha på hverandre, og at noen tilstander kan gi en økt sårbarhet overfor enkelte medikamenters bivirkninger er viktige momenter å ha med i vurderingen ved forskrivning av medikamenter.

Et eksempel på dette er makrolidet erytromycin. Brukere av erytromycin har fordoblet risiko for forlenget QT-tid og brå hjertedød sammenlignet med ikke-brukere. Erytromycin metaboliseres via CYP3A4, det vil si at medikamenter som hemmer CYP3A4 fører økt risiko for plutselig hjertedød på grunn av økt konsentrasjon av erytromycin. Det vil si at man som forskrivende lege ikke bare bør vurdere den økte risikoen ved bruk av erytromycin, men man må også undersøke om pasienten bruker medikamenter som er CYP3A4-hemmere (18, 19) og andre legemidler som kan påvirke QT-tiden.

Medikamentklasser som er rapportert som årsak eller medvirkende faktorer for langt QT-syndrom:

Flere typer legemidler er funnet å kunne føre til forlenget QT-tid. Ved rekvirering av slike medikamenter, eller hos pasienter som bruker denne typen medikamenter, bør legen i primærhelsetjenesten alltid vurdere risikoen for forlenget QT-syndrom, Torsade de Pointes og plutselig hjertedød. Det må gjøres en helhetlig nytte-risikovurdering, og indikasjonen for medikamentet bør eventuelt drøftes med spesialisthelsetjeneste.

- Antiarytmika (flekamid, amiodaron, dronedaron, sotalol)
- Antianginøse midler (ivabradin)
- Urgeinkontinensmidler; antikolinerge/antimuskarinerge (solifenacin, tolterodin)
- Antibiotika, malariamidler (for eksempel meflokin, primakin). Soppmidler som flukonazol, itraconazol, systemisk ketokonazol, HIV-midler (ritonavir, atazanavir), andre antibiotika som fluorokinoloner, makrolider (erytromycin, azitromycin), metronidazol
- Enkelte antihistaminer (hydroksyzin)
- Enkelte cytostatika
- Analgetika (buprenorfin, hydrokodon, metadon)
- Bronkodilatorer (formoterol, salmeterol, terbutalin)
- Diuretika som kan føre til elektrolyttforstyrrelser, for eksempel hypokalemi eller hypomagnesemi

- Gastrointestinale medikamenter: loperamid (ved overdoser), granisetron, ondansetron, metoklopramid. Protonpumpehemmere kan ved kronisk bruk føre til hypomagnesemi
- Gonadotropin-releasing hormonagonister og -antagonister
- Nevrologiske medikamenter: apomorf, donepezil, fingolimod
- PSYKOFARMAKA: Klorpromazin, haloperidol, ziprasidon IV (høy risiko for å utløse langt QT-syndrom). Klozapin, haloperidol oralt, olanzapin, kvetiapin, risperidol moderat risiko. Paliperidon lav risiko. Tricykliske og tetracykliske medikamenter, SSRI'er, atomoksetin.
- ANDRE SUBSTANSER: kokain, mifepriston (13).

Databasen CredibleMeds har en oppdatert liste over medikamenter som forlenger QT-tiden og/eller som kan føre til Torsade de Pointes (20). I en oversiktsartikkel med 92 pasienter fra USA med medikamentindusert Torsade de Pointes viste det seg at antiarytmika var årsaken i 77 prosent av tilfellene. Blant psykofarmaka som kan føre til forlenget QT-forlengelse bør haloperidol og metadon nevnes spesifikt (21, 22). Makrolider, fluorokinoloner, og anti-mykotika påvirker metabolismen likt og vil potensielt kunne øke QT-tidsintervallet (17). I Norsk legemiddelhandbok finnes en oversiktlig tabell over legemidler som metaboliseres over CYP450 systemet. Her kan man også finne medikamenter som hemmer CYP3A4 og som vil kunne øke risikoen for brå hjertedød ved bruk av erytromycin (19).

Regionale legemiddelinformasjonsentre får jevnlig spørsmål fra allmennpraktikere og annet helsepersonell vedrørende relatert til legemidlers risiko for å utløse hjerterytmeforstyrrelser. Det er mulig å stille spørsmål på <https://relis.no/> for mer utfyllende informasjon om bivirkningsrisikoen ved spesifikke legemidler.

REFERANSER

1. Podrid. P. Olshansky B et al. Overview of sudden cardiac arrest and sudden cardiac death. Table: Major causes of sudden death. Version 3.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 01.03.2019.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). State-specific mortality from sudden cardiac death—United States, 1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2002 Feb 15; 51(6): 123–6.
3. Kuisma M, Alaspää A. Out-of-hospital cardiac arrests of non-cardiac origin. *Epidemiology and outcome.* *Eur Heart J.* 1997 Jul; 18(7): 1122–8. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 01.03.2019.
4. Podrid. P. Olshansky B et al. Pathophysiology and etiology of sudden cardiac arrest. Topic 974. Ver-

- sion 19.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 01.03.2019.
5. Eckart R, Scoville S et al. Sudden death in young adults: a 25-year review of autopsies in military recruits. *Ann Intern Med.* 2004; 141(11): 829.
6. Drory Y, Turetz Y et al. Sudden unexpected death in persons less than 40 years of age. *Am J Cardiol.* 1991; 68(13): 1388.
7. Chugh S, Kelly K et al. Sudden cardiac death with apparently normal heart. *Circulation.* 2000 Aug 8; 102(6): 649–54.
8. Podrid. P. Olshansky B et al. Evaluation for primary electrical disease. Evaluation of the survivor of sudden cardiac arrest. Topic 970. Version 26.0.
9. Krahn A, Gollub M et al. Diagnosis of unexplained cardiac arrest: role of adrenaline and procainamide infusion. *Circulation.* 2005 Oct 11; 112(15): 2228–34. Epub 2005 Oct 3.
10. Podrid. P. Olshansky B et al. Evaluation of family members. Evaluation of the survivor of sudden cardiac arrest. Topic 970. Version 26.0.
11. Zimetbaum P. Genetics of congenital and acquired long QT syndrome. Topic 1009 Version 16.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 04.03.2019.
12. Podrid. P. Olshansky B et al. Transient or reversible causes. Pathophysiology and etiology of sudden cardiac arrest. Topic 974. Version 19.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 01.03.2019.
13. Schwartz P, Ackermann et al. Congenital long QT syndrome: Treatment. Topic 988. Version 22.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 05.03.2019.
14. Berul C. Acquired long QT syndrome: Definitions, causes, and pathophysiology. Topic 1043. Version 33.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 01.03.2019.
15. Berul C. Tables: Some reported causes and potentiators of the long QT syndrome. Acquired long QT syndrome: Definitions, causes, and pathophysiology. Graphic 57431 Version 94.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 01.03.2019.
16. Bank I, Shemie S et al. Sudden cardiac death in association with the ketogenic diet. *Send to Pediatric Neurol.* 2008 Dec; 39(6): 429–31.
17. Özdemir R, Guzel O et al. The Impact of 3:1 Ketogenic Diet on Cardiac Repolarization Changes in Children with Refractory Seizures: A Prospective Follow-Up Study. *Neuropediatrics.* 2016 Jun; 47(3): 157–61.
18. Ray W, Murray K et al. Oral erythromycin and the risk of sudden death from cardiac causes. *N Engl J Med.* 2004 Sep 9; 351(11): 1089–96.
19. Tabeller G6.1. <https://www.legemiddelhandboka.no/#G6.1#Tabeller>. Søkt 01.03.2019.
20. Combined list of drugs. https://www.crediblemeds.org/index.php/tools/pdfdownload?f=cql_en. Søkt 01.03.2019.
21. Yang P, Kanki H et al. Allelic variants in long-QT disease genes in patients with drug-associated torsades de pointes. Allelic variants in long-QT disease genes in patients with drug-associated torsades de pointes.
22. Berul C. Antiarrhythmic drugs. Psychotropic medications. Other medications. Acquired long QT syndrome: Definitions, causes, and pathophysiology. Topic 1043. Version 33.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 01.03.2019.

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..

Tom Sundar



Hva leser du nå, Tom Sundar, kommuneoverlege og virksomhetsleder i Nannestad kommune?

Jeg er i gang med *En sjøens helt, Skogsmatrosen* som er første bind i Jon Michelets kritikerroste romanverk som han rakk å fullføre før han døde for ett år siden. Bokens handling begynner før jul i 1939 da hovedpersonen, unge Halvor Skramstad fra Rena mønstrer på motorskipet Tomar i Oslo. Vi følger hans ferd ut på de store havene og til kjente så vel som eksotiske havner. Tyskland har okkupert Polen, og den annen verdenskrig er i gang. I Norge håper og tror man på nøytralitet, som i den første verdenskrig, selv om den norske handelsflåten den gang ble hardt rammet av tyskernes ubåtkrig, og halvparten av flåten – mellom 800 og 900 skip – gikk tapt. Matros Skramstad forventer å returnere hjem igjen neste sommer, men slik går det ikke. Vi følger ham gjennom farefulle ferdsler, opp- og nedturer, drømmer og krigsopplevelser.

Fem av de seks bøkene i serien er på plass i bokreolen; samtlige av disse har jeg fått låne av svigermor, som har lest dem med stor entusiasme. Så nå har jeg rikelig med kvelds- og ferielektyre for en god stund fremover.

Hvorfor valgte du denne boka?

Bokserien har stor appell til meg ettersom min farfar fra Tjøme var skipsfører og

krigsseiler. Under krigen seilte han for Norrathship og deltok i konvoier over Atlanteren, mellom USA og England. Han klarte seg etter sigende bra og – etter det jeg forstår – ble han ikke traumatisert som så mange andre sjømenn under krigen. Men så var det en helt annen tid, da dette ikke var noe tema og det heller ikke var noe hjelpeapparat å snakke om. Etter krigen ble bestefar – som andre «i samme båt» – bitter på norske myndigheters behandling av krigsseilerne. Den historien er blitt meg fortalt, men hans egne opplevelser av livet til sjøs fikk jeg aldri del i, da han dessverre døde før jeg ble født. Men han etterlot seg verdifulle minner i form av brev han skrev til familien – og som heldigvis ble tatt vare på. De fleste av brevene er fra mellomkrigstiden og gir en god del informasjon. Men for virkelig å få innblikk i livene til krigsseilerne må jeg lese Michelets romanserie!

Hvor leser du?

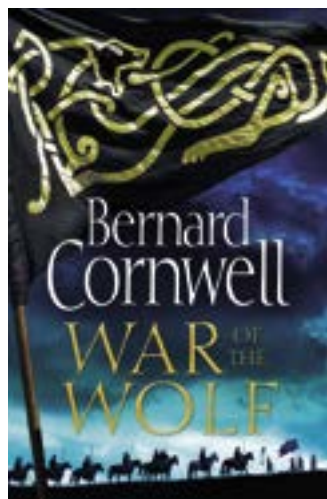
Jeg har en fast «lesestol» i sofaen hjemme, der jeg slapper av med lesestoff og bøker i ledige stunder. Men hverdagen er travel og det blir for liten tid til å lese. I helger og i ferier, derimot, ikke minst i påsken, har jeg bestandig bokprosjekter på gang. Når jeg vet at jeg har rolige dager med ekstra lesetid, kan jeg virkelig kose meg med bøkene.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Jeg liker historiske romaner og biografier som gir innblikk i og lærdom om en annen tid, for eksempel Bernard Cornwells serie om hvordan England ble til, sett gjennom øynene til den fiktive Uhtred, jarl av Bebbanburg i 800-tallets Northumbria. Historiefortelling på sitt beste med spenning og sterke karakteristikk. Jeg har nylig kjøpt den 11. boken i serien, *War of the Wolf*, og den gleder jeg meg til å lese – på engelsk, selvsagt. Ellers er jeg nokså «altetende», jeg leser både norsk og engelsk – og har et hårete mål om å lese 100 verdensklassikere før jeg blir pensjonist. Heldigvis har jeg noen år på meg ennå...

Har du en anbefaling til Utpostens lesere?

Hvis du ikke har lest Ketil Bjørnstads bøker om Edvard Munch og Kristianiabohemen, så gjør det. *Historien om Edvard Munch* om *Historien om Oda!* (om Oda Lasson Krohg, en av bohemens lederskikkelser) er to vel-skrevne og fascinerende beretninger om sterke personligheter, om styrke og sårbarhet og ikke minst et heftig bohemliv. Historiske biografier på sitt beste.



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



Dagliglivets lykke

Mitt barndoms sommerparadis er min mors hjemgård Lofthus i Vinje, Telemark. Her fikk jeg under oppveksten et spennende innblikk i en rik kulturarv. Da min mor vokste opp, var hjemgården et samlingspunkt for flere av dem som i ettertid har fått betydningsfulle navn i norsk litteratur og kunsthistorie, og de gamle husene på gården osrer fremdeles av kreativitet og skaperglede. At min mor da endte opp i et skapende yrke som keramiker, er kanskje ikke så rart.

Det var også tette bånd mellom Lofthus-

slekta og Vesaas-slekta, og min mor hadde hele livet et nært og personlig forhold til diktingen til Tarjei og Haldis Moren Vesaas. Denne morsarven bærer bokhyllen min tydelig preg av, og noen av diktene har fått en spesiell plass også i mitt hjerte.

Da Ann Kristin Engstad utfordret meg i *Utpostens* lyrikkstafett, måtte det derfor bli et dikt av Haldis Moren Vesaas, og valget falt naturlig på «Lykkelege hender», som også var en av min mors favoritter. For meg sier dette vakre diktet noe om viktigheten

av tilhørighet og følelsen av å være til nytte for andre, og om den store omsorgen som ligger i de små hverdagslige ting. Kanskje er det rett og slett disse små, tilsynelatende ubetydelige og rutinemessige gjeringene som gir mening til livet, – og som også gjør oss lykkelige?

Jeg utfordrer min spreke kurs-venninne og gode kollega Hege Skjæran i Svolvevæ til å ta stafettpinnen videre.

Hilsen fra
ÅSE VALLA

Lykkelege hender

Lykkelege hender!
Frå gjerning til gjerning som ligg og ventar
berre på *dei*
går dei dagen lang.

Tene ved livsens grunnkjelder får dei.
Hendene skaper brød,
deler ut føde ved dekte bord, til svoltne munnar.
Tøy glir igjennom dei, blir til klær,
klær glir igjennom dei, blir reine og glatte,
sveiper seg angande kring lemmene våre,
ligg og lyser kvitt over bord og seng.
Flekker og støv og søle kverv under hendene,
dei vil at alt ikring dei skal skine.

Lykkelege hender –
vatn lever dei i, og tek i tre,
i jønn og mangt slags metall,
kaldt og varmt,
kveiker lys, gjer opp varme.
Blomar får dei røre ved, og alt som skal vekse,
stryke eit dyr over pelsen,
stø opp ei plante som held på bognar,
halde vårt kring ei kosteleg bok.
Heile dagen er hendene fulle.

Og kvelden kjem til dei
med nye gåver:
klær, vatn,
puter å glatte,
eit barns fine hud og mjuke hår,
å røre varleg
eit elska andlet
med trøytt drag.

Og når natta er der
søv dei inn i mørkret
stille og varme
hos to andre stille og varme hender.

Lykkelege hender.
Ein gang skal det bli sælt
å få kvile for godt.

HALLDIS MOREN VESAAS (1936)

