



Innhold:

er: Den indre og ytre sirkel AV ERIK JESMAN PEDERSEN	s 1
Praksiskonsulentordning ved sjukehus i Rogaland AV DAGFINN CARLSEN	s 2
Samarbeid mellom primær- og spesialistlegetjenesten AV INGVAR STOKSTAD	s 4
Endokrinologiske problemstillinger i allmenpraksis AV MAGNUS KOLLIND OG JANNIKE REYMERT	s 7
Min reise med far som hudlege i Finnmark i 1963 AV ELLEN RYGH	s 11
På oppløssida for bedre selvstyrt læring AV KRISTIN PRESTEGAARD OG OTTO BRUN PEDERSEN	s 14
Den allmennmedisinske karaffel AV ARNE JOHANNESSEN	s 22
Kasuistikk og beslutning: Hva gjør man med en frisk 60-åring? AV PER WIUM	s 25
Faste spalter	s 28

utposten

Kontor:

RMR/UTPOSTEN
Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf. 63973222 Fax 63971625
E-mail: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av
UTPOSTEN:

Torgeir Gilje Lid

Koordinator
Heskestadv. 11
4015 Stavanger
tlf: 51521071
fax: 51526152
E-mail: giljelid@online.no

Jannike Reymert

Skogstien 16
7800 Namsos
Tlf: 74 27 33 50
Fax: 74 27 54 10
E-mail: jannike.reymert@nt.telia.no

Elisabeth Swensen

3841 Flatdal
tlf: 3505 2121
Fax: 35052361
E-mail: elswense@online.no

Gunnar Strøno

Skogv. 29
3660 Rjukan
tlf: 35092228
Fax: 35090640
E-mail: gunnars@telnett.no

Frode Forland

Herregårdsv. 2 F
1168 Oslo
tlf: 22750561
fax: 22248868
E-mail: frode.forland@helsetilsynet.dep.telemax.no

Erik J. Pedersen

Heskestadv. 13
4015 Stavanger
tlf: 51527560
fax: 51906901
E-mail: ejped@online.no

Tone Skjerven

Modum Bad
3370 Vikersund
tlf: 32787096
fax: 32788308
E-mail: Tone.Skjerven@c2i.net

Forsidefoto: Eirik Brekke, Bergens Tidende

Layout/ombrekning: Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:
PDC Tangen

Den indre og ytre sirkel

Det skjedde idag og det kommer til å skje imorgen. Hvilken idiot av en distriktlege kunne finne på å legge inn en dame som til syvende og sist viser seg å ha intercostal myalgi og aldeles ikke en coronar lidelse? Morgenmøtets høvdinger i den indre sirkelen har talt og sykehusets turnuskandidater og ass.leger har fått dagens signaler,— gjør aldri noe slikt! Ingen i den ytre sirkelen tør ta opp hansken og argumentere imot. Noen tenker likevel hva professorene på doktorskolen lærte oss,— man fisler ikke med brystmerter i periferien. Disse pasientene skal avklares på sykehus.

Ortopedene fortalte oss under turnustiden at vi måtte være tilbakeholdende med å henvise ankelskader, det var som regel båndskader de ikke kunne gjøre noe med og man så selvsagt intet på røntgen. Forleden dag fikk jeg et brev i posten, det var A-post fra Legevaktsjefen. En pasient som jeg husker kom gående inn og fortalte meg om sin hevelse i foten hadde innbrakt en klage. Hun kunne både trø og bevege foten hun hadde skadet i et fall to dager i forkant av legevaktbesøket. Ved en rutine undersøkelse en uke seinere, grunnet en kronisk ryggglidelse, fant ortopedene tilfeldigvis at ankelen var brukket.

Jeg har selvsagt beklaget overfor pasienten. Min terskel for henvisning av ankelskader har sunket dramatisk og min holdning til spesialistenes råd er endret.

Som arbeidende i den ytre sirkel forholder man seg til en verden det kan være problematisk å beskrive og ikke minst få forståelse for i den indre sirkel, 2. linjetjenesten.

Det viser seg også å være vanskelig å motta god informasjon for eksempel om videre oppfølging av en nylig utskrevet pasient. Er det rimelig å forvente at primærlegen skal være innforstått med hva som ligger i utsagnet «videre kontroll hos egen lege»? Hvilke blodpøver, hvilke undersøkelser hos allmennpraktikeren, hvilke undersøkelser på sykehuset?

Ingen kommunikasjon, dobbelt kommunikasjon, dårlig kommunikasjon mellom allmennmedisin og sykehus er noen stikkord for Utposten denne gang. I Rogaland har man ansatt allmennpraktiserende praksiskonsulenter på sykehuset. God samhandling med hensyn på kommunikasjon, praktiske prosedyrer og generell informasjon er målsettingen.

Nærmere presentasjon av ordningen finner du i denne utgaven av Utposten.

Erik Jesman Pedersen

Praksiskonsulentordning (PKO) ved sjukehus i Rogaland

• AV DAGFINN CARLSEN

Sentralsjukehuset i Rogaland (SiR) og Fylkessjukehuset i Haugesund (FiH) etablerte i juli 1999 PKO som ei fast ordning. Før dette hadde ordninga vore i drift i omlag eit år som prosjekt. Modellen er henta frå Danmark der ein starta opp i Odense (Per Grinsted) for 10 år sidan. Denne artikkelen gir eit kort innblikk i ordninga slik ho fungerer ved SiR.

PKO SiR

Ved alle kliniske avdelingar arbeider ein erfaren allmennpraktikar (praksiskonsulent) i deltidstilling (gj.snitt 2 t/v). Ein allmennpraktikar i noko større stilling (samarbeidskoordinator 8 t/v) bind det heile saman og er ansvarleg for kontakten med serviceavdelingane og med administrasjonen. Ordninga er betalt av SiR og direkte underlagd sjukehusdirektøren. Praksiskonsulentane har 4-5 fellesmøte kvart halvår. Sjeflege, sjefsjukepleier og sjukehuset sin kvalitetskoordinator deltek som regel i fellesmøta. Andre av sjukehuset sine folk møter etter invitasjon.

Kva er PKO

PKO er i funksjon eit nettverk av allmennpraktiserande legar som skal sikra og styrka samarbeidet mellom sjukehuset sine avdelingar, allmennpraktiserande legar og den kommunale pleie- og omsorgstenesta til beste for kvar pasient.

PKO bidreg til å sikra heilskap og kvalitet i heile pasientforløpet på tvers av linjer og forvaltningsnivå. Eit godt og pasientsentrert samarbeid krev ansvarleggjering av fagpersonar på alle nivå og ein god kommunikasjon dei i mellom.

Gjennom arbeidet vårt er vi med på å retta fokus på dei for pasienten kritiske fasane i eit sjukdomsforløp: Sjukehusinnlegging, flytting mellom avdelingar, utskrivning og kontrollperioden.

God kontakt

Etter kvart har praksiskonsulentane fått god kontakt med sjukehuslegane og det er vårt inntrykk at ordninga er godt motteken. Praksiskonsulentane deltek med innlegg og

synspunkt i ein del av dei faste legemøta, og etter behov har ein og organisert særsmøter. Fram til nå har nok aktiviteten i for stor grad vore avhengig av initiativ og innsats frå praksiskonsulenten. Fleire direkte innspel frå sjukehuslegane og kolleger ute er ønskeleg. I ein travel klinisk kvardag, tykkjast det vanskeleg å få sett av nok tid til å utvikla og pleia samarbeid.

Epikrise og henvisning

Vi arbeider kontinuerlig med kvaliteten på epikriser og henvisningar. Eit steg i rett retning er at lege og sjukepleier nå samarbeider om ein felles utskrivingsrapport. Ein av årsakene til feilinformasjon om medisinbruk («Foreløpig epikrise» og «Sjukepleierrapport» som to ulike skriv), er dermed fjerna!

Det gode pasientforløpet

PKO engasjerer seg i «Det gode pasientforløpet». Det gode pasientforløpet er, slik vi ser det, nøkkelen til kvalitet i helsevesenet. Avgjerande er betre samanheng i pasientoppfølging, informasjonsflyt og problemløysing.

Medisinsk avdeling, nevrologisk avdeling og PKO arbeider nå med ein rapport om forløpet for pasientar med TIA og hjerneslag. For første gong rettar ein nå i denne samanheng fokus på pasientflyten ut av sjukehuset. Kirurgisk avdeling og PKO arbeider med colorectal cancer og flyt. Arbeidet med KOLS er i ferd med å starta opp.

«Praksisnytt»

Sjølv om målet vårt er ein papirlaus kommunikasjon og informasjonsflyt, er framleis papirutgåva av «bladet vårt», det viktigaste bindeleddet mellom sjukhuset og legane ute. Alle allmennlegar i sjukhuset sitt opptaksområde får bladet. Det same gjeld legane på SiR og ei rekje nøkkelpersonar i og utanfor sjukehuset.

I «Praksisnytt» set vi fokus på samarbeidet, på pasientflyten, på det som lettar kommunikasjonen. Eksempel på

tema: «Intranett på kontoret», «Radiologisk avdeling SiR. Informasjon og ventetid», «Helhetlig diabetesomsorg», «Lungekreft» og «Kontroll av brystkreftopererte». Alle utgåvene av «Praksisnytt» finn du på heimesida vår: <http://praksis.sir.no>

Besøk oss der!

«Praksisnytt» er gjort søkbart i fritekst og kan lastast ned på ein enkel måte. Heimesida vår er under utvikling. Etter kvart vil vi samla det meste av nyttig informasjon som vedgår samarbeidet der. Vi vil at avdelingane skal presentera seg og summarisk opplysa om ventetider. På heimesida finn du årsmeldingane våre og opplysningar om praksiskonsulentane. Kven dei er, avdelingar dei har kontakt med og kommunane dei har primæransvaret for kommunikasjonen med. Epikrisemalen slik han er vedteken for dei fleste avdelingane på SiR, er lagt ut. Sida vår er langt frå ferdig. Vegen blir til mens vi går. Vi tek gjerne imot alle gode innspel. *Ta kontakt med:*

Webmaster: asgeir.haugedal@isf.uib.no

Samarbeidskoordinator: dagfinn.carlsen@rl.telia.no

Kva slit vi mest med nå?

Utviklinga av elektronisk informasjon går for seint! På SiR har vi ikkje kome lenger enn til sending av svar frå klinisk kjemisk laboratorium til allmennlegane. I starten var mangelfull teknologi ei bremse. Nå er sperrane i hovud-

Epikriseveiledning

sak dårleg økonomi. Ei arbeidsgruppe skal sjå på dette viktige feltet framover.

Neste steg

Innføring av PKO på Rogaland Psykiatriske Sjukehus (RPS) bør stå for tur. Behovet er der. Interesse frå RPS er der. Målet er å starta opp arbeidet i 2002. Allmennlegar som er interesserte kan ta kontakt med samarbeidskoordinator SiR.

Dagfinn Carlsen f. 1944

Ekamen frå Göttingen, Tyskland i 1970.

Distriktslege fram til 1984.

Helsesjef/Helse- og sosialsjef frå 1984 til 1988.

Allmennpraktikar med avtale fra 1989.

Samarbeidskoordinator (deltidstilling) SiR frå 1998

Adr.: Krossen Legekantor, Postboks 194, 4358 Kleppe

Samarbeid mellom primær-

• AV INGVAR STOKSTAD

Ingvar Stokstad

Født 1943.

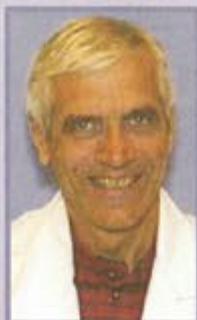
Cand. med Oslo 1968.

Turnustjeneste og ett år reservelege kir. avd. i Mosjøen 1968–70.

Distriktslege/kommunelege/helsesjef i Valdres 1971–1992 avbrutt av ca 2 år med sykehustjeneste.

Godkjent spesialist i allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin fra 1984.

Sykehustjeneste fra 1992. Godkjent spesialist i indremedisin i 1995 og fra samme år ansatt som overlege/samfunnsmedisiner ved med. avd., Oppland sentralsykehus, Gjøvik. I denne stillingen hadde rådgiverfunksjon for fylkesheiseshjefen i Oppland med spesielt ansvar for samarbeid med primærhelsetjenesten. Som ledd i dette arbeidet var jeg prosjektleder for de to prosjektene som er nevnt i artikkelen. Sjefflege samme sykehus fra april 2000.



Det er u diskutabelt at godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten har stor betydning. Dette er vist i helsetjenesteforskning og underbygget av praktisk erfaring og teoretiske overlegninger. Det er åpenbart at det er fornuftig å behandle tilstander på lavest mulige effektive nivå og at det er hensiktsmessig å unngå dobbeltarbeid. Legene er avgjørende aktører i dette samspillet da det er de som i hovedsak styrer pasientstrømmen og utløser ressursbruken.

Fagmiljøer, helsebyråkrater og politikere synes også å være rimelig enige om nytten av godt samarbeid mellom de to nivåene. De nye helselovene fokuserer også på dette temaet og i forbindelse med statlig overtagelse av sykehusene er sammenhengende behandlingsskjeder trukket fram som mål. De forskjellige aktørene synes å ha noe forskjellige motiver for å bedre samarbeidet, men det dreier seg stort sett om to hovedmål:

- Bedre utnyttelse av ressursene
- Bedre resultat for pasientene

Det løpende samarbeidet er relativt omfattende. De viktigste elementene er søknader, epikriser, telefonkontakter, kurs og møter. Mange kolleger har vært rimelig fornøyd med situasjonen, mens andre, spesielt primærleger, har sett betydelig forbedringspotensiale. De senere år har det derfor i varierende grad vært etablert ordninger som områdemedisin, ambulerende spesialister, hospitantordninger, praksiskon-sulenter/kontaktleger, tidsbegrensede stillinger for primærleger i sykehus og ikke minst prosedyrepermer/bøker. Kreativiteten har vært ganske stor og enkeltpersoner har ytt betydelig innsats. Arbeidet med prosedyrepermer var en periode ganske omfattende med aktivitet i de fleste fylker og nærmet seg det en kan kalle en etablert vanlig ordning. Fylkesavdelingene i legeföreningen har vært pådrivere, mens offentlige myndigheter i liten grad har vært med. Også denne virksomheten har vært avhengig av entusiaster som ulønnet har holdt aktiviteten i gang. Den senere tid har interessen dabbet av.

Når det er så vanskelig å få landsomfattende gjennomslag og fast etablering av nyordninger, er det naturlig å spørre om situasjonen er tilfredsstillende? Mitt svar har hittil vært at så ikke er tilfelle. Jeg tror heller at utfordringene er så vidt kompliserte og utfordrende at de vanskelig lar seg løse uten et betydelig sterkere trykk både faglig, byråkratisk og ikke minst politisk.

Erfaringer fra Oppland

I Oppland har det tradisjonelt vært rimelig gode samarbeidsrelasjoner og det har gjennom lang tid vært forsøkt nye modeller for bedre forholdene ytterligere. Vi har hatt hospitantordning for primærleger ved sykehusene i ca 25 år og midt på syttitallet ble det såkalte Gjøvik-Fagernes-prosjektet startet. Hovedelementet i dette var ambulerende spesialister til Valdresregionen. Etter den formelle forsøksperioden, falt de fleste spesialitetene ganske raskt fra, men fortsatt eksisterer ordningen for gynekolog. Tross positiv evalueringen var det ikke mulig å videreføre hoveddelen. Prosjektet ble formet og drevet av en entusiast, Dag Brusgaard, og når hans innsats falt bort, var en vesentlig forutsetning borte. I tillegg til dette var det ikke sørget for til-

og spesialistlegetjenesten

strekkelig politisk forankring og det manglet også noe på støtte fra spesialisthelsetjenesten.

I 1995 ble undertegnede ansatt som overlege ved medisinsk avdeling, Gjøvik fylkessykehus med spesialoppgaver i samfunnsmedisin med spesiell vekt på samarbeid med primærhelsetjenesten. Forut for dette var det startet arbeid med prosedyrebok og den første oppgaven var å videreføre dette. Den første boka ble utgitt høsten 1996.

Fra 1997-2000 ble det gjennomført to samarbeidsprosjekter finansiert av midler fra staten og fylkeskommunen:

Kontaktleger ved sykehusene (Prosedyrebøker)

Hele medisinen ble delt inn i 20 fagområder og det ble engasjert 23 primærleger som fikk ansvar for hvert sitt fagområde med unntak av psykiatri og geriatri/sykehjemsmedisin der tre henholdsvis to leger ble engasjert.

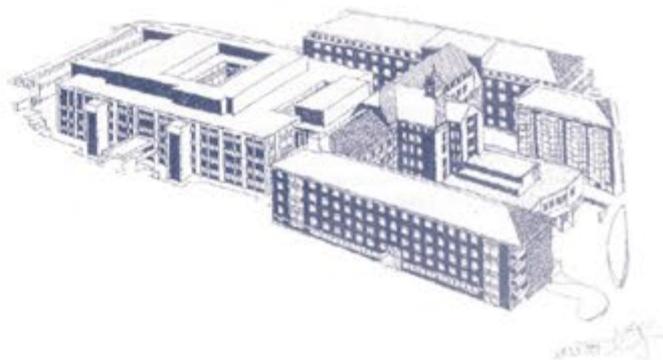
Kontaktlegene fikk ansvar for å utarbeide prosedyrer innen de respektive fagområdene. Prosedyrene skulle konsentrere seg om forhold av betydning ved overføring av pasienter fra et ansvarsnivå til et annet. Målet var felles prosedyrer for de to sykehusene. Det ble forutsatt at kontaktlegene skulle samarbeide nært med kolleger i primærhelsetjenesten i det faglige arbeidet med prosedyrene. Det forutsatte også nært samarbeid med de respektive avdelinger/seksjoner i og med at prosedyrene skulle godkjennes av så vel ansvarlig avdelingsoverlege/seksjonsoverlege som kontaktlege. I tillegg skulle kontaktlegene ha kontinuerlig oppmerksomhet rettet som samarbeidsforhold innen «sitt» fagområde med tanke på å optimalisere dette.

Det ble utført en ganske omfattende evaluering. Det ble blant annet utført en spørreundersøkelse blant Opplands 430 yrkesaktive leger (svarprosent ca 60). Den viste at 66% kjente til kontaktlegeordningen, noe flere primærleger enn sykehusleger. 21% anga at de aldri brukte prosedyrebøkene, 63% en sjelden gang og 15% hyppig. 46% av de som svarte anga at samarbeidet mellom første- og annen-linje-

tjenesten fungerte bra, 48% middels bra og bare 2,5% syntes det fungerte dårlig.

Konklusjonen av evalueringen ble at arbeidet med prosedyrebøker var omfattende og at resultatet ikke stod i forhold til innsatsen. Da arbeidet med prosedyrebøker startet opp, fantes det relativt få oppslagsmuligheter for primærlegene. Dette har endret seg dramatisk de siste årene. Det finnes nå en rekke oppslagsverk, de fleste IT-baserte. Det ligger betydelige ressurser bak utviklingen av disse og vi kan ikke konkurrere i dette markedet. Hver enkelt primærlege kan forholde seg til et begrenset antall oppslagsverk og følgelig vil vi tape i denne kampen, selv om andre ikke uten videre dekker våre spesifikke, lokale behov.

Med hensyn til selve kontaktlegeordningen var konklusjonen at den formen som ble valgt i Oppland vanskelig lot seg gjennomføre tilfredsstillende. Selve prosessen med utarbeidelse av prosedyrer og kontaktlegenes virksomhet for øvrig anses som svært nyttig og viktig i samarbeidsrelasjonene. Erfaringen er imidlertid at oppgavene er omfattende og det er vanskelig å finne kolleger som er villig til å ta på seg dette arbeidet selv om det har vært brukbart lønnet. Vår målsetting var at vi skulle engasjere store deler av primærlegekorpsen i Oppland i dette arbeidet. Dette målet var for omfattende, men uten en slik bred tilnærming er det van-



skelig å oppnå gode resultater. Heller ikke i sykehuset har motivasjonen for å delta i arbeidet vært tilfredsstillende. Det har vært gjort en rekke fremstøt for å gjøre ordningen kjent bl.a. med møter i legeforsamling i sykehus, møter i Oppland Legeforening og informasjon via Oppland Legeforenings kontaktavis. Resultatet av disse fremstøtene har ikke vært særlig imponerende.

Kontaktlegene ble brukbart lønnet og det ble brukt ca kr 750 000,- på prosjektet.

Ordningen med kontaktleger ble vedtatt avsluttet i mai 2000 og den siste prosedyreboka ble ferdigredigert i desember samme år.

Hospitantlegeordning

Oppland Fylke har hatt en hospitantordning for primærleger fra midt på 70-tallet. Denne gikk ut på at Oppland Legeforening disponerte lønnsmidler tilsvarende en assistentlege, som primærlegene kunne søke om å få benytte. Ordningen ble etablert for å opprettholde kompetansen Allmennpraktiker Dnlf da denne ble etablert. Etter at kravet om sykehustjeneste for å opprettholde spesialiteten i allmennmedisin bortfalt ble stipendmidlene lite benyttet.

Fra 1991 har man i Nord Trøndelag hatt en ordning der primærleger har kunnet hospitere ved sykehusene i perioder på en uke. Tilsvarende ordning ble noe senere etablert i Aust Agder. Evalueringene var meget positive og vi valgte stort sett å kopiere disse ordningene.

Det ble engasjert to primærleger, en for hvert av de to somatiske sykehusområdene, som fikk ansvar for den praktiske tilrettelegging for hvert sitt område. Hver enkelt primærlege ble gitt anledning til å hospitere en uke ved en seksjon/avdeling hvert semester, dvs. to ganger i året. I løpet av en femårsperiode vil det således bli mulig å komme innom ti forskjellige seksjoner/avdelinger. Den enkelte seksjon/avdeling utarbeidet et ukeprogram for hospitanten.

Også denne ordningen ble relativt grundig evaluert selv om det ikke ble foretatt noen omfattende skriftlig spørreundersøkelse. Konklusjonen var klart positiv. I løpet av de to første årene har ca 30% av primærlegene i fylket vært innom sykehusene i en uke eller mer. Dette har vært oppfattet som positivt av kolleger på begge nivåer. Samlet representerer dette en ganske betydelig kontaktflate. Primærlegene får innsikt i sykehusets aktivitet og kan komme med innspill som sykehusene har nytte av. Den personlige kontakten anses som et viktig element i å bedre samarbeidsforholdene. Primærlegene får godkjent tjenesten med 25 kurstimer pr

uke de har hospitert. Dette er nytt og antas i fremtiden å være et betydelig stimuleringsmiddel.

Ordningen er relativt lett å administrere. Det antas å være potensiale for større opplutning med noe mer intens markedsføring. Den økonomiske innsatsen anses å være akseptabel i forhold til resultatet.

Det ble samlet brukt ca kr 500 000,- på prosjektet. Den største utgiftsposten var lønnskompensasjon til ansvarlig sykehuslege ved de forskjellige avdelingene. Koordinatorene ble lønnet med kr. 20 000 hver pr år.

Ordningen ble vedtatt videreført permanent i mai 2000. Den ene koordinatoren er utnevnt til hovedkoordinator med noe utvidede oppgaver som går på samarbeid generelt.

Utfordringer

Fra april 2000 har jeg gått over i annen jobb og har færre direkte oppgaver knyttet til aktuelle tema. Jobbskiftet hadde ingen ting med frustrasjon over manglende resultater eller interesse, men jeg må innrømme at entusiasmen er noe svekket. Dette har sammenheng med flere forhold:

Organisering/finansiering av helsetjenesten

- Godt samarbeid krever at det settes av tid til utvikling, beskrivelse, iverksetting, vedlikehold og evaluering av strukturer og ordninger. ISF ordning i sykehus og primærleger med stykkprisfinansiering gjør at det er vanskelig å få leger med i slikt arbeid.
- Fritt sykehusvalg medfører en svekket allianse mellom lokalsykehuset og legene i området.

Svekkelse av primærlegenes portvaktfunksjonen

- Politikere og helsebyråkrater ønsker denne funksjonen, men de viser liten eller ingen støtte og forståelse for det reelle innholdet i en slik oppgave. Det betyr jo blant annet at man av og til må si nei.
- Frykt for malpraksisanklager. Dette er en realitet som har forsterket seg sterkt den senere tid.
- Frykt for mediaoppslag.
- Direkte tilgang til avtaleløse spesialister.
- «Spesialistsamfunnet». Det er en generell tro på «spesialisten» i samfunnet. Dette harmonerer ikke med allmennmedisineren som skal kunne takle de vanlige tilstandene «godt nok».

Motkreftene etter mitt skjønn så sterke at jeg har problemer med å stole på positive viljeserklæringer fra politikere og byråkrater uten at en systematisk har sett på rammevilkårene omtalt ovenfor og vurdere dette opp mot mål og virkemidler. Mange vil reise spørsmålet om det er bryet verdt?

Endokrinologiske problemstillinger i allmennpraksis

• AV MAGNUS KOLLIND OG JANNIKE REYMERT

Endokrinologi er ikke det letteste faget å ha oversikt over. Enten kan diagnosen være vanskelig å stille eller så kan videre takling av sykdommene by på utfordringer som en ikke så lett finner svar på i lærebøkene. To ganske vanlige kasuistikker presenteres i denne artikkelen. Vi har prøvd å reise noen problemstillinger underveis og har fått endokrinolog Magnus Kollind ved Innherred sykehus til å kommentere disse.



For å få best utbytte av teksten anbefaler vi leseren å dekke over teksten fortløpende med et papirark for å stoppe opp og teste seg selv ved hvert spørsmål før svaret leses! (Så er det jo fritt fram om man vil holde sine svar for seg selv eller ikke etterpå!)

KASUS 1

46 år gammel kvinne, tidligere frisk, oppsøker deg på kontoret pga hjertebank. Hun er blitt tynnere enn sist du så henne, virker rastløs. Ved undersøkelse er det bl.a. hvilepuls på 88, regelmessig. Hun er afebril og har ikke halssmerter, og som den gode allmennlege du er mistenker du hypertyreose. Laboratoireprøvene bekrefter din mistanke med følgende verdier: TSH under 0,02 og FT4 35,3 (ref. verdier: TSH: 0,4-4,7 mU/l, FT4: 9-24 pmol/l) Thyroidea palperes normalt stor, uømt og uten knuter.

Spørsmål nr 1: Ville du hatt nytte av å måle thyroidea-antistoffer på denne pasienten? Hvis ja, hva kan du bruke svaret til?

Svar: Måling av anti-TPO (thyreoperoxidase) og TRAS (TSH-reseptor-antistoff) kan gi deg god veiledning i dette til-

fellet. Hvis TRAS er forhøyet, er diagnosen Graves sykdom meget sannsynlig, men det kan likevel være Graves sykdom dersom TRAS ikke er forhøyet (det er dog uvanlig). Ikke sjelden er også anti-TPO høyt ved Graves. Bare høyt anti-TPO kan indikere toksisk fase av autoimmun thyreoiditt (som jo over tid går over i en hypothyreose), se videre nedenfor.

Her kan det være på sin plass å repetere hva vi vet om disse antistoffene. (Det «vi vet» er hentet fra Sylvi Aanderud og Trine Bjørns bok: Thyroideasykdommer, se omtale sist i artikkelen.)

TRAS (TSH-reseptor-antistoff) var det som tidligere het LATS (longacting thyroid stimulator). Det er et IgG som binder seg til TSH-reseptoren og stimulerer thyroideacellene. I sjeldne tilfeller har dette antistoffet blokkerende, og ikke stimulerende effekt på reseptorene, men det er utenom temaet vårt. TRAS-nivået synker som regel under thyreostatikabehandling.

Anti-TPO (antistoff mot thyroidea peroksidase) sier mest om autoimmun hypothyreose, ikke minst «latent» eller sub-klinisk hypothyreose. Mengden av dette antistoffet varierer lite, og gjentatte målinger under behandling er ikke nødvendig

Spørsmål nr 2: Er det flere aktuelle differentialdiagnoser? Hvilke andre kliniske parametre vil du lete etter?

Svar: Pasienten kan ha toksisk knutestruma, og i tillegg til Graves sykdom og toksisk fase av autoimmun tyreoiditt er det en aktuell differentialdiagnose. Knutestruma er det sannsynligvis ikke med tanke på palpasjonsfunnet. I klinikken skal man vurdere forekomst av eventuell endokrin oftalmopati (EO), dvs betennelse periorbitalt, i conjunktiva, og/eller intraorbitalt (med ev. exoftalmus, dobbelsyn). Pasienten kan ha smerte, irritasjon, rødhet, tårevæske, lysskyhet m.m. EO er spesifikk for Graves sykdom og gir dermed diagnosen. Endokrin oftalmopati mistolkes iblant som øyefeksjon, allergi m.m. Mekanismen for denne tilstanden er ikke klarlagt.

Kvinnen i kasustikken vår har høyst sannsynlig Graves sykdom. I enkelte tilfeller oppstår det vanskeligheter med å skille mellom Graves sykdom og autoimmun tyreoiditt i toksisk fase. I så fall kan man rekvirere thyreoideascintigraf. Ved Graves sykdom ser man jodopptak, mens tyreoiditter har nedsatt eller totalt manglende opptak (det dreier seg om en destruksjonstyreotoksikose med passiv lekkasje av hormoner pga betennelse)

Spørsmål nr 3: Ville du behandlet denne kvinnen selv eller henvist/konferert med endokrinolog? Hvilke behandlingsalternativer finnes og hvilke ville du anbefalt pasienten? Hvilken risiko innebærer de ulike behandlingsalternativene? Hvilke fallgruver finnes i det videre forløpet, og hva ville du gjort for å unngå dem?

Svar: Ved Graves sykdom er behandlingsalternativene thyreostatika, kirurgi eller radiojod. Graves hyperthyreose behandles i de fleste tilfeller av spesialist i endokrinologi, spesielt hvis thyreostatikabehandling er aktuell. Du bør konferere med spesialist eller sende en henvisning så kan man vurdere hvordan behandlingen best gjøres. Ved tegn på EO skal alltid pasienten til spesialist, både endokrinolog og øyelege, henvis samtidig til begge. Røykere med Graves sykdom har økt risiko for endokrin oftalmopati (EO), men hvis EO ikke foreligger kan man gi radiojodbehandling.

Pasienter med EO skal i vanligvis ikke gies radiojod, da enkelte studier har vist at deres endokrine oftalmopati kan forverres av radiojod. Man vet ikke hvorfor det er slik.

Radiojodbehandling kan gis til pasienter ned mot 25-30 år (menn eller kvinner) men i Sverige/Norge er det relativt uvanlig at så unge personer blir behandlet med radiojod. Man har hatt viss frykt for utvikling av kreft, men det er

ikke vist økt risiko. Kvinner er dog et spesielt problem i fertilitet; gravide og ammende kvinner skal ikke ha radiojod. Kvinnen skal ikke bli gravid 6-12 måneder etter radiojodbehandling. Ved uregelmessig menstruasjon skal det testes for graviditet før behandlingsstart. På bakgrunn av dette bruker jeg ikke gi radiojod till fertile kvinner.

De fleste pasienter med Graves sykdom behandles oftest med thyreostatika primært, og man kan etter hvert ta stilling til kirurgi eller radiojod. Eldre (over 45-50 år) pasienter av begge kjønn kan man gjerne gi radiojodbehandling primært hvis ikke EO er diagnostisert. Pasienter med residiv etter thyreostatikabehandling skal tilbys kirurgisk behandling eller radioaktivt jod avhengig av hva som er enklest. Aggressive sykdomsbilder med eller uten EO som svarer dårlig på thyreostatika bør tilbys kirurgisk behandling. Aggressiv EO behøver intensiv behandling med kortison, og det er en spesialistoppgave.

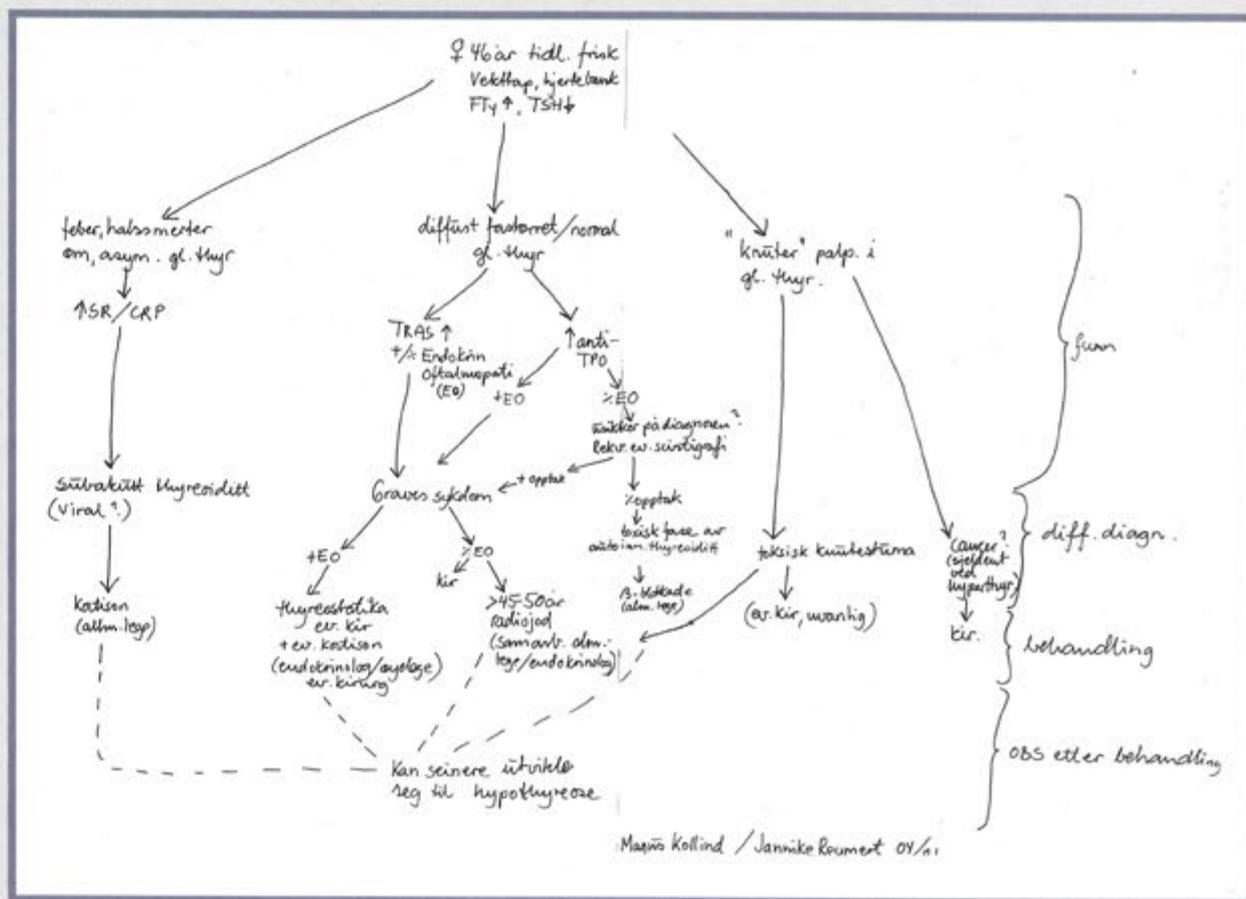
Man må unngå hypothyreose ved behandlingen av Graves sykdom da hypothyreose i behandlingsforløpet kan utløse eller forverre en EO. Vi velger vanligvis å starte substitusjon med thyroxin 0,1 mg x1 ca 3 uker etter start av thyreostatika. (Gravide har et litt annet opplegg med bare thyreostatika i lavest mulige dose).

Etter radiojodbehandling kommer hypothyreose hos de fleste pasienter i løpet av det første året. Dette kontroller av fT4 og TSH etter radiojod er derfor viktig, ca hver 6 uke de første 6 månedene, siden ca hver 3 måned opp til ett år etter radiojod. Deretter hver 3-6 måned neste år og deretter ca 1 ggr/år. Obs, de nærmeste månedene etter radiojod er s-TSH supprimert og nivået av s-F-T4 viser hva som hender. Start behandling med thyroxin når fT4 er i normalområdet og informer pasienten om at thyroxinsubstitusjon er en livslang behandling!

Spørsmål nr. 4: Dersom hun hadde feber og halssmerter og du palperte en asymmetrisk thyroidea med lett ømhet i den ene lappen, hvilken diagnose er da mest sannsynlig? Hvilke lab.funn ville du da forventet?

Svar: Subakut tyreoiditt (deQuervains tyreoiditt). Vanligvis har pasienten forhøyet SR og/eller CRP, og tilstanden er sannsynligvis viralt betinget. Godt tips: febril pasient med atypiske halssmerter: Palper thyroidea!

Spørsmål nr 5: Dersom hun da hadde subakutt tyreoiditt, skal det behandles i allmennpraksis eller av endokrinolog? Hva er behandlingsalternativene?



Svar: Subakutt thyreoiditt kan behandles i allmennpraksis. Kortisonbehandling er det beste, for eksempel 30–60 mg prednison/dag (startdose avhenger av sykdomsbildet og SR) i langsom nedtrappende dosering under flere uker/ et par måneder. Når den toksiske fasen er over kan noen pasienter få hypothyreose. Følg pasienten nøye de neste 6 måneder.

KASUS 2

Tidligere frisk 49 år gammel kvinne som siste tid har hatt uregelmessig menstruasjon, føler seg slapp, sover dårlig, har hetetokter og hjertebank. Stabil vekt.

Spørsmål nr 1: Skal dette utredes eller skal det oppfattes som klimakterielle symptomer?

En enkel screening er vel på sin plass, og du tar da? (Spørsmål nr 2:)

HB, SR, Lkc, TSH, FT₄, FSH, LH, fastende blod-sukker.

Eneste patologiske svar er:
TSH er under 0,02 og FT₄ 15,1 (ref.verdier: se ovenfor)

Spørsmål nr 3: Hvilke ytterligere blodprøver ville du nå tatt? Hvilke andre undersøkelser ville du utført?

Du rekvirerer thyroideaantistoffer som ikke er påvisbare. Du palperer alltid gl.thyroidea ved slike funn (selv om mange av dine kolleger har glemt dette enkle kliniske poenget!), det er lett struma, litt ujevn struktur, og er det da aktuelt med flere undersøkelser? (Spørsmål nr 4:)

Svar:

Palpasjonsfunnet og lab.bildet taler for knutestruma med ev. klinisk hyperthyreose («subklinisk hyperthyreose»). Manglende påvisbare thyroideaantistoffer støtter denne diagnosen. Pasienten har ingen lab.funnsom ved menopause og hennes symptom er sannsynligvis forårsaket av hyperthyreose. Egentlig behøves ingen flere undersøkelser av thyroidea. Ved tvil om pasienten har klinisk hyperthyreose kan man behandle med thyreostatika ett par måneder og se på effekten. Ved positiv effekt skal pasienten tilbys definitiv behandling (primært radiojodbehandling, alternativt operasjon) ettersom toksisk knutestruma ikke går i regress av seg selv. Ved manglende effekt av thyreostatika sepone-res behandlingen og pasienten følges med thyroideaprøver regelmessig (ca hver 6.–12. måned) og ved økende symptomer.

Angst for å overse en cancer i dette tilfellet kan minskes med adekvat vurdering og utredning. Knute på halsen og besvær med f.eks smerte i halsregionen, heshet, regionale lymfeknuter eller avmagring osv. er meget suspekke funn. Palpasjon av knuter skal gjøres nøye (størrelse, form, struktur, adherent til underliggende vev, ømhet mm). Suspekke knuter bør henvises for vurdering av kirurg med erfaring i endokrin kirurgi. Anamnese og status er således meget vesentlig. Ultralyd (UL) har liten plass når primærlege skal utrede en sådan pasient. Scintigram gir en viss veiledning, av «kalde» knuter er ca 15% maligne, «varme» knuter er nesten aldri maligne, men scintigram utelukker ikke malignitet. Den viktigste undersøkelse ved tumor-utredning er cytologisk undersøkelse (punksjon med aspirasjon). UL kan da gi god veiledning for den som skal punktere for aspirasjonscytologi.

Om UL generelt:

Skal ikke brukes som rutine-undersøkelse ved utredning av struma eller hypø/hyperthyreose. Hvis man er usikker på om et palpasjonsfunn virkelig representerer en knute kan UL gi informasjon. UL kan skille mellom solid knute eller cyste, men kan ikke utelukke malignitet i disse.

Om scintigrafi generelt:

Utføres vanligvis med ⁹⁹Techneium. Også gravide kan undersøkes med scintigrafi. Nyttien av scintigrafi er begrenset, og denne undersøkelsen er ikke indisert ved utredning

av «struma» eller hypothyreose. Gir ingen sikker informasjon om kjertelens størrelse. Kan ikke med sikkerhet skjelne maligne fra benigne knuter, men «varme» knuter er nesten aldri maligne. Dersom det er mistanke om cancer skal pasienten henvises til kirurg uten å avvente resultat av scintigrafi.

Følgende indikasjoner gjelder for rekvirering av scintigrafi:

- Ved thyreotoksikose hvis anamnese, klinikk- og lab utredning ikke kan gi sikker årsak. (Graves: diffust opptak, toksisk knutestruma: solitært eller multifokalt opptak, tyreoiditt: nedsatt/opphevet opptak).
- Mistanke om intrathorakal struma eller ektopisk thyreoideavev.
- Ev. ved palpabel tumor på halsen og man er usikker på om denne tumor sitter i tyroidea.

Relevant litteratur

- Sylvi Aanderud og Trine Bjøro: Thyroideasykdommer. Universitetsforlaget. 1996.
Lilla endokrinologien. Hægg, Olsson og Kjell Asplund. Studentlitteratur. 1995.

Forfattere:

- Magnus Kollind, spesialist i endokrinologi, overlege ved Innherred sykehus, 7600 Levanger
Jannike Reymert, spesialist i allmennmedisin, Bakklundet legekontor, 7800 Namsos

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 - Fax 63 97 16 25 - E-mail rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 375,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



*Min reise
med far som
hudlege til*

• AV ELLEN RYGH

FINNMARK

i 1963



Ellen Rygh

født i 1946.

Tidligere erfaring både som sykehuslege og kommunelege. Siden 1992 i fylkeslegeetaten. Nå sykepermittert som fylkeslege i Aust-Agder, og jobber i halv stilling som seniorrådgiver.

Jeg reiste med far til Finnmark den sommeren jeg var seksten år. Med på reisen var også min tre år eldre søster, Annemor. Vi to skulle være assistenter for far som ambulerende hudspesialist på oppdrag fra Helsedirektorat og fylkeslege. Far hadde tidligere i sitt liv vært distriktslege i Ballangen i Nordland, men siden hadde han spesialisert seg i Oslo, og slått seg ned i Drammen som privatpraktiserende i hud- og kjønnsykdommer.

Far var opprømt og gutteaktig glad over å få sjansen til denne turen nordover igjen. Han hadde lenge snakket om at han ønsket å oppleve Finnmark, og gledet seg over å få dele opplevelsene med sine tenåringsdøtre. Det ble en spesiell sommer for oss byjenter fra sør, et møte med den ytterste nordlige utkant i en lys sommer. Det var min første flytur da vi reiste fra Fornebu til Alta på St. Hansaften. Derfra bar det med buss videre i sommernatten til Hammerfest. Her ble vi innkvartert på søsterhjemmet på sykehuset, hvor kuene gresset utenfor vinduene.

Medisinalberetning

På denne tiden fantes det ikke mange legespesialister nord for Tromsø. Den nordligste praktiserende hudlegen befant seg i Narvik. I Medisinalberetningen for 1963 skriver Fylkeslegen: «I fylket var det ved årets utgang 4 kirurger (Hammerfest, Vardø, Vadsø og Kirkenes sykehus), 1 indremedisiner (Ham-

merfest sykehus), 2 spesialister i lungesykdommer (Hammerfest diagnosestasjon og Kirkenes sykehus/diagnosestasjon). Ved Hammerfest sykehus ble det ansatt øyenlege i spesiallegestilling. Denne ambulerte i fylket i løpet av året. Videre har følgende spesialister ambulert i fylket: barnelege Torp, Tromsø, øre-nese-halslege Christoffersen, Tromsø, hudlege Rygh, Drammen og spesiallege i epilepsi, Vollert Krohn fra Statens Sentralsykehus for Epileptikere, Sandvika.»

Det var altså bare 8 spesialister i alt i hele Finnmark. Det var under slike forhold kanskje ikke så merkelig at en tidligere dansk medisinstudent på denne tiden hadde forført både fagfolk og befolkning til å tro at han var lege. Dyktig og sjarmerende utførte han visstnok sine oppgaver ved sykehuset i Vardø (eller var det Vadsø?) inkludert enklere kirurgiske inngrep. Både pasienter og personale var svært fornøyd med ham inntil det ble avslørt at han var ikke var lege. Den sommeren vi reiste i Finnmark, var han nettopp avslørt, og vi fikk servert mange røverhistorier om hans eskapader. Folk flest mente at han hadde vært en usedvanlig god doktor.

Kontordagene våre var forhåndsannonisert, og pasientene oppsatt etter lister fra de lokale legene. Pasientene ventet ofte utenfor og satt rundt på bakken når vi kom til det kontoret som var satt av til oss. Mange hadde reist langt. I løpet av en slik kontordag kunne det være over 30 pasienter. Annemor og jeg hadde som oppgave å ta i mot pasientene, skrive inn deres data på regningskortene og ordne køen. Senere hjalp vi ofte far med etterarbeid som skriving av epikriser og trygdeerklæringer. Fars håndskrift var nærmest uleselig, og han behersket ikke skrivemaskinens vanskelige kunst.

Mange av pasientene kunne være nokså synlig preget av sin hudlidelse som var tydelig langvarig og kronifisert. Det var mange barn med kløende, atopisk eksem, hvor sikkert klima og klær hadde innvirkning. Veiledning av foreldre ga forhåpentligvis disse pasientene en bedre hverdag. Mange pasienter med kroniske lidelser fikk nødvendig spesialistattest med tilbake til sykekassen. Fars uttalelser ga kanskje en del pasienter senere rettigheter til uføretrygd eller attføring. Jeg kan huske at det ble nevnt at mange på den tiden ikke hadde annen inntekt enn barnetrygden å leve av. Med uttalte hudlidelser som eksem, psoriasis eller leggsår, kunne det være vanskelig, ofte umulig, å livnære seg på små bruk eller på fiske.

Reisen var lagt opp av fylkeslegen i Finnmark. Vi hadde kontordager i Hammerfest, Honningsvåg, Vadsø, Vardø, Kirkenes, Karasjok og Alta. Vi reiste dels med buss, dels drosje og dels med hurtigruta. Vi ble innkvartert på gjestgiverier og hoteller, og mange steder ble vi invitert med ut på turer og sightseeing.

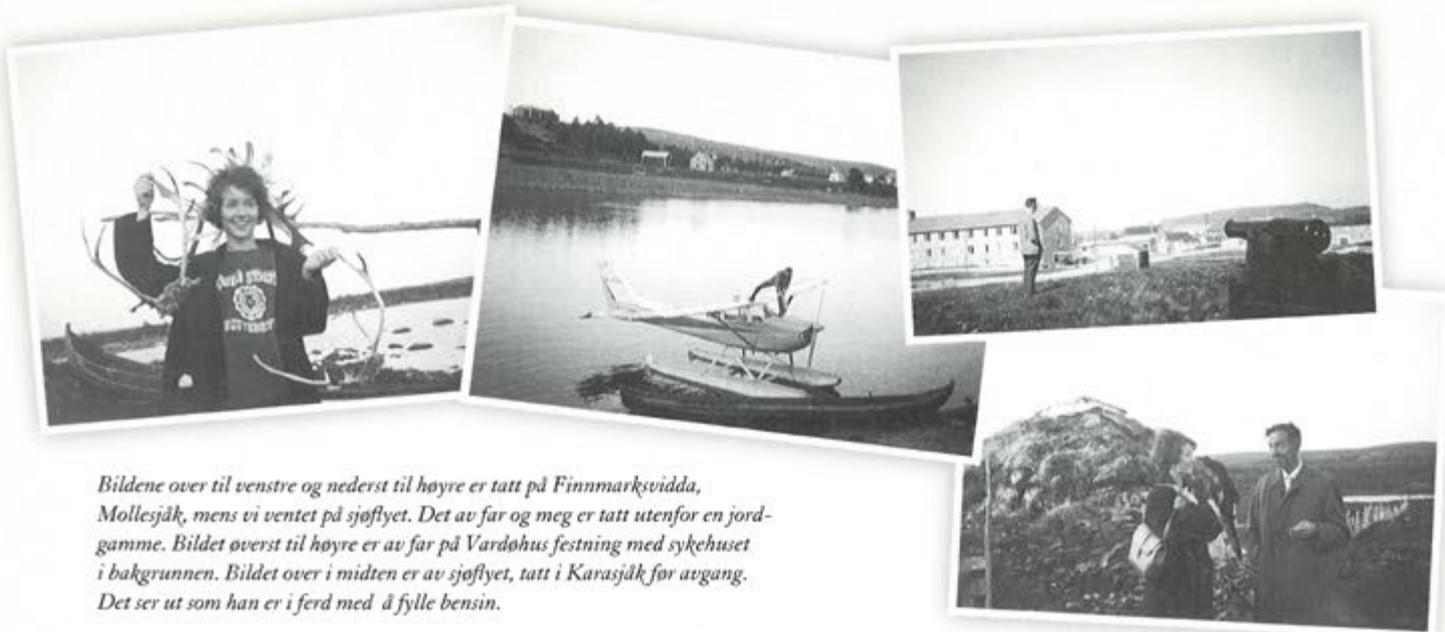
Flytur over vidda

En spesiell etappe fra Karasjok til Alta ble tilbakelagt i et lite sjøfly. Det var egentlig meningen at vi skulle reist tilbake til Alta i drosje, men far oppdaget tilfeldigvis et sjøfly som vi kunne få skyss med, og slo straks til uten å undersøke noe ytterligere. Det viste seg etter at vi hadde kommet opp i lufta at flygeren ikke hadde tillatelse til å fly slike turer, og han forklarte at han derfor måtte fly så lavt at han ikke kunne oppdages på radar. Videre viste det seg at han hadde avtale om å fly noen fiskere inn til et vann inne på vidda. Vi ble derfor satt av på et øde sted som het Mållesjåk med beskjed om å vente til han kom tilbake. «Men har du nok bensin til dette da», spurte far. «Ja, det står noe traktorbensin her», svarte han kjekt. Etter en stund kom han heldigvis tilbake, og vi tok av igjen. Han var sjarmerende og pratet villig vekk, og Annemor, som satt foran, fikk en innføring i flyging, samtidig med at han forklarte og pekte på alle de vannene han hadde nødlandet på tidligere. Plutselig hørte vi at motoren begynte å fuske, og merket at vår nye venn meget hektisk begynte å skru på en del brytere. I noen nervepirrende sekunder satt vi som lamslått mens motoren bestemte seg for om den skulle slukne helt eller ta seg opp igjen til vanlig turtall. Han hadde bare glemt å skifte over til reservetanken, forklarte han etterpå, ikke like kjekk. Da vi litt senere fløy inn over Altafjorden, tilbød han seg å ta en liten runde opp over Altaelva, så vi skulle få se fossen. Plutselig krenget imidlertid flyet kraftig og stupte brått nedover mot fjorden og landet. Da var det ikke nok bensin igjen til mer sightseeing. Jeg husker at jeg var nokså skjelven i bena da jeg igjen sto på landjorda.

Omfattende rapport

Far var ikke den første hudlegen som ambulerte i Finnmark. I 1961 beskrev stadslege Johan G. Urbye fra Horten i en omfattende rapport til Helsedirektoratet en tilsvarende sommerpraksis, hvor han hadde reist med sin kone og svigerdatter som henholdsvis kontordame og sykepleierske. Denne rapporten er tydelig skrevet også for det akademiske miljø på Rikshospitalet. Innledningsvis heter at han reiste «etter oppfordring fra Dosent dr. med Gilje og støtte fra Professor Danbolt.» Reiseruten og hele opplegget for øvrig virker nokså lik vår tur.

Rapporten beskriver at det var i alt 21 kontordager, fordelt på 3–4 dager på hvert sted, men bare en dag i Karasjok. Det er en fullstendig liste over hvilke sykdommer som ble diagnostisert, og forekomsten av disse. Hyppigst er eksem og psoriasis, deretter nevrodermatitis circumscripta, acne vulgaris og nævi og verruæ. 457 pasienter ble undersøkt med i alt 541 konsultasjoner. Det ble laget i alt 81 eksemprøver.



Bildene over til venstre og nederst til høyre er tatt på Finnmarksvidda, Mollesjåk, mens vi ventet på sjøflyet. Det av far og meg er tatt utenfor en jord-gamme. Bildet øverst til høyre er av far på Vardøhus festning med sykehuset i bakgrunnen. Bildet over i midten er av sjøflyet, tatt i Karasjåk før avgang. Det ser ut som han er i ferd med å fylle bensin.

Urbye anfører at man burde hatt flere dager til rådighet, både for å få lest av eksemprøvene minst to ganger, etter 24-48 timer, og for at man kunne få se pasientene igjen etter at de hadde prøvet den instituerte behandling et par dager. Som påfallende nevner han i hvor mange tilfeller differensialdiagnosen mellom psoriasis og seborrhoisk eksem var vanskelig å stille. «Dette problem synes jeg ikke er så vanlig i Syd-Norge.» Videre anføres: «Jeg behandlet påfallende mange pasienter med pruriginøst eksem. Det er kjent at denne lidelse opptrer oftere i nordiske land enn i varme strøk. Mitt materiale er naturligvis ikke egnet til å avgjøre dette da pasientene var utplukket på forhånd. Også de mange seborrhoiske og idiosynkratiske eksem som ble behandlet kan skyldes dette forhold. De fleste hadde mer utbredt og voldsomme dermatitter enn vanlig sydpå og mange var tydelig sekundært infiserte.» Når det gjelder eksemprøvenes nytteverdi er anført: «Mange viste overømfindtlighet overfor tjære og formalin. Begge disse stoffgrupper kommer jo fiskere og arbeidere på fiskeribedrifter stadig i forbindelse med. Dette er således et alvorlig handicap for slike syke. Det kan, i mange tilfelle, bli nødvendig å sørge for omskolering.»

Urbye beskriver at han fortløpende dikterte de henvisende leger rapporter tilbake, og at han så godt tiden tillot drøftet hvert kasus med dem. De yngre kollegene sier han, vil derved forhåpentlig få en viss oppfriskning av deres dermatologiske kunnskaper, og de erfarne eldre vil bli bedre kjent med nyere terapiformer. Han konkluderer med at behovet for dermatolog var stort og at mange pasienter var sterkt plaget av sine lidelser.

Læringsverdi

Dette var for 40 år siden, i en tid som nå, med relativ mangel på spesialister i mange deler av landet. Kan vi ha noe å lære av det ambulante tilbudet slik som det ble organisert den gangen? Opplegget var et samarbeid mellom Helsedirektorat som bevilgende instans og fylkeslege og primærleger som det organiserende ledd. Min mening er at mange av

sykehusspesialistene ville gjøre stor nytte for seg ved i større grad å fungere som konsulenter for primærhelsetjenesten. Ambulerende team er eksempel på dette, og har vært forsøkt organisert innen rehabilitering, geriatri og pediatri. Men meg bekjent har det aldri slått helt gjennom. Manglende finansiering og mangel på fagfolk er sikkert en del av forklaringen.

I den nye Spesialisthelsetjenesteloven innføres det en veiledningssplikt overfor kommunehelsetjenestene. Det er ønskelig at dette kunne innebære en opplæringsplikt utover oppfølgingen av den enkelte pasient, og at ikke konflikter om ansvaret for finansieringen av et slikt samarbeid var et hinder. Staten skal nå overta ansvaret for spesialisthelsetjenestene, og målsetningen er bedre samordning og utnyttelse av ressursene, slik at tjenestetilbudet skal bli likere fordelt i hele landet. Dette burde gi en glimrende anledning til å se på muligheter for å organisere og finansiere slike ambulante tilbud.

Jeg har ikke regnet på det, men jeg tror at det ambulante tiltaket som far deltok på, var relativt kostnadseffektivt. Vi fikk en spennende sommer og opplevelsesferie, og Finnmarks befolkning fikk tilgang til en spesialisttjeneste, som de ellers ikke ville ha fått. Tatt i betraktning antallet pasienter som ble behandlet, læringseffekten for de henvisende legene, og ikke minst de trygdemessige og sosiale implikasjoner for pasientene og deres familier, var nok utgiftene staten hadde til den ambulante lege og hans familie relativt beskjedne.

Ps. Jeg leste i Dagbladet forleden at den nye trenden innen turisme er å tilby mer enn bare å være passiv turist. Folk står visstnok i kø for å være med på turer hvor man også skal bidra med å gjøre nytte for seg på det stedet man kommer. Finnmark er heretter et av verdens mest eksotiske steder i forbindelse med filmen Heftig og begeistret fra Berlevåg. Kanskje dette tilsier at vi kan få en kø av ivrige spesialister som er villige til å tilbringe feriene sine i denne landsdelen, samtidig med at de gjør nytte for seg?

På oppløpssida for bedre

Olav Rutles minneforelesning Primærmedisinsk uke 2000

• AV KRISTIN PRESTEGAARD OG OTTO BRUN PEDERSEN

Olav Rutle var meget opptatt av hvordan vi lærer faget vårt og startet prosessen som medførte en endring i regelverket for videre- og etterutdanningen i allmennmedisin. Olav uttalte at vi måtte «åpne det lukkede rom» ved å åpne våre praksiser for innsyn. Vi burde lære nær praksis, lære av hverandre, få tilbakemeldinger på egen praksis og bruke kollegagrupper til refleksjon, samarbeid og støtte.¹

Da Olav døde, var det flere som overtok stafettspinnen for å endre vår utdanning i tråd med hans ideer. Spesialitetskomiteen i allmennmedisin videreførte arbeidet med å endre regelverket for vår videre- og etterutdanning. De nye reglene ble vedtatt i 1998 og inneholder en bredere meny av læringsaktiviteter hvor både kurs, gjensidig praksisbesøk og smågruppevirksomhet er blitt obligatoriske.

Kjell Nordby utarbeidet en ny mal for gjensidig praksisbesøk for å utnytte potensialet som ligger i å lære av hverandre.² Edvin Schei konkluderer, etter å ha prøvd ut en metode for gjensidig praksisbesøk, at «praksis læres i praksis» gjennom refleksjon, kompetanseutvikling og nettverksbygging. Ved å delta i SATS-grupper kan vi bedre vår kliniske atferd gjennom refleksjon med kolleger med utgangspunkt i rapport fra egen praksis.³

Gjennom det nye regelverket og det varierte videre- og etterutdanningstilbudet ligger forholdene i dag til rette for en bedre utdanning for oss allmennleger. For at dette skal øke vår kliniske kompetanse og gi endring av vår kliniske atferd i ønsket retning, må den enkelte av oss være i stand til å benytte tilbudene på en målrettet måte gjennom selvstyrte læringsprosesser.

En av etappene i stafetten for en bedre utdanning var å lage og prøve ut et handlingsprogram for effektivisering av selvstyrt læring, som vi har kalt *Strategisk læring*. Programmet ble utviklet i prosjektene «Fra kunnskap til handling» og «Kollegabasert etterutdanning i allmennpraksis». Våre resultater viser at programmet og begrepene i det blir forstått av allmennleger i Telemark. Strategisk læring kan dermed

være et hjelpemiddel til å effektivisere den selvstyrte læringen og bedre kvaliteten av klinisk praksis.

Strategisk læring

Strategisk læring handler om å fastsette egne læringsbehov, velge aktuelle læringsaktiviteter og vurdere resultatene av læringen. En effektiv selvstyrt læring hviler på følgende tre forutsetninger:

1. At man vet hva man trenger å lære
2. At man vet hvordan man lærer best
3. At man vet hvor man kan lære

1. At man vet hva man trenger å lære – kompetansekartlegging

Tradisjonelt har kunnskap vært delt inn i en teoretisk og en praktisk del som for eksempel kunnskaper og ferdigheter, competence og performance, eller artikulert kunnskap og taus kunnskap. Kunnskapsfilosofier har innført følgende tredeling av kunnskap.⁵

• Påstandskunnskap

Dette er basale kunnskaper om for eksempel anatomi, fysiologi og patofysiologi som vi lærer i medisinstudiet. I tillegg er det kunnskaper som er underbygd av forskning eller dokumenterte erfaringer som står som påstander eller teorier om konkrete forhold.

• Ferdighetskunnskap

Dette er vår evne til å anvende påstandskunnskap i for eksempel undersøkelse og behandling av pasienter.

• Fortrolighetskunnskap

Denne kunnskapen utvikles gjennom stadige og tallrike repetisjoner av det kliniske arbeidet. Fortrolighetskunnskap er grunnlaget for mange av de beslutninger vi tar i det kliniske arbeidet, hvor påstandskunnskapen ikke gir klare svar på våre kliniske problemstillinger. Ut fra våre

selvstyrt læring

tidligere erfaringer fra mange lignende situasjoner kan vi på grunnlag av denne kunnskapstypen løse oppgaver på en tilsynelatende intuitiv måte.

De tre kunnskapstypene gjelder både på det medisinskfaglige, administrative, sosiale og personlige området av klinisk virksomhet. Den medisinskfaglige kompetansen er kjernen i vår fagutøvelse. Den administrative kompetansen handler om tilrettelegging og organisering av pasientarbeidet. Kunnskaper om kommunikasjon og samhandling med pasienten, deres pårørende og de vi samhandler med, hører med til den sosiale kompetansen. Kunnskaper om hvordan våre egne holdninger påvirker vårt kliniske arbeid, hører med til den personlige kompetansen.

Kunnskapstypene og kompetanseområdene kan stilles opp i en kompetansematrise (figur 1). Matrisen er et verktøy til å definere kompetansekrav knyttet til spesifikke kliniske oppgaver.

I hverdagen er det vanligvis ikke rom for å fundere over hvilke kunnskaper vi anvender i arbeidet vårt. Men når vi møter oppgaver vi strever med, kan det være nyttig å stanse opp og undersøke hvilke kunnskaper vi behersker og hvilke vi bør styrke.

Figur 2.. ompetansekrav i behandling av cancer prostata i allmennpraksis

Kompetansematrisen				
Klinisk oppgave: Behandle pasienter med cancer prostata				
KUNNSKAPSTYPE	KOMPETANSEOMRÅDE			
	MEDISINSKFAGLIG	ADMINISTRATIVT	SOSIALT	PERSONLIG
PÅSTANDSKUNNSKAP	Kunnskap om <ul style="list-style-type: none"> • utvikling av caprostate • ulike manifestasjoner av caprostate • prognose av caprostate • ulike behandlingsformer av caprostate Smertebehandling for kreftpasienter	Kjennskap til ansvarsfordeling mellom <ul style="list-style-type: none"> • 1. og 2.-linjetjenesten • urologisk poliklinikk og smetepoliklinikk Trygdemessige rettigheter	Kunnskap om kommunikasjon med kreftpasienter og smertepasienter. Kunnskap om tverrfaglig arbeid	Kunnskap om hvordan egne etiske normer og holdninger påvirker ens arbeide.
FERDIGHETSKUNNSKAP	Gjennomføring av smerteutredning Gjennomføring av smertebehandling	Gjennomføring av smerteutredning Gjennomføring av smertebehandling	Evne til å kommunisere med kreftpasienter. Evne til å samarbeide med andre profesjoner	Ansvarsfølelse, etisk bevissthet, fleksibilitet i legerollen, nøyaktighet
FORTROLIGHETSKUNNSKAP	Innsikt i andre faggruppers kompetanse og hvordan arbeidet best kan organiseres	Innsikt i andre faggruppers kompetanse og hvordan arbeidet best kan organiseres	Fortrolig i kommunikasjon med kreftpasienter og med andre profesjoner	Forrolighet med å være behandler for alvorlig syke pasienter

Kompetansematrisen				
Klinisk oppgave:				
KUNNSKAPSTYPE	KOMPETANSEOMRÅDE			
	MEDISINSKFAGLIG	ADMINISTRATIVT	SOSIALT	PERSONLIG
PÅSTANDSKUNNSKAP				
FERDIGHETSKUNNSKAP				
FORTROLIGHETSKUNNSKAP				

Figur 1. Kompetansematrisen

Figur 2 viser en utfylt matrise med kompetansekravene i behandling av pasienter med cancer prostata i allmennpraksis. Brukt på denne måten kan matrisen være et hjelpemiddel til å bestemme hva man har størst behov for å lære. Slik kan læringen bli både mer spesifikk og målrettet.

Kompetansematrisen er utprøvd blant annet i to kollega-grupper med erfarne allmennleger. Da de fikk den presentert første gang, uttalte de fleste legene at den var komplisert og at de ikke kunne oppdage egne hvite flekker i den

forts. s. 18

Helvetes



c Valtrex Glaxo Wellcome

Antiviralt middel.

ATC-nr.: J05AB11

TABLETTER 250 mg og 500 mg:

Hver tablett inneh.: Valaciclovirhydroklorid tilsv. valaciklovir 250 mg, resp. 500 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Brilliantblått (E 133), titandioksid (E 171).

Egenskaper: Klassifisering: Valinsyreester av aciclovir. Omdannes til aciclovir etter peroral absorpsjon. Aciclovir har spesifikk antiviral effekt in vitro mot herpes simplex virus type 1 og 2, varicella zoster (VZV), cytomegalovirus (CMV), Epstein-Barr virus (EBV) og humant herpes virus 6 (HHV-6). Klinisk effekt er ikke vist mot de to sistnevnte virus. Virus med nedsatt følsomhet for aciclovir kan en sjelden gang ses hos alvorlig immunkompromitterte personer. Kliniske studier tyder på at dette er meget sjeldne hos immunkompetente pasienter.

Virkningsmekanisme: Aciclovir hemmer syntesen av viralt DNA etter fosforylering til dets trifosfat. Omdannelsen fra mono- til trifosfat skjer via cellulære kinaser. Aciclovirtrifosfat er en nukleosidanalogue som ved inkorporering i virus-DNA kompetitivt hemmer DNA-polymerase. Dermed termineres DNA-kjeden, og videre virusreplikasjon blokkeres. Etablert latens i gangliene elimineres ikke, hvilket innebærer at aciclovir ikke hindrer fremtidig residiv. I en klinisk studie var tiden til smertefrihet ved Herpes zoster-infeksjon signifikant kortere etter behandling med valaciclovir sammenlignet med aciclovir. Median tid til smertefrihet var 38 dager ved valaciclovirbehandling mot 51 dager ved aciclovirbehandling. Effekt på smerte er kun vist hos pasienter eldre enn 50 år. CMV-profylakse med valaciclovir i forbindelse med nyretransplantasjon er vist å redusere forekomst av akutt graft-avstøtning, opportunistiske infeksjoner og andre herpesvirusinfeksjoner (HSV, VZV). **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet av aciclovir fra valaciclovirtabletter ca. 54 %, dvs. 3-5 ganger høyere enn for peroralt aciclovir. 1 g valaciclovir gir gjennomsnittlig maks. plasmakonsentrasjon av aciclovir på ca. 25,1 µmol/liter (ca. 5,7 µg/ml) etter ca. 1 time og 45 minutter. 500 mg valaciclovir gir en gjennomsnittlig maks. plasmakonsentrasjon av aciclovir på ca. 15 µmol/liter (ca. 3,3 µg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 15 %. **Halveringstid:** Med normal nyrefunksjon, ca. 3 timer (i plasma). Hos pasienter med nyresvikt er tilsvarende halveringstid omtrent 14 timer.

Metabolisme: Valaciclovir omdannes til aciclovir via hydrolyse. **Utskillelse:** Utskilles i urin hovedsakelig som aciclovir (mer enn 80%) og 9-karboxymetoksymetylguanin, < 1 % av gitt dose valaciclovir gjenfinnes i urinen som uforandret legemiddel. Nyretransplanterte pasienter som behandles med 2000 mg 4 ganger daglig har en maksimal konsentrasjon som er den samme eller høyere enn friske frivillige behandlet med samme dose. Estimert daglig AUC er vesentlig større hos nyretransplanterte pasienter.

Indikasjoner: Akutte tilfeller av Herpes zoster-infeksjoner hos pasienter med normalt immunforsvar hvor et alvorlig sykdomsforløp kan forventes. Alvorlige infeksjoner forårsaket av Herpes simplex-virus i hud og slimhinner inkludert primær og residiverende Herpes genitalis. Supprimerende behandling av Herpes genitalis hos pasienter med svært hyppige residiv. Profylakse mot cytomegalovirus (CMV)-infeksjon og -sykdom i forbindelse med nyretransplantasjon.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for valaciclovir, aciclovir eller andre av preparatets innholdstoffer.

Bivirkninger: Gastrointestinale: Kvalme, ubehag i buken, oppkast og diare. **Blod:** Sjeldne tilfeller av trombocytopeni. **Overfølsomhet og hud:** Utslett, inkludert fotosensitivitet, urtikaria, pruritus og i sjeldne tilfeller dyspne, angioødem og anafylakse. **Nyre:** Sjeldne tilfeller av nedsatt nyrefunksjon. **Lever:** Sjeldne tilfeller av reversibel økning i leverfunksjonstester, i enkelte tilfeller beskrevet som hepatitt. **Neurologiske/psykiatri:** Hodepine. I sjeldne tilfeller har det vært rapportert på reversible neurologiske reaksjoner som svimmelhet, forvirring, hallusinasjoner. Nedsatt bevisst har vært rapportert, men dette har stort sett vært hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon eller andre predisponerende faktorer. Neurologiske reaksjoner forekommer hyppigere hos organtransplanterte pasienter som behandles med høye doser Valtrex som CMV-profylakse og hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. **Andre:** Det er rapportert tilfeller av nyreinsuffisiens, mikroangiopatisk hemolytisk anemi og trombocytopeni hos alvorlig immunosupprimerte pasienter, spesielt pasienter med langtkommen HIV-sykdom, som har mottatt høye doser (8 g daglig) valaciclovir i lengre perioder. Dette er også observert hos pasienter med samme underliggende sykdom, men som ikke har vært behandlet med valaciclovir.

Forsiktighetsregler: **Hydrering:** Pasienter med risiko for dehydrering bør holdes godt hydrert, særlig eldre og pasienter med lav kreatinin clearance. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering gjennomføres hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon pga. akkumuleringsrisiko (se Dosering). Eldre pasienter og pasienter med lav kreatininclearance bør holdes godt hydrert. **Bruk av høye doser valaciclovir ved nedsatt leverfunksjon:** Det mangler data for bruk av høye doser valaciclovir (8g/dag) hos pasienter med leversykdom. Forsiktighet bør derfor utvises hos denne pasientgruppen.

Graviditet/Amming: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. En mindre retrospektiv studie på gravide som fikk systemisk behandling i 1. trimester viste ikke økt risiko for fosterskader. Bruk under graviditet bør unngås hvis ikke fordelene oppveier en mulig risiko. **Amming:** Den aktive metabolitten aciclovir går over i morsmelk. Aciclovir er målt i morsmelk i konsentrasjoner fra 0,6 - 4,1 ganger plasmakonsentrasjonen. Etter inntak av aciclovir 200 mg 5 ganger daglig peroralt, er maksimal plasmakonsentrasjon ved steady state gjennomsnittlig 3,1 mikroM (0,7 µg/ml). Dette vil kunne eksponere det diende barn for en døgndose på opptil 0,3 mg/kg/dag. Halveringstid for aciclovir i morsmelk er den samme som i plasma; 2,8 timer. Forsiktighet bør derfor utvises ved bruk av Valtrex ved amming. Døgndose på 30 mg aciclovir per kg intravenøst brukes imidlertid til behandling av neonatal herpes simplex.

Interaksjoner: Aciclovir elimineres hovedsakelig uforandret i urin ved aktiv renal sekresjon. Andre legemidler som gis samtidig, og som konkurrerer med denne mekanismen, kan øke plasmakonsentrasjonen av aciclovir. Etter inntak av 1 gram valaciclovir, øker cimetidin og probenecid AUC for aciclovir med 20% respektivt 40% ved å redusere renal clearance. Dosejustering anses imidlertid ikke å være nødvendig på grunn av aciclovirs brede terapeutiske index. Ved bruk av høye doser valaciclovir (8g/dag) ved CMV-profylakse, må forsiktighet utvises ved samtidig inntak av legemidler som konkurrerer med aciclovirs eliminasjonsvei på grunn av risiko for økt plasmaliv av en eller begge legemidlene eller deres metabolitter. Bkt plasma-AUC for aciclovir og den inaktive metabolitten av mykofenolatmofetil, et immunosuppressivt middel brukt ved transplantasjon, er sett når legemidlene gis samtidig.

ild

Tør man la være å starte behandling?

Behandling av Herpes zoster med antivirale midler reduserer zoster-assosiert smerte og risiko for post-herpetisk neuralgi*

Valtrex (valaciclovir) er en mer effektiv behandling enn Zovirax eller andre aciclovirpreparater til å redusere zoster-assosiert smerte, og gir mindre risiko for post-herpetisk neuralgi*

*ref. Beutner KR, et al. Valaciclovir Compared with Aciclovir for improved Therapy for Herpes Zoster in Immunocompetent Adults. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* 1995; 39: 1546-1553.

orsiktighet må utvises dersom høye doser valaciclovir gis samtidig med legemidler som påvirker nyrenes fysiologi (for eksempel ciklosporin, tacrolimus). Nyrefunksjonen bør i slike tilfeller følges nøye.

Dosering: Herpes zoster-infeksjoner: 2 tabletter à 500 mg 3 ganger daglig i 7 dager. Behandlingen bør initieres så snart som mulig etter utslettets frembrudd og senest innen 72 timer. Alvorlige infeksjoner i hud og slimhinner forårsaket av Herpes simplex-virus: Både ved primærinfeksjon og residiv bør behandlingen innsettes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, aller helst i prodromalstadiet eller når lesjonene begynner å vise seg. Primærinfeksjon: 1 tablett à 500 mg 2 ganger daglig i 5-10 dager. Residiverende infeksjon: 1 tablett à 500 mg 2 ganger daglig i 5 dager. *Pasienter med nedsatt immunforsvar (for eksempel HIV-pasienter):* 2 tabletter à 500 mg 2 ganger daglig i 5-10 dager ved primærinfeksjon. Ved residiv: 2 tabletter à 500 mg 2 ganger daglig i 5 dager. *Supprimerende behandling av Herpes genitalis: Pasienter med normalt immunforsvar:* 1 tablett à 500 mg 1 gang daglig. Pasienter med 10 eller flere residiv årlig, kan ha ytterligere effekt ved å fordele døgndosen på 2 doseringer, 250 mg 2 ganger daglig. *Pasienter med moderat nedsatt immunforsvar:* 1 tablett à 500 mg 2 ganger daglig. *Profylakse mot CMV-infeksjon og -sykdom ved nyretransplantasjon:* Voksne og barn over 12 år: 2 g 4 ganger daglig. Behandlingen innsettes så tidlig som mulig etter transplantasjon. Dosen bør justeres i henhold til kreatininclearance (se dosering ved nedsatt nyrefunksjon). Varighet av behandling er vanligvis 90 dager, men hos høyrisiko-pasienter kan det være nødvendig å utvide behandlingstiden. *Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:*

Dosering	Nyrefunksjon Kreatinin clearance (ml/min)	
	15-30	< 15
Herpes zoster	1 g 2 ganger daglig	1 g én gang daglig
Herpes simplex: Behandling av infeksjon	500 mg 2 ganger daglig	500 mg 1 gang daglig
Supprimerende behandling: Normalt immunforsvar	500 mg daglig fordelt på én eller to doser	250 mg daglig
Nedsatt immunforsvar	500 mg 2 ganger daglig	500 mg daglig

Til pasienter som gjennomgår regelmessig hemodialyse anbefales samme dosering som til pasienter med kreatininclearance < 15 ml/minutt, med doseinntak etter at hver dialyse er gjennomført. Kreatininclearance bør følges jevnlig, spesielt i perioder hvor nyrefunksjonen endres raskt, for eksempel etter en transplantasjon. Valaciclovirdosen bør justeres deretter.

CMV-profylakse: Hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon bør dosen justeres i henhold til tabellen nedenfor.

Kreatininclearance (ml/min)	Dosering
> 75	2 g 4 ganger daglig
50-75	1,5 g 4 ganger daglig
25-50	1,5 g 3 ganger daglig
10-25	1,5 g 2 ganger daglig
<10 eller dialyse	1,5 g én gang daglig

Overdosering/Forgiftning: Det foreligger få opplysninger om overdosering med valaciclovir. Kontakt evt. Giftinformasjonssentralen (tlf. 22 59 13 00). Pasienter har inntatt enkelt-doser på opp-til 20 g aciclovir, som kun delvis absorberes fra gastrointestinaltraktus, vanligvis uten toksiske effekter. Tilfeldige, gjentatte overdoser av peroral aciclovir over flere dager, har vært assosiert med gastrointestinale effekter (som kvalme og oppkast) og neurologiske effekter (hodepine og forvirring). Behandling: Ved symptomgivende overdosering kan aciclovir utskilles ved hemodialyse. Ventrikeltømming og/eller behandling med aktivt kull kan eventuelt overveies.

Forskrivningsregel: Supprimerende behandling av genital Herpes simplex skal være instituert av spesialist i dermatovenerologi eller gynekologi.

Pakninger og priser: 250 mg: Enpac: 60 stk. 892,50. 500 mg: Enpac: 10 stk. kr 336,50, 30 stk. kr 892,50, 42 stk. kr 1235,80.

Priser av 01.2001
Preparatomtale av 07.10.1999.

 GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline
Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00 Telefaks: 22 58 20 04
www.gsk.no

uten hjelp av andre. Det var også uvant for dem å dele opp kompetansen på denne måten. Etter hvert som legene ble mer fortrolige med matrisen, sa de at den utvidet deres oppfattelse av hva klinisk kompetanse er, og at den ga en nyanisert oversikt over de aktuelle kliniske oppgavene. Noen av legene uttrykte det på følgende måter:

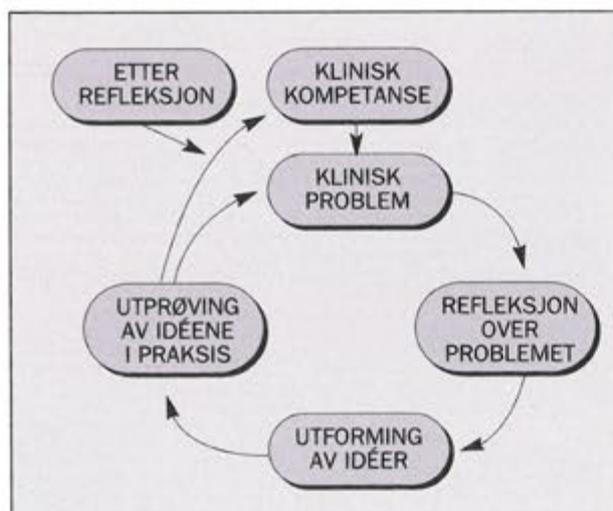
- Matrisen fikk meg faktisk til å se at det var masse jeg allerede behersket innenfor mitt valgte tema – det var en herlig opplevelse
- Matrisen gjør at det er lettere å gripe fatt i en eller noen deler av oppgaven som en kan jobbe videre med istedenfor at alt er en suppe. Det ulne og ubehagelige forsvinner
- Matrisen var skremmende i starten, men når jeg har fylt den ut en gang, forstår jeg prinsippene med den
- Jo lenger ut til høyre jeg kommer i matrisen, dess mer luftig blir tankene mine

2. At man vet hvordan man lærer best – Personlig læringsstil

Når man har bestemt seg for hva en skal lære, er neste spørsmål: Hvordan kan jeg best lære meg dette? Det har vist seg at voksne lærer best gjennom praktiske erfaringer i sitt daglige arbeid. I medisinsk pedagogikk brukes ofte Donald Schön sin modell for erfaringslæring (figur 3)⁶. Pasienten kommer med en klinisk problemstilling som vi reflekterer over. Hva er dette? Har jeg vært borti noe lignende tidligere? Vi utformer en ide om hva det dreier seg om og prøver den ut i praksis. Erfaringslæringen gjentas om og om igjen slik at vi gradvis utvider vår kompetanse.

Leger som vi har intervjuet om dette, bekreftet at det er slik de lærer. En av dem kom med følgende eksempel:

Figur 3. Erfaringslæring



«Flere kvinner spurte meg om de kunne få østrogener på grunn av postmenopausale plager. På den tiden kunne jeg lite om denne problemstillingen, så jeg spurte mine kolleger på legekantoret om hva de gjorde med dette. Jeg prøvde ut de rådene jeg fikk. Imidlertid var flere av pasientene ikke fornøyde, så jeg rådførte meg med en gynekolog som jobbet på legesenteret. Der fikk jeg flere konkrete råd om hvordan jeg skulle takle dette. Men fortsatt var flere pasienter ikke fornøyd. Selv opplevde jeg det ubehagelig at jeg ikke helt kunne takle dette. Redningen kom gjennom en rapport fra Statens Legemiddeltilsyn om behandling av postmenopausale kvinner. Da den kom i posten, var jeg så innstilt på å lære meg dette at jeg leste hele rapporten. Mens jeg leste var det som om alle de løse brikkene falt på plass. Jeg fikk oversikt over problemstillingen og det var en herlig opplevelse. I dag kan jeg si at jeg har god kompetanse på dette, og jeg bruker den ofte!»

Mange kjenner seg igjen i en slik historie. Andre ville ha lært seg dette temaet på en annen måte. Vi vet at erfaringslæring foregår noe forskjellig fra person til person. Noen har sin styrke i refleksjon og logisk tenkning, mens andre foretrekker å prøve ut nye ideer gjennom prøving og feiling. Vi har hver våre vaner og preferanser i forhold til læring. Dette kalles gjerne personlig læringsstil.

For leger kan kjennskap til egen læringsstil gjøre det enklere å velge ut de delene av videre- og etterutdannings-tilbudet som gir størst utbytte. Det har nemlig vist seg at tradisjonell utdanning som kurs og forelesninger passer best for individer med en læringsstil som er preget av refleksjon og logisk tenkning. Mer interaktive læringsformer som veiledning, praksisbesøk eller kollegagrupper er antakelig mest relevante for dem med aktiv og praktisk læringsstil basert på prøving og feiling (se figur 4 neste side).

I programmet for Strategisk læring har vi med et verktøy for kartlegging av personlig læringsstil. Leger som har brukt dette verktøyet synes det er både morsomt og interessant. Her er noen av deres uttalelser:

- Jeg kjenner igjen læringsstilen min. Jeg skulle gjerne vært mer reflekterende, men jeg liker ikke refleksjon og filosofering
- Det var lærerikt å se at vi lærer forskjellig og at jeg lærer på min måte. Nå trenger jeg ikke å stresse med å gjøre det alle andre gjør hvis det ikke er effektivt for meg
- Det var moro å skåre læringsstilen. Resultatet stemte overens med det jeg trodde på forhånd



Figur 4. Personlig læringsstil og tilbud i utdanningen

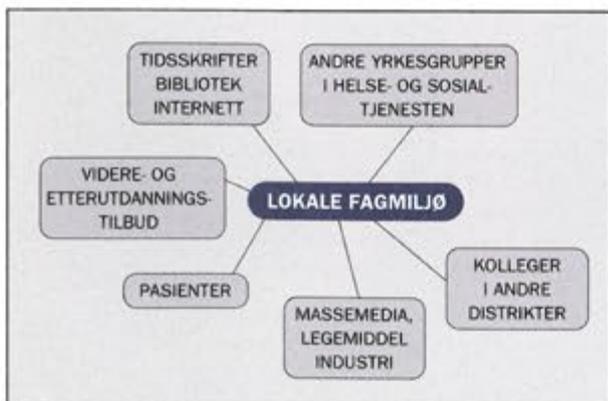
3. At man vet hvor man kan lære – personlig læringsnettverk

Den siste forutsetningen for en effektiv læring er at man vet hvor man best kan lære seg det man har bestemt seg for å lære. Utvikling av vår kliniske kompetanse utvikles ofte i samspill med dem vi samarbeider med. Vi kan spørre kollegaen i naborommet om råd, ringe en sykehuskollega, slå opp i lærebøker eller diskutere med andre faggrupper. Vi kan benytte oss av en rekke menneskelige og tekniske ressurser som til sammen utgjør vårt personlige læringsnettverk.

Sentralt i nettverket står det lokale fagmiljøet med kollegene og medarbeiderne på legekontoret. I tillegg har vi kontakt med sykehus, privatpraktiserende spesialister, andre faggrupper og representanter for legemiddelindustrien.

Tilbudene gjennom videre- og etterutdanningen hører også med til nettverket med kollegagrupper, kurstilbud og praksisbesøk. Tidsskrifter, lærebøker og Internett er "biblioteket" hvor vi kan hente aktuell kunnskap. Pasientene hører også med til læringsnettverket hvor de bidrar med tilbakemeldinger og refleksjoner over arbeidet vårt (figur 5).

Figur 5. Personlig læringsnettverk

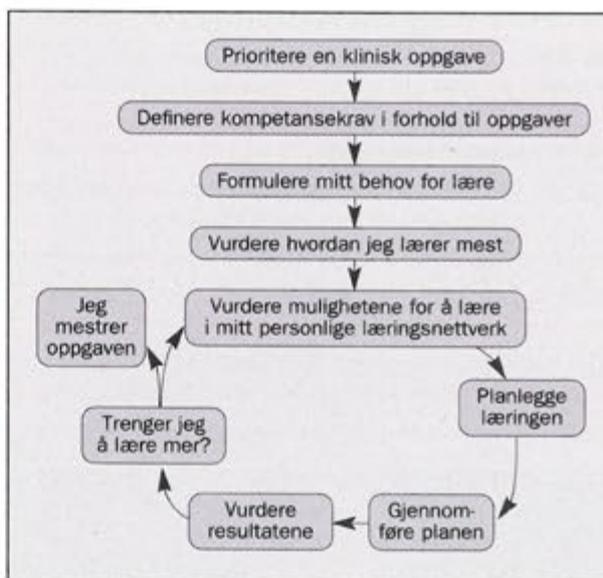


Vi har bedt leger om å tegne og kommentere sine personlige læringsnettverk. Her er noen av deres uttalelser:

- Da jeg tegnet mitt nettverk så jeg at min læringsatferd har vært meget snever og at jeg har stor mulighet for å nyansere den avhengig av hva jeg skal lære
- Selv om jeg er solopraktiker, er jeg faktisk ikke alene om det kliniske arbeidet. Nettverket viser at jeg har mange med meg.
- Jeg henter «kvikk og ferdigtygd» kunnskap fra erfarne leger i mitt læringsnettverk

Programmet for Strategisk læring

De tre forutsetningene for effektiv læring er sydd sammen i et handlingsprogram vi har kalt Strategisk læring. Programmet beskriver læringen som en trinnvis prosess (figur 6).



Figur 6. Strategisk læring

Utpøvingen av Strategisk læring viser at det var uvant for legene å prate om sin egen læring. De trengte tid på å forstå programmets modeller og begreper. Da de ble kjent med tankegangen, ble den en viktig base i refleksjonen over egen læring. På samme måte som de kunne diskutere faglige temaer som astma eller diabetes, hadde de nå fått et rammeverk og et begrepsapparat som gjorde dem i stand til å diskutere egen læring.

På neste side er noen av kommentarene fra de legene som har prøvd programmet:

- Jeg har blitt bevisst og tryggere på egen læring
- Jeg er blitt bevisst på egen læring og på at kombinasjon av flere læringsmåter er optimal for meg
- Jeg er blitt mer bevisst på å kutte ut tilfeldig lesing av stoff som fort blir glemt
- Jeg ser at jeg kan lære på mange måter, men at problemet først og fremst er prioritering og strukturering av læringen

Hvem har nytte av Strategisk læring?

Programmet for Strategisk læring er spesielt egnet i veiledningsgrupper. Det gir veileder og utdanningskandidater et felles utgangspunkt for å finne relevante målsettinger i gruppene.

Strategisk læring er også egnet for kollegagrupper i etterutdanningen. Programmet gir deltakerne et sett med felles begreper og framgangsmåter som gjør det mulig å konkretisere egen kompetanse og personlig bakgrunn med hensyn til å lære.

Utfordringer framover

Reglene for videre- og etterutdanningen i allmennmedisin faller i dag ganske godt sammen med kunnskap vi har om hvordan leger lærer. Utdanningstilbudene er blitt mer omfattende, varierte og mer tilrettelagt for selvstyrt læring.

Vi har også muligheter til å tilby legene å lære om sin egen læring for å gjøre den mer effektiv. En forutsetning er at utdannings- og etterutdannings-

ning, gruppeledere og veiledere kan ta disse mulighetene i bruk.

I dag har Legeforeningen ansvar for utdanning av veiledere i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Utdanningen er lagt opp slik at veilederne får teoretisk undervisning parallelt med at de starter opp veiledningsgruppene. De møtes en gang i året for å diskutere og lære av hverandres erfaringer og for å få påfyll av nye kunnskaper. Slike læringsnettverk for undervisere, tilretteleggere og gruppeledere er en hensiktsmessig arena for å implementere kunnskap og metoder for selvstyrt læring. På den måten kan man gradvis bygge opp den pedagogiske kompetansen.

Tiden er nå inne for å bli enige om hvordan vi kan legge forholdene til rette for en bedre selvstyrt læring for den enkelte lege. Både spesialitetskomiteen i allmennmedisin, spesialforeningene i allmennmedisin og Legeforeningen med de fylkesvise kurskomiteer bør samles for å lage en plan for dette. Mye er allerede lagt til rette, men fortsatt er vi på oppløpsida for en bedre selvstyrt læring.

Vi er i mål først når den enkelte lege behersker selvstyrt læring, når gapet mellom teori og praksis er blitt mindre og når vi opplever at læring er morsomt.

Artikkelen er skrevet i forbindelse med prosjektene Fra kunnskap til handling og Kollegabasert etterutdanning i allmennpraksis. Begge prosjektene er finansiert av Den norske lægeforenings Kalitetssikringsfond I.

Referanser:

1. Rutle O. Tanker om ny etterutdanning i allmennmedisin. Veilederposten 1995; 2: 12-21.
2. Nordby K. Praksisbesøk hos kolleger i allmennpraksis. Skriftserie for leger; utdanning og kvalitetssikring, Dnlf 1997.
3. Schei E, Gulbrandsen A, Skjerven T. Praksis læres i praksis. Tidsskr Nor Lægefor 1998; 118:2975-8.
4. Carlsen T et al. Effektiv læring med data fra egen praksis – erfaringer fra SATS-prosjektet. Tidsskr Nor Lægefor 1999; 119: 4306-9.
5. Johannessen KJ. Några tankar om tyst kunnskap. Dialoger 1988; 6: 13-28.
6. Schön DA. Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the professions. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

Kristin Prestegaard, f. 1955, spesialist i allmennmedisin, jobber i en 3-lege praksis i Skien. Medlem av Redaksjonsgruppa for Prosedyrepermen i Telemark, veiledningskoordinator i Legeforeningen for region Sør. De siste årene jobbet deltid på GRUK med kompetanseutvikling innenfor allmennmedisin.

Otto Brun Pedersen, født 1945 har klinisk praksis fra allmennmedisin, samfunnsmedisin og psykiatri. De siste årene har han jobbet på heltid på GRUK med kompetanseutvikling innenfor allmennmedisin, psykiatri og kommunale tjenester.



Nytt prinsipp



for behandling av
type 2-diabetes*

-  reduserer insulinresistens
-  forbedrer β -cellefunksjon
-  gir vedvarende glykemisk kontroll¹
-  1 tabl. daglig - uavhengig av måltid

Avandia "SB"
Antidiabetikum

ATC-nr.: A10B G02

TABLETTER, filmdrasjerte 4 mg og 8 mg: Hver tablett inneh.: Rosiglitazonmaleat tilsv. rosiglitazon 4 mg resp. 8 mg, laktosemonohydrat 22,7 mg resp. 45,4 mg, hjelpestoffer.

FARGESTOFF: Gult og rødt jernoksid (E172), titandioksid (E171).

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Antidiabetikum i klassen tiaolidindioner. *Virkningsmekanisme:* Rosiglitazon er en selektiv agonist for peroksisomal proliferatoraktivert gammareseptor (PPAR γ). Senker blodsukkernivået ved å redusere insulinresistens i fettvev, skjelettmuskulatur og lever. Den glukosereduserende effekten kommer gradvis, med tilnærmet maks. effekt på fastende plasmaglukose etter ca. 8 uker. I kombinasjon med metformin eller sulfonylurea reduseres insulinresistensen og betacellefunksjonen i pankreas forbedres. Den forbedrede glykemiske kontrollen er også forbundet med en signifikant reduksjon av frie fettsyrer i sirkulasjonen. Kombinasjonsbehandling med sulfonylurea eller metformin gir synergistisk effekt på glykemisk kontroll hos pasienter med type 2-diabetes. *Absorpsjon:* Absolutt biotilgjengelighet er ca. 99 %. Maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 1 time. Absorpsjonen av rosiglitazon påvirkes ikke av mat. *Proteinbinding:* Rosiglitazon ca. 99,8 %, hovedmetabolitten (parahydroksysulfat) ca. 100 %. *Fordeling:* Distribusjonsvolumet er ca. 14 liter. *Halveringstid:* Ca. 3-4 timer. Total plasmaclearance er ca. 3 liter/time. Halveringstiden til metabolitten er ca. 130 timer. *Metabolisme:* I utstrakt grad til parahydroksysulfat. Hovedsakelig via CYP2C8, og noe via CYP2C9. Det kan ikke utelates at metabolitten bidrar til aktiviteten. *Utskillelse:* Ca. 2/3 elimineres via urinen, ca. 25 % utskilles via feces.

INDIKASJONER: Rosiglitazon er indisert kun i kombinasjonsbehandling av type 2-diabetes mellitus hos pasienter med utilstrekkelig glykemisk kontroll tross bruk av maks. tolererbar peroral dose av enten metformin eller sulfonylurea i monoterapi. I kombinasjon med metformin kun til overvektige pasienter. I kombinasjon med sulfonylurea kun til pasienter som viser intoleranse for metformin, eller hvor metformin er kontraindisert.

KONTRAINDIKASJONER: Kjent overfølsomhet for rosiglitazon, eller noen av hjelpestoffene. Hjertesvikt, eller tidligere kjent hjertesvikt (NYHA I-IV). Redusert leverfunksjon. Rosiglitazon er kontraindisert til bruk i kombinasjon med insulin.

BIVIRKNINGER: Rosiglitazon i kombinasjon med metformin: *Hyppige (>1/100):* Blod: Anemi. Gastrointestinale: Diaré, flatulens, kvalme, abdominal smerte, dyspepsi. *Metabolske:* Hypoglykemi, hyperglykemi. *Øvrige:* Hodepine, tretthet, ødem. *Sjeldne (<1/1000):* Gastrointestinale: Oppkast, anoreksi, obstipasjon. *Metabolske:* Hyperlipidemi, laktatacidose, forverret diabetes mellitus, hyperkolesterolemi. *Øvrige:* Svimmelhet. Rosiglitazon i kombinasjon med sulfonylurea: *Hyppige (>1/100):* *Metabolske:* Hypoglykemi, hyperglykemi, vektøkning. *Øvrige:* Ødem. *Sjeldne (<1/1000):* Blod: Anemi, trombocytopeni. Gastrointestinale: Abdominal smerte, flatulens, kvalme, økt appetitt. Hud: Alopeci, utslett. Luftveier: Dyspné. *Metabolske:* Hyperkolesterolemi, hyperlipidemi, hypertriglyseridemi. *Øvrige:* Tretthet, asteni, søvnighet, svimmelhet, hodepine, parestesi. Laboratorieverdier: Enkelttilfeller av forhøyde leverenzymverdier og hepatocellulær dysfunksjon er observert. Svært sjeldent er fataalt forløp blitt rapportert, men kausal sammenheng med behandling er ikke vist.

FORSIKTIGHETSREGLER: Det er ingen erfaring med rosiglitazon i trippelkombinasjon med andre perorale antidiabetika. Skal ikke brukes som monoterapi. Kan forårsake væskeretensjon som i sin tur kan forverre eller fremskynde hjertesvikt. Pasienter bør observeres for tegn og symptomer på hjertesvikt, særlig de med redusert hjertekapasitet. Behandlingen skal seponeres dersom det oppstår noen form for forverring av hjertestatus. Rosiglitazon i kombinasjon med insulin har gitt økt forekomst av hjertesvikt. Hjertesvikt er hyppigere rapportert hos pasienter med kjent hjertesviktanamnese, hos eldre pasienter og hos pasienter med mild til moderat nyresvikt. Enkelte tilfeller av hepatocellulær dysfunksjon er rapportert. Det anbefales derfor at pasienter som behandles gjennomgår periodisk kontroll av leverenzymverdier. Leverenzymverdier bør sjekkes hos alle pasienter før en initierer behandlingen. Behandlingen bør ikke påbegynnes hos pasienter med forhøyet leverenzymnivåer (ALAT > 2,5 x øvre normalgrense) eller med andre tegn på leversykdom. Etter oppstart anbefales det at en monitorerer pasientens leverenzymverdier annenhver måned de tolv første månedene, og deretter gjør en periodiske kontroller. Dersom ALAT verdiene øker til > 3 x øvre normalgrense i løpet av behandlingen, skal disse verdiene verifiseres så raskt som mulig. Dersom verdiene fremdeles er > 3 x øvre normalgrense skal behandlingen avbrytes. Dersom en pasient utvikler symptomer som kan tyde på redusert leverfunksjon, som uforklarlig kvalme, oppkast, abdominal smerte, tretthet, anoreksi og/eller mørk urin, skal leverenzymverdiene kontrolleres. Beslutning om å fortsette eller avslutte behandlingen bør tas etter klinisk vurdering av laboratoriefunnene. Ved ikterus skal behandlingen avsluttes.

Det anbefales at pasientens vekt følges nøye. Behandlingen er assosiert med reduksjon av hemoglobinnivå. Hos pasienter med lave hemoglobinverdier før behandlingsstart, vil det være økt risiko for anemi i løpet av behandlingen. Som en konsekvens av forbedret insulin sensitivitet, er det observert gjenopptakelse av ovulasjon hos pasienter som har vært anovulatoriske pga. sin insulinresistens. Pasientene må informeres om muligheten for at de kan bli gravide, og dersom en pasient ønsker å bli gravid, eller blir det mens hun står på behandling, skal behandlingen seponeres. Rosiglitazon er ikke utprøvd på pasienter med alvorlig nyresvikt, og anbefales derfor ikke til disse pasientene. Erfaring hos pasienter under 18 år foreligger ikke, og preparatet anbefales derfor ikke brukt av denne aldersgruppen. Nyttan av langtidsbehandling med rosiglitazon er ikke dokumentert utover 24 måneder.

GRAVIDITET/AMMING: *Overgang i placenta:* Opplysninger mangler. Dyrestudier har vist reproduksjonsstoksisitet. Den potensielle risiko hos mennesker er ukjent. Skal ikke brukes under svangerskap. *Overgang i morsmelk:* Opplysninger mangler. Det er funnet spor av rosiglitazon i melk hos forsøksdyr. Skal derfor ikke brukes ved amming.

INTERAKSJONER: Samtidig bruk av paklitaxel. (CYP 2C8-substrat) vil sannsynligvis hemme metaboliseringen av rosiglitazon. Det advares mot samtidig bruk av paklitaxel. Siden NSAIDs og rosiglitazon begge er assosiert med væskeretensjon kan samtidig bruk øke risikoen for ødem.

DOSERING: Behandling skal startes opp av lege som har erfaring i behandling av type 2-diabetes. **Rosiglitazonterapi startes vanligvis med 4 mg/dag. Kombinasjon med metformin:** Dosen kan økes til 8 mg/dag etter 8 uker, dersom større glykemisk kontroll er nødvendig. **Kombinasjon med sulfonylurea:** Det foreligger ingen erfaring med doser utover 4 mg/dag i kombinasjon med sulfonylureaforbindelser. Kan doseres 1 eller 2 ganger daglig, med eller uten mat. **Eldre:** Ingen dosejustering er påkrevet. **Pasienter med redusert nyrefunksjon:** Det er ikke påkrevet med dosejustering hos pasienter med mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Bør ikke brukes til pasienter med alvorlig nyresvikt. **Pasienter med redusert leverfunksjon:** Skal ikke brukes til pasienter med redusert leverfunksjon.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Enkelt doser på opptil 20 mg har vært gitt uten bivirkninger. Ved overdosering anbefales symptomatisk behandling. Rosiglitazon er sterkt proteinbundet, og utskilles ikke ved hemodialyse.

PAKNINGER OG PRISER: 4 mg: Endose 56 stk. kr. 741,30, Enpac: 28 stk. kr. 371,10, 56 stk. kr. 741,30. 8 mg: Enpac: 28 stk. kr. 578,20.

¹) SPC godkjent av S.L.K. 24.10.2000

*) I kombinasjon med metformin eller sulfonylurea



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo.
Telefon: 22 58 20 00 - Telefaks: 22 58 20 05. www.gsk.no

Priser av: 02/2001 Preparatomtale: Avandia tabletter: Oktober 2000

den ALLMENN- MEDISINSKE KARAFFEL

Anta at du er fastlege i en gjennomsnittlig norsk kommune. Anta videre at din pasientpopulasjon er en gjennomsnittlig populasjon. Kommunestyret har vedtatt at dødeligheten og andelen langtidssykmeldte skal målbarbart ned over en 10 års periode. Hvordan vil du prioritere arbeidet med din pasientpopulasjon for å bidra til at kommunen sine mål kan nås? Eller, sagt med andre ord, hvordan vil du fordele det edle innholdet fra din allmennmedisinske karaffel for at festen skal bli mest mulig vellykket?

Vi vil gjerne ha besvarelsen strukturert slik:

A: I tillegg til kommunestyret sine mål, vil du også bruke andre indikatorer eller målestokker for arbeidet ditt? Bør fastlegekollegiet i fellesskap vektlegge andre indikatorer for hele kommunen? Hvordan vil du eventuelt monitorere virksomheten for å se at duldere er på rett spor?

B: Du kan naturligvis ikke gjøre alt mulig. Karaffelen må ikke være tom når hedersgjestene kommer. Hvordan vil du prioritere arbeidet for å nå de målene kommunestyret, fastlegene og du selv eventuelt har satt?

C: Hvilke muligheter tror du fastlegekollegiet i en kommune har for i fellesskap å oppnå målbare resultater for folkehelsen?

Besvarelsen kan være på maksimalt 1500 ord. Vi ser gjerne at du kort begrunner valgene og vurderingene dine. De trenger ikke være dokumenterte, men du må eventuelt kunne sannsynliggjøre at de er fornuftige

I dette nummeret bringer vi svar fra Arne Johannesen.

I neste nummer kommer svar fra Gunnar Hetland.

Vi utfordrer leserne til også å gå løs på oppgaven og sende inn svar!



Arne Johannesen,

kommuneoverlege i Skien
Cand. Med 1980, spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Leder av OLL fra 1998 –
Spesialinteresser: rusmiddelmissbruk, psykiatri, sosialmedisin og helsepolitikk.

Fastlegereformen gir en unik mulighet for den enkelte allmennlege å arbeide systematisk med en kjent pasientpopulasjon dersom ordningen fører til god kontinuitet i lege-pasientforholdet. Rammene som i dag er lagt rundt ordningen, skulle tilsi at sjansen for at så skal skje er svært gode. Etableringen av samarbeidsutvalg gir dessuten gode muligheter for en langt bedre dialog mellom allmennlegetjenesten og kommunen som forvaltningsenhet. En finansieringsordning som i enda større grad baserer seg på stykkprisfinansiering gir imidlertid liten mulighet for styring av virksomheten lokalt, siden økonomien til fastlegen blir fastsatt på statlig nivå, der kommunene har liten mulighet til å påvirke innholdet.

Hvordan kan fastlegen bidra til å redusere dødelighet og andelen langtidssykmeldte i en norsk kommune?

Forventninger fra kommunelege 1.

Fastlegen og folkehelsearbeid

Internasjonale studier har vist at en sterk primærhelsetjeneste kan ha positive effekter på folkehelse. Befolkningen er dessuten mer fornøyd med helsetjenesten der primærhelsetjenesten fungerer godt. Bruken av spesialisthelsetjenesten ser dessuten ut til bli mer kostnadseffektiv, likeså medikamentforbruket.¹

I denne besvarelsen stilles allmennlegen overfor utfordringen å bidra til økt overlevelse i befolkningen generelt og redusere sykefraværet spesielt. I forhold til den første målsettingen kan det med rette stilles spørsmål om det er stort helsetjenesten kan bidra med i et land der helsetilstand og levealder er blant de beste i verden. I beste fall kan en regne med en marginal påvirkning av gjennomsnittlig levealder. Det er imidlertid kjent at dødeligheten påvirkes av enkeltfaktorer som det er mulig å gjøre noe med, og der allmennlegen kan bidra.

I forhold til den andre målsettingen vil helsetilstanden være en av mange faktorer som påvirker sykefraværet.² Allmennlegen vil allikevel være en av premissleverandørene for et inkluderende arbeidsliv, og det må forventes at fastlegen bidrar til at målsettingen kan oppnås.

Innføring av fastlegeordningen gir kommunelege 1 en unik mulighet til bruke allmennlegetjenesten i folkehelsas tjeneste. Ved å utvikle gode aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten kan fastlegen bidra med en fortløpende oversikt over befolkningens helsetilstand.³ Dette kan i neste omgang føre til målrettede tiltak mot særskilte forhold i befolkningen som fører til økt sykkelighet og dødelighet. Noen av disse til-

takene vil kunne være rettet mot pasientpopulasjoner, der allmennlegene vil være sentrale i behandling av sykdom og påvirke livsstil. Andre tiltak vil måtte rette seg mot befolkningen generelt eller strukturelle forhold som påvirker folkehelse.

Planprosessen

Som kommunelege 1 ser jeg muligheter for at fastlegen kan bidra i prosessen fram mot fastsetting av målsettingen allerede på planstadiet. Før kommunestyret fatter sitt vedtak, bør allmennlegerådet ha uttalt seg om hvilke muligheter legetjenesten har for å bidra til å nå de målene kommunen har satt seg. Gjennom en oversikt over sykkelighet og dødelighet i kommunen kan det finnes fram til forhold som det er mulig å arbeide mer systematisk med. I den grad det finnes forbedringsmuligheter bør det dessuten foretas en etisk vurdering av de mulige tiltakene som kan føre til en bedret overlevelse i kommunen. Er befolkningen tjent med å settes på lipidsenkende midler for å redusere dødelighet? Hvilke bivirkninger vil i så fall kunne forventes? Er det riktig å intervensere på individnivå i forhold til rusmiddelbruk når alkoholpolitikken liberaliseres gjennom lavere priser og økt tilgjengelighet? Er det riktig å fokusere på bedre kosthold og mer mosjon når de som kanskje trenger rådene best ikke har råd til dyrt frukt og grønt eller betale inngangsbilletten til dagens mosjonstrender?

I forhold til sykefravær vil det være viktig å vurdere arbeidsmarkedet i kommunen og se på andre faktorer som påvirker fraværet. Hvordan er arbeidsledigheten? Hvordan stiller arbeidsmarkedsetaten seg til attføring? Hvilke muligheter er det for tilrettelagt arbeid i de enkelte virk-

somhetene? Er det mulig å ta ut restarbeidsevne eller er virksomhetene preget av høyt tempo og strenge inntjeningskrav? Dette er forhold som vil påvirke legenes mulighet til å bidra til et redusert sykefravær. Når dette er kartlagt kan legene i større grad ha forventninger om sin egen innsats, noe som helt sikkert vil påvirke deres vilje til å bidra til å nå målet.

Folkehelse og sykdomspanoramaet er i stadig forandring. I dag ser vi megatrender der ulikhet i helse basert på sosioøkonomisk status forsterkes. En stor andel av den økte risiko kan forklares ut fra livsstil og miljø. Intervensjon på individnivå kan bidra til at risikoadferd endres. Dette er imidlertid en prosess som krever tid og tillit. Fastlegen skal representere en trygg og tilgjengelig tilknytning til helse-tjenesten. Spesielt gjelder dette for marginaliserte grupper. Kjennskap til sosioøkonomiske forhold hos pasienter krever kontinuitet over lengre tid og metodikk for å synliggjøre disse.¹

Prioritering

Jeg har derfor forventninger til at allmennlegene vil prioritere de gruppene som vil ha størst behov for deres tjenester. Det er mye som tyder på at dette ikke er den gruppen som søker legene i størst grad. Det vil derfor være behov for å diskutere en mer proaktiv rolle i forhold til disse gruppene. Hvordan en best kan bidra til dette bør være sentralt tema i de allmennmedisinske fagmiljøene? Hvor stor vekt skal det legges på sosialanamnese og risikokartlegging i konsultasjonen? Skal det utvikles et innkallingssystem basert på kartlegging av risiko?

I forhold til langtidssykmeldte vil fastlegen sitte med kunnskap om sykehistorie over tid. Dette vil være en viktig kunnskap som vil kunne predikere muligheter for tilbakeføring til ordinært arbeid, eller om det er behov for en mer tilrettelagt arbeidssituasjon. Det viktigste grepet i dag for å få ned andelen langtidssykmeldte er sannsynligvis en mer aktiv innsats på arbeidsplassen. Den vil imidlertid være avhengig av trygdens medvirkning. Allmennlegene bør medvirke til at det etableres kontakt mellom disse partene tidlig i et sykmeldingsforløp for å styrke mulighetene for en raskere tilbakeføring i arbeidslivet.

Prioritering av noe betyr nedprioritering av noe annet. Det er ikke enkelt i dagens allmennpraksis der kontakten ofte initieres av pasientene selv. Å styre legesøkningsatferden er derfor en stor utfordring for allmennlegetjenesten. Det er

ingen grunn til å tro at vi vil komme i en situasjon der det er så stor kapasitet i allmennlegetjenesten at den kan favne alt. De allmennmedisinske fagmiljøene vil måtte være den drivende kraften i å definere allmennlegenes arbeid.

Min rolle som kommunelege 1 vil være å støtte allmennlegene i de prioriteringsvalg som gjøres. Forventningene mine er allikevel at prioriteringene må være kunnskapsbaserte og faglig forsvarlige. Legenes honorarsystem må også reflektere dette. Økonomiske insentiver er sterke drivkrefter i enhver sammenheng. Et honorarsystem som honorerer hyppige og korte kontakter kan øke produktiviteten i en praksis, men ikke nødvendigvis effektiviteten. Honorering av prosedyrer kan øke effektivitet dersom det er de riktige prosedyrene som honoreres. Men det kan også føre til at prosedyrer brukes ukritisk i inntektsøymed og tar fokus bort fra en mer hensiktsmessig prioritering av oppgaver. Ansvar for dette ligger hos forhandlingspartene. Jeg er ikke i tvil om at en riktig takstprofil også vil øke verdien av de edle dråpene som finnes i den allmennmedisinske karaffel.

Hva er så mulighetene ?

Allmennmedisinen har gjennom fastlegeordningen fått den rettmessige plassen den fortjener. Jeg har i dette innlegget forsøkt å vise at en rett prioritert allmennmedisin kan påvirke folkehelse i gunstig retning og bidra til at retten til arbeid blir en realitet også for dem som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Det krever imidlertid at kommunen som oppdrags- eller arbeidsgiver legger forholdene til rette for det og inviterer allmennlegetjenesten med i planlegging og prioritering av tiltak og tjenester. Samtidig må allmennlegene bidra med sin kunnskap om befolkningens helse og organisere sitt arbeid på en slik måte at de prioriterer de oppgavene som gir størst helsegevinst for sin pasientpopulasjon. Da tror jeg fastlegekollegiet i en kommune har mulighet for i fellesskap å oppnå målbare resultater for folkehelse. Jeg gleder meg til fastlegeordningen!

Referanser:

1. Allmänmedisinens bidrag til effektiv ressursanvändning i hälso- og sjukvården; SoS-Rapport 1999.19 Socialstyrelsen, Sverige
2. Norges offentlige utredninger. Sykefravær og uførepensjonering. NOU 2000:27. Statens forvaltningstjeneste, Oslo 2000
3. Aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten. Rapport fra forprosjektet SEDA. Sosial- og helsedepartementet 18.02.2000
4. Gulbrandsen P. Social context in general practice. Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Universitetet i Oslo

Kasuistikk og beslutning

Hva gjør man med en frisk 60-åring?



Per Wium,

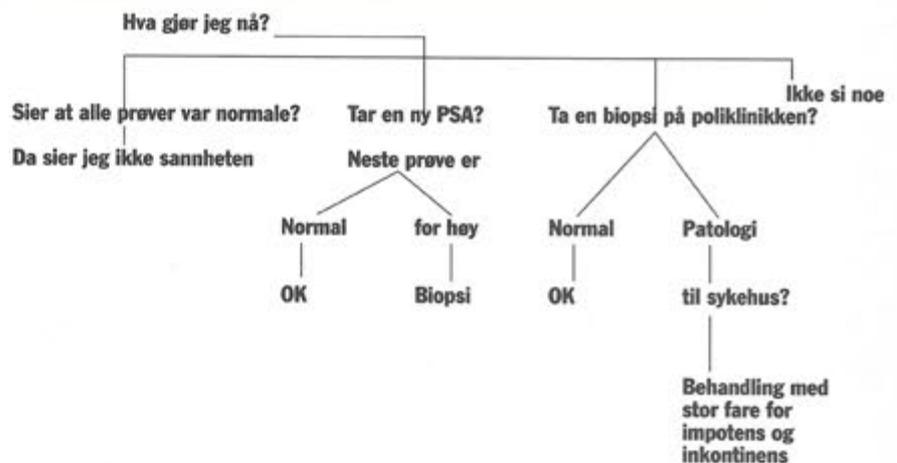
seniorrådgiver i Statens helsetilsyn. Han startet Utposten i 1972 sammen med Harald Siem og Tore Rud. De var alle tre på den tid distriktsleger på øyene i ytre Romsdal, kommunene Aukra Midsund og Sandøy. Etter den tid Bydelslege I på Romsås og i bydel Marka, overlege ved Sykehusrådmannens kontor i Oslo kommune. I 1988 begynte han som leder av kontoret for arbeidsmiljø og helse i Næringslivets Hovedorganisasjon, og siden 1993 har arbeidsstedet vært Statens helsetilsyn. Han har der oppgaven som rådgiver i internasjonale helsespørsmål med hovedvekt på WHO, EU og Europarådet. I en periode var han leder for Europarådets helsekomité i Strasbourg. Spesialist i samfunnsmedisin og MPH fra Leeds University

Ottar Karlsen har gått hos meg i 10 år med et lett forhøyet blodtrykk som han får 5 mg Centyl for. Dette har gitt ham normalt blodtrykk. Han er ansatt i Staten og har sin store hobby i Turistforeningen med turer vinter og sommer. Fysisk og psykisk er han i meget god form.

På siste kontroll spurte jeg ham om vannlatingen begynte å bli treg, og han innrømmet at det ikke var som da han var 20 år. Jeg krysset derfor av på PSA testen fordi jeg også skulle ta elektrolytter og kreatinin samt blodsukker. Han ble informert om hvilke prøver jeg tok, men hadde aldri hørt om den nye PSA testen. Øvre grense for denne testen satt til 4 mikrogram per liter (my/l). I tillegg eksplorerte jeg ham og fant en prostata fast elastisk uten knuter, som muligens var litt stor.

Under denne prosessen får jeg inn brosjyren fra SMM, Helsetilsynet og andre som sier:

Ikke ta PSM av friske menn fordi du oppdager ikke prostatakreft på et så tidlig tidspunkt at det gir pasienten et lengre liv. I tillegg kan en eventuell behandling for prostatakreft gi redusert livskvalitet med impotens og urinlekkasje.

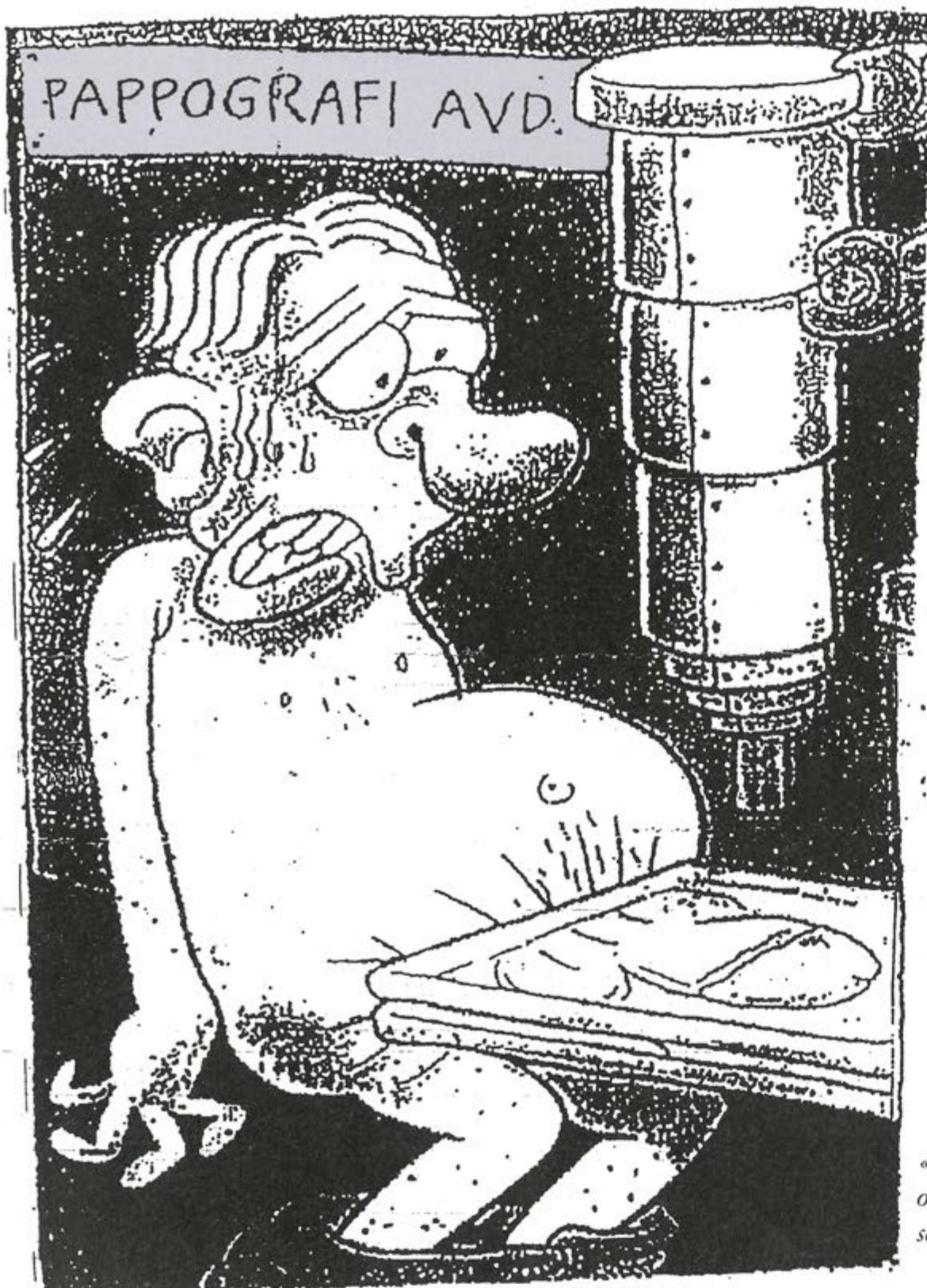


Svaret på laboratorieprøvene viste normale verdier, bortsett fra PSA sp, var 7 my/l

Norske leger har økt antall PSA tester fra 136000 i 1996 til 192000 i 1999. Størst økning ser man i Agderfylkene. Hvorfor gjør vi dette? Sykeligjør vi norske menn?

Jeg skulle ønske jeg ikke hadde tatt PSA testen av den friske 60 åringen.

Når så mye er sagt er det viktig å understreke at testen kan brukes i oppfølgingen av behandling for prostatakreft. Det diskuteres også om man bør bruke den på menn som har betydelige symptomer fra urinveiene. Foreløpig er imidlertid konklusjonen: Ikke bruk testen som undersøkelse «for sikkerhets skyld». Du kan gjøre mer skade enn gagn for pasienten.



«Vi vil
også ha vår
screening»

**Velkommen til
det første internasjonale
La Mancha-seminaret i medisin
20.-25. oktober, Spania, 2001!**

Vi ønsker å tilrettelegge et faglig og klinisk nyttig seminar for leger som ønsker faglig og personlig påfyll.

Seminaret ønsker å sette fokus på de kliniske utfordringer man møter i legerollen, med særlig vekt på ulike ofte strevsomme – fasetter i samspillet mellom pasient og lege. Det siktes mot en dypere forståelse av kreftene i dette samspillet, for å bidra til å styrke den faglige og fagetiske utvikling. Seminaret vil også kunne fokusere spesielle tema og pasient/diagnosegrupper. Seminaret holdes i *Parador de Cuenca*, et gammelt spansk kloster sør for Madrid.

Seminaret vil hvert år invitere anerkjente forelesere og forskere fra Skandinavia, kontinentale Europa og USA. Seminaret vil årlig rullere mellom ulike slott, borger og klostre i Spania.

Årets tema er: *Legens hverdag. Himmel og helvete?* Seminaret vil handle om å ta vare på seg selv i legerollen å unngå utbrenthet. En vil fokusere på en del av de personlige utfordringer man møter i en krevende hverdag.

Forelesere: Psykiater Finn Skårderud; 1. amanuensis i allmenntillegning Edvin Schei; konsernoverlege og spesialist i arbeidsmedisin Ole Miltzow Thorseth; klinikkisjef Kari Lossius; medisinsk direktør og spesialist i allmenntillegning Atle Klovning; professor i kunsthistorie Gunnar Danbolt m.fl.

Seminaret søkes godkjent i forhold til spesialitetene i allmenntillegning/sosialmedisin/arbeidsmedisin.

Kursavgift: kr. 3000,-. Reise, opphold og full pensjon betales i 3 avdrag á kr. 3750,-. Spesialpris for ledsagere.

For videre opplysninger se:
<http://www.polarnet.no/lamancha>

Nærmere informasjon og påmelding: La Mancha-seminaret v/Edith Beyer, Via Flyspesialisten, Postboks 1966, Nordnes, 5817 Bergen.
Tlf. 55 54 36 02 og 55 54 36 30. Fax: 55 54 36 40.
Forespørsler over e-post: doulie@online.no eller Edith.Beyer@flyspesialisten.no

Påmeldingsfrist: 15. juni 2001.

Kursleder: Overlege Øystein Bredesen

C Livial® «Organon»

Syntetisk steroid med vevsspesifikk effekt. ATC-nr G03D C06

TABLETTER: Hver tablett inneholder: Tibolon 2,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Forebyggelse av knokkemineralitetap hos postmenopausale kvinner som er spesielt disponert for osteoporose.

Kontraindikasjoner: Kjente eller mistenkte hormonavhengige tumorer. Kardio- eller cerebrovaskulære forstyrrelser som trombofleitt, tromboemboliske lidelser eller slike tilstander i anamnesen. Vaginalblødning av ukjent årsak. Alvorlige leverfunksjonsforstyrrelser.Graviditet.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Gjennombruddsblødninger eller spotting initialt. Øvrige: Hodpine, ødem. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Sentralnervesystemet: Depresjon. Hud: Kløe, utslett. Urogenitale: Utfloed. Øvrige: Brystspenning, vektøkning, svimmelhet, migrene, hirsutisme.

Forsiktighetsregler: Grundig generell og gynekologisk legeundersøkelse bør foretas før behandling starter og ca. 1 gang pr. år. Risiko og nytte av behandlingen bør veies mot hverandre hos kvinner som har eller har hatt leversykdom eller lipid- og lipoproteinforstyrrelser. Behandlingen bør seponeres ved tegn på tromboemboliske lidelser, ved unormale leverfunksjonstester eller gulsott. Initiale vaginalblødninger eller spotting kan skyldes resterende effekt av endogene eller eksogene østrogener. Blødning som oppstår etter tre måneders behandling eller vedvarende blødning krever adekvat diagnostikk. Preparatet har ingen kontraseptiv effekt.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: De farmakologiske effektene til tibolon indikerer at substansen kan være skadelig for fosteret. Tibolon er vist å gi postimplantasjonsavstøtninger i dyreforsøk og å være teratogent i kaniner. Tibolon er kontraindisert ved graviditet. Overgang i morsmelk: Opplysninger mangler. Tibolon bør ikke brukes ved amning.

Interaksjoner: Fordi tibolon kan øke den fibrinolytiske aktivitet kan effekten av antikoagulantia forsterkes. Slik effekt har vært påvist med warfarin.

Dosering: Behandlingen bør ikke starte tidligere enn 1 år etter menopause. 1 tablett daglig kontinuerlig. Kvinner som går over fra et østrogensekvenspreparat anbefales å starte behandlingen etter at progestogenfasen er fullført. Symptomlindring oppnås vanligvis i løpet av få uker, men best resultat oppnås når behandlingen fortsetter i minst 3 måneder.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Overdosering kan forårsake kvalme, brekninger og evt. vaginalblødning hos kvinner. Behandling: Symptomatisk.

Pakninger og priser: Kalenderpakning:

28 stk. kr 221,40 – 3 x 28 stk. kr 594,00 (08/99)

Referanser:

- 1) Erel CM, Elter K, Akman C, Ersavasi G, Altug A, Seyisoglu H, Ertungaep E. Mammographic changes in women receiving tibolone therapy. *Fertil Steril* 1998; Vol 69, No 5: 870 - 75.
- 2) Valdivia I, and Ortega D. Mammographic density in Postmenopausal Women Treated with Tibolone, Estriol or Conventional Hormone Replacement Therapy. *Clin Drug Invest* 2000; 20 (2): 101-07
- 3) Rosenberg RD, Hunt WC, Williams MR, Gilliard FD, Wiest PW, Kelsey CA, et al.: Effects of age, breast density, ethnicity, and estrogen replacement therapy on screening mammographic sensitivity and cancer stage at diagnosis: review of 183,134 screening mammograms in Albuquerque, New Mexico. *Radiology* 1998, 209:511-18.
- 4) Kavanagh AM, Mitchell H, Giles G. Hormone replacement therapy and accuracy of mammographic screening. *The Lancet* 2000; Vol 355: 270-74.

ORD OM ORD

Mange ord i språket vårt har en opprinnelse som for lengst er glemt, og ofte kan vi heller ikke uten videre tenke oss til hva ordene egentlig betyr. Vi håper leserne vil finne glede i en spalte der vi vil ha små epistler om ord vi bruker til daglig, men som de færreste av oss kan forhistorien til. I denne spalten er det mer enn ønskelig med innlegg fra leserne. Det sitter vel kolleger rundt om i landet med kunnskap på feltet, og her får de altså muligheten til å utfolde seg for et bredt publikum!

Speculum

«Nå skal jeg bare sette inn denne her (til å se med)» sier jeg til kvinnen som kommer for en gynekologisk undersøkelse. Jeg har aversjon mot fremmedord i konsultasjonen og har ikke funnet et godt norsk ord for spekulum, men lider under det upresise «denne (herre her' – enda verre!)». Å kunne ordets opprinnelse hjelper lite på denne floken. Det latinske «specere» betyr «se» og gjenfinnes i mange moderne ord. *Speil* er jo noe man ser inn i. Dette ordet finner man i lett gjenkjennelig form i de fleste europeiske språk unntatt islandsk der det heter «skugg-sjá» («skyggebildeseer!»). Engelskmennene og franskmennene bruker riktignok «mirror»/«miroir» som har sin opprinnelse i det mer vulgær-latinske «mirari» som også betød «se». Begge disse språkene har en mer dagligdags versjon med «looking-glass» eller bare «glass/glace».



Spektakkel, oftere omskrevet til *spetakkel*, har i dagens betydning mer med det man hører enn det man ser å gjøre. Opprinnelig betød dette ordet skuespill, altså noe man så (og hørte). Tidens gang har så endret ordets betydning til *støy*, noe som vekker oppsikt med sitt urolige vesen.

Et *aspekt* ved en sak betyr «en måte å se det på» eller «en side av saken». *Spektrum* betyr billede, og plutselig har valget av navnet Oslo Spektrum blitt et (dog ikke gynekologisk!) aspekt ved denne lille ordhistorien.

Inspeksjon, *spå*, *perspektiv*, *respekt* (eg. «se en gang til»), *spekulere*, *spesiell* og *spion* hører også med her som (når man først oppdager det!) er lette å henlede på det opprinnelige «specere».

Intet av dette avhjelper min nød, hva skal jeg si til kvinnen hvis jeg vil snakke norsk og skal forklare hva jeg gjør når jeg setter inn spekelet? Jeg hverken spår eller spionerer, å si at jeg skal bare se og så dytter inn en til tider kald metallgjenstand blir også litt feil!

Refreng

Det latinske ordet «frangere» betyr bryte. «Fragil» som betyr skjør, lett brytbar, «fragment» (bruddstykke), «fraksjon» og «fraktur» som i vårt miljø bare forbindes med benbrudd, men også er navn på en tysk boktrykkertype med gotiske eller «krøllete» bokstaver, har samme opprinnelse.

Refreng er noe som brytes gjentatte ganger, og beskriver en teknikk for å gjøre sanger bedre og få forsamlingen med når hovedteksten er litt dårlig innlært. Dette er altså nok et låneord fra det store utland. Den oldnorske varianten «omkvæd» (kvad som gjentaes) er dessverre blitt for gammeldags, men har jo et morsomt historisk fotfeste fra den tid nordmenn var vikinger og språket var mindre påvirket av fint folk sørover i Europa.

Jannike Reymert

Kilder:

William S. Haubrich: Medical meanings. American College of Physicians, Philadelphia. 1997.
Politikens ORD MED HISTORIE, Politikens forlag, København. 1997.

En mann nordfra, på gjennomreise i bygda måtte oppsøke legekantoret fordi han hadde fått problemer med sitt venstre øye.

Han kom først til medarbeideren som kunne konstatere at hans venstre øye var rødt, irritert og med puss... Hun registrerte imidlertid også at det var noe særs rart med mannens høyre øye. Det høyre øyet så høvent og meget spesielt ut. Hun lurte på hva hadde vært utsatt for siden han hadde problemer med begge øynene?

*Historier fra
virkeligheten*

Da kunne denne røslige og blide karen fra Vestrålen fortelle at; «– nei det høyre øyet var han blitt blind på etter en sykehustabbe. Legen hadde mistet noe som var svært skarpt, rett ned på øyet. Det ble infeksjoner og komplikasjoner som resulterte i at han ble blind på dette øyet.» Vestrålingen fortalte muntert om alle komplikasjonene og alle sykehusbesøkene han hadde hatt i sakens anledning. Medarbeideren ble nok litt rystet over behandlingen mannen hadde fått og hun mente at dette burde han ha søkt om erstatning for!

Da smilte Vestrålingen og sa; «– nei, ka du tru... æ har' kje betalt ei krona..



Lyrikk

En Lyrisk stafett

I denne 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 **Tone Skjerven – lagleder**

Det er spennande å få ein stafettpinne, i alle fall ein lyrisk-stafettpinne. Det er eit vell av rikdom og visdom i poesien. Eg er likevel ikkje i tvil om kva dikt eg vil dele med dykk.

Som allmennpraktikarar lever vi med orkesterplass til livet. Vi ser menneske i glede og i sorg, i fortvilelse og resignasjon. Vi ser dei i ulike faser – og vi ser dei gjennomleve ulike faser.

Mange har så store tap – og så djup ei sorg. I kriser er vi sårbare, og nyansane forsvinn lett. Greier vi å vere audmjuke og lyttande trur eg mange vil oppleve at dei møter ein kvit fugl. Det gjeld i møte med både kolleger og pasientar.

Ragnvald Skrede har fanga denne livsvisdomen i diktet «Den kvite fuglen»

Eg sender stafettpippen vidare til Sandnes og to gode allmennpraktikarvener; Oddny Bilstad og Kåre Øygarden.

*Vennlig hilsen
Solveig Ulstein*

Den kvite fuglen

*Vil einkvan deg vel,
flyg ein kvit fugl or hjarta hans,
kjem til deg
og kvittrar kjærleg.*

*Vil einkvan vondt,
kjem svart fugl,
set seg på stein,
stirer stingande.*

*Til kvardags har alle fuglar
mellomfargar.*

*Men ligg du i avgrunnen,
står du på tinden,
da er alle fuglar
kvite ell svarte.*

*Gløym aldri aldri
den kvite fuglen
som kom i avgrunnen
og kom på tinden!*

Ragnvald Skrede

EDB @ SPALTEN

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.

Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg

Tlf. j.: 56140661 Tlf.p.: 56141133, Fax: 56150037

E-mail: john.leer@isf.uib.no

Om hundre år...

Først til de som leste denne spalten i nr 2/2001 hvor jeg kom til å antyde at det var Ola Lind som hadde gjort Knut Hamsuns «Om hundre år er allting glemt» til sitt uttrykk. Det ble påtalt pr e-post straks bladet kom fra trykkeriet. Ingen medfølelse å spore i forhold til et katastrofalt harddisk-krasj.

Nå skal det i rettferdighetens navn nevnes at det ikke var Hamsun som brukte uttrykket først. Det forekommer i en vise fra 1809 av forfatteren Carl Søbørg (1775–1852) og finnes også hos Peder Syv: «Om hundrede aar hvor ere vi da.» som angivelig hentet sitt uttrykk fra en spansk variant (tok en spansk en?): «A cabo de cien annos los Reyes son villanos, y a cabo de ciento y diez los villanos son Reyes» (Om hundre år er kongene røvere, og om hundre og ti røverne konger).¹ Det var først i 1904 at Hamsun² brukte uttrykket som tittel på ett av diktene i «Det vilde kor». Ola Lind³ fulgte opp med stadig å bruke en annen variant: «Det er mange ting i hundre år» – i hvert fall i årene 1967–70, og jeg vil ikke bli forbauset om han har fortsatt med det.

Nå er ny harddisk fra Dell⁴ på plass med alle data reddet tilbake etter dyrekjøpt innsats fra Ibas as⁵ på Kongsvinger. Det er proffe folk! Fortsatt lagring for den fremtidige glemsel kan hermed fortsette.

Utposten⁶ har hatt nedgang i antall abonnenter de siste årene og det er bekymringsfullt.

Siden 1995 har hvert eneste nummer blitt lagt ut i fulltekst på www. Er det en medvirkende årsak til reduksjonen i an-

tall belatende bladabonnenter? Redaksjonen er inne i en tenkerunde om dette og i hvert fall fram til redaksjonen har kommet til en konklusjon blir ikke Utposten lagt ut på web.

Uten sammenligning forøvrig finnes BMJ⁷ i fulltekst på www siden 1994. Der har redaksjonen gjort et bevisst valg og mener at web-utgaven bidrar til å holde abonnementstallene oppe eller sogar til å øke dem. Også Tidsskrift for Dnl⁸ finnes i fulltekst på www og har nå tilbud om pdf-filer⁹

for utskrivning av sidene i samme layout som den trykte utgaven til egen skriver slik også BMJ har det. Alt «gratis» slik jo meningen med www har vært fra starten av. At masser av dot.com-spekulanter vil tjene seg rike på vår bruk av internett må vi ikke la oss forlede av!

Det er spennende tider.

Hvordan blir det om hundre år?

Askøy, mai
John Leer

Referanser:

- 1 Bevingede ord ved Snorre Evensberget og Dag Gundersen. Gyldendal 1967. ISBN 82-525-1060-4
- 2 Knut Hamsun http://www.jeberg.com/mikkel/hamsun/hamsun_boger.html <http://www.tiden.no/cinetpubwebroot/katalogen/1999/gyldendal/264562.html>
- 3 Ola Lind http://www.uib.no/info/dr_grad/1999/lind.html
- 4 Dell <http://support.euro.dell.com/no/no/home.asp>
- 5 Ibas as <http://www.ibas.no>
- 6 Utposten <http://www.uib.no/isf/utposten/utposten.htm>
- 7 BMJ <http://www.bmj.com/all.shtml>
- 8 Tidsskriftet for Dnl⁸ <http://www.tidsskriftet.no>
- 9 Adobe Acrobat Reader <http://www.adobe.com/products/acrobat/alternate.html>



Forbigående og kortvarige søvnvansker kan løses med

Zopiklon NM

Se prisen:

5 mg:
100 stk. kr 165.20
30 stk. kr 73.00
10 stk. kr 53.10

7,5 mg:
100 stk. kr 167.40
30 stk. kr 73.90
10 stk. kr 55.30



B Zopiklon "NM Pharma"
Hypnotikum ATC-nr.: N05C F01

TABLETTER 5 mg og 7,5 mg: Hver tablett inneholder Zopiklon 5 mg, resp. 7,5 mg, lactos. 20,5 mg, resp. 30,8 mg, const. q.s. Fargesstoff: Titandioksid (E171). Tabletter 7,5 mg med delstrekk.

Egenskaper: Klassifisering: Cyklopyrrolonderivat, kjemisk og strukturelt ulik andre hypnotika. Virkingsmekanisme: Zopiklon har høy affinitet for bindingssteder innefor GABA-reseptorkomplekset, der det inducerer spesifikke konformasjonsforandringer og forsterker den normale transmisjonen av signalsubstansen GABA i CNS. Hurtig innsettende effekt (ca. 30 minutter), forkorter innsovningstiden, forlenger søvnens varighet og minsker antallet nattlige oppvåkninger. Mengden av REM-søvn og dyp søvn (stadium III og IV) opprettholdes.

Absorpsjon: Maks. plasmakonsentrasjon oppnås innen 1-2 timer. Biologisk tilgjengelighet ca 80%. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 1,3 liter/kg. **Halveringstid:** 4-6 timer, økende til 7 timer hos eldre pasienter. Halveringstiden er betydelig for lenget ved leversvikt. **Metabolisme:** Hovedsakelig i leveren gjennom dekarboksylering. **Utskillelse:** Ca. 5% utskilles uforandret gjennom urin, og resten som metabolitter uten klinisk betydning.

Indikasjoner: Forbigående og kortvarige søvnvansker. Som støtterapi i begrenset tid ved behandling av kroniske søvnvansker.

Kontraindikasjoner: Alvorlig leversvikt.

Bivirkninger: De vanligste bivirkninger er bitter smak,

som oppleves hos ca. 4% av pasientene, munntørhet og tretthet om morgenen. Sjeldnere bivirkninger er angst, uregelmessige halsinsusjoner og anterograd amnesi. Reaksjoner som forvirring, eksitasjon, adferdsforstyrrelser og dysfori er også rapportert.

⚠ Forsiktighetsregler: Mulighet for tilvenning eller misbruk bør alltid vurderes ved forskrivning av preparatet. Forsikthet bør utvises ved nedsatt leverfunksjon, myasthenia gravis, ved behandling av pasienter med nedsatt allmentilstand og misbrukere. Forsikthet må også vises ved samtidig behandling med andre psykofarmaka eller ved inntak av alkohol. Kan påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsikthet hos bilførere og personer som betjener maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Behandlingen bør ikke strekke seg ut over 2-4 uker. Klinisk dokumentasjon hos barn mangler. Søvnvansker kan bero på psykisk eller somatisk sykdom. Søvnproblemer bør derfor utredes med henblikk på dette. Behandling med sovemedisin bør være av kort varighet eller intermitterende for å redusere risikoen for seponeringsproblemer. Brl seponering ved bruk av sovemedisin kan lede til tiltagende urolig søvn noen netter. Samtidig bruk av alkohol bør unngås.

Graviditet/Amning: **Overgang i placent:** Klinisk erfaring hos gravide er begrenset. Dyreeksperimentelle data viser ikke økt risiko for fosterskade. Negative farmakologiske effekter på fosteret og/eller det nyfødte barnet slik som hypotoni, påvirkning av respirasjonen og hypotermi kan ikke utelukkes. På grunnlag av dette anbefales ikke behandling under graviditet. **Overgang i morsmelk:** Zopiklon går over i morsmelk. Mengde zopiklon som gjennfinnes i morsmelken er ca. 50% av mengden i morsens plasma. Selv om konsentrasjonen av zopiklon i morsmelk er lav, bør ikke zopiklon gis til ammende kvinner.

Interaksjoner: Den sentralt dempende virkning kan forsterkes av stoffer av typen hypnotika, sedativa, narkotiske analgetika,

generelle anestetika, transpallizers, neuroleptika, antihistaminer og av alkohol. Se Interaksjonstabellen i Felleskatalogen 2000. (E 1336 psykoleptika, 1366 benzodiazepiner, 1406 zopiklon).

Dosering: For å sikre optimal behandling bør dosen tilpasses pasientens alder, vekt og allmentilstand, samt type søvnforstyrrelse. Behandlingen bør startes med lavest mulig dose. Skal tas kort tid før en går til sengs. **Jamsvningvansker og forstyrret nattesøvn:** **Voksne:** 5 mg. Kan ved behov økes til 7,5 mg. **Eldre:** 3,75 mg. Kan ved behov økes til 5 mg (inntil 7,5 mg ved forstyrret nattesøvn). **For riddig oppvåkning:** **Voksne:** 7,5 mg. **Eldre:** 5 mg. Kan ved behov økes til 7,5 mg. Bør fortruisvis gis intermitterende.

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Varierende grad av CNS-depresjon, fra desigbet til koma, som avhenger av den inntatte mengde zopiklon. Overdosering antas ikke å være livstruende med mindre det samtidig er inntatt andre CNS-dempende midler inkl alkohol. **Behandling:** Generelle forholdsregler tas, overvåking av respirasjon og blodtrykk, ev. aspirasjon. Hemodialyse er av liten verdi pga. zopiklons store distribusjonsvolum. Flumazenil kan foreseses som antidot.

Pakninger og priser: 5 mg: Endos: 100 stk kr 165,20, 30 stk. kr 53,10 30 stk. kr 73,00

7,5 mg: Endos: 100 stk kr 167,40, 10 stk. kr 55,30, 30 stk. kr 73,90

Veil utsalgspris fra apotek. Priser fra NMD's prisliste pr. august 2000.

- alltid rimeligst,
- generisk navn (virkestoff) + NM
- bidrar til Pharmacias forskning

Gjerdrums vei 10B 0486 Oslo Telefon: 22 18 41 21 Telefax: 22 23 25 24

NM Pharma