



Innhold:

Leder: Hvem er vi og hvem blir vi? Av INGILD MENES SØRENSEN OG IVAR SKEIE	s 3
Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten gjennom 30 år Av EYSTEIN STRAUME	s 4
Utpostens dobbelttime. Intervju med Bente Prytz Mjølstad og Ole Christian Mjølstad Av IVAR SKEIE	s 8
Påvisning og behandling av høyt blodtrykk – problemområder Av IRENE HETLEVIK	s 12
– En spesiell tanke rundt problem- stillingen mild ukomplisert hypertensjon Av TOR-ERIK WIDERØE	s 14
Bruk av legemidler hos eldre Av OLAV SPIGSET	s 18
Fastlegeordninga i Sogn og Fjordane – suksess eller fiasko? Av PETTER ØGAR	s 21
Dykkerulykker Av JAN RISBERG	s 25
Send samfunnsmedisineren i dusjen Av OLAV NORDVISTE	s 28
Folkehelse, samfunnsmedisin og tidsåndens tyranni Av MAGNE NYLENN	s 30
Allmennleger – antall og utvikling – 1995–2003 Av ANDERS TARALDSET	s 34
Faste spalter	s 36

UTPOSTEN

Kontor:

RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22. Fax 63 97 16 25

Mobil: 907 84 632

E-mail: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jannike Reymert

Koordinator

Skogstien 16, 7800 Namsos

Tlf. 74 27 33 50. Faks: 74 27 54 10

E-mail: jannike.reymert@c2i.net

Helen Brandstorp

Christian VII'sgt. 12, 9012 Tromsø

Tlf. priv.: 77 69 46 91.

Tlf. jobb.: 77 62 60 00

Mobil: 991 52 115

E-mail: helen.brandstorp@unn.no

Tor André Johannessen

Kleistgt. 6, 7018 Trondheim

Tlf. priv.: 73 51 74 66

Tlf. jobb.: 72 55 71 60

E-mail: toran-j@online.no

Ola Nordviste

Hegdehougsveien 20, 0167 Oslo

Tlf. priv.: 22 60 60 92

Mobil: 481 26 688

E-mail: nordviste@c2i.net

Ivar Skeie

Ragnhildsvei 15 b, 2819 Gjøvik

Tlf. priv.: 61 17 70 03

Tlf. jobb.: 61 13 67 80

Mobil: 917 35 632

Faks jobb.: 61 13 67 50

E-mail: ivskeie@online.no

Anders Svensson

Boks 181, 8465 Straumstjøen

Tlf. priv.: 76 13 85 60, Tlf. jobb.: 76 11 42 10

Faks jobb.: 76 11 42 46. Mobil: 416 82 489

E-mail: anders.svensson@bo.nhn.no

Ingvild Menes Sørensen

Prestegården, 7660 Vuku

Tlf.: 74 07 07 08. Mobil: 907 41 034

E-mail: ingmenes@online.no

Forsidefoto: Rudolf Svensen, www.uwphoto.no

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk: PDC Tangen

Hvem er vi og hvem blir vi?

I dette nummeret av *Utposten* ser vi på hvem vi allmennpraktikere er, hvor gamle vi er og hvor vi rekrutteres fra. Kommer det unge allmennpraktikere til fra de nye store kullene eller blir vi bare eldre for hvert år som går? Statistikken for de siste åtte årene kan totalt sett se dystert ut, men går vi den nærmere etter i sømmene, noe vi har sjansen til i bladet du nå holder i hendene, oppdager vi at tendensen er i ferd med å snu. Det var ca 120 ledige fastlegehjemler ved siste årsskifte, en klar bedring fra innføringen av fastlegeordningen, men langt fra godt nok i enkelte fylker.

Likevel – fra 1999 har tilveksten til faget, også blant de nyutdannede, vært sterkere. Inntrykket er at flere unge leger igjen velger allmennpraksis. De siste fem årene er det utdannet 50–60 nye veiledere i allmennmedisin. To unge leger har latt seg intervjuet. Vi får et godt innblikk i hvordan det er å starte opp mer eller mindre for seg selv rett etter turnus. Vi får se hva som inspirerer og hva som frustrerer. Som allmennpraktiker skal en ikke bare ha ansvar for en liste, en skal i tillegg drive eget firma med ansvar for ansatte, regnskap og strategisk planlegging. Noen er så heldige at de kan begynne som «juniorpartnere» i etablerte legesentra, mens andre må starte mer eller mindre på bar bakke med å bygge seg opp en praksis. Endog for enkelte til en høy kostnad.

Veiledning blir et viktig stikkord. De «ferske» i faget etterlyser tettere oppfølging i den første tiden i praksis, noe på linje med det våre kolleger får som assistentleger på sykehus. Kanskje er disse unge legenes ønske nærmere en virkelighet enn man hadde drømt om? Som EØS-land er vi pålagt å følge EU-tilpassede direktiver. EØS-direktiv 9316 krever at Norge innen 2006 skal tilpasse seg EUs system for veiledning og godkjenning i allmennpraksis. For å kunne praktisere selvstendig for trygdens regning vil det bli krevd at yngre leger skal arbeide 3 år under veiledning av erfarne kolleger. Dette gjelder også for å kunne bli EU-godkjent allmennpraktiker. Direktivet er for tiden til behandling og vi venter på første offisielle forslag til den norske varianten. Om dette gir oss svar på hvem som blir og om flere blir, gjenstår å se.

Er det for «omfattende og tungt» å etablere seg som ung allmennlege? Og er det et sunt system at unge leger må «kjøpe» arbeidsplassene sine for opp til sjusifrede beløp? Hva med arbeidspresset, er det i allmennpraksis generelt for stort? Kan vi forvente at unge allmennleger skal jobbe 50–60 timer i uka mens unge sykehusleger har fått «normal» arbeidstid. Generelt tjener man mer i allmennpraksis, men for mange er det kanskje ikke det som teller mest. Kvinneandelen øker. Det kan bidra til et voksende ønske om normalisert arbeidstid.

Dessuten ser vi allerede nå tydelige tegn til at fastlegesystemet genererer mer legearbeid. Denne tendensen lar seg neppe snu. Den naturlige følgen er at vi trenger flere allmennleger, og at listelengden bør ned. Det bør etableres ordninger som gjør at deler av lister kan settes over til nye leger, slik at de slipper å måtte bygge opp en liste fra grunnen. Dette vil gjøre det mulig for legesentra/-grupper å fordele sine samlede pasienter på flere leger. Vi har allerede nå noen slike virkemidler inne i fastlegesystemet med delelister for leger over 60 år, men slike ordninger bør videreutvikles.

Vi står i en situasjon der mange unge leger er kommet inn i allmennfaget og mange nye ønsker seg inn, samtidig som mange av de eldre er slitne. Vi har muligheten til å organisere oss slik at både de nye kan få komme inn og de etablerte kan få en roligere arbeidsdag. Men det krever vilje til endring, og de gamle må kanskje vise en smule raushet for å slippe de unge til.

Vi er ikke bare navlebeskuende i dette nummeret, men får også med oss betraktninger om samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten gjennom de siste 30 år. Her presenteres nye idéer for videre samarbeid på tvers av faggrupper i et trinn mellom den tradisjonelle 1. og 2. linjedeling. Vi klør oss litt i hodet over hvilke datasystemer vi skal velge for å komme oss på nett med Helseforetakene til en overlevelig pris. Den kliniske biten er heller ikke uteglemt. Så dykk ned i masse spennende stoff – med eller uten plastikkperler i nesa. Kanskje kommer det en velfortjent sommerferie om ikke så lenge. Uansett; god sommer til alle våre lesere!

Ingvild Menes Sørensen Ivar Skeie

Samhandling mellom 1. og 2.

Straume skuer utover og bakover fra vårt nordligste fylke, og han ser langt der oppe fra...

Vi har valgt å trykke fylkeslege i Finnmark Eystein Straume sin innledning på legeforeningens kurs om samhandling/ samarbeid i Finnmark 3 – 5. april 2003. Filosofiske betraktninger og utviklingen de siste 30 år har relevans i hele Norge.

AV EYSTEIN STRAUME

For å nærme meg mitt tema, vil jeg se mer på samfunnsutviklingen gjennom de siste 30 årene, enn kun på samhandlingen mellom de to nivåene i helsetjenesten. Jeg legger tre tilnærminger til grunn, men uten at jeg klarer å strukturere innlegget, dertil er oppgaven for kompleks og uoversiktlig.

For det første:

Et tidsspenn på tredve år er nok til å kaste lys over de valgene som er gjort, til å se konsekvensene av valgene og til å fange opp de kreftene som påvirket utviklingen. Først med slik ballast kan vi prøve å beskrive dagens situasjon. Hensikten med slik tenkning er å gjøre oss i stand til bedre å vite hva vi velger når vi velger for morgendagen. Som moderne mennesker så velger vi hele tiden slik at vi maksimerer forventet utbytte. Vi synes å være dømt til å tenke slik!

For det andre:

Tilliten til vår evne til å kontrollere verden må mildnes og moderes av klok tvil og erkjennelse av våre begrensninger. Tiden for de store helhetlige løsningene er forbi! Etter Sovjetstatens oppløsning er sogar sosialdemokrati blitt et fyord.

For det tredje:

Samfunnet synes å fungere slik at til lenger opp og mer sentralt du kommer, til vanligere blir det å forsvare prinsipper og revir. Til lenger ut og til nærmere den det gjelder du kommer – til viktigere blir det å finne gode og konkrete tiltak. Med et slikt syn legger jeg ansvaret for å finne de gode løsningene for Finnmark til oss som er i fylket.

For to uker siden var situasjonen denne:

Et utgangspunkt:

USA skal angripe Irak, norsk selvvråderett og frihet holdes opp mot faren for å bli avvist av Storebror – men ute raste uværet. Storstormen hadde festet grepet og ristet Finn-

mark. Hurtigruten prøvde ikke engang Østhavet, men snudde. Flyene sto på bakken, forankret i tunge kjøretøy, alle båttruter var innstilt, veiene var stengt, bybussen blåste av veien og ble innstilt, tak blåste av kirkebygg og idretts-hall og strøm og telenett var rammet.

Men noen hadde vakt og var tilgjengelige. «Problemet er ikke at vi er isolert fra omverden», sa ordføreren i Berlevåg, «problemet er at telenettet, innad i bygda også, er nede slik at vi ikke får gitt beskjed til vår lege når vi trenger hjelp.» Større anerkjennelse kan ikke leger få! Og der sitter dere med vakt og ansvar og ingen er bedre til å gjøre jobben enn dere og ingen andre kan gjøre den. Men større makter enn oss hadde for en stund lammet det menneskeskapte. I slike stunder har vi ikke annet å gjøre enn å godta at det finnes krefter og makter større enn oss, og så gjøre så godt vi kan.

Det er når stormen legger seg at problemene oppstår – da våkner vi som moderne autonome individer med frihet til å velge. Når noe går galt i godt vær så er vi selv skyld! Det er stormen som gjør det spesielt å bo her og det er stormen som gjør at vi holder ut å bo i Finnmark – for da kan vi hvile i en sterkere makts hender!

Vi skal forebygge, lindre og behandle og bidra til at menneskene kan leve i trygghet. Vi skal overvinne de vanskene som uvær, i overført betydning, skaper – men så opplever vi at når alt er bra og vi lever i lykkelig trygghet, ja så er alt vanskeligere enn før. I alle fall så er forventningene til helsetjenesten skyhøye og kostnadene stiger betydelig og mer enn samfunnet kan bære.

Ved et tidsskille – for tredve år siden

For tredve år siden stengte telefonsentralen kl 17.00 – og den åpnet ikke før kl 08.00. Men det var ikke så truende, for det var ikke så mange å ringe til!

linjetjenesten gjennom 30 år

Helsetjenesten i Loppa besto av en brakke som gjorde tjeneste som sykestue, det var en sykepleier, en jordmor og en lege. I skuffene på legeskontoret fantes etermaske, abrasiosett, fødselstenger og noe som jeg tror kunne brukes til å fjerne mandler, i tillegg til en del tykke nåler som kunne brukes til nødtracheostomi og tapping av pleuraempyem. Tre mann delte på å føre den ombygde fiskeskøyta som gjorde tjeneste som legeskyss. Bestyreren på samvirkelaget hengte nøkkelen til butikkens varebil på en knagg på garasjeveggen i tilfelle jeg skulle trenge bil om natten for å frakte pasienter, men jeg måtte selv være sjåfør. Det var en husmorvikar og ingen hjemmesykepleie. Men rundt i alle de ni bygdene som kommunen besto av var det betrodde koner som hadde lagre med legemidler etter avtale med distriktslegen. Hammerfest hadde kirurg og indremedisiner – en av hver. Noe mer var det heller ikke å finne i Tromsø, bortsett fra Åsgård sykehus som hadde lukket avdeling for sinnslidende og øyelege Wium som mot sykehusets vilje en gang i året dro rundt i Finnmark og holdt kontordager. Det var en hudlege i Nord-Norge. Dr. Weideborg satt i Narvik og tok imot pasienter fra hele landsdelen.

Jeg husker at det jeg var mest redd for, pussig nok var neseblødninger og pasienter som krevde at jeg skulle trekke tenner – for der gikk grensen for hva jeg ville innlate meg på!

30 år senere har jeg en beklemmende følelse av at noe har gått galt. Alt er blitt bedre, men vi føler oss verre! Så hva var det som skjedde?

Den gangen husker jeg tydelig at jeg som ung lege så den nære fortid som rester av gammeltiden, hvor hardbarkete leger som verken fryktet Gud eller djevel, styrte med myndig hånd – og med heller magert utbytte for den syke. Det

var patriarkenes tid og det var paternalisme som var den ledende etikk. Og pasientenes holdninger til legen var annerledes. Bjarne Skogsholm var kirurgisk overlege i Vadsø i 40 år, elsket og avholdt var han. Og folk som lever den dag i dag sa om han: Vi gikk ikke til dr. Skogsholm uten at vi måtte, for han gjorde noe med oss. Tenk det: han gjorde noe – det ble ikke lange utredninger og møter og tverrfaglige vurderinger. Han luktet nok eter der han satt – og han handlet. Og, sa disse menneskene som jeg snakket med: Hadde vi vært hos dr. Skogsholm og han sa at det ikke var mulig å gjøre noe mer, ja så visste vi at alt som kunne gjøres var gjort.

Vi unge hadde også enorm respekt for disse høvdingene, men en dag så ville vi nok noe annet og argumenterte for vekst i helsesektoren med stor kraft og betydelig suksess.

De nasjonale strategene hadde bygget ut velferdstaten og dessuten var gjenreisingen av Finnmark fullført. Det var nei til EF og ja til spredt bosetting. Og først og fremst var det sterk tro på en stadig bedre fremtid. Vi stupte inn i den senmoderne tid hvor utviklingen mister sin retning, hvor samfunnet blir tiltakende komplekst og hvor styringsproblemene blir vanskeligere – vi stupte fulle av entusiasme inn i dette uten å forstå at det var det vi gjorde.

Og selv om telefonen stengte så fikk ildsjelene blant oss telemedisinsk utstyr for hjersteovervåking i distriktene!

Vi var ikke tenksomme og kloke nok. Vi var blendet av fagets egen suksess og følte det som en personlig fornærmelse da Ivan Illich skrev sin bok om helsevesenets medikalisering av menneskenes livsverden. Jeg tror i etterpåklokskap at vi gjorde det som filosofen Hans Skjervheim omtalte som



det instrumentalistiske feilgrepet. Det er ikke feil å bruke naturvitenskapelige metoder i samfunnsvitenskaper, og i pedagogikk, psykologi og medisin. Feil blir det når det blir eneste metode. Jeg mener vi var for endimensjonale den gangen, til gjengjeld var vi handlekraftige!

1980-årene og ekspansjon

I Loppa gikk det ti år så var det tre leger, ti sykepleiere, nytt helsesenter, tre legeskyssbåter og to ambulanser og en stor hjemmesykepleietjeneste. Noe av drivkraften i denne betydelige ekspansjonen var det solidariske kravet om geografisk likeverdige tjenester for alle i Norge. Og i Tromsø var det universitetssykehus med alle spesialister og grenspesialister på plass. I mellomtiden hadde folketallet i Loppa blitt redusert med 30% og kommunens hjørnestensbedrift var ikke bare konkurs, den var sogar revet med friske penger fra miljøverndepartementet.

Kommunehelsetjenesten ble definert og utviklet til basis i norsk helsevesen. Men jeg kan ikke huske at dette ble sett i noen spesiell sammenheng med sykehusene og det som skjedde der. Selv om vi var få leger, både i kommunene og på sykehuset, og vi kjente hverandre og var gode venner, så var det ingen felles planlegging for å finne frem til den helsetjenesten som folk i Finnmark skulle trenge.

Det skjedde mye på sykehusene også. Jeg tror hovedmotoren i sykehusenes ekspansjon og økende spesialisering har vært tekniske nyvinninger mer enn planlagte reformer. Det begynte med hjerterovervåkingsenhetene, så kom forfinet laboratoriediagnostikk og særlig stadig bedre bildediagnoser. Endoskopier, ultralyd, CT og MR har brakt ny kunnskap og ført til ny spesialisering og fagutvikling. Man skulle tro at ønsket om å se tydeligere har vært den drivende kraften, ikke ønsket om å forstå bedre. Kan vi tenke oss diagnoser og forståelse som bygger på lukt og smak og hørsel og berøring, for ikke å si følelser??

Endringene i sykehusene har vært enormt kostnadsdrivende, mens nytten av det hele er mindre godt dokumentert. Og den defensive – ryggen fri medisinen gror i kjølvannet av denne utviklingen. Dr. Skogsholms kliniske erfaring vil alene ville ikke holde mål for dagens tilsynsmyndighet, ei heller for publikums og medias kritikk.

Ideologi debatt og økende pleie- og omsorgsoppgaver

Forholdet mellom 1. og 2. linje utviklet seg langs to linjer i 1980-årene tenker jeg. Primærlegene oppfattet den økende teknifiseringen av spesialisthelsetjenesten til å bli stadig mer en fragmentert tjeneste som behandlet syke organer med avansert teknisk utstyr og ikke hele mennesker. Skulle

dette kunne føre til noe godt, så måtte primærlegen utvikle et mer holistisk, og i alle fall en hermeneutisk tilnærming til syke, lidende og engstelige medmennesker. På den måten skulle de to utfylle hverandre. Slik gikk det ikke, Sykehusene fortsatte sin utvikling mot stadig mer spesialisering og evidence based medicine. Primærlegene kom raskt etter med samme tenking. Kanskje ble de skremt av alle alternative behandlere som kom til og redd for at pasientene først og fremst ville henvises til spesialister. Det helhetlige har liten appell til den som frykter at smertene i buken er kreft!

Det andre store feltet er pleie – og omsorgstjenesten. Dette er vekstnæringen som ingen vil ha. Forskriften om ferdigbehandlede pasienter er det synlige tegnet på dette underlige fenomenet. Spesialisthelsetjenesten går stadig videre og skyver bak seg og over til kommunene det de er ferdige med. For 30 år siden ble hjerteinfarkt behandlet med stengt sengeleie i seks uker før utskrivelse. I dag hjerteopereres oldinger og sendes hjem etter få dager. Kravet til faglighet, kapasitet, beredskap og innsikt i avansert medisinsk behandling øker i kommunehelsetjenesten, samtidig øker også spesialisthelsetjenestens ventelister. Det er som om de to nivåene går i utakt.

1990-årene. Prioriteringer, omorganiseringer og utprøving av ulike styringssystemer

Det kom som en ubehagelig overraskelse at helsetjenester måtte prioriteres. Alt som kunne gjøres og tilbys ville det ikke være bærekraft nok i samfunnet til å gjennomføre. Prioriteringer innad i helsevesenet og mellom helsetjenesten og andre sektorer i samfunnet. En slik debatt i fylkestinget endte med at de tok penger fra helsetjenesten og til samferdsel og snørydding. Først åpne veier og fremkommelighet til sykehusene før utbygging av sykehus! Vi fikk Lønning utvalg både en og to ganger. Og medisinsk etikk fikk et betydelig oppsving, men de har i dag blitt mer opptatt av bioteknologiloven og genetikk enn av prioriteringer synes det meg. Jeg har ikke sett noen skikkelig satsing for å få en forutsigbar og beregnelig styring med etterspørselen av helsetjenester. Det er kanskje det sentrale myndigheter har ønsket likevel når de har testet ut ulike styringssystemer og satt i gang en flodbølge av omorganisering.

Leger og ledelse ble et hett og senere begredelige tema som jeg ikke vil gå inn på, annet enn å påpeke at både sykehus og kommunehelsetjeneste i dag ledes av andre enn leger stort sett.

Økonomiske tiltak kom først med nye måter for å beregne rammetilskudd, senere ble dette supplert med innsatsstyrt finansiering, som åpner for kreative og kanskje kriminelle DRG kodinger. Hagen utvalget er på høring nå. Det er



spennende at det der ligger muligheter for finansiering av forskning, undervisning og mer fleksible utnyttning av ambulansetjenesten, kanskje også for belønning av kvalitet og resultat, ikke bare for produktivitet. Men heller ikke Hagen utvalget tilbyr noe som kan fremme samhandling og tiltakskjeden og nettverksbyggingen rundt pasienten.

Regelverk er utviklet for kontroll og styring. Helsedirektoratet ble nedlagt i 1994 og Statens helsetilsyn oppsto med tilsyn som hovedoppgave. Det er laget nye helsetjenestelover og pasientene har fått sine rettigheter lovfestet. Det kan være verdt å merke seg at virkningen av helsetilsynets systemrevisjoner enda ikke er dokumentert. Det er kanskje heller ikke mulig å finne den evidence based effekten av tilsyn?

Situasjonen i dag

Det som synes å skje i dag er at helsetjenesten endelig skal ta inn over seg den betydelige endringen som har skjedd på samferdselssektoren. Med hjelp av ambulanser – i luften, over land og på sjøen kan pasientene trygt bringes dit hvor det beste utstyret og den beste kompetansen befinner seg. Telekommunikasjoner skal bygges ut og sikre god kommunikasjon mellom primærlege og spesialist. Men fortsatt planlegges dette ukoordinert.

Helseforetakene går i bresjen, mens kommunene har nok med sitt. Og kommunelegene er delvis privatisert. De har svært lite de skulle si så snart det gjelder å foreslå tiltak som har økonomiske eller strukturelle forpliktelser for kommunene. Samhandlingen stopper opp på ildsjel-nivået!

Oppsummering:

Hvor ble det av samhandlingen?

Utviklingene går i alle retninger, det er vanskelig å finne et mønster som kan forklare det som skjer. Og hvor ble det av samhandlingen? Vi har gått fra statlige distriktsleger og fylkeskommunale sykehus til privatpraktiserende fastleger og statlige sykehus uten at det har vært etablert strukturelle samhandlingsarenaer, og uten at det har vært vurdert felles eierskap for hele helsetjenesten. Kanskje RHF skulle eie primærhelsetjenesten også? Vi har mistet troen på sentral styring, men tvinges til å prioritere våre tiltak.

Kravene til kvalitet er økende og vi tåler ikke at det gjøres feil. Samfunnet forandrer seg på en grunnleggende måte som vi ikke helt ut fatter, men det blir mer komplekst og vanskeligere å styre. Mer overlates til markedet enn tidligere. Etterspørselen etter helsetjenester øker, vi har nok med å tilby tjenester. Det er få innspill til hvordan etterspørselen kan temmes og styres. Finnmark har et spesielt problem i forhold til markedsstyring fordi vi er så få og har så store avstander. Skal det finnes noen løsning så må vi finne den selv og her – innen Finnmark eller kanskje innen helseregion nord. Jeg er i alle fall sikker på at forutsetningene for å finne gode løsninger er bedre her enn andre steder i landet. Vi er få, vi kjenner hverandre og vet at vi er avhengig av hverandre, vi har engasjement, erfaring og ideer.

0-punktet

Jeg synes at 0-punktet, eller det punktet vi må ta utgangspunkt i når vi skal klargjøre valgmulighetene er blitt tydeligere. Vi må begynne med å besinne oss på de verdiene vi vil helsetjenesten skal bygge på, for det er det grunnlaget for helsevesenet som er forsømt. Utviklingen har de siste 30 årene for ensidig vært styrt av teknisk og naturvitenskapelig tenking. Som kjent så har vitenskapen et skarpt øye for midler, men den er blind for mål og verdier.

Dostojevskis beretning om storinkvisitoren som ettertanke. Storinkvisitoren som endelig har overvunnet menneskenes frihet og dermed gjort dem lykkelige og trygge, finner Kristus på markedsplassen i Sevilla kvelden før kjettere skal brennes på bålet en gang på 1600-tallet. Han gjenkjenner øyeblikkelig Kristus, arresterer han og oppsøker han i fengselet hvor han forteller hvorfor Kristus må brennes neste dag, sammen med de andre kjetterne. Kristus hadde gitt menneskene frihet den gangen han ble fristet i ørkenen. Storinkvisitoren hadde innsett at lykkelig trygghet var det eneste vilkåret menneskene kunne leve under. Derfor måtte Kristus avskaffes. Så kysset Kristus Storinkvisitoren på pannen og forlot fengselet.

(Det autonome individets liv må manøvreres mellom to uattraktive poler: frihet og lykkelig trygghet.)

Utpostens
dobbeltime

Bente Prytz Mjølstad
og Ole Christian Mjølstad

INTERVJUET AV IVAR SKEIE



Hvordan er det å være ung allmennpraktiker i fastlegesystemet? Stemningsleiet i norsk allmennmedisin har gått opp og ned de siste 30 år. Etter en periode med entusiastisk reetablering og utvikling av faget på 70- og 80-tallet, kom de «sju magre år» med kollektiv depresjon på 90-tallet. Det var skrinnet rekruttering, gjennomsnittsalderen økte hvert år med minst ett år. Det var usikkerhet foran innføringa av fastlegeordninga som trakk ut og trakk ut. Mange midlaldrende allmennleger var mer slitne enn de hadde godt av. Det ble tynnere i rekkene av veteraner i distriktene, og som en sliter som sa opp etter mange år i en kommune uttrykte det da han takket for seg i et møte med kollegene i nabokommunene, «sistemann slukker lyset». Men ting er i ferd med å endre seg. De siste par åra har rekrutteringa tatt seg opp, mange går i veiledningsgrupper, men mange er også usikre på om allmennmedisinen er det rette valg.

I min kommune, Gjøvik, har vi de siste tre åra fått sju-åtte nye unge leger, men spørsmålet er om vi klarer å beholde dem, om de velger allmennmedisin som varig arbeidsfelt. Jeg har hatt en samtale med to unge allmennleger i Gjøvik. De er gift, driver praksis sammen, har en datter på fire år, deltar i legevakt – kort sagt, et hektisk allmennlegeliv. Hva tenker de om sin arbeidssituasjon, hva tenker de om framtida i norsk allmennmedisin og ser de seg selv som allmennleger om fem eller ti år? Og hva skal til for å beholde dem og mange andre av de unge i faget?

Ole Christian Mjølstad (OCM) er 31 år, opprinnelig fra Redalen i Gjøvik, studerte i Bergen og var ferdig i 1998. Bente Prytz Mjølstad (BPM) er også 31, oppvokst i Høyanger. De studerte på samme kull. Sykehusturnus i Hammerfest, og distriktsturnus i Vadsø. For OCM bar det rett fra turnus over i kommunelege I stilling, mens BPM hadde barselperm og tok distriktsturnus over ett år. Sommeren 2000 dro de fra Finnmark, OCM til militærtjeneste ved Sessvollmoen og BPM til halv allmennlegestilling i Eidsvoll. Fra sommeren 2001 startet de begge i fastlegepraksis i Biri i Gjøvik kommune, ei bygd på vestsida av Mjøsa midt mellom Gjøvik og Lillehammer med snaue 3500 innbyggere.

Hvordan var det å komme i distriktsturnus til Vadsø, og være nesten aleine?

OCM: Det ble masse arbeid og mye ansvar fra første dag. Kommunelege I reiste i løpet av turnustida for å ta sykehustjeneste, og ellers var det korttidsvikarer. Etter en del påtrykk fra kommunen, valgte jeg å ta kommunelege I stil-



Bente med Solveig på legekantoret, Vadsø Helsecenter våren 2000.

lingen i et halvt år etter turnus. Det ble lite veiledning i turnus, mest bare vikarleger. Så det ble mest å stole på seg sjøl. Men det er klart man lærer av det, også!

BPM: I det året vi var i Vadsø, jobbet Ole Christian i 12 måneder, jeg i seks, og ellers var det stort sett en vikarlege, som stafettordning. Vadsø har 6000 innbyggere. Det ble lange dager, og det ble å ta det viktigste, ting gikk fort. Vi hadde svenske vikarer, faglig dyktige, men det ble «kjapp» medisin, for vikarene satset på å tjene maksimalt.

Var det medisinske arbeidet forsvarlig under disse betingelsene?

ocm: Ja, det vil jeg si. De store tingene, alvorlig sykdom og akuttmedisinen ble taklet tilfredsstillende. Men i en del sammenhenger ble det nok enkle og raske løsninger. Men det medisinske apparatet utover legene var bra, vi hadde en meget oppegående ambulansetjeneste, vi kunne bruke ambulansefly til lokalsykehuset i Kirkenes. Og vi hadde sykestua, en egen avdeling tilknyttet sykehjemmet med åtte akuttplasser. Rett nok ble mange av plassene tatt opp av sykehjemspasienter, men det var mulighet for hjertemonitorering, og vi ga for eksempel streptokinasebehandling på sykestua, og sendte EKG for vurdering til Kirkenes. Stort sett fungerte helsevesenet godt, bortsett fra legemangelen. Og dette er viktig å understreke, i den grad det var ei ressurskrise i det medisinske apparatet i Finnmark, så var det ei legekrise, ellers er helsevesenet godt utbygd og bemannet.

En vikarlege og deg, og Bente noe av tida som turnuslege, det måtte bli rimelig stritt?

ocm: Klart det var stritt. Jeg jobbet nok 70–80 timer i uka dette året! To-delt vakt, fire vakter på vikaren og tre på meg. På vaktdagene var jeg sjelden hjemme før ti om kvelden. Men det var som oftest rolig om natta, og det var lite kjøring. Sykepleier på legevaktsentralen silte henvendelsene. Men det var samtidig veldig spennende og utfordrende. Og tilrettelegginga rundt legejobben var veldig bra. I Vadsø med 6000 innbyggere er det seks legehjemler, som da var ubesatte mens vi var der. På legesenteret var det åtte medarbeiderstillinger pluss jordmor. Det var tre kontorstillinger, to bioingeniører og tre sykepleiere. Medarbeiderne la optimalt til rette for oss, slik at vi kunne konsentrere oss om det reint «legemessige», det var bra.

Men var dette en arbeidssituasjon dere kunne ha levd med permanent?

BPM: Nei, det er helt uforenlig med familieliv og å ha barn. Men for en kort periode var det spennende. Og det var artig! Ja, mye artigere enn å være fastlege i en standardpraksis. Vi måtte ta stilling til mange problemer og behandle pasienter som lett blir henvist i områder med større spesialisttetthet. Og det førte til at vi fikk smaken på allmennpraksis. Men det er også viktig å understreke at denne situasjonen ikke nødvendigvis er representativ for helsevesenet i Finnmark, legedekningen er f. eks. nå blitt bedre i Vadsø. Mange steder har man klart å bygge opp sterke, stabile lokale legemiljøer, som f. eks. i Alta og Kirkenes.

Ole Christian på legekantoret Vadsø Helsecenter 2000.



Ja, hvorfor valgte dere allmennpraksis i Biri?

OCM: Ja, det var nok dels tilfeldigheter. I studietida så jeg meg selv som kommende indremedisiner. Men året i Vadsø ga smaken på allmennmedisin for oss begge. Så ble det ledig en dobbelpraksis i Gjøvik, og det var også private grunner til å reise tilbake til Gjøvik. Og dette skjedde samtidig med at fastlegeordninga ble satt i gang. Mange på vårt kull valgte allmennpraksis.

Vel og bra! Men hvordan er ståa etter to år som fastleger i felles praksis? Er det forskjell på å være lege i Finnmark og på det sentrale Østland?

BPM: Ja, men det har sikkert også sammenheng med at det er forskjell på å være et sted en kort tid og å være i en fastlegepraksis. Men folk var mer positive og veldig takknemmelige i Vadsø. De var glade bare for at det var lege til stede!

OCM: Men folk er ikke friskere her enn i Finnmark, selv om legedekningen er mye bedre. Og legene i Gjøvik jobber jo også veldig mye. Friskhet eller sykkelighet i befolkningen har lite med legetetthet å gjøre, når først de grunnleggende funksjonene er dekket, og det var de også i Vadsø. Men der det er leger, blir det alltid pasienter og timelistene fylles opp. Legene skaper behov hos pasientene.

Har jobben som fastlege svart til forventningene?

BPM: Både ja og nei. Det var tungt i starten, vi overtok et legesenter som delvis hadde ligget nede, og det var mye å ordne før vi kunne komme ordentlig i gang. Men det er mye som er spennende og veldig givende, men samtidig er det slitsomt.

OCM: Det er en del frustrasjoner. Det er så mye administrasjon å forholde seg til. Vi driver et legesenter som er kommunalt eid, det er Bente og meg og turnuskandidat på legesida. Vi har såkalt nullavtale, kommunen dekker utgiftene ved drifta av senteret og beholder basistilsuddet, vi beholder egenandeler og trygderefusjonen. Vi har til sammen ca. 2500 pasienter. Økonomisk er dette gunstig for oss. Men kommunen vil at vi skal overta hele driftsansvaret med arbeidsgiveransvar og det hele. Vi syns det er problematisk, og det er ikke fordi vi er redde for å få en økonomisk dårligere avtale. Vi kan tvert imot tenke oss å betale kommunen for at de skal ta seg av den administrative drifta.

Men er det ikke en intensjon i fastlegesystemet – som både staten og Legeforeningen står bak – at allmennpraksis skal organiseres som rein selvstendig næringsvirksomhet?

OCM: Jo, og jeg ser det som problematisk, ikke minst for de unge legene. I tillegg til å være allmennlege for ei liste, kom-

mer det en masse tilleggsoppgaver, man må drive og evt. etablere eget firma. Legene må bruke masse tid på andre ting enn det å utøve legeyrket. Er det fornuftig? Slik skiller allmennmedisin i fastlegesystemet seg radikalt fra å begynne som assistentlege på sykehus, da er du doktor, og så får du lønna di. I allmennpraksis er det arbeidsgiveransvar, administrasjon og regnskap osv., dette blir et tankekors når unge leger skal velge fagfelt.

Hvordan kunne du tenke deg et system som kunne gi unge leger en «mjukere» start i allmennpraksis?

OCM: Vi «restartet» et legesenter fra scratch, og det er en tung prosess. Derfor er det sikkert lettere å starte på et etablert senter med erfarne kolleger. Jeg tror et system bygd på mester-svenn-prinsippet vil være den beste måten å gå inn i allmennmedisinen på. Det trengs mer en-til-en veiledning, i tillegg til den veiledningen man får gjennom veiledningsgruppa i spesialistutdanninga. Et system som ligner mer på assistentlegesystemet i sykehus ville være å foretrekke. Om dette skulle være på fastlønn, fritatt for økonomisk og administrativt ansvar, eller om det skulle integreres i en gruppepraksis, er jeg ikke sikker på. Men poenget er at veien inn i allmennpraksis må gjøres lettere.

En ting er at mye tid og oppmerksomhet går med til ikke-medisinske oppgaver i fastlegepraksis. Men det koster jo også penger å skaffe seg en liste, i alle fall sentralt. Hvordan virker dette inn på rekrutteringa?

BPM: Dette er jo med på å gjøre «startpakka» veldig tung. Vi har kjenninger som må betale en million for attraktive lister i sentrale områder. Dette kommer på toppen av studielån, boliglån og andre etableringsutgifter. Dette gjør at det er en «tyngre prosess» å gå inn i allmennmedisin enn i andre spesialiteter, og dette gjør nok mange unge leger betenkte.

OCM: Det ser ut som om kommunene vil kvitte seg med drifta av allmennlegetjenesten ved å legge alt driftsansvaret over på legene. Men jeg vil understreke at det er svært viktig at kommunene legger til rette for etablering i allmennpraksis for unge leger. Vår utdanning har ikke lagt vekt på økonomi og drift av eget firma, og det er også sparsomt hva man får av dette i distriktsturnus og i spesialistutdanninga. Dette dreier seg ikke primært om penger, stort sett går ikke unge leger inn i allmennmedisin pga pengene, men fordi de er interessert i faget. Og da er det viktig at det er faget som blir det sentrale, og ikke alt rundt.

Dere sier at det altså ikke er pengene som trekker unge leger til allmennpraksis. Men dere tjener da bra i fastlegesystemet?

BPM: Ja, vi tjener godt, og bedre enn assistentleger på sykehus. Men sannsynligvis jobber vi også mer, og har et mye

større helhetsansvar enn assistentleger på sykehus. Så det skulle bare mangle at vi ikke også skulle tjene mer!

Vi har snakket om rammene for utøvinga av faget. Hvis vi nå konsentrerer oss om selve faget, allmennmedisinen, hva ser dere som det positive og det mer negative i faget?

OCM: Det positive er at faget er veldig spennende, og at det hele tida er nye utfordringer. Man kommer veldig nær innpå folk. Det var dette som tente meg i Vadsø. Og jeg ser det fremdeles slik, men det er også veldig krevende.

BPM: Det jeg liker best i faget er vel det «indremedisinske» og det «konkret medisinske», og det var det jeg likte best på studiet også. Det som er vanskelig, er de «diffuse greiene», «vondtene» og plagene, de kroniske «ufferne». Og det er det mye av i allmennmedisinen. På dager jeg er sliten, får jeg lyst til å si: «Jeg er doktor, hva slags 'doktoring' kan jeg hjelpe deg med?» Legen kan ikke løse alle livets problemer. Men det er en utfordring å få til å hjelpe dem med de «diffuse» plagene også!

OCM: Jeg syns dette går mye på personer. Med de fleste pasientene får jeg en god allianse, men med noen blir kommunikasjonen vanskelig. Det med «de vanskelige pasientene» er vanskelig!

Hvis du fikk makt til å organisere norsk allmennmedisin slik du ville, hvordan ville du bedre situasjonen for unge allmennleger?

OCM: Unge, nyetablerte allmennleger skulle få mer hjelp i starten. Jeg ville legge vekt på å videreutvikle de gode elementene i dagens system, utvide dagens veiledningsordning i spesialistutdanninga med en-til-en veiledning integrert i det daglige arbeidet i tillegg til dagens veiledningsgrupper. Gruppene er viktige, men ikke tilstrekkelige i en helhetlig veiledning. Jeg ville ha et mer «ass-lege-lignende» system enn i dag.

Vi har snakket om «tro og tvil» i forhold til å satse på fastlegepraksis. Hvor i faget er dere om fem år?

Ja, si det! Vi veit ikke. Vi har følelsen av at mange unge allmennleger – som oss – vurderer om de fortsatt skal satse på dette faget, eller om de skal begynne i sykehusspesialiteter.

Det vil jo opplagt være synd for allmennmedisinen om mange unge leger – som dere – skulle forsvinne ut av faget. Hva syns dere er det viktigste som bør skje for at dere skal velge å satse videre som allmennleger?

BPM: For oss konkret vil de viktigste tingene være at vi får 3 faste stillinger ved legesenteret, dette vil gjøre senteret mindre sårbart og gjøre det lettere for oss med ferier og lig-

nende. Små legesentra blir veldig sårbare når legene blir syke eller gravide eller flytter. Men ellers trives vi med å jobbe sammen. Dernest må vaktsystemet legges om til større distrikt med færre nattevakter, slik det har skjedd en rekke steder i landet.

OCM: Og jeg tror dette er saker som er viktige og kanskje avgjørende for mange av de ferske allmennlegene, og for dem som står på startstreken til å velge retning innenfor medisinen. Fra vårt kull har mange startet i allmennpraksis. Noen er kommet inn i gode, etablerte og veldrevne sentra og er fornøyde med det. De aller fleste legger vekt på viktigheten av interkommunale vaktordninger. Og mange er betenkte fordi «totalpakka» ved å etablere seg i egen praksis er så stor og tung. De strukturelle rammene rundt etablering og drift av egen praksis er viktige.

Vår dobbelttime er over. Inntrykket etter denne samtalen, og samtaler med andre, er at de unges «tvil og tro» om allmennfaget må tas på alvor av hele det allmennmedisinske miljøet. Både sentrale myndigheter, kommunene og legenes egne organer må innse at allmennmedisinen må organiseres slik at unge leger kan få et liv de syns de kan leve med. Man kan ikke regne med at pionerentusiasme med arbeidstid langt utover det andre yrkesgrupper godtar, skal være det gjengse. Samtidig må vi ta vare på de sterke sidene ved allmennmedisinen i Norge, den faglige styrken, distriktsmedisinen, de allsidige utfordringene og spenningen. Det er disse grunnverdiene i faget som trekker til seg den nye generasjonen som etter hvert skal overta etter 55 +/- generasjonen.

Bente og Ole Christian mener unge, nyetablerte allmennleger burde få mer hjelp i starten.





Disse sidene i Utposten blir en stafett fra de 4 allmennmedisinske seksjonene. Siden vil inneholde: Informasjon om forskning, undervisning, prosjekter og annen aktivitet på instituttene som vi tror kan være av interesse for allmennpraktikere på grasrota og andre lesere av Utposten.

Påvisning og behandling av høyt blodtrykk – problemområder

Irene Hetlevik's presentasjon på «endelig tirsdag»

Mitt ståsted: Spesialist i allmennmedisin, arbeider halv stilling i allmennpraksis, bl. a. med blodtryksbehandling. Majoriteten av blodtryksbehandling skjer i allmennpraksis. Førsteamanuensis i allmennmedisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, NTNU (50 prosent) der jeg bl.a. skal undervise fremtidige leger i problemstillinger relatert til at den friske befolkning skal få individuell forebygging på allmennlegekontoret.

Mitt hovedbudskap er:

1. Det er for mye fokus på risiko hos de friske i helsetjenesten, helseskade i befolkningen kan bli resultatet
2. Allmennlegene må prioritere de syke! For å få til det må vi slutte å bruke så mye tid på individuell forebygging, slik som blodtryksbehandling.
3. Det får vi ikke lov til, fordi sykehusspesialister i stor grad avgjør hva allmennleger skal gjøre, f.eks mener de at vi skal bruke mer tid på blodtryksbehandling hos de friske og anvende mere medikamenter enn det som allerede gjøres.
4. Om nødvendig kan samfunnet i stedet forebygge ved å bruke massestrategier, f.eks senke prisen på frukt og grønnsaker, bygge gang- og sykkelstier, kreve lavt saltinnhold i ferdigmat og drive røykesluttkampanjer
5. Det er vanskelig å kommunisere om risiko og risikoreduksjon, noe som medfører en fare for at pasientene som blir utsatt for denne aktiviteten ikke forstår hva det dreier seg om. Men siden de fleste holder seg friske uansett, så er de ofte takknemmelige til helsetjenesten, men det har ikke helsetjenesten nødvendigvis fortjent.

6. Høyt blodtrykk er en god modelltilstand, problemområdene gjelder for de andre også (f.eks diabetes type 2 og osteoporose). Høyt blodtrykk er den første risikotilstanden i helsetjenesten – vi vet derfor mest om den.

Å påvise risiko

Generelt om blodtrykk? Hjertet pumper blodet rundt med et visst trykk. Trykknivået varierer i en befolkning, av ulike grunner. Arv og livsstil har størst betydning. I en befolkning vil de fleste ha et middels nivå på blodtrykket, noen vil ha lavt og andre vil ha høyt – det kalles «en normalfordeling». Dette gjelder både «overtrykk» (systolisk trykk) – der hjertet aktivt pumper- og «undertrykk» (diastolisk trykk) – der hjertet hviler. Alle har naturlig nok et blodtrykk og dette varierer i stor grad i løpet av dagen. Det er lavere om natten når vi hviler og høyere om dagen når vi er i aktivitet. En joggetur kan medføre betydelig blodtryksstigning og likevel være bra for kroppen. Hva er så problemet med at blodtrykk er «forhøyet»? Problemet oppstår når blodtrykket er forhøyet hele tiden, også når vi hviler, f.eks om natten. På den måten kan slitasjen på blodårene – rørsystemet – øke. Det kan igjen medføre at det etter som tiden går blir «lekkasje», f.eks en hjerneblødning, men også at blodkarene forandrer seg ved at det kommer belegg («rust»), og at de i verste fall tettes til. Hvis dette skjer i hjertets blodårer kan det bli «trange blodårer» som gir hjertekrampe (angina) som gjør at personen får smerter når hun anstrenger seg, eller «tette blodårer» som gir hjerteinfarkt og så kraftige brystmerter at hun øyeblikkelig må innlegges på sykehus. På denne måten er «forhøyet blodtrykk» ikke noen sykdom – personen har ingen plager av at blod-

trykket er forhøyet – det er legen som oppdager det ved sin måling – men heller en risikofaktor som medfører økt sjanse for å bli syk i fremtiden.

Ut fra det ovenstående kan problemstillingen virke enkel: «Finn alle med høyt blodtrykk og behandle dette slik at man kan hindre at folk får hjerneslag og hjerteinfarkt!» Det ville vært ønskelig, men slik er det ikke – årsakene må beskrives.

Når er blodtrykket for høyt? Det finnes ikke noe nivå der alle er enige om at «nå er blodtrykket for høyt» – det foreligger hypertensjon. Det er riktigere å si at «all tensjon er hyper». Det betyr at risiko for hjerte- og karsykdom øker fra de helt lave blodtrykksverdier. Som eksempler har man høyere risiko for å få problem med lekkasje eller tiltetting hvis blodtrykket er 160/90 mm Hg enn hvis det er 150/80 mm Hg. Men risikoen øker mye mer hvis blodtrykket økes fra 180/100 til 190/110, selv om den tallmessige økningen er lik.

Spesialister mener at blodtrykket over 140/90 mm Hg er for høyt. Hvis den verdien anvendes vil det medføre at 60 prosent av befolkningen over 40 år blir «hypertonikere», ca 1 million nordmenn. Dette inkluderer de fleste gamle som blir hypertonikere når man anvender definisjoner som sier at gamle skal ha samme blodtrykk som unge. Hvis en million skal få 1 time individuell oppfølging per år på legekontoret medfører det at 1/5 av konsultasjonskapasiteten i allmennpraksis brukes opp til denne friske befolkningsgruppen.

Ikke bare blodtrykket som teller. Blodtrykket var den første risikofaktor for hjerte- og karsykdommer som ble oppdaget. Nå er ca 300 faktorer identifisert. Mest kjent er kolesterol, røyk, arv, kjønn. Kunnskapen om disse faktorene må settes sammen for å beregne risiko – lage «risikoestimer». Legen kan da, f.eks. finne ut at en person i de neste 10 år har 20 prosent risiko for å få hjerte- og karsykdom. Det innebærer naturlig nok at 20 av 100 «som han» blir syk mens 80 av 100 «som han» holder seg frisk, legen kan ikke vite hvem som blir syk eller forblir friske.

Å redusere risiko

Generelt: Alle personer har risiko for ett eller annet, siden det handler om at man i forskningen har klart å finne statistiske sammenhenger mellom en måleverdi og fremtidig sykdom/død. Alle skal bli syke og dø, så alle har slike markører – og kan derfor bli potensielle pasienter («innlemmes i helsetjenestens territorialkrav»). Høyt blodtrykk er bare en slik markør. Uansett – ingen er tjent med å få påvist helse-risiko hvis det ikke resulterer i at risiko reduseres – slik at man kan oppnå en prognoseforbedring.

endelig tirsdag

Diskusjonscafé med gratis åndelig påfyll

INVITASJON

Høytrykk mot blodtrykk

Legene burde behandle virkelig syke folk, i stedet for å bruke all sin tid på mulige risiko-pasienter i framtida

Er blodtrykket ditt høyt eller trenger legen for å få det opp i snitt?

Da oppdager legene som skriver et frisk, men legen vil behandle blodtrykket ditt. Er dette medvirket? Spesialisten beroliger deg og sier at spesialistene vil med alle sine krefter til å hjelpe deg med å redusere risikoen for å få hjerte- og karsykdom, og disse skal følge opp av den samme spesialisten. Er du fornøyd?

Tirsdag 4. mars
Teatercaféen
Trondelag teater
Kl. 19, gratis inngang
 (dørene åpner kl. 18)

Kunstneriske innslag

DEBATTLEDER:
 Øystein Syrestad

INNLEDER:
 • Førstemanuensis
 Irene Hatlevik, NTNU
 • Professor
 Tor-Erik Widerøe, NTNU

TRONDELAG TEATER

NTNU

Invitasjonen fra
NTNU til publikum

Risikoreduksjon kan oppnås på to måter:

1. Livsstilsendring (mosjon, sunn kost, ikke røyk, lite stress)
2. Medikamenter

Kunnskapen om sunn livsstil er stor i befolkningen, selv om den ikke nødvendigvis følges. Det handler om at individet ikke nødvendigvis har «sunnhet» og «lengst mulig liv» som eneste rettesnor i sin tilværelse

Når helsetjenesten dessuten stiller strenge krav til hvilke måleverdier individet bør ha, f.eks. for blodtrykk, så kommer man ikke utenom bruk av medikamenter – medikaliseringspotensialet er stort og det øker fordi antall risikotilstander øker og inklusjonsgrensene endres («flyttes inn i normalbefolkningen») slik at stadig flere friske blir «risikanter». Ca 400 000 nordmenn behandles i dag for høyt blodtrykk, det brukes blodtrykksmedisiner for mer enn 1 milliard kroner og en like stor sum til kolesterolsenkende medisiner. Til tross for dette har bare 25 prosent av hypertonikerne oppfylt de kravene som blodtrykksspesialister

(forts. s. 14)

Diagnostikk og behandling av høyt blodtrykk – en spesiell tanke rundt problemstillingen mild ukomplisert hypertensjon

Hva er problemet, eventuelt hvorfor er det der?

Uenighet fremkommer lett. Stort sett er vi alle uenige i det meste. Egentlig liker vi mennesker uenighet. Derfor er det vanskelig å definere en sannhet. Hvorfor er det slik? Vi mennesker har ett spesielt stort problem – å sette seg inn i andre personers ståsted, og derfra deres erfaring som grunnlag for å tolke en problemstilling og anbefaling for problemløsning. I medisinen er dette ressurskrevende og til tider driver det kostnadene til diagnostikk og behandling ut av kontroll. Nærhet i arbeid betyr kommunikasjon, og samarbeid ville spart pasientene for problemer og det norske samfunn for milliardbeløp hvert år. Jeg snakker om den allerede eksisterende, men også voksende avstand mellom primærhelsetjenesten og institusjonshelsetjenesten. Derfor er en samfunnsmedisiner og en organspesialist uenige i hvordan vi skal forvalte medisinsk kunnskap – om mild



Tor-Erik Widerøe

Professor i medisin og sjef for Seksjon for nyresykdommer, St. Olavs Hospital i Trondheim fra 1984. Ved siden av arbeidet med ulike temaer innen nefrologi, har interessen vært spesielt knyttet opp mot essensiell hypertensjon. I 1985 grunnla han en samarbeidsgruppe mellom allmennmedisin og spesialisthelsetjenesten, – Hypertensjonsgruppa i Trondheim. Dette samarbeidet har gitt alle medlemmene en unik forståelse av hva hypertensjon er både i allmennpraksis og relatert til sykehusarbeid. Medlemmer i gruppen har vært forskningsaktive, ivrige artikkelforfattere og foredragsholdere. På St. Olavs Hospital har det gjennom en årrekke vært etablert en godt fungerende og i økende grad benyttet blodtrykkspoliklinikk.

(forts fra s. 13)

har stilt til blodtrykket – de argumenterer derfor for bruk av mere medikamenter i denne friske befolkningen, noe legemiddelindustrien ikke sier nei takk til.

Individperspektivet:

I studier der man har undersøkt effekt av blodtrykksmedisiner har man funnet følgende: Hvis en person som har 20 prosent risiko for å få hjerte- og karsykdom de neste 10 år bruker blodtrykksmedisin så kan han redusere sin risiko til ca 15 prosent ved å bruke medisin. En annen måte å formulere dette på er at når 200 middelaldrende personer med høyt blodtrykk behandles i fem år med blodtrykksmedisin, så vil to unngå slag og en unngå hjerteinfarkt i denne perioden. Effekten er litt større hos de gamle, fordi de har høyere risiko. Uansett, det betyr at 197 bruker medisin uten å ha nytte. Mange har bivirkninger og det brukes mye helseressurser på oppfølging av dette. Legen som behandler de 200 kan heller ikke her vite hvem som er de tre med effekt av behandlingen. De som holder seg friske vil kunne tro at det skyldes behandlingen, men det er en urettmessig takknemmelighet til helsetjenesten.

Det er uansett et problem for helsetjenesten å formidle hvilke effekter som kan oppnås, slik at pasienten kan bli delaktig i beslutningen om de ønsker behandling eller ikke.

For legen er det sikrest å behandle, slik at hun ikke i ettertid blir beskyldt for «mangelfull behandling». Det er et enda større problem å sikre at en person ikke får en «risikomerkelapp» som han godt kunne tenke seg å være foruten.

Samfunnsperspektivet

For samfunnet har det betydning at helsetjenesteressurser anvendes der de er mest nyttige, både penger og personer. Det er fristende å tenke at forebygging fjerner sykdom – men det er ikke tilfelle. Selv om man i Norge valgte å følge spesialistenes anbefalinger om å gjøre en million nordmenn til «hjerte-risikanter» og å behandle dem med blodtrykksmedisiner, så vil ni av ti likevel få hjerteinfarkt – med behov for helsetjeneste. Da er det viktig at ikke helsetjenesten er så opptatt med de friske at de syke ikke kommer inn i tide og får den oppfølging de trenger i etterkant..

For samfunnet er det dessuten viktig å anvende en «kostnad-nyttevurdering» – det gjelder også legene som forvalter samfunnsressurser. Det innebærer at man ikke anvender unødvendig dyre medikamenter, hvis billige varianter gir samme nytteeffekt. Det er et problem i Norge i dag at spesialister i blodtrykksbehandling og legemiddelindustrien har styrt utviklingen slik at man i dag i hovedsak an-

ukomplisert hypertensjon. På grunn av hvert vårt ståsted har ingen av oss rett. Samfunnsmedisineren har debatten om risikantbegrepet. Hos organspesialisten vil en del av disse «risikantene» på et senere stadium være organsyke. Jeg vil prøve å sette sammen noen av de forhold jeg baserer min innstilling og anbefaling på.

Bakgrunn i medisinsk epidemiologi

I Norge har ca 20% av den norske befolkning over 25 år et blodtrykk over et definert normalområde (≥ 140 mmHg

TABELL 1 Prevalens av hypertensjon (> 140 eller 90 mmHg).
Siste av tre målte blodtrykk (HUNT 1995–1997)

Alder	Møtt	SBT ≥ 140 eller DBT ≥ 90	
	antall	antall	%
40–49	13 178	3 956	30,0
50–59	10 660	5 223	49,0
60–69	9 015	5 844	64,8
70–79	7 682	5 797	75,5
80–89	2 326	1 790	77,0
90+	127	104	81,0
40+	42 988	22 714	52,8

vender dyre medisiner. For flere av dem gjelder at vi faktisk ikke vet om de hjelper med hensyn til å forebygge sykdom og for tidlig død.

Samfunnet og individet

Både for samfunnet og individet er det et problem at selv om risikoreduksjon kan påvises i forskning så finner man ikke de samme effektene i vanlig praksis. Det kan derfor hende at når man sier at 3 av 200 hypertenikere kan spares for hjerte/karsykdom ved å ta medisiner i fem år, så er det bare en «teoretisk effekt», dvs at man ikke klarer å få det til i praksis. Vi vet faktisk ikke om det er noen effekter av blodtryksbehandling i vanlig praksis. Noen studier tyder på det motsatte.

Det kan handle om at pasientene ikke gjør «som foreskrevet» – dvs de lever ikke så sunt de burde og de tar ikke medisiner som foreskrevet. Det kan også hende at legene ikke utfører dette arbeidet godt nok. Det kan igjen skyldes mangel på kunnskap, men også at det ikke er praktisk mulig å klare dette på en god nok måte i tillegg til andre oppgaver med høy prioritet og de kan også oppleve at denne kunnskapen ikke er anvendelig for pasientene de behandler.

systolisk eller ≥ 90 mmHg diastolisk). Ca halvparten av disse får medikamentell blodtryksreducerende behandling. Prevalens av høyt blodtrykk fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag er gjengitt i tabell 1 (1).

Tabellen viser at ca 50% av den norske befolkning over 40 år har for høyt blodtrykk ved vanlig blodtryksmåling. Tilsvarende tall for prevalens finnes både fra Bergensundersøkelsen og fra Fylkesundersøkelsene gjennomført av Statens helseundersøkelser.

Årlige utgifter til blodtryksreducerende medikamenter i Norge er ca én milliard kroner (2). Av de som behandles oppnår bare ca 20% normalt blodtrykk (3). Det er internasjonal enighet om at ikke-medikamentelle tiltak slik som vektreduksjon, fysisk trening og generell omlegging av livsstilen bør være grunnleggende krav enten alene eller som tillegg til den medikamentelle behandlingen av høyt blodtrykk. Dette er vanskelig å gjennomføre. Det stiller krav til samarbeidet mellom pasient og helsepersonell. Informasjon og undervisning for å gi kunnskap og en sann forventning til en behandling er nødvendig for et godt resultat. Kompetansen vil i vesentlig grad være avhengig av et godt organisert tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner innen helsepersonell. En slik klinisk kompetanse eksisterer imidlertid ikke i norsk helsevesen. I Norge har for eksempel klinisk ernæringsfysiologi vært et ikke-prioritert fagfelt, og antall stillinger per sykehusseng eller per befolkningsenhet er vesentlig lavere enn i land det er naturlig å sammenligne seg med. I realiteten har helsetjenesten ikke engasjert seg i helsefremmende tiltak slik som i primært forebyggende arbeid for å redusere utvikling av hjerte- og karsykdommer. Dette er en av de sykdomsgrupper som belaster norsk helsevesen mest.

Nasjonale og internasjonale retningslinjer og behandlings kriterier

Høyt blodtrykk deles inn i mild, moderat og alvorlig hypertensjon. Likeledes skilles det mellom de som samtidig har hjerte- og karsykdom eller skade (komplisert) og i de som ikke har det (ukomplisert). Alle bør mene at det er riktig å behandle alle med moderat og alvorlig hypertensjon og alle med komplisert hypertensjon. Den store massen er imidlertid de som har mild ukomplisert høyt blodtrykk. WHO og USA har gitt retningslinjer for behandling av høyt blodtrykk. Det går frem av disse at alle personer med mildt høyt blodtrykk – selv uten andre risikofaktorer – skal behandles. Dette vil i Norge medføre to- til tredobling av antall pasienter i medikamentell blodtryksreducerende behandling. De retningslinjer som er gitt av Norges forskningsråd angir noe strengere krav (4): Behandlingsindikasjon foreligger hovedsakelig hos de med ukomplisert mildt forhøyet blodtrykk og

Prosentvis fordeling

Risikofaktorer	Menn	Kvinner
Ingen	22	30
En	40	41
To	29	29
Tre	8	6

Statens helseundersøkelser

TABELL 2 Fordeling av antall risikofaktorer i aldersgruppen 40–49 år med blodtrykk 150–169 mmHg systolisk eller 90–99 mmHg diastolisk

som samtidig har én eller flere andre risikofaktorer slik som høyt kolesterol, røyking og arv. Da høy alder i seg selv representerer en risikofaktor, vil kravet til andre risikofaktorer variere med alder. I tabell 2 angis prosentfordeling av risikofaktorer i en norsk populasjon med et blodtrykk i området for mild hypertensjon (5). Det går frem av disse tallene at WHO sannsynligvis vil anbefale behandling av en vesentlig større populasjon enn det som kanskje gjøres i Norge.

Beslutningene om å behandle alle baserer seg på for sparsom kunnskap om denne gruppen mennesker i grenseområde mellom friske og «syke». Det gjelder både det epidemiologiske grunnlag fra Framingham-undersøkelsen som er databasen for beregning av absolutt risiko og manglende intervensjonsstudier. Men uansett hva vi sier og skriver i Norge vil WHO og USA være de sterkeste markedsførende også i vårt land. Dette er allerede på gang. Jeg selv er «smitet». I undervisningen av medisinske studenter kan jeg ikke benytte kasuistikker som er mere enn to år gamle – for å skape debatt om behandling eller ikke må jeg stadig flytte problemstillingen nærmere de «normale». Det vil undre meg om ikke dere andre har følt det samme. Imidlertid foreligger det ingen modell for hvordan dette skal gjennomføres; ingen tilfredsstillende standardisering, ingen registrering av resultater og da heller ingen kvalitets- og sikringskontroll. Dette er uforvarlig både medisinsk og nasjonal-økonomisk.

Bakgrunn i nasjonale og regionale helselover

En aktiv klinisk virksomhet med det mål å forebygge hjerte- og karsykdommer vil være en stor kompetansekapital i et moderne helsevesen. De nordiske land er den delen av Europa med størst forekomst av hjerte- og karsykdommer. Dette belaster helsevesenet, både primærhelsetjenesten og institusjonshelsetjenesten.

I NOU 1997:2 påpekes det at den offentlige helsetjenesten har et særskilt ansvar overfor de med kroniske lidelser og sykdom (6). Kronisk syke pasienter omfatter store diagnosegrupper som bl.a. diabetes, reumatisme, hjertesykdom,

lungesykdommer, blodtrykk, kreft, nyresykdom og følgesykdom etter hjerneslag.

Regional helseplan 2001–2004 (7) omtaler behovet for større pasient- og brukervedvirkning og opplæring i behandling og rehabilitering for å oppnå et bedre resultat. Dette er også fulgt opp av sentrale myndigheter (8) hvor sykehusene nå har en lovpålagt plikt til undervisning av pasienter og pårørende. Dette gjelder spesielt mennesker med kronisk lidelse og sykdom. Det pålegges spesialisthelsetjenesten å bygge opp en tverrfaglig kompetanse.

En styrking av forebyggende tiltak mot hjerte- og karsykdommer er altså i tråd med føringer fra regionale og sentrale myndigheter fra flere år tilbake (6,9,10) og frem til de nye helselovene som ble iverksatt fra 2001 (8,11,12). Innen spesialisthelsetjenesten i Norge er det ingen tverrfaglig kompetanse og klinisk virksomhet som kan benyttes som modell for denne type primært forebyggende arbeid. Avstanden mellom politiske beslutninger og klinisk virksomhet er stor. Helsegevinst og god kostnadseffektivitet som et resultat av politiske beslutninger oppnåes vanligvis ikke. Uten reell interesse og initiativ fra fagmiljøene vil dette ikke forandre seg.

Vi må imøtekomme pasientenes rettigheter og de krav som stilles til arbeidsform og ressursforvaltning. Dette løser vi ikke ved bare å bekymre oss om risikantbegrepet. Kravet er å bedre systemet for diagnostikk, pasient-informasjon og læring og behandling. Dette vil vi aldri oppnå ved at legen sitter som monopolist for alle disse nødvendighetene. Populasjonen er for stor. En lege behøver ikke se en pasient mer enn å være en aktiv og nær medspiller i et system hvor informasjon og læring utføres av personell med medisinsk kunnskap og informasjonsspsykologisk kompetanse; som spesialsykepleiere, treningslærere og ernæringsfysiologer. Hva snakker jeg om:

Klinikk for diagnostikk og behandling av høyt blodtrykk og beslektede problemstillinger relatert til utvikling av hjerte- og karsykdommer.

- Et sted der mennesker kan komme og gå
- Informasjon og skole for personer med høyt og behandlingstrengende blodtrykk og beslektede problemstillinger
- Henvisningspoliklinikk og rådgiving for primærhelsetjenesten og fra institusjonshelsetjenesten
- Et kompetansemiljø for og bindeledd mellom primærhelsetjenesten og institusjonshelsetjenesten
- Tverrfaglig kompetanse i forebyggende tiltak mot utvikling av hjerte- og karsykdommer

- Standardisering av prosedyrer for diagnostikk og behandling av høyt blodtrykk
- Forskning ved registrering av virksomheten som et grunnlag for kvalitetskontroll

Hovedmålet er å bygge opp en ny modell for å bedre diagnostikk og behandling av høyt blodtrykk. Dette skal gi bedre helsegevinst og dermed bedre kostnadseffektiviteten sammenlignet med dagens kliniske rutiner. Klinikken må være et sted hvor primærhelsetjenesten og spesialister samarbeider. Etter mange års erfaring tror jeg dette er en metode som bør vurderes og prøves. Populasjonen er så stor at den lett representerer en felles interesse. Den er imidlertid også så stor at det ikke vil være mulig for en blodtrykksklinikk alene å ta hånd om hele populasjonen. Virksomheten må imidlertid være så stor at det utvikles en nødvendig klinisk kompetanse og at pasientskolesystemet blir en tydelig virksomhet. Allmennmedisin vil fortsatt være hovedansvarlig for behandling av pasienter med høyt blodtrykk, men i samarbeid med og under veiledning og støtte fra det systemet en blodtrykksklinikk har. Jeg er klar over at forebyggende behandling av hjerte- og karsykdommer inkluderer mye mer enn behandling av høyt blodtrykk. Behandling av høyt blodtrykk inkluderer imidlertid diverse ikke-medikamentelle tiltak som favner vesentlig bredere enn bare blodtryksreduksjon. Kanskje blir det den delen som best blir ivarettatt med en slik modell.

Konklusjon

Ole Brum sier «begge deler». Denne problemstillingen er imidlertid så gigantisk i vanskelighetsgrad og i dimensjon at den må føres av spesielt interesserte og spesielt oppbygde miljøer.

Legens angst for å «påføre» personer «risikantbegrepet» kan i den følgende sammenhenger defineres som defensiv og å fraskrive seg ansvar og kontroll: «Test deg selv. Er du i risikosonen?» Dagbladet 28. april 2003, side 8. Kilde: Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Ukontrollert informasjon om helse er pågående og den aktuelle problemstillingen så stor at den krever en offensiv og problemløsende holdning og plan fra helsetjenesten. Problemstillingen er kompromissløs, vi behøver ikke å applaudere den, vi må være faglig og sannferdig kritiske, men vi må løse den med en metode som gir et faglig og økonomisk forsvarlig resultat.

Tor-Erik Widerøe

Referanser

1. Holmen J. Personlig meddelelse
2. Bryn E., Thürmel A. Medikamentell blodtryksbehandling i Norge. Hovedoppgave. Senter for helseadministrasjon, Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo. August 2000.
3. Hetlevik I. The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice. Doktoravhandling. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisinske fag, NTNU, 1999.
4. Komiteen for medisinsk teknologivurdering. Rapport nr. 12: Behandling av mild hypertensjon. Oslo: Norges forskningsråd, 1997.
5. Aage Tverdal. Personlig meddelelse
6. NOU 1997:2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.
7. Regional helseplan 2001-2004. Helseregion Midt-Norge, revidert etter behandling i RHSU 19.-20. okt. 2000
8. Lov av 2. juli 1999 nr.61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
9. Helsedirektoratets utredningsserie 2-87. Strategi/tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter
10. St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid
11. Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
12. Lov av 2.juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Infodoc for Windows

- **Sikker**
- **Funksjonell**
- **Hurtig**
- **Pålitelig**

Ring 55 52 63 00

og vi demonstrerer programmet hos deg

infodoc as

BRUKERVENNLIGHET SATT I SYSTEM

Bergen: Infodoc as, P.B. 183, Bønes, 5849 Bergen
Tlf. 55 52 63 00 - Fax. 55 52 63 29

Oslo: Infodoc as, Kilenvæien 45, 1366 Lysaker
Tlf. 67 59 27 60 - Fax. 67 59 27 69

www.infodoc.no

Bruk av legemidler hos eldre

AV OLAV SPIGSET

Behandling med legemidler hos eldre kompliseres av en rekke faktorer. Både fysiologiske aldersforandringer og kroniske sykdommer vil kunne påvirke legemiddeleffektene, vanligvis med en økt risiko for bivirkninger og toksisitet. I tillegg vil kombinasjonsbehandling med legemidler øke risikoen for interaksjoner og gjøre det vanskeligere å ta legemidlene som forskrevet. I denne artikkelen vil de viktigste prinsippene for bruk av legemidler hos eldre bli gjennomgått.

Til tross for at personer over 65 år bare utgjør omtrent 15 prosent av befolkningen, brukes mer enn halvparten av alle legemidler av pasienter i denne aldersgruppen. I gjennomsnitt bruker personer over 70 år tre til fem legemidler fast. Hos de aller eldste er tallet enda høyere. Sykehjemspasienter bruker i gjennomsnitt seks til åtte legemidler daglig. Dette fører både til praktiske problemer med å ta legemidlene og gir en økt risiko for bivirkninger og interaksjoner.

Hvordan huske på å ta legemidlet?

Hos eldre er det enda viktigere enn hos yngre å begrense antall legemidler som pasienten til enhver tid bruker. Trenger pasienten alle legemidler som bukes for å forhindre hendelser som kanskje ligger fem til ti år fram i tid? En stor del av pasientene vil likevel ikke ta disse midlene som forskrevet. Mens andelen non-compliance er rundt 30% hos yngre og hos eldre som bruker tre eller færre legemidler, øker tallet til 65% hos eldre som bruker fire eller flere legemidler. Satt på spissen kan man ut fra dette hevde at det å forskrive flere enn tre legemidler samtidig i beste fall ikke vil gi noen særlig tilleggsggevinst hos eldre; det vil bare føre til at pasienten ikke tar legemidlene som forskrevet. Siden disse tallene gjelder uten bruk av doseringshjelpemidler, er det imidlertid grunn til å tro at situasjonen vil være bedre hvis slike hjelpemidler brukes. Det er derfor all grunn til å huske på å diskutere med pasienten hvordan han/hun rent praktisk skal huske å ta legemidlene. Det kan dreie seg om bruk av dosett, om det er mulig å få hjelp fra pårørende eller andre,

Olav Spigset

er overlege ved Avdeling for legemidler, St. Olavs Hospital og professor i klinisk farmakologi ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet. Et av hans hovedinteresseområder er legemiddelsikkerhet, både i forhold til bivirkninger, interaksjoner og bruk av legemidler hos gravide og ammende.

eller om inntaket kan tilrettelegges slik at legemidlene kan tas på de tidspunktene på døgnet som det er lettest å huske. Jo flere legemidler pasienten bruker, jo viktigere er dette.

Hva skjer med legemidlet i kroppen?

En rekke fysiologiske aldersforandringer medfører at man må ta spesielle hensyn ved bruk av legemidler hos eldre. I dette avsnittet skal vi følge et legemiddels vandring gjennom kroppen og se på hvilke forhold som kan påvirke konsentrasjonen av et legemiddel hos eldre, såkalte farmakokinetiske faktorer.

Munntørrehet kan føre til forsinket effekt av legemidler som skal løses opp i munnhulen for å virke, slik som nitroglycérin og buprenorfin. Nedsatt peristaltikk i spiserøret gjør det spesielt viktig å følge de anbefalingene som gjelder for legemidler som kan gi skader her, slik som bisfosfonater. Absorpsjonen av legemidler fra tarmen forandres derimot ikke i særlig grad hos eldre.

Konsentrasjonen av albumin i plasma reduseres med økende alder, og albuminnivåene kan bli svært lave ved visse kroniske sykdommer og dårlig ernæringsstatus. For legemidler som er høygradig bundet til albumin, slik som digitoksin og fenytoin, vil da en større andel foreligge som ubundet legemiddel i plasma. Siden det er den frie konsentrasjonen av et legemiddel som er farmakologisk aktiv, mens en serumkonsentrasjonsanalyse måler den totale (frie + proteinbundne) konsentrasjonen, vil bivirkninger og toksiske effekter kunne oppstå for disse legemidlene selv om plasmakonsentrasjonen ikke er spesielt høy. Ved lave albuminnivåer vil det for denne typen legemidler derfor være fornuftig å sikte seg inn helt i nedre del av referanseområdet.

Kroppsvekten reduseres hos de fleste fra 70-75 års alder, og hos enkelte blir vektøstapet betydelig. Dette er en faktor som kan spille en viss rolle når det gjelder dosering av legemid-

ler, selv om den vanligvis er ubetydelig ved langtidsbruk. Forandringer i fordelingen av kroppsvev (mer fettvev; mindre muskelmasse) kan påvirke halveringstiden for mange legemidler, men dette spiller i praksis en svært liten rolle.

Nedbrytningskapasiteten (clearance) av mange legemidler er redusert hos eldre. Dette skyldes i hovedsak nedsatt kapasitet hos en del av de enzymene som bryter ned legemidler i leveren. For en del legemidler som metaboliseres av cytokrom P-450 (CYP)-enzymer, er effekten relativt stor. Et slikt eksempel er citalopram. For legemidler som glukuronideres, som paracetamol og oxazepam, er effekten derimot liten. Gjennomblødningen av leveren er også redusert hos eldre, og særlig hos pasienter med hjertesvikt. Derfor vil legemidler der denne faktoren er viktig for nedbrytningen, som morfin, propranolol og labetalol (såkalte høyclearance-midler), metaboliseres langsommere.

Siden det er mange ulike prosesser i leveren som påvirkes i forskjellig grad hos eldre, er det ikke mulig å gi noen generell tommelfingerregel om hvor mye dosen av legemidler som brytes ned i leveren må reduseres. Det viktigste er å orientere seg om det er angitt noen spesielle retningslinjer for dosering av det aktuelle preparatet hos eldre, og være minst så forsiktig som det som er angitt.

Den viktigste endringen i kroppens håndtering av legemidler hos eldre er den nedsatte evnen til å skille ut legemidler renalt (FIGUR 1). Dette er viktig for legemidler som utskilles umetabolisert og det er spesielt viktig for de midlene som dessuten har en lav terapeutisk bredde (TABELL 1). Hos eldre, som ofte har nedsatt muskelmasse, gir kreatininkonsentrasjonen i serum et dårlig bilde av nyrefunksjonen. For å få et bedre inntrykk av nyrefunksjonen, bør man derfor beregne kreatininclearance. Dette kan gjøres ut fra pasientens alder, kjønn, kroppsvekt og kreatininkonsentrasjonen i serum (FIGUR 2). Reduksjonen i dosering er i slike tilfeller i regelen proporsjonal med reduksjonen i kreatininclearance. Hos yngre friske er kreatininclearance ca. 120 ml/minutt. Hvis beregnet kreatininclearance for eksempel ca. 60 ml/min, må dosen av legemidler som utskilles umetabolisert (eller har aktive metabolitter som skilles ut i urinen, slik som morfin) dermed som en tommelfingerregel halveres for at plasmanivåene ikke skal bli for høye.

Økt følsomhet for legemidler

Selv om man hos en eldre pasient tilpasser legemiddeldosen slik at konsentrasjonen i plasma (og på virkestedet) er den samme som hos yngre, kan det oppstå uønskede effekter. Dette skyldes at eldre kan ha en økt følsomhet for legemidler på virkestedet, men den viktigste årsaken er at eldre har en nedsatt kapasitet til å sette i gang de fysiologiske kom-



pensasjonsmekanismene som hos yngre motvirker tendensen til bivirkninger. Disse forholdene betegnes med et fellesbegrep farmakodynamiske forhold. Eksempler på effekter av denne typen presenteres i TABELL 2.

Konklusjon

Legemiddelbehandling hos eldre kan være problematisk. Både av praktiske grunner og fordi risikoen for bivirkninger og interaksjoner er høy bør indikasjonen for bruk av legemidler være streng. Det er særlig viktig å redusere dosen for legemidler som skilles ut umetabolisert i nyrene, men også for visse legemidler som metaboliseres i leveren. I tillegg har eldre ofte en økt følsomhet for bivirkninger. Ved tilstander der det ikke kreves en akutt innsettende effekt bør man starte med en svært lav dose og trappe langsomt opp under nøye kontroll. Jo mindre terapeutiske bredde et legemiddel har, jo viktigere er det å redusere dosen, og jo eldre pasienten er, jo viktigere er det å være oppmerksom på disse retningslinjene.

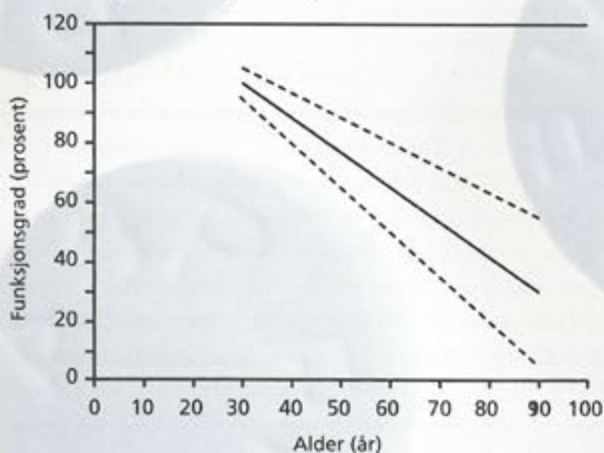
TABELL 1 Eksempler på legemidler som hovedsakelig utskilles umetabolisert renalt

- Litium
- Digoksin
- Vannløselige betablokkere:
- atenolol
- sotalol
- Ganciklovir
- H₂-antagonister:
- ranitidin
- famotidin
- Cefalosporiner
- Aminoglykosider
- Metotreksat

- Økt risiko for svimmelhet/ortostatisk hypotensjon av blodtrykksmidler og nitrater
- Økt risiko for forvirring, sedasjon og andre ugunstige CNS-effekter av legemidler med sentralnervøs påvirkning (for eksempel antidepressiva, antipsykotika, benzodiazepiner og andre sovemidler, sentralt virkende antihistaminer og opioidanalgetika, inklusive kodein)
- Økt risiko for parkinsonisme av legemidler som blokkerer dopaminreceptorer (som antipsykotiske legemidler og metoklopramid)
- Økt risiko for obstipasjon, urinretensjon og ugunstige kognitive effekter av legemidler med antikolinerg virkning (tricykliske antidepressiva, høydoseantipsykotika, visse antiarytmika, sederende antihistaminer)
- Økt risiko for blodtrykksekning og hjertesvikt av NSAID-preparater (inklusive COX-2-hemmere)
- Økt risiko for ulcus/ventrikkelblødning av NSAID-preparater (inklusive COX-2-hemmere)
- Økt risiko for nedsatt nyrefunksjon og hyperkalemi av ACE-hemmere og angiotensin-II-antagonister
- Økt risiko for hyponatremi av SSRI-preparate

TABELL 2 Eksempler på økt bivirkningsfølsomhet på grunn av reduserte homeostatiske mekanismer hos eldre

FIGUR 1 Grad av reduksjon i nyrefunksjonen med økende alder. Den heltrukne linjen viser gjennomsnittet; de stiplede linjene viser normalvariasjonen. Observer at variasjonen i nyrefunksjon mellom ulike individer øker med økende alder.



FIGUR 2 Formel for estimering av kreatinclearance (i ml/min) for kvinner (øverst) og menn (nederst)

♀

For kvinner:

$$\frac{(140 - \text{alder [år]}) (\text{kroppsvekt [kg]})}{\text{serum-kreatinin } [\mu\text{mol/l}]}$$

♂

For menn

$$\frac{(140 - \text{alder [år]}) (\text{kroppsvekt [kg]} \times 1,2)}{\text{serum-kreatinin } [\mu\text{mol/l}]}$$

Hovedbudskap

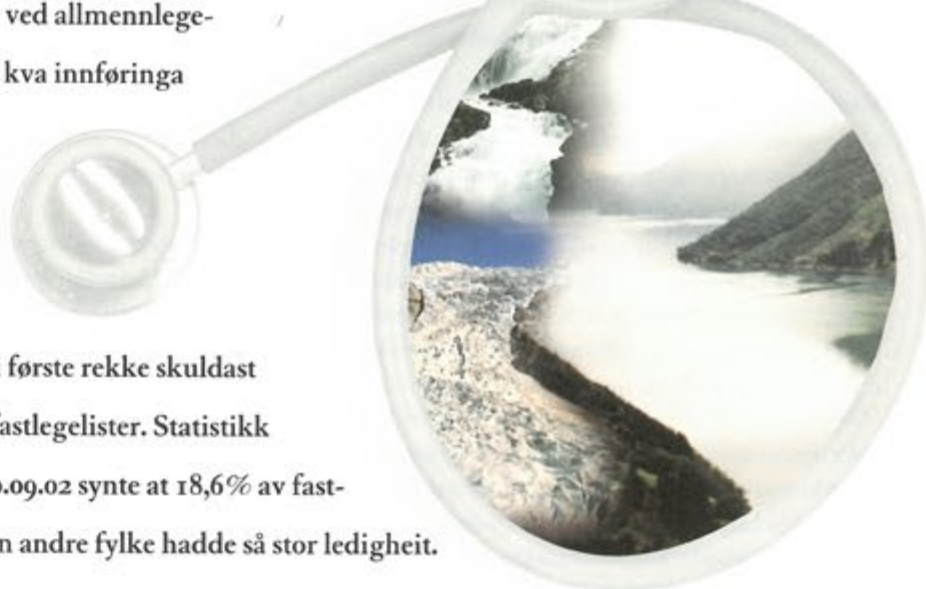
- Vær minst like restriktiv med bruk av legemidler hos eldre som hos yngre
- Legemidlene må ofte doseres lavere hos eldre enn hos yngre. Hos pasienter over 75–80 år, er dette spesielt viktig
- Jo mer toksiske legemidlene er, jo viktigere er det å dosere forsiktig
- Diskuter doseringshjelpemidler med pasienten
- Let målrettet etter tegn på relativ overdosering etter behandlingsstart (for eksempel rigiditet ved antipsykotika, svimmelhet ved antihypertensiva)
- Følg opp med måling av relevante biokjemiske parametre etter behandlingsstart (for eksempel kreatinin, kalium, INR)
- Revurder legemiddelbehandlingen ofte og seponer hvis mulig
- Unngå polyfarmasi

Fastlegeordninga i Sogn og Fjordane – suksess eller fiasko?

AV PETTER ØGAR

Artikkelen drøftar ulike sider ved allmennlegetenesta i Sogn og Fjordane og kva innføringa av fastlegeordninga har hatt å seie for denne.

Allmennlegetenesta i fylket står overfor store utfordringar og vanskar som i første rekke skuldast mangel på søkjarar til ledige fastlegelister. Statistikk frå trygdeetaten med tal pr. 30.09.02 synte at 18,6% av fastlegelistene var utan lege. Ingen andre fylke hadde så stor ledigheit.



Allmennlegetenesta og legedekninga før fastlegereforma

Legedekninga i Sogn og Fjordane dei seinare åra går fram av tabell 1. Fram til om lag midten av 1990-talet var det relativt stabil legedekning, men ca. 10% av stillingane var til ei kvar tid ledige. På grunn av dei små tilhøva var her i røynda langt på veg eit fastlegesystem i dei fleste kommunane. Mange kommunar hadde og røynde kommunelegar som medisinsk faglege rådgjevarar. Ja, Sogn og Fjordane var i ein periode det fylket i landet som hadde flest legar med samfunnsmedisinsk spesialistkompetanse i desse stillingane.

TABELL 1:

Allmennlegedekninga i Sogn og Fjordane før fastlegeordninga

År	Oppretta stillingar	Ikkje besatt	% ledige stillingar
1990	88	7	8,0 %
1994	94	10,5	11,2%
1995	92,7	10,0	10,8%
1996	99,2	7,5	7,6%
1997	100,1	11,9	11,9%
1998	99	18,5	18,7%
1999	99	13,5	13,6%
2000	99	Ca. 13	Ca. 13%

Kjelde: Årsstatistikk for kommunane, SSB.

Frå midten av 1990-talet utvikla det seg ein tiltakande mangel på legar i landet, i første rekke på grunn av ukontrollert oppretting av nye stillingar, særleg på sjukehusa. Gode lønsoppgjør for sjukehuslegane og fallande interesse for allmennlegearbeid gjorde at legemangelen særleg råka allmennlegetenesta. Sviktande nyrekruttering førte også til aukande gjennomsnittsalder hjå allmennlegane. Eit aukande tal allmennlegar i fylket syner teikn på slitasje som mellom anna kjem til uttrykk som ønskje eller krav om vaktfritak, flukt frå samfunnsmedisinsk arbeid og skifte av arbeidsfelt. Fleire allmennlegar har dei siste åra gått over i psykiatrien, noko som har vore til velsigning for denne tenesta i fylket, men ikkje for allmennlegetenesta.

Gjennom opprettinga av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefördeling i 1999 fekk ein eit effektivt verkemiddel for å regulere den offentlege legemarknaden. Samstundes har utdanningskapasiteten vorte kraftig auka. I 1998 vart det utdanna 580 nye legar, i år 2000 605, og i 2004 vert det utdanna 790 nye legar. I tillegg kjem utanlandsstudentane. Legedekninga i landet har auka dramatisk frå vi på 1980-talet hadde om lag ein lege pr. 500 innbyggjarar til vi i dag berre er om lag 270 innbyggjarar per lege. Korleis alle desse legane skal få meningsfullt arbeid utan å sjuke-

leggjere befolkninga gjennom overdreven diagnostikk, kontroll og behandling og utan å belaste samfunnet med unødvendig store økonomiske utlegg, er for meg ei bekymringsfull gåte som få andre førebels synest å bry seg med.

Auka kontroll med stillingsmarknaden og auka utdanning har ført til ei monaleg betring av legemarknaden i nasjonalt perspektiv. Prognosane tilseier balanse i legemarknaden i åra som kjem. Men sjølv om legemarknaden nasjonalt sett er i betring, har vi førebels ikkje merka mykje til det i Sogn og Fjordane. Årsakene til dette vert drøfta seinare.

Fastlegeordninga

Fastlegeordninga vart innført frå 01.06.01. Hovudmålsettinga var å skape eit sterkare og meir forpliktande tilhøve mellom lege og pasient. Det skulle gje betre kontinuitet i lege-pasientforholdet og pasientane større tryggleik. Kontinuitet vert rekna som ein viktig kvalitetsfremjande faktor. Legen og pasienten vert godt kjent med kvarandre, og det er lettare å gje rett og god behandling. Særleg er dette viktig for dei med kroniske og samansette sjukdommar.

I ein situasjon med legemangel og hyppig skifte av legar i fleire kommunar seier det seg sjølv at denne hovudmålsettinga ikkje kan realiserast fullt ut. For dei som vert råka av legemangelen og i tillegg vert informert gjennom eit standardisert, framandgjerande brev frå eit fjerntliggende byråkratkontor om at dei er tildelt fastlege NN, som ikkje finst, er det lett å skjønne at fastlegeordninga framstår som ein dårleg vits. Difor er det maktpåliggande å løyse legemangelen, men det er og viktig at befolkninga vert informert om stoda på ein forståeleg måte.

Fastlegeordninga har vorte kritisert frå fleire hald og for ulike tilhøve. Dei viktigaste ankepunktta har vore mangel på faste legar, dårlegare tilgjenge enn forventta, særst lite høve til å skifte fastlege, vanskar med å få legehjelp ved trong for øyeblikkeleg hjelp og vanskar med å få legehjelp frå andre enn fastlegen.

Problema med legedekninga har vorte større etter at fastlegerodninga vart innført. Medan ein andre stadar i landet no ser ei klår betring i legedekninga, er det ikkje teikn til slik betring her i fylket. Pr. 30.09.02 var 18,6% av fastlegelistene utan lege. I nest dårlegaste fylke (Finnmark) var 9,8% av listene utan lege, og på landsbasis galdt det 3,1% av listene.

Alt helsepersonell har ei lovmessig plikt til å yte øyeblikkeleg helsehjelp, men det gjeld berre i alvorlege tilfelle der helsehjelp er påtrengande nødvendig. Med øyeblikkeleg hjelp tilstandar meiner ein til vanleg tilstandar som må vurderast og behandlast i løpet av dagen. Berre dei færraste av

desse tilstandane har ein alvorsgrad og hastegrad som utløyser hjelpeplikta etter helsepersonellova. I avtalene mellom fastlegane og kommunane er det føresett at legane set av tid til dei øyeblikkeleg hjelp tilfella som oppstår hjå egne pasientar i arbeidstida. Men fastlegen er av og til borte (ferie, kurs, sjukdom), og kommunen må difor sikre seg at det er eit system også på dagtid som kan ta seg av øyeblikkeleg hjelp tilfelle slik legevaktordninga gjer det utanfor arbeidstid. Det er ikkje slik nokre synest å tru, at fastlegen har ansvaret for pasientane sine døgnnet rundt. Det er mi oppfatning at alvorlege øyeblikkeleg hjelp tilfelle vert ivaretekne på ein forsvarleg måte i fylket. Det same gjeld det store fleirtal av mindre alvorlege tilfelle. Konfliktane synest å oppstå der folk har mindre alvorlege øyeblikkeleg hjelp tilfelle, og der deira fastlege ikkje er til stades eller ikkje finst.

Fastlegeordninga føreset at du kan skifte fastlege inntil to gonger i året. Dei fleste fastlegane i Sogn og Fjordane har fulle lister. Bytteretten er med det ikkje reell. Sjølv om det kjem legar i alle stillingane, og listekapasiteten er større enn folketalet, vil det likevel vere slik at mange legar har fulle lister, og bytteretten vil vere avgrensa. Slik vil det truleg og vere mange andre stader i landet.

Samfunnsmedisinske oppgåver og anna offentleg legearbeid

Etter kommunehelsetenestelova skal kommunane ha ein eller fleire medisinsk fagleg rådgjevande legar. Desse har lov- festa oppgåver knytt til beredskap, smittevern, psykisk helsevern og miljøretta helsevern. I tillegg har det vore føresett at dei skal gje medisinsk faglege råd til kommunane i andre spørsmål som har med helsetenesta å gjere, til dømes i planleggingssaker. Fleire kommunar manglar i dag medisinsk fagleg rådgjevande lege, eller har slik lege i så lita deltidstil- ling at det ikkje er rom for å løyse dei oppgåvene som er fø- resett. Det offentlege helsevesenet skal feire 400-års jubileum i 2003. For den delen som er knytt til tradisjonelt offentleg le- gearbeid bør dette jubileet truleg utformast som eit gravøl. Korkje legar, kommunar eller samfunn for øvrig synest å øn- skje offentleg, samfunnsmedisinsk arbeid i nemnande grad. Det har vore ein eintydig nedovergåande tendens som kan sporast tilbake til innføringa av kommunehelsetenestelova.

Innanfor allmennlegetenesta har alltid eit monaleg tal legar vore sjølvstendig næringsdrivande utan særleg tilknytning til den kommunale organisasjonen. Sjølv dei fastlønna le- gane har hatt ein høgst variabel kommunal identitet. Med innføringa av fastlegeordninga har dei aller fleste allmenn- legane vorte næringsdrivande utan spesiell identifikasjon med, omsorg for eller lojalitet til den kommunale organisa- sjonen. Dei er private leverandørar av legetenester til kom- munane, og tenestene dei skal levere er regulert i sentralt og

lokalt inngåtte avtaler. Det er grunn til å spørre om kommunane hadde eller skaffa seg tilstrekkeleg bestillarkompetanse da ordninga vart innført og avtalene inngått. Vi registrerer at fastlegane i aukande grad er fråverande på møte, konferansar og andre arenaer som vedkjem mellom anna samhandling, planleggings- og utviklingstiltak og førebyggjande aktivitetar. Frikjøp av fastlegar til deltaking i ulike slike aktivitetar kostar om lag 4500 kr. pr. dag, og det har ikkje kommunar eller andre arrangørar råd til. Tilsyn med tenestene til barn og unge med psykiske vanskar i 2002 avdekkja at fastlegane i stor grad var fråverande i tverrfaglege møte knytt til oppfølginga av desse pasientane. Fastlegane er med dette utanfor viktige arenaer dei absolutt burde vore på, og det er bekymringsfullt.

Legevakt

Etablering av større, felles legevaktstrikter har vore ei ønskt utvikling frå statlege helsestyresmakter si side, og det er løyvd pengar til fleire slike prosjekt i vårt fylke. Grunngevinga er at det vil lette arbeidstilhøva for legane og med det verke rekrutterande og stabiliserande på legedekninga. Dessutan vil bruk av legevaktsentral med betre utstyr og eventuelt tilgang på hjelpepersonell kunne gje eit betre fagleg tilbod. Ordninga er prøvd ut i Namdalen med tilfredsstillande evaluering.

Det har vore utarbeidd framlegg til slike legevaktordningar fleire stader i fylket, men dei har møtt motstand i befolkninga på grunn av auka avstand til lege og uvilje hos legane til å etablere lokale bakvaktordningar. Fleire kommunestyre har difor gått imot ordningane, og dei har ikkje vorte etablert. Det er og eit poeng at ordningane flyttar utgifter frå staten over på kommunane.

Med mange ledige fastlegestillingar, manglande etablering av felles legevaktordningar og eit aukande tal legar med rett på vaktfritak har fleire kommunar monalege problem med å få til vaktordningar som er akseptable både i kostnadsperspektiv og eit vaktbelastningsperspektiv. Dette er ein situasjon som i seg sjølv verkar negativt på rekruttering av nye legar.

Kvifor er legemangelen så stor i Sogn og Fjordane?

Årsakene til situasjonen er ikkje klårlagd, men fleire tilhøve kan vere aktuelle:

- Sogn og Fjordane vert i full grad oppfatta som eit distriktsfylke i ei tid der flyttestraumen går mot sentrale og urbane stork. Distriktsfylke byr på utfordringar knytt til m.a. små fagmiljø, hyppige vakter og problem med å få jobb til ektefelle. Dei monalege rekrutteringsvanskane også innanfor spesialisthelsetenesta støttar opp under denne årsaksfaktoren.

- Kommunane i fylket er små og har relativt liten tradisjon og avgrensa ressursar og kompetanse til å handtere vanskelege rekrutteringssituasjonar.
- Statlege rekrutteringstiltak har ikkje vorte tekne i bruk i same grad og like lenge som i dei nordlegaste fylka.
- Den dårlege legedekninga vanskeleggjer i seg sjølve rekruttering gjennom at fagmiljøa er enno mindre og arbeidsbelastninga urimeleg stor.
- Problema knytt til legevakt som både skuldast mangel på legar, eit aukande tal legar med rett til vaktfritak og at ein ikkje har lukkast i å få til interkommunale legevaktordningar.
- Relativt dårlege lønstillhøve har vore føreslege som mogeleg årsak, men det er ikkje dokumentert at lønsvivået er spesielt lågt her i fylket. Det vil uansett vere (helse)politisk vanskeleg å oppmode kommunar i store økonomiske vanskar som må seie opp personell innanfor pleie- og omsorgssektoren, å gi ekstra lønsmidlar til ei gruppe helsepersonell som betaler meir i skatt enn dei andre helsearbeidarane har i brutto løn.

Nokre konklusjonar og tankar om vegen vidare

Fastlegeordninga har korkje vore ein suksess eller fiasko i Sogn og Fjordane. Det er legedekninga som har vore den dominerande utfordringa. Fastlegeordninga har vore god for dei kronisk sjuke og mange andre som har hatt ein fast lege, men dei fleste av desse hadde også i praksis ein fast lege før ordninga vart innført. Det politisk vektlagde frie legevaktet er særst avgrensa, og slik er det også truleg mange andre stader i landet. Fastlegeordninga har gjennom sin tilknytningsform for legane bidrege til (ytterlegare) å fjerne allmennlegane frå den kommunale organisasjonen og har vanskeleggjort realiseringa av ein integrert og samhandlande kommunehelseteneste. Ordninga har truleg også bidrege til ei ytterligare svekking av offentleg legearbeid og ivaretaking av samfunnsmedisinske oppgåver.

Dei viktigaste tiltaka for å betre legerekutteringa i Sogn og Fjordane er å få på plass interkommunale legevaktordningar og å satse på å ulike faglege nettverk og fagutviklingstiltak. For å få på plass dei interkommunale legevaktordningane må staten rette opp urimelege økonomiske skeivfordelingar overfor kommunane og legane må vere villege til å gå inn på lokale bakvaktordningar i ein prøveperiode. Det bør etablerast ressurskommunar og stipendordningar for faglege prosjekt som i Nord-Noreg. Den faglege rettleiarordninga for turnuslegar må vidareførast. Dei faglege tiltaka krev økonomisk støtte frå staten, og at seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen vedkjenner seg eit ansvar for fagutvikling og distriktsmedisin på Vestlandet. Endeleg må kommunane vere med på å legge til rette for at legearbeid i distrikta kan vere sosialt og fagleg gode yrkesval.

NSAM

Utlysning av pris *Allmennmedisinsk forskningsutvalg*

AFU har opprettet en pris på kr 10 000,- for å stimulerer til forskning i allmennmedisin blant allmennpraktikere som har liten forskningserfaring fra tidligere.

Prisen tildeles beste frie foredrag ved NidarosKongressen 2003, bedømt ut fra innsendt abstract og framføring av foredraget. Det vil bli lagt vekt på klinisk relevans, vitenskaplig kvalitet og framføring.

Påmelding av Frie Foredrag må gjøres **innen 1. sept 2003**.

Se vår Web side www.nidaroskongressen.no for hvordan påmelding av abstract skal gjøres, eller ta kontakt med oss via e-post: brit.pettersen@nidarosfondet.no.

En komité på 3 medlemmer vil bedømme deltakerne under framføringen.
Prisen utdeles under NidarosKongressens festmiddag torsdag 23. oktober.

NidarosKongressen 2003

Utlysning av pris *NidarosKongressens Medarbeiderpris*

NidarosKongressen 2003 har opprettet en pris på kr 15 000,- for å stimulerer til fagutvikling og kvalitetsutvikling hos medarbeidere på allmennlegekontor.

Vi ber om at leger og medarbeidere i primærhelsetjenesten nominerer medarbeidere til prisen **innen 1. september 2003** til NidarosKongressen, Medisinsk Teknisk Forsknings-senter, 7489 Trondheim, e-post: brit.pettersen@nidarosfondet.no

I nominasjonssøknaden ber vi om at forslagstillerne gjør grundig rede for hvorfor denne spesielle kandidaten fortjener NidarosKongressens Medarbeiderpris.

KongressKomiteen vil bedømme de innsendte forslagene og kåre en vinner.
Prisen utdeles under NidarosKongressens festmiddag torsdag 23. oktober
<http://www.nidaroskongressen.no>

Dykkerulykker

AV JAN RISBERG

Problemet

Du får telefon under legevakt natt til lørdag: En 18 år gammel sportsdykker forteller at han kjenner nummenhet i høyre underarm. Han dykket tidligere på dagen og lurer på om det kan være noen sammenheng. Langt i bakhodet ligger det noen uklare minner om at dykkere kan få vondt i ledd hvis de har dykket for lenge. Var det ikke noe med at de må puste godt ut og gå sakte opp? Du bestemmer deg for å få han på kontoret og undersøke ham. Men hva skal du egentlig spørre om? Og hvordan bør han undersøkes?

Løsningen

Om ikke du leser noe annet i denne artikkelen så prøv å huske akkurat dette: Haukeland sykehus har landsfunksjonen i hyperbarmedisin og har døgkontinuerlig vaktberedskap av kvalifiserte dykkeleger. Ring Haukeland sykehus og be om AMK sentralen (eller ring 55 32 30 03 direkte) og be om råd fra en av oss som er på vakt. Det behøver ikke være alvorlig skade. Anmodningen om å skrive denne artikkelen kom gjennom en slik henvendelse! Men det hadde jo vært hyggelig om du tok deg tid til å lære litt om grunnleggende diagnostikk og behandling slik det står under...

FOTO: RUDOLF SVENSEN, WWW.UWPHOTO.NO



Jan Risberg

Født 1960, utdannet i Bergen 1985. Har etter avsluttet turnustjeneste arbeidet med dykkemedisin innen forskning og klinikk. Er i dag ansatt som dykkerlege ved NUI a.s., assisterende dykkerlege/orlogskaptein ved Haakonsvern orlogstasjon og vaktlege for landsfunksjonen i hyperbarmedisin, Haukeland Universitetssykehus. Dykkemedisinsk rådgiver for en rekke oljeselskap, innaskjærs dykkefirma og sportsdykkerorganisasjoner.



Hva er «dykkersyke»?

«Dykkersyke» er et upresist begrep og omfatter flere tilstander. Vi deler dykkersykdommene typisk inn i tre grupper:

- **Barotraumer.** Dette er trykkskader som typisk rammer ører og bihuler, i sjeldne tilfeller også lunger, og skyldes direkte trykkpåvirkning på luftfylte hulrom. Mellomørebartaumet har de fleste merket under flyging (landing).
- **Gassforgiftning.** Langvarig tilførsel av 100% oksygen er skadelig for netthinnen hos premature og lungene til respiratorpasienter. Dykkere kan få komplikasjoner fra nervesystem og lunger ved dyp dykking eller bruk av oksygenanrikede pustegassblandinger. Nitrogen og karbondioksid kan gi andre forgiftningsmønstre.
- **Trykfallssyke.** Dette skyldes dannelse av gassbobler (vanligvis nitrogenbobler) i blod og vev. For å kunne puste under vann må dykkerne puste komprimert pustegass med like høyt trykk som det omgivende vanntrykket. Kroppens vev vil gradvis mettes med nitrogengass – i prinsippet likt det som skjer ved tilførsel av anestesigasser. Følger dykkeren aksepterte prosedyrer ved oppstigning vil vanligvis dette gass-overskuddet bli eliminert gradvis uten noen organskade. Går dykkeren for fort opp kan det dannes bobler – altså trykfallssyke. I prinsippet kan alle organer bli affisert, men symptomgivende organer er vanligvis nervesystemet, hud, ledd eller lymfekar.

Hvem får det?

Vi behandler ca 50–60 dykkere (de aller fleste sportsdykkere) med trykfallssyke hvert år i Norge. Fordelt på antall dykk som gjennomføres er risikoen i størrelsesorden tre til



FOTO: RUGOLF SVENSEN, WWW.UWPHOTO.NO

Inngang



«Storegutt» trykkammer

fem per 10000 dykk. Vær klar over at man kan få trykfallssyke selv om alle prosedyrer er fulgt. Ca halvparten av de som blir behandlet i Bergen har dykket «innenfor tabell» og uten at vi finner noen sikker forklaring. Trykfallssyke kan etterlate alvorlig senskade, men er i praksis ikke dødelig. Det omkommer imidlertid seks til ti sportsdykkere hvert år som følge av drukning.

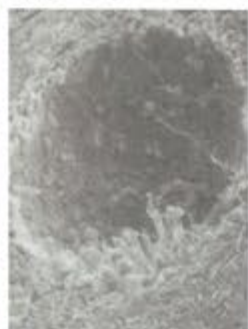
Symptomer og funn

De fleste får symptomene kort tid etter dykk, 90% vil ha fått symptomer innen seks timer etter avsluttet dykk. Symptomer som debuterer 24 timer eller senere etter et dykk skyldes svært sjelden trykfallssyke. Symptomene er avhengig av hvor boblene sitter. Det vanligste er nevrologisk trykfallssyke (ryggmargsaffectsjon er vanligst). Parestesier, hodepine og tretthet er vanlige symptomer. Kraftsvekkelse, blære- eller tarmparese inntreffer i sjeldnere og mer alvorlige tilfeller. Smerter i ledd er ikke så typisk som mange tror, men kan være vanskelig å skille fra belastningsskader. Disse «knaggene» kan være til hjelp:

- Smerter ved trykfallssyke rammer typisk store synovialledd og vanligvis bare ett. Symmetriske leddsmerter og smerter i små eller mange ledd skyldes sjelden trykfallssyke.
- Ingen smerter ved palpasjon av leddet

Elektronmikroskopibilde fra ryggmarg ved eksperimentell trykfallssyke hos hund.

Trykkammer



- Smertelindring ved å holde leddet semiflektert, liten endring av smertene ved aktiv eller passiv bevegelse i leddet

Funn vil være avhengig av organsystemet som er affisert. Utfall fra nervesystemet vil avhenge av hvor i nervesystemet boblen(e) sitter. Trykfallssyke i hud gir fluktuerende erythem med kløe, av og til marmorering. Trykfallssyke i lymfe (sjeldent) gir ensidig lymfeødem (femoralt, abdominalt, pectoralt eller overarm).

Prehospital behandling

Ved mistanke om trykfallssyke må dykkelege kontaktes (55 32 30 03). Det er til stor hjelp om du har avklart spørsmål omkring sykehistorien og gjort en enkel nevrologisk undersøkelse (se under). Ved mistenkt trykfallssyke skal pasienten transporteres til trykkammer med medisinsk beredskap. Det finnes slike i Tromsø, Bergen, Krsitiansand og Oslo. (I tillegg finnes det en rekke mindre kammer uten medisinsk beredskap, men disse brukes sjeldent.) Det er viktig at pasienten medbringer dykkejournal, evt dykkecomputer til kammeret. Meddykker bør være med hvis dykket har brutt med anbefalte prosedyrer, men dette må vurderes individuelt.

- Rehydrer pasienten (de fleste som har dykket er noe dehydrert pga skaden og kombinert kulde/immersjonsdiurese). Bevisste pasienter som ikke er kvalme kan rehydreres med vanlig drikke (ikke kaffe, te eller alkohol). Bevissthetspåvirkede pasienter rehydreres parenteralt med 0,9% NaCl eller Ringer til diuresen er godt i gang (1000 ml er vanligvis tilstrekkelig).
- Gi 100% O₂ på maske, gjerne med reservoar. Uten reservoar bør flow være 12–15 l/min.
- Pasienten leies behagelig. Riktig gamle lærebøker anbefalte at pasienten ble lagt med hodet ned «for at boblene ikke skulle gå til hjernen». Dette fraråder vi nå pga po-

tensiell risiko for forverring av hjerneødem ved nevrologisk trykkfallssyke.

- I tidligere retningslinjer ble det anbefalt å gi Promiten/Rheomacrodex og Decadron rutinemessig ved nevrologisk trykkfallssyke. Det er ikke vitenskapelig belegg for dette og vi anbefaler ikke lenger rutinemessig medikamentell behandling.

Sjekkliste for anamnese og klinisk undersøkelse

ANAMNESEN

- **Dykkprofil:** Når ble dykket/dykkene gjennomført (dato/tid), maks dybde, varighet? Stopp i sjø på vei opp (dekompresjonsstopp eller sikkerhetsstopp)?
- **Komplikasjoner i forbindelse med dykket:** Utlningsproblemer (ører)? Tekniske problemer med utstyret? Tungt, slitsomt eller kaldt dykk? Hurtig eller ukontrollert oppstigning? Alkoholinntak før/etter dykk? Flying etter dykk?
- Er dykket korrekt gjennomført i henhold til dykketabell eller dykkecomputer?
- Når kom symptomene («tving» pasienten til å være konkret i tidsangivelse i forhold til avslutning av dykket) og hvordan utviklet de seg?
- Spør om pasienten har hatt noen av disse symptomene: Øresmerter, Brystmerter, Tungpustethet, Leddsmerter, Hudkløe, Hodepine, Tretthet, Parestesier, Kraftsvekkelse.

UNDERSØKELSEN

- **Otoscopi:** Tegn til injeksjon i trommehinne? Normal - bevegelse?
- **Lunger:** Normale auskultasjonsfunn (obs pneumothorax)
- Forenklet nevrologisk undersøkelse. Vurder kraft, tempo, koordinasjon og sensibilitet i over- og underex. Balanse, stående stilling og gange. Reflekser – husk abdominalrefleks! Finner du ikke noe ved disse undersøkelsene er det sjeldent noe å finne ved undersøkelse av kranialnervene, så her synes jeg du har lov til å jukse litt... (Se også «Slik gjør jeg det» Utposten nr 1 for 2003)

Har du lyst til å lære mer?

Hva med å melde deg på et kurs i dykke-medisin? De arrangeres (en ukes varighet) to ganger i året på Haakonvern (mars og september), kontakt Sjøforsvarets UVB-dykkerlege på tlf 55 50 21 59. Et skandinavisk svært grundig kurs arrangeres på Maldivene (sic!) ultimo oktober hvert år (godkjent av DnLF). Gå www.divemed.net. På web-sidene til NUI (www.nui.no) er det en rekke nyheter og en litteraturliste i dykkemedisin som også inneholder referanser til nasjonale og internasjonale faglige fora.



KRITISK SYK/SKADET DYKKER

Blir du tilkalt til en dykkerulykke med kritisk syk/skadet dykker (Dykker med påvirket respirasjon, sirkulasjon eller bevissthet) er disse differensialdiagnosene mest sannsynlig:

Diagnose	Anamnese	Funn	Behandling
Nærdrukning	Komparentopplysn. Tom for luft? Dyspne.	Tachypne, cyanose, hoste, ekspektorat, (evt respir/sirk stans)	HLR, Oksygen, Innleggelse sykehus
Lungeødem	Hjertesykdom? Dyspne.	Allmenpåvirket, tachypne, cyanose, tachykardi, hypotensjon	Oksygen, hevet overkropp, innlegges sykehus (Nitroglycerin, Morfin, Diuretika)
Pneumothorax Hurtig/ukontrollert	Uerfaren dykker? Panikk? oppstigning. Hodepine, Respirasjons-avhengige brystmerter	(Vanligvis ingen/få. Evt. Svekket respir.lyd/ hypersonor perkusjonslyd, cyanose)	Oksygen, innlegges sykehus
Cerebral arteriell gassemboli (CAGE)	Uerfaren dykker? Panikk? Hurtig/ukontrollert oppstigning. Hodepine, tretthet	Bevissthetspåvirkning. Nevrologiske utfall forenlig med hjerneskade (hemiparese)	Oksygen, overføring til trykkammer. Rehydrer (Ringer/NaCl)
Trykkfallssyke	Brutt dekompresjons- prosedyrer? Langt og/eller dypt dykk? Kløe, ledsmmerter, parestesier, hodepine eller tretthet.	Ingen obligate funn. En eller flere av følgende: Svekket kraft, tempo, koordinasjon, balanse eller sensibilitet. Sjelden symmetrisk.	Oksygen, overfør til trykkammer. Rehydrer (peroralt eller Ringer/NaCl).

Varsling: Primært til lokal AMK (organisere transport). Dykkelege (AMK Haukeland sykehus: 55 32 30 03) bør kontaktes i alle tilfeller for å diskutere differensialdiagnoser.

Send samfunnsmedisineren i dusjen!

Inntrykk fra et dagsseminar om samfunnsmedisin i Oslo 6.mai 2003.

VED OLA NORDVISTE

Nesten nitti personer fra grasrot til topp i norsk helsevesen hadde tatt turen til Det norske medisinske selskaps lokaler etter invitasjon fra Selskapet og Norsk forening for samfunnshelse. Arrangørene, med Magne Nylenna og Gunnar Tellnes i spissen, lokket med elleve foredragsholdere og overskriften «Naiviteten i folkehelsearbeidet og samfunnsmedisinens fremtid».

Plassen tillater ikke noe fullt referat, men noen hovedinntrykk skal Utposten formidle:

Magne Nylenna – som nå jobber ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin i Oslo – innledet programmet med et kort kåseri om «Folkehelse, samfunnsmedisin og tidsåndens tyranni.» Med gode argumentasjonsrekker beskrev

Mange hadde funnet veien til Medisinsk selskaps lokaler i Oslo for å høre om samfunnsmedisinen hadde noen fremtid.



han hvordan samfunnsmedisinen en gang sto midt i tidsånden. Vi har mye bra arbeid å se tilbake på, og det er god grunn til å feire 400-års jubileet for det offentlige helsevesen i Norge. Grunnlaget for et offentlig helsestell ble lagt av samfunnsmedisinerne, men det kan virke som tiden nå er i ferd med å løpe fra faget. Med et sitat av Kierkegaard – «Den som gifter seg med tidsånden, blir tidlig enke» – understreket Magne sitt hovedpoeng. Han videreutviklet det samfunnsmedisinske credo og sa at samfunnsmedisinen må være der folkehelsen lages, mens han pekte i retning av helseforetakene, direktoratet og departementet. Hans foredrag er trykket i sin helhet i dette nummer av Utposten.

Geir Sverre Braut er assisterende direktør i Statens helse-tilsyn. Han startet beskrivelsen av samfunnsmedisinen med å sitere teksten fra den gamle t-skjorta si: «Take my advice, I am not using it»!

Han pekte videre på at individualismen er folkehelsearbeidets utfordring og samfunnsmedisins problem. Han drøftet den skjøre balansen mellom «individutslettende kollektivismen og kollektivnedbrytende individualisme» som samfunnsforskeren Bauman har formulert det.

*«Take my advice,
I'm not using it.»*



Assisterende direktør i Statens helsetilsyn Geir Sverre Braut.

Dilemmaet for samfunnsmedisinen og folkehelsearbeidet er at når man prøver å sikre noens helse lager man hindringer for andre. Dette blir fort politikk, og det ligger utenfor samfunnsmedisins oppgave.

Braut mente at samfunnsmedisinen ikke må ta på seg å være normativ på vegne av samfunnet. Det er de demokratiske styringsorganene som har den oppgaven. Hans konklusjon var at samfunnsmedisinen faktisk må fri seg fra folkehelsearbeidet og hevde sine meninger friere. De styrende organer både bør og vil låne sitt øre til samfunnsmedisins frie råd og meninger. Samfunnet trenger samfunnsmedisineren til å peke på forhold som rammer folk ulikt og som medisinen ser tydeligere enn andre. Det er i kjernen av slike analyser vi kan vente oss respekt for faget, avsluttet Braut. Hans foredrag skapte, som vanlig, mye hodenikk og mumlende anerkjennelse. Det vil bli presentert som egen artikkel i neste nummer av Utposten.

Mari Trommald er avdelingsdirektør i avdeling for rusmidler i Sosial- og helsedirektoratet. Tross sin positive og energiske stil slet hun med å smitte forsamlingen med entusiasme for regjeringens folkehelsemelding hvis to viktigste mål ble beskrevet som

1. Et langt liv med god helse
2. Reduksjon av sosiale forskjeller.

Avdelingsdirektør Mari Trommald i Sosial- og helsedirektoratet prøvde å skape entusiasme for folkehelsemeldingen.



Virkemidlene var bl.a. å legge til rette for at befolkningen gjør de rette valgene og bedre samarbeidet med alle aktører og frivillige organisasjoner utenfor helsevesenet. Greit det, men ingen sto på stolene og klappet etter foredraget.

To unge sosiologer – Hans A Hauge fra Høgskolen i Vestfold og Øyvind Næss fra Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin – introduserte nye og interessante synsvinkler i sine foredrag. De var kanskje ikke så unge, men sammenliknet med resten av forsamlingen virket de veldig nye. Selv om jeg noterte så mange som åtte -isme-begreper på ett og samme lysbilde var det tydelig at samfunnsvitene har analyseverktøy som ikke finnes i vår egen verktøykasse.

Leder i offentlige legers landsforening, Ola Jøsendal, holdt et friskt foredrag med synspunkter på legens rolle i folkehelsearbeidet. Er legen blitt en hakkekylling eller er han en påfugl med mye å by på? Svaret ga han med følgende illustrasjon:



Ola Jøsendal mente at legene må komme frem med det de virkelig kan og la festtalene ligge. «Sats på fag, fag, fag, og overlat til andre det de kan bedre.»

Diskusjonen på møtet ble preget av engasjement, kunnskap, erfaring og veltrente debattanter. Hørt i løpet av møtet:

- PÅL GULBRANDSEN: «NOU 98:18 'Det er bruk for alle' burde hett: Det er ikke bruk for alle»
- OLAV AASLAND: «Hva vil myndighetene at vi egentlig skal dø av?»
- LARS HAUGE: «Det er syv sider om fysisk aktivitet i folkehelsemeldingen, mens musikk, dans, drama, kultur og billedinntrykk så vidt nevnes»
- DAG THELLE: «Alle sier vi beveger oss for lite, men ingen spør hvorfor.»
- GUNNAR TELLNES: «Har samfunnsmedisineren vært for mye på Værøy og Røst og andre isolerte øyer?»
- NINA MISVÆR: «Hvor er samfunnsmedisineren som pleide å støtte oss helsesøstre?»
- BJØRGULF CLAUSSEN: «Alle lokale prosjekt med entusiasme er helsefremmende!»
- DEBATTANT: «Hjernen ligger der som et stort potensiale»

Seminalet het «Naiviteten i folkehelsearbeidet og samfunnsmedisins fremtid». Mitt personlige inntrykk er at det er for lite av begge dele. Med for lite naivisme mener jeg at det er for mye høytflyvende prat og overdrevne forestillinger om hva man får ut av mer teoretisk kunnskap. Vi trenger mer enkle holdninger, mer mening og mer aksjon. Vi må lage samfunnsmedisinske prosjekter som engasjerer fagfolk og legfolk. Prosjekter som – for å sitere Per Fugelli – treffer nordmenn midt mellom øynene på en vanlig onsdag!

Samfunnsmedisinerne er kunnskapsrike, erfarne leger med sterke meninger. De har jobbet og slitt for folkehelsen i direktorater, på de ytterste nakne øyer og i de dype daler. I fire hundre år! Men nå virker det som de mangler visjoner og vinger rundt på banen uten å vite hvor mål er. Noen bør si: «Send dem i dusjen!» Deretter bør de ha et alvorlig spillermøte.

«En viss vitalitet var det, jo», oppsummerte Dag Bruusgaard etter møtet. Men spørsmålet henger fortsatt i luften: Er det nok vitalitet til at samfunnsmedisinen overlever?

– et seriøst fagblad
UTPOSTEN med
humoristiske tilbøyeligheter

Folkehelse, samfunnsmedisin og tidsåndens tyranni

Innledning til seminaret «Naiviteten i folkehelsearbeidet og samfunnsmedisinens framtid»

Det er vanskelig å drive offentlig folkehelsearbeid i privatiseringens individorienterte samfunn. Et språklig skille mellom samfunnsmedisin og folkehelsearbeid, en oppdatering av fagets innhold og et bredere engasjement blant flere yrkesgrupper på alle nivåer i helsevesenet kan være hjelpemidler for å snu utviklingen i positiv retning.

Vi feirer i år 400-års jubileum for det offentlige helsevesen i Norge. Bakgrunnen for det er at legen Villads Nielsen (ca. 1564–1616) i 1603 ble ansatt som *ordinario medico* i Bergen med lønn fra det offentlige. Historikeren Ole Georg Moseng har beskrevet tre områder der staten på den tid utformet noe som kan kalles grunnlaget for et offentlig helsestell (1):

- Pestbekjempelse ved hjelp av karantene, isolasjon og avsperring.
- Utbygging av institusjoner for å ta vare på de svakeste; de fattige, gamle og sinnssyke.
- Ansettelse av helsearbeidere; leger, jordmødre, bartskjærere og apotekere.

Utviklingen gjennom de fire århundrene er, som en del av jubileumsmarkeringen, beskrevet av Ole G. Moseng, Aina Schiøtz og Maren Skaset i et to bindes historisk verk som nylig er utgitt (2,3). Dagens offentlige helsevesen er et kombinert resultat av økende medisinsk innsikt og kunnskap samt hver tids eksisterende helsetrusler på den ene side og den allmenne samfunnsutvikling, spesielt det rådende syn på statens oppgaver og enkeltindividers rolle og betydning, på den annen side (4). Oppgavene til det offentlige helsevesen er dramatisk endret gjennom århundrene. Mens vekten tidligere ble lagt på å forhindre at sykdom oppstod, bl.a. på grunn av manglende terapeutiske tiltak, er det i dag diagnostikk og behandling som får størst ressurser og mest oppmerksomhet. Samtidig har velstandsvekst, globalisering, ut-



Det norske medisinske Selskab,
Oslo 6. mai 2003
MAGNE NYLENNA
magne.nylenna@samfunnsmed.uio.no
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo

danningseksplasjon og informasjonsoverflod store konsekvenser for samfunnets verdier og holdninger. Tidsånden prioriterer frihet framfor trygghet, individ framfor fellesskap, impuls framfor tradisjon og endring framfor stabilitet (5). Kollektive, og særlig offentlige tiltak, som har til hensikt å fremme helse og forebygge sykdom på lengre sikt, kommer i skyggen av den kurative, individorienterte og aksjonspregede medisin. Forsøk på livsstilsintervensjon fra helsemyndighetenes side blir stemplet som formynderi, ikke bare fra liberale journalister og populistiske politikere, men også fra fagfolk. «... i år 2003 er det ikke regjeringen, men folket som er opplyst. I 2003 består... Norge av 4,5 millioner... selvstendige og kunnskapsrike enkeltmennesker som er vant med å ha makt og ta ansvar for eget liv, innbefattet egen helse», skriver Per Fugelli og Jan Helge Solbakk (6).

I tillegg har vår tids spesialiserte samfunn overlatt en rekke av det offentliges sykdomsforebyggende tiltak, som renovasjon, drikkevannssikring og næringsmiddeltilsyn til instanser og organer på siden av det tradisjonelle helsevesen. Det gjør at samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet er under sterkt press. Historisk er det en spesialitet som har sine røtter i distriktslegevesenet. Nå er rekrutteringen dårlig med kun en håndfull nye spesialister årlig de siste årene. «Samfunnsmedisinere utdannes knapt lenger – og ingen savner dem», hørte jeg en kollega si. «Samfunnsmedisin som akademisk disiplin er uklar og vanskelig definerbar» skriver historikeren Aina Schiøtz (7) som har tatt doktorgrad på distriktslegevesenets historie. «Samfunnsmedisinen mangler identitet og teoretisk overbygning», sier andre. Til det er det fristende å replisere: Hvor er nevrologiens teorigrunnlag eller pediatriens overordnende idé? Alle medisinske spesialiteter, som for øvrig inndeles på svært ulikt grunnlag, er i hovedsak empiriske både i sin opprinnelse og sin fagutvikling. Helsetrusler og sykdommer identifiseres og defineres, tiltak utprøves, kunnskap erverves og etter hvert utvik-

les effektive metoder til forebygging og behandling. Grupperorientert medisin er i så måte ikke mye annerledes enn individorientert medisin.

Samfunnsmedisin og folkehelsearbeid

Det er nettopp i gruppeperspektivet samfunnsmedisinen har sitt særpreg. En gruppe består av minst tre personer, som regel mange flere, og det er arbeidet med grupper som er karakteristisk for samfunnsmedisinen. «Samfunnsmedisin som fagområde har sin oppmerksomhet rettet mot helsetilstanden i hele eller deler av befolkningen, samt på livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever i» heter det i målbeskrivelsen for spesialiteten samfunnsmedisin (8).

Verdens helseorganisasjon har definert public health, som best kan oversettes med folkehelsearbeid, slik: «The science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society» (9). På norsk er dette oversatt og omskrevet som «Vitenskapen om og aktiv deltakelse i samfunnets organiserte anstrengelser for å forebygge sykdom, forlenge liv og fremme livskvalitet og bedre helse» (10). Kanskje kan det være en fordel å skille folkehelsearbeid og samfunnsmedisin fra hverandre? *Samfunnsmedisin* kan brukes om det mer avgrensede fagområdet med sine oppgaver og metoder, på linje med psykiatri og kirurgi. *Folkehelsearbeid* kan brukes om det tverrfaglige og omfattende arbeidet som kan oppsummeres nettopp som «samfunnets organiserte anstrengelser» for bedre helse. Det er i all hovedsak er et politisk prosjekt.

Vi har nylig fått en stortingsmelding om folkehelsepolitikken i Norge (11). I praksis er det slike dokumenter som fastsetter både hva som inkluderes i folkehelsebegrepet, hva som ansees som det viktigste i folkehelsearbeidet og ikke minst hva som er ikke bør prioriteres.

Tilsvarende arbeides det med en ny spesialistutdanning og et nytt regelsett for legespesialiteten i samfunnsmedisin.

Tre teser

1. *Så lenge det finnes folk og helse finnes det folkehelse. Så lenge det finnes samfunn og medisin finnes det også samfunnsmedisin.* Det er en utvilsom og veldokumentert sammenheng mellom helsen og samfunnet vi lever i. Hvorvidt det er god eller dårlig rekruttering til studier av og arbeid med denne sammenhengen er ikke avgjørende for om sammenhengen eksisterer. Diskusjonen om legenes plass i samfunnsmedisinen (12) kan lett bli en avsporing i forhold til mer strategiske valg. Det er et, av påfallende mange paradokser i dagens helsevesen, at jo mer vi vet om og kan gjøre med folkehelseproblemer, jo lavere er feltets status, jo større er frustrasjonen og jo mindre er entusiasmen. Kan det skyldes manglende utvikling av faget?

2. *Samfunnsmedisinens innhold må oppdateres til dagens situasjon og behov.* Tradisjonelt har hygiene og forebyggende medisin utgjort kjernen i samfunnsmedisinen.

Epidemiologi og mikrobiologi har vært de viktigste metodene. Fortsatt er smittevern og infeksjonsbekjempelse blant de mest åpenbare begrunnelser for populasjonsbasert



helsearbeid. Men etter hvert som helsevesenet blir mer og mer rettet mot behandling og medisins rolle i samfunnet endres må også samfunnsmedisinen omdefinieres. Begrepet «new public health» er introdusert om en utvidet samfunnsmedisin (13). Fremtidens gruppeorienterte medisin må inkludere helsepolitikk, helseøkonomi, ledelse og informasjonshåndtering. Den kan derfor heller ikke begrenses til primærhelsetjenesten (tab 1.). Men samtidig som samfunnsmedisinen må tilpasses dagens samfunn, må ikke viktige fellesskapsverdier og grupperettede prinsipper ofres på tidsåndens alter.

3. *Samfunnsmedisin er et viktig fag for alle yrkesgrupper og på alle nivå i helsevesenet.* På samme måte som alle leger, og for den del andre helseprofesjoner, må ha en basal innsikt i indremedisin, kirurgi og psykiatri uansett hva man arbeider med, må alle også ha en samfunnsmedisinsk grunnkompetanse. Grupper og systemer er noe alt helsepersonell må forholde seg til både i arbeidsform, målgruppe og faginnhold (14). At folkehelsearbeidet her i landet har vært så nært knyttet til primærhelsetjenesten har kanskje mer historiske og praktiske enn ideologiske begrunnelser. Fremtidens samfunnsmedisin må få bedre fotfeste både i spesialisthelsetjenesten og i den sentrale helseforvaltning. Det er for tiden der de største ressursene forvaltes. Om noe er sikkert med hensyn til samfunnsmedisins mulige innflytelse, er det at man må være med der de viktigste prioriteringer gjøres og der de avgjørende beslutninger fattes. I norsk helsevesen er denne arenaen for tiden ikke kommunene, men helseforetakene, sosial- og helsedirektoratet og helsedepartementet.

«Old public health»	«New public health»
Hygiene	Helsepolitikk
Forebygging	Helseøkonomi
Mikrobiologi	Ledelse
Epidemiologi	Informasjonshåndtering
Medisinsk	Tverrfaglig
Distriktsleger	Samfunnsmedisinere
Kommunenivå	Regionalt og nasjonalt nivå

TABELL 1. Samfunnsmedisins innhold bør utvides og endres i tråd med endringer både i samfunn og helsevesen

Litteratur

1. Moseng O. Den tidligmoderne staten og ansvaret for undersåttens helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:2546-7.
2. Moseng OG. Ansvaret for undersåttens helse 1603-1850. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
3. Schiøtz A. Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
4. Nylenna M. Norsk offentlig helsevesen jubilerer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:xx
5. Eriksen TH. Øyeblikkets tyranni. Oslo: Aschehoug, 2001.
6. Fugelli P, Solbakk JH. Sunnhetspolitikken umyndiggjør folket. Kronikk. Aftenposten 3.5.2003.
7. Schiøtz A. Samfunnsmedisinen og legerollen. Nytt Norsk Tidsskrift 2001;n.2:150-62.
8. Målbeskrivelse for samfunnsmedisin. Oslo: Den norske lægeforening, 2001 <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=1560>
9. WHO. Expert Committee on Public Health Administration. Technical report Series no. 55, Geneva: WHO, 1952.
10. Nylenna M, red. Utdanningshåndbok I samfunnsmedisin. Lysaker, Den norske lægeforening, 1995.
11. St. meld. Nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
12. McPherson K, Taylor S, Coyle E. Public health does not need to be led by doctors. BMJ 2001;322:1593-6.
13. Baum F. The new public health. Melbourne: Oxford University Press, 1998.
14. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M. Samfunnsmedisin – et fagfelt og en tenkemåte. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M red. helse for de mange. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.

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. 425,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



Allmennleger

– antall og utvikling – 1995–2003

AV ANDERS TARALDSET

De siste 7 1/2 år har antallet allmennleger i Norge økt med omkring 600, ifølge Legeforeningens legeregister. I samme periode har antallet yrkesaktive leger i Norge økt med over 4000. Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser omtrent samme økning i utførte legeårsværk i kommunchelsetjenesten i perioden 1994–2001, som i skrivende stund er det siste året SSB har offentliggjort statistikk for. I det følgende vil jeg beskrive noen utviklingstrekk i statistikken for allmennleger basert på registrert hovedstilling i Legeforeningens legeregister der intet annet er nevnt. Jeg har her valgt å definere allmennleger nokså vidt, i praksis slik at begrepet omfatter alle leger i kommunchelsetjenesten slik også SSB presenterer sin statistikk, men uten å regne med turnusleger. Dermed er også kommunelege I mv medregnet, ettersom mange av disse også arbeider som allmennleger.

Status per mars 2003

Tabell 1 viser at det er nesten 17 000 yrkesaktive leger < 70 år i Norge og nesten 4100 eller 24,1% av disse er allmennleger. Vi regner her antallet leger basert på registrert hovedstilling, mens SSB opererer med utførte årsværk. Det er såpass få av allmennlegene som arbeider vesentlig mindre enn 100% når alle typer legevirksomhet tas med, at vi i praksis kan se bort fra dette. Tabellen viser også hvor mange av disse allmennlegene som er medlemmer av hhv. Aplf og OLL (primær yrkesforening), samt hvor mange av allmennlegene som er fastleger i sin hovedstilling. Andelen fastleger utgjør her 86,4% og er selvsagt vesentlig høyere med en snevrere definisjon av 'allmennlege'. Mange av de resterende allmennlegene er fastlege i sin bistilling. Merk at ta-



Anders Taraldset

er cand.oecon fra Universitetet i Oslo 1991. Han arbeider som seksjonssjef for register og statistikk i Den norske lægeforening.

bellene kun omfatter de av Aplfs og OLLs medlemmer som er registrert som allmennleger i sin hovedstilling.

Gjennomsnittsalderen er 46,3 år som er 1,1 år høyere enn for alle yrkesaktive leger. OLLs medlemmer er klart eldre enn Aplfs medlemmer. Kvinneandelen er 30,7% som er lavere enn for alle yrkesaktive leger. Kvinneandelen er vesentlig lavere i OLL enn i Aplf.

Andelen medlemmer av Legeforeningen ser ut til å være høyere blant allmennleger enn blant alle yrkesaktive leger, men her er usikkerheten svært stor.

Andelen av allmennlegene som har en eller annen godkjent spesialitet, er 55,7% og er høyere både blant fastleger og i OLL. Andelen godkjente spesialister i allmennmedisin utgjør 52,5% blant allmennlegene og 56,2% blant fastleger i hovedstilling. Andelen med doktorgrad er ufullstendig registrert, men er veldig mye lavere blant allmennleger enn blant alle yrkesaktive leger.

TABELL 1. Yrkesaktive leger > 70 år i Norge per 18.3.2003

	Antall	Gj. alder	% kvinner	% medl. Drif	% spesialister	% doktorgrad	% utlendinger
Alle leger	16947	45,2	33,4	93,5	55,6	9,6	15,6
Allmennleger mv.	4084	46,3	30,7	98,0	55,7	1,9	14,6
Aplf	3487	46,1	31,6	-	56,6	2,0	13,6
OLL	392	50,1	20,2	-	67,4	1,5	14,3
Fastlege i hovedst.	3530	46,3	30,2	-	57,9	1,9	14,1

	Antall	Gj.alder	% kvinner	% medl.Dnlf	% spesialister	% doktorgrad
Alle leger	12809	44,1	26,6	95,0	55,9	9,9
Allmennleger mv.	3473	43,5	25,8	98,6	50,4	1,4
Aplf	2856	43,0	27,8	-	49,1	1,4
OLL	538	46,1	15,6	-	62,8	1,5

TABELL 2. Yrkesaktive leger < 70 år i Norge per. 5.10.1995

Andelen utenlandske statsborgere er nesten like høy blant allmennleger som blant alle yrkesaktive leger. Av allmennlegene er 157 statsborgere fra Sverige, 137 fra Tyskland, 98 fra Danmark, 22 fra Nederland, 19 fra Finland, 15 fra Bosnia Hercegovina, 14 fra Island og 14 fra Frankrike. Dette tilsvarer omtrent fordelingen blant alle yrkesaktive leger som det finnes en tabell for på Legeforeningens nettsider, men med en litt høyere andel fra Nederland, Bosnia Hercegovina og Frankrike og en litt lavere andel fra Island enn blant alle yrkesaktive leger. De siste årene har det vært en sterk økning i antallet leger fra Tyskland mens antallet leger fra Sverige og Danmark har endret seg relativt lite. Det siste året har økningen fra Tyskland vært vesentlig lavere enn tidligere.

Utviklingen siden oktober 1995

Tabell 2 viser tilsvarende status per 5.10. 1995. På dette tidspunktet utgjorde allmennlegene 27,1 % av alle yrkesaktive leger. Dette kan kanskje være noe for høyt sammenlignet med tilsvarende andel per 18.3. 2003, fordi langt færre av de yrkesaktive legene var registrert med ukjent stilling i 1995 enn i 2003. Likevel synes det klart at veksten i antallet allmennleger har vært relativt svakere enn veksten i antallet yrkesaktive leger totalt. Denne forskjellen i relativ vekst har vært størst i perioden 1995–1999, mens veksten i antallet allmennleger har vært langt sterkere i perioden 1999–2003.

Gjennomsnittsalderen blant allmennleger har økt med 3,1 år for Aplfs medlemmer, mens den tilsvarende økningen blant alle yrkesaktive leger er 1,1 år. I motsetning til hva mange tror, har gjennomsnittsalderen ikke blitt redusert etter 1998/1999 selv om veksten i antallet allmennleger har vært sterk. Kvinneandelen har økt mindre for allmennleger enn for alle yrkesaktive leger. Mens kvinneandelen i 1995 var høyere blant yrkesaktive medlemmer av Aplf enn blant alle yrkesaktive leger, er det motsatte tilfellet i 2003. Det betyr at rekrutteringen av kvinner til allmennlegetjenesten er svakere enn i legearbeidsmarkedet totalt.

Andelen medlemmer av Legeforeningen kan se ut til å ha vært litt høyere i 1995 enn i 2003 både totalt sett og blant allmennleger, men her er usikkerheten i datagrunnlaget meget stor.

Andelen av allmennlegene med en eller annen spesialistgodkjenning var klart lavere i 1995 enn i 2003. Det har vært en kraftig nedgang i antallet nye spesialistgodkjenninger i samfunnsmedisin. Andelen spesialister i allmennmedisin blant allmennlegene var trolig omkring 48 eller 49 % i 1995 – her har vi ikke eksakte tall. I motsetning til allmennlegene er andelen med godkjent spesialitet blant alle yrkesaktive leger i Norge redusert fra 55,9 % til 55,6 %. Dette har sammenheng med de store årskullene av yngre leger de senere årene. Andelen med doktorgrad har økt blant allmennleger mens denne andelen er redusert blant alle yrkesaktive leger.

Tall fra Rikstrygdeverket (RTV)

Det var ved årsskiftet 2002/2003 127 ledige fastlegehemler, noe som er en reduksjon på 35 siden forrige årsskifte, ifølge RTV. Per 28.2.2003 utgjør antallet lister uten lege 118. Ved årsskiftet 2002/2003 var det 2089 lister med totalt 462 563 ledige plasser. Dette er en reduksjon fra 2451 lister med ledige plasser ved forrige årsskifte. Det var ved årsskiftet 2002/2003 91 000 innbyggere som manglet fastlege, mens 20 000 innbyggere har valgt å stå utenfor fastlegeordningen. Per 28.2. 2003 er antallet innbyggere uten lege redusert til 74 546. Det gjenstår nå bare to kommuner som ikke har innført fastlegeordningen.

Vurdering av utviklingen

I perioden 1995–1999 var det en relativt svak vekst i antallet allmennleger, mens denne veksten har vært langt sterkere i perioden 1999–2003, både før og etter etableringen av fastlegeordningen per 1.6. 2001. Samtidig med at det har vært en meget sterk vekst i antallet nye stillinger/hjemler i allmennlegetjenesten, har antallet ubesatte legestillinger blitt redusert fra omkring 300 (litt avhengig av kilde og definisjoner) til 118 ifølge RTVs tall per 28.2.2003. Likevel har gjennomsnittsalderen blant allmennleger ikke blitt redusert etter 1998/1999 og kvinneandelen er lavere enn blant alle yrkesaktive leger, selv om det har vært en økning etter 1998/1999. Andelen godkjente spesialister viser en klar økning, men det er likevel en nedgang i antallet nye spesialistgodkjenninger i allmennmedisin fra 155 nye godkjenninger i toppåret 1996 til 88 nye i 2001 og 85 nye i 2002. Også antallet fornyelser av spesialiteten er redusert de siste to

?RELIS

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

RELIS Sør (Rikshospitalet) tlf: 23 07 53 80 • RELIS Øst (Ullevål US) tlf: 23 01 64 11 • RELIS Vest (Haukeland sykehus) tlf: 55 97 53 60
RELIS Midt-Norge (Regionsykehuset i Trondheim) tlf: 73 55 01 58 • RELIS Nord-Norge (Regionsykehuset i Tromsø) tlf: 77 64 58 92

Rohypnol® (flunitrazepam) og paradoks effekt

«Paradoks effekt» betegnes også som «disinhibitorisk reaksjon».

Såkalt paradoks effekt av benzodiazepiner bringes gjerne på banen i forbindelse med:

- Personer som blir aggressive etter inntak av benzodiazepiner, gjerne etter inntak av store (supraterapeutiske) doser og gjerne parenteral administrasjon
- Barn som blir overaktive etter å ha tatt inn en liten dose benzodiazepiner
- Eldre personer som blir forvirrede og agiterte etter inntak av benzodiazepiner

Et avgjørende spørsmål er hvorvidt slik adferd har farmakologiske årsaker (egenskaper ved medikamentet og egenskaper ved individets reseptorer osv.) eller om responsen på et medikament også er vesentlig betinget av konsumentens biologiske konstitusjon.

Når det gjelder personer som blir aggressive, er det ingen vitenskapelig konsensus for eksistensen av en egentlig «pa-

radoksal effekt» ved bruk av benzodiazepiner. Problemstillingen er omdiskutert. Noen studier rapporterer høy forekomst i den undersøkte populasjonen, andre at fenomenet er meget sjeldent. Uoverensstemmelse i funn kan skyldes forskjeller i de undersøkte populasjonene (1).

Det finnes ikke noe medikament som gir totalt forutsigbar sedasjon hos alle individer (2). Ett og samme medikament kan ha potensiale til både å dempe og forsterke aggressiv adferd, avhengig av underliggende egenskaper hos individet som konsumerer det (1). Eksempler er amfetaminer, metylfenidat, benzodiazepiner og alkohol. Ved samtidig bruk av flere ulike rusgivende stoffer blir resultatvirkningen enda mer uforutsigbar.

Benzodiazepiner utøver sin sentralnervøse virkning ved spesifikk binding til benzodiazepin-reseptorer i GABA-reseptor-komplekset på nevronene. Bindingen forsterker den hemmende virkningen av vår naturlige transmittersubstans GABA (gamma-amino-smørsyre) som finnes på nevroner i store regioner av hjernen. Den forventede farmako-

forts. fra s. 35

årene. I samfunnsmedisin ble det godkjent i gjennomsnitt 39 spesialister per år siden spesialiteten ble opprettet i 1984 frem til 1998. Deretter har det vært godkjent fire nye spesialister i samfunnsmedisin gjennomsnittlig hvert år (tre i 2000, fem i 2001, fire i 2002).

Paradokset er at det har vært en sterk vekst i antallet allmennleger de senere årene og at gjennomsnittsalderen blant allmennleger likevel har fortsatt å øke noe samtidig som kvinneandelen viser en svakere vekst enn for alle yrkesaktive leger i Norge. Statistikken antyder at det fortsatt finnes en underliggende tendens til 'forgubbing' til tross for den sterke rekrutteringen, en tendens som var særlig tydelig frem til 1999.

Forklaringen må vi søke å finne i hvor rekrutteringen til allmennlegetjenesten kommer fra. Vi har ikke så mye sik-

ker statistisk kunnskap om dette. Jeg vil antyde at veksten i allmennlegetjenesten i noen grad skjer ved overgang fra andre deler av legearbeidsmarkedet, spesielt sykehus og i noen grad psykiatrien. I tillegg har også allmennlegetjenesten kunnet nyte godt av stor tilgang av utenlandske leger. Rekrutteringen av nyutdannede leger er kanskje noe svakere enn ønskelig, spesielt blant kvinner. Statistisk ville en sterkere rekruttering av nyutdannede leger betydd en svakere vekst i andelen godkjente spesialister, slik vi ser i legearbeidsmarkedet totalt sett.

På den positive siden kan vi merke oss at det har vært en sterk vekst i allmennlegetjenesten etter 1999, at andelen godkjente spesialister har økt betydelig og at det også har vært en vekst i andelen med doktorgrad, selv om avstanden til resten av legestanden fortsatt er meget stor.

logiske effekten er antikonvulsiv, muskelrelaxerende, sedativ og anxiolytisk, i tillegg til anterograd amnesi og respirasjonsdepresjon. De fleste som inntar benzodiazepiner vil oppleve en beroligende effekt, men hos et mindretall kan slike medikamenter resultere i paradoksale reaksjoner. Reaksjonene karakteriseres av akutt spenning og endret mental status, eksempelvis ved økt uro, livlige drømmer, hyperaktivitet, seksuell disinhibisjon, overdreven selvtilitt, fiendtlighet og aggresjon. Mange mener at en predisponerende biologisk sårbarhet og omstendigheter / situasjon er avgjørende for at slike effekter skal inntre.

Studier gir holdepunkter for at misbruk av benzodiazepiner som flunitrazepam kan resultere i alvorlig voldelig adferd hos visse individer som har konstitusjonelle, sårbare personlighetstrekk, som eksempelvis dårlig impulskontroll og aggressive tilbøyeligheter. Denne virkningen tilsløres ved eventuell samtidig bruk av alkohol og/eller andre rusgivende stoffer. Visse individer med tendenser til voldelig adferd synes å bli mer tilbøyelige til å begå overgrep eller reagere voldelig (impulsive decision-making) når de inntar eksempelvis flunitrazepam. Benzodiazepinbetinget anterograd amnesi kompliserer bildet (3,4).

Hvilke momenter synes å være av betydning for utvikling av såkalte paradoksale reaksjoner på benzodiazepiner? Paton har gjort en systematisk gjennomgang basert på Medline-søk for perioden 1966–2002 (1). Forfatteren antyder at den viktigste enkeltfaktor antagelig er underliggende personlighet, idet individer som har en forhistorie med aggresjon og dårlig impulskontroll synes mer utsatt. Antisocial personlighetsforstyrrelse er assosiert med en høy forekomst av aggressiv adferd (5). Øvrige bidragende faktorer er genetisk disposisjon, humør, omgivelser, tilstedeværelse av nevrologisk sykdom, ung alder (6,7), alder over 65 år, lærevansker og sentralnervøs degenerativ sykdom. Videre omhandler de fleste rapporterte reaksjoner ved inntak av store doser av svært potente benzodiazepiner. Risikoen anses økt ved intravenøs og intranasalt inntak, og for stoffer med kort halveringstid og raskt fluktuerende plasmakonsentrasjoner.

Gamle studier har vist at benzodiazepiner kan øke den aggressive intoleransen noe også hos «friske» individer når disse eksponeres for en frustrerende situasjon (8,9).

Flunitrazepam er et av de mest potente benzodiazepinene tilgjengelig. Stoffet har farmakologiske egenskaper som fremmer misbruk; det har høy affinitet for benzodiazepinreseptorene og rask og uttalt virkning. Flunitrazepam gir partiell anterograd amnesi. Inntak av flunitrazepam kan resultere i en følelse av økt styrke og selvfølelse, redusert frykt og usikkerhet og tro på at intet er umulig. Flunitrazepam

utøver sin virkning via økt GABA-transmisjon. GABA har inhibitorisk effekt på viktige monoamintransmittere som serotonin, noradrenalin og dopamin og kan via slike mekanismer øke risikoen for skadelige virkninger på menneskelig adferd, f.eks. disinhibering, fravær av empati mv. (3). Det er kjent at voldelig kriminalitet og voldelig selvmord (hanging, skyting, selvpåførte skarpe skader) er assosiert med lave konsentrasjoner av serotoninmetabolitt (5-HIAA) i cerebrospinalvæske (10).

Barn har et umodent GABA-reseptorsystem i hjernen. Det er kjent at barn er mer utsatt enn voksne for disinhibitoriske reaksjoner.

Pasienter som har hatt alvorlige paradoksale reaksjoner på benzodiazepiner bør unngå slike medikamenter i fremtiden. Paton (1) anbefaler at pasienter som har opplevd slike reaksjoner blir behandlet med antipsykotiske medikamenter ved fremtidige adferdskriser.

Konklusjon

Hos de fleste voksne vil inntak av benzodiazepiner ledsages av de forventede dempende virkningene og amnesi. Hos individer med konstitusjonelle, sårbare personlighetstrekk, f.eks. dårlig impulskontroll, aggressive tilbøyeligheter, antisosial personlighetsforstyrrelse, kan inntak av benzodiazepiner under visse omstendigheter ledsages av disinhibitoriske (paradoksale) reaksjoner preget av overaktivering og amnesi. Særlig rapportert synes potente benzodiazepiner inntatt i store doser å være. Samtidig bruk av andre rusgivende stoffer øker uforutsigbarheten. Betydelig forsiktighet bør utvises ved eventuell forskrivning av benzodiazepiner til denne gruppen. Pasienter som har opplevd alvorlige paradoksale reaksjoner på benzodiazepiner bør unngå ny bruk.

Merete Vevelstad, lege
RELIS Øst og Seksjon for klinisk farmakologi,
Ullevål universitetssykehus

Vigdis Solhaug, rådgiver, cand.pharm.
RELIS Øst

Referanser

1. Paton C. Benzodiazepines and disinhibition: a review. *Psychiatric Bulletin* 2002; 26: 460–2.
2. Van der Bijl P, Roelofs JA. Disinhibitory reactions to benzodiazepines: a review. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49(5): 519–523.
3. Daderman AM, Fredriksson B, Kristiansson M et al. Violent behaviour, impulsive decisionmaking, and anterograde amnesia while intoxicated with flunitrazepam and alcohol or other drugs: A case study in forensic psychiatric patients. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002; 30: 238–51.
4. Daderman AM, Edman G. Flunitrazepam abuse and personality characteristics in male forensic psychiatric patients. *Psychiatry Res* 2001; 103(1): 27–42.
5. Fava M. Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20(2): 427–51.
6. Litchfield B. Complications of intravenous diazepam. An overall assessment of 16,000 cases and detailed studies of 6,000 cases. *Dent Anaesth Sedat* 1981; 10(1): 7–24.
7. Hawkrig SM, Stein DJ. A risk-benefit assessment of pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Drug Saf* 1998; 19(4): 283–97.
8. Di Mascio A. The effects of benzodiazepines on aggression: reduced or increased? *Psychopharmacologia* 1973; 30: 95–102.
9. Dally J, Kane FJ. Two severe reactions to benzodiazepine compounds, 1965: 577–78.
10. Åsberg M. Monoamine neurotransmitters in human aggressiveness and violence: a selective review. *Crim Behav Ment Health* 1994; 4: 303–27.

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 til!

Tove Rutle – lagleder

En tidlig vårdag...

Perfekt setting for lyriske betraktninger; årets første siesta i hengekøya i strålende ettermiddags-sol. Jeg myser mot noen brune pistrete rosekvister i min late hage, og maner frem sommerens bugnende røde rosebusker med bedøvende dufter. Roser er estetikk og erotikk og symbol på så mye vakkert...

Et av mine favoritt-dikt heter nettopp «Rosen», skrevet av Edith Södergran. Jeg har lenge vært svak for svensk lyrikk – både språket og melodien – litt «blues»

ROSEN

Jag är skön, ty jag har vuxit i min älskades trädgård
Jag stod i värregn och fick dricka längtan,
jag stod i solen och fick dricka glöd ---
nu står jag öppen och väntar

En liten apostrof;
leser i avisen om protester mot nedleggelse av lokalsykehus.

Hasse Alfredsson skrev i sin tid et limerick, som ikke bare belyser våren, og hva den gjør med oss, men også viktigheten av forebyggende tiltak, og lokale sykehus med et personale som vet å ta i ett tak... eller tre :

Det var en mann i från Rjukan –
som bakifrån älska sin fru kan;
Det gick inte så bra –, han fastnade en da'
Dom fick vandra gåsmarsch till sjukan.

God Sommer! Bit livet i låret!!!

Jeg utfordrer min gode kollega og trubadur Per Sandbakken i Trondheim.

Rolf Gilhuus

Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slike gjør jeg det»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Plastperle i nese. ADDENDUM

Etter at ovenstående ble skrevet, har jeg gjort litt hjemmelektse. Det ser ut til at metoden første gang ble omtalt i litteraturen omkring 1965. Eugene Guazzo hadde lært metoden av sin kollega Vladimir Ctibor, som var allmennpraktiker i New Jersey. Guazzo skrev et leserbrev til NEJM, og han minner om metoden i et nytt leserbrev i 1985¹. Han skriver her: «The physician places his mouth over the mouth of the child, as if he were about to perform mouth to mouth resuscitation. He blows until he feels the resistance of the closed epiglottis and then gives a sharp exhalation, and out pops the foreign body from the naris!»

Botma og kolleger tok så metoden et skritt videre ved at de lot foreldrene blåse². De gjorde også en studie. I innledningen til artikkelen skriver de at barotraume mot trommehinner eller lunger aldri har vært rapportert, og at de regner metoden for svært sikker. Foreldrene fikk bare beskjed om å dekke munnen til barnet med sin egen, og så «give a short, sharp puff of air». De undersøkte 19 tilfelle av fremmedlegemer av en rekke ulike typer. Metoden var vellykket hos 15, men enkelte måtte blåse flere ganger. De hadde ingen komplikasjoner. Både foreldrene og barna fant metoden svært akseptabel og grei. «Most expressed surprise and amusement...». Selv i de tilfellene hvor metoden var mislykket, var foreldrene positive. Botma og kolleger oppsummerer slik: «We feel that this technique has numerous advantages, is safe and effective, and should be used as the first line management of intranasal foreign bodies in children».

Metoden har ellers fått svært så positiv omtale på kommentarplass i The Lancet.³ Lykke til!

Gunnar Strømo

¹ Guazzo E. Removal of foreign bodies from the nose. *N Engl J Med* 1985; 312: 725

² Botma M, Bader R, Kubba H. «A parent's kiss»: evaluating an unusual method for removing nasal foreign bodies in children. *J Laryngol Otol* 2000; 114: 598-600.

³ Beattie TF. To blow or not to blow? *Lancet* 2001; 357: 250.



Historier fra
virkeligheten

Her er en liten historie fra meg

Det var da jeg var medisinstudent i Tromsø og nettopp var ferdig med øyekurset. Som vanlig var jeg på jobb som pleieassistent og så en gammel dame som hadde renning fra det ene øyet.

Hva plages du med da? spurte jeg. Det vanlige, sa hun. Skal jeg kanskje stelle øyet ditt da? Ja! Stellesakene står på nattbordet mitt sa hun. Jippii! —endelig litt praksis, tenkte jeg og hentet øyebadevann og en mengde andre remedier. Stor var overraskelsen, da hun vippet ut et glassøye og rakte meg det! Jeg var helt målløs, men tok imot øyet, bar det skrekkslagent inn på vaktrommet og knakk sammen av latter. Måtte sitte der inn i 10 minutter før jeg turte gå ut igjen. Kan jo ikke le av pasientene. En hyggelig sykepleier lærte meg hvordan jeg skulle vaske «øyet» før jeg ga det tilbake. Hun satte selv øyet tilbake og jeg lot som om ingen ting hadde hendt...

Vennlig hilsen Amund Peder Teigmo (Samisk lege i Karasjok)



EDB @ S P A L T E N

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.

Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg

Tlf. j.: 56 15 74 00 Tlf.p.: 56 14 11 33, Fax: 56 15 74 01

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

Midtjords på vei til Ålesund en ettermiddag i mars i år ble det avklart at allmennlegekontorene strever med EPJ (elektronisk pasientjournal)-programleverandørene og helsenettene når det gjelder kommunikasjonsløsninger. Jannike Reymert og Torgeir Gilje Lid beskriver sine erfaringer og John Leer gir en sluttkommentar.

Om EPJ og kommunikasjonsløsninger

AV JANNIKE REYMERT, TORGEIR GILJE LID OG JOHN LEER

JANNIKE:

Oppkobling til Midt-norsk Helsenett (MNH) – til hvilken pris? Og hvem skal betale gildet?

Det går litt over stakk og stein i dataverdenen – slik ser det iallefall ut for oss amatører. Midt på sommeren 2002 fikk Bakklandet legekontor i Namsos tilbud om å knytte seg opp til Midtnorsk Helsenett for å få elektronisk overføring av røntgensvar, epikriser og laboratoriesvar (sistnevnte har vi allerede via modem). Svarfristen var kort med den begrunnelse at det hastet å komme i gang pga en bevilgning fra sentrale myndigheter som måtte brukes opp i 2002. Vi var hele tiden usikre på hva vi ville få ut av dette, men siden vi ved å svare innen fristen skulle få gratis oppkobling til bredbånd og en datamaskin ekstra på kontoret for å håndtere innkommet informasjon fra sykehuset (gaven hadde en verdi på ca 30 000) svarte vi ja selv om magefølelsen sa oss at det kunne oppstå uforutsette problemer underveis som kanskje kunne koste mer enn det smakte. (Lærer vi det aldri: You'll never get a free lunch!) Vi fikk bla oppgitt at den elektroniske overføringen ville fungere best dersom vi kjøpte en modul fra Profdoc til ukjent pris, men selv uten denne kunne vi daglig hente ut det sykehuset sendte oss fra en sentral i Trondheim.

1. Januar skulle systemet være oppe og gå, og regningen fra Telenor på bredbåndoppkoblingen var det eneste som kom: kr 2500 pr mnd/ altså kr 30 000 pr år – et beløp vi ikke hadde tenkt helt over ville komme. Utpå vinteren kom det så frem at nå var det bare å hente ut informasjonen fra sykehuset, og da kom neste sjokk: Hvis vi ikke tok imot tilbudet fra

Profdoc om den førømtalte modulen ville vi måtte hente informasjonen på mail fra Trondheim etter klipp- og lim-metoden: En ansatt måtte for hver pasient klippe ut fra en fellesmail og lime inn i pasientjournalen! Vi har ikke engang regnet på hva det vil koste i økte personalkostnader!

Profdoc har vist stor (påfallende stor!) interesse for å selge oss modulen som slipper pasientopplysningene rett inn i journalen. Den eneste haken ved dette var prisen: Kr 12 500 + utgifter til installatør (reise, diett og hotell – regn ut prisen sjøll!) i engangsutgifter og deretter kr 10 000 pr år. Ryktene har dessuten nådd oss at dette bare er begynnelsen, sannsynligvis kommer det nye overraskelser i form av mer påbygging i dataprogrammet nok en gang til ukjent pris! Ved å takke ja til gratispakken i fjor sommer hadde vi altså pådratt oss årlige utgifter på kr 40 000 pr år samt over 20 000 i engangsutgifter. Selv om vi er tre leger og betaler over 50% skatt er dette ikke ubetydelige utgifter som vi dessuten ikke uten videre ser at vi skal betale alene. Helsforetaket vil spare masse penger dersom de slipper å sende ut epikriser, røntgensvar og lab.svar på papir. Midtnorsk Helsenett er ikke direkte underlagt dem, men et selvstendig foretak som bare skal hjelpe foretaket rent teknisk med å få systemet på beina. De kan altså ikke forholde seg til det prismessige i denne saken. Vi primærleger har ingen organisasjon i ryggen til å forhandle med foretaket og kan derfor bare gjøre oss tverre: Dette betaler vi ikke! Vårt kontor har gjort akkurat det: abonnementet på bredbånd er sagt opp og nå sitter vi rolig og venter på neste utspill: Hva vil Helseforetaket bidra med for å få alle primærleger på nett med muligheter for elektronisk kommunikasjon?

TORGEIR:

Tenk deg om to ganger, og vent så litt til...

Som kjent har legeforeningen oppfordret til å unngå raske handler og overilte kjøp av kommunikasjonsløsninger for elektronisk epikriseoverføring. Det er en betimelig oppfordring, som forhåpentligvis blir fulgt.

Praksiskonsulentordningen ved Sentralsykehuset i Rogaland arrangerte i vinter et informasjonsmøte om ulike kommunikasjonsløsninger for elektronisk epikriseoverføring, overføring av lab.svar og rekvisisjoner, samt røntgensvar og svar fra patologisk-anatomisk lab. Før dette møtet hadde allerede noen få kontorer inngått avtaler for kjøp av kommunikasjonsløsning. Noen av disse var pionerer som har vært med på å utvikle ordningen, og noen hadde kjøpt fordi de hadde inntrykk av at toget var i ferd med å gå, mens de sto igjen på perrongen (selv om de ikke var helt sikre på om de sto på riktig perrong eller om toget gikk i riktig retning).

På møtet fikk fire ulike aktører presentere sine løsninger. Den første var Client Computing, som bruker Doris Communicator, den andre var en gammel kjenning, Medilink. Doris Communicator er et avansert system, som lett kan bygges ut til også å overføre bilder, for eksempel til hudpoliklinikken. Medilink er kjent fra systemet flere av legekontorene har hatt de siste årene, med overføring via modem eller EDI-server. Det nye er at det kan bygges ut til å håndtere alle nye elektroniske meldingstyper fra sykehusene. Felles for disse to og Infodoc er at de bruker standarder utviklet fra KITH for overføring av data, og at data går rett inn i journalen i Infodoc, mens en for WinMed må ha et program for tilpasningen av dataene til journalsystemet. Begge systemene hadde en innkjøpspris og en årlig abonnementsavgift.

Deretter slapp Infodoc til, og de beskrev sin løsning ganske kort. Den besto av InfoEdi, et program til 8000 + mva, men uten årlig vedlikeholdsavgift. Til slutt var det Profdoc/WinMeds tur. Profdoc bruker også Doris Communicator. Deres løsning besto i en kommunikasjonsmodul, og en programmodul for overføring av data til journalen. En kunne kjøpe begge samlet, men hvis en ønsket å kjøpe selve kommunikasjonsløsningen fra en annen aktør, eller allerede hadde gjort det, måtte en likevel kjøpe modulen for overføring av data til journalen. I tillegg til innkjøpsprisen 12000 + installering/reise kostet begge samlet (Profdoc Pluss) 3500 pr lege pr år, mens modulen for overføring av data til journalen (Profdoc Connect) alene koster 9000 i installering og 2500 pr lege pr år. For øyeblikket har Profdoc en tidsavgrenset tilbudspris på max 10000 for alle typer meldinger, og kr 6000 for etableringen inkludert Doris Communicator.

Foreløpig går meldinger via Medilink direkte inn i WinMed, men dette vil snart opphøre, og Profdoc Connect må kjøpes av Medilinkbrukerne med WinMed journalsystem.

Dette var hva vi kan kalle et oppklarende møte. I Stavanger-området er en aktør totalt dominerende. De aller fleste legekontorene bruker WinMed. De få Infodoc-brukerne i salen kunne altså velge mellom tre ulike kommunikasjonsløsninger, deriblant Infodoc's egen som var billigst, men hvor de to andre løsningene også var direkte kompatible med journalsystemet. Resten av møtedeltakerne (WinMed-brukerne) var bundet opp til å kjøpe programvare fra WinMed og betale årlige abonnementsavgifter, uansett hvilken løsning de ellers måtte finne på å velge. WinMed priset kommunikasjonsløsningen lavt, mens modulen for overføringen av data til selve journalsystemet (den som en må kjøpe uansett valg av kommunikasjonsløsning) var priset urimelig høyt. Det ville låse de fleste til å kjøpe totalpakken fra WinMed, mens altså Infodoc-brukerne hadde et reelt valg mellom 3 ulike aktører. Helt til dette går i trykken (primo mai) har prisene fra Profdoc/WinMed og Medilink sakte blitt justert litt nedover, på grunn av lokalt press i regionen og sannsynligvis også på grunn av den massive kritikken som framkom på Eyr i april. Dette rokker likevel ikke ved hovedtrenden i det som er beskrevet ovenfor.

Firmaene bruker så ulike strategier at det ikke kan gå upåaktet hen. Det utvikles standarder for felles kommunikasjonsløsninger gjennom KITH, noe som sikrer en viss kompatibilitet mellom de ulike journalsystemene, og samtidig sikrer at andre uavhengige aktører kan utvikle deløsninger. Det bør være et minstekrav at våre journalsystemleverandører forholder seg til disse standardene, slik at det enkelte legekantor har reelle valgmuligheter, og prisene kan holdes lave. Profdoc's strategi er en monopolstrategi, styrt av et ønske om å binde kundene til seg for høyest mulig profitt, og det er ikke vi allmennleger tjent med.

JOHN: Kommentarer

ELIN-prosjektet (1) skal nå starte med hovedprosjektet hvor kommunikasjonsløsningene og standardkravene skal testes. Det er nok fornuftig å vente med investeringer i maskiner, annet utstyr og programvare før løsningene er utprøvd og aktørene har funnet sine plasser i Helsennett-systemet. Vi har ventet lenge på de løsningene som nå blir tilbudt og kan utmerket vente noen måneder til. (2, 3.) Allmennlegene har noe innsparing mht skrivning, scanning og andre arbeidsoppgaver, men nytteverdien av kommunikasjonsløsninger må ikke bli overdrevet. Anders Grimsmo har gjort noen beregninger av besparelsene. Vi må få «gode» data (korrekt labsvar-format, epikriser (4), rtg-svar osv) som kan brukes og sys inn i journalen. Barnesykdom-

I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ivar Skeie (red.) ivskeie@online.no. Kast dere frampå, folkens!

Lærerike kasuistikker

Risikosvangerskap

37 år gammel kvinne kommer til 1. svangerskapsundersøkelse i noe hun tror er 25. svangerskapsuke.

Hun kommer så sent fordi hun har lidt et stort tap og ikke orket å forholde seg til svangerskapet, men ønsket det velkommen.

Hun er frisk, i god form. 1. gangs gravid. Ultralyd en uke etter konkluderer med at det er 21. ssu da, dvs framsetter terminen med fem uker. Både hun og jeg godtar det uten spørsmål. Fokus i samtalen er på sorgen, mestre et nytt liv og en ny glede. Svangerskapet utvikler seg normalt. Hun føler seg frisk og sprek.

Hun er hos kommunalt ansatt jordmor i 34. uke, så hos meg i 35/36 uke og s-f-mål viser ingen tilvekst, men jeg vektlegger det ikke da det er to forskjellige som måler.

Hun har ikke lagt på seg, men føler seg frisk og alt i alt har hun lagt på seg åtte kg. Alle parametere for øvrig er normale. Kun litt ødem i u. ex om kvelden.



Karin Frydenberg (49år)

Utdannet i Ulm i daværende Vest-Tyskland i -82.

Spes. allm. med. fra -92.

Fra -89 kommunelege/ allmennlege/ fastlege på Skreia i Østre Toten.

Sitter nå i styret i Aplf.

Ved kontroll i 37. uke viser s-f-mål igjen tilvekst, men de ligger i nedre normalområde. Hun føder så spontant fem dager etter, et dødt, sterkt dysmaturt barn.

Her var det mange omstendigheter som sammen gav et tragisk utfall.

Med etterpåklokskapens klare blikk: Kanskje feil termin. Kanskje burde svangerskapet vært behandlet som et svangerskap med økt risiko pga terminutsettelsen. Kanskje burde «gammel 1. gangs fødende» ført til mer årvåkenhet.

forts. fra s. 41

mene med overføringer må løses (5.) og de løsningene som tilbys må være i tråd med standardkrav.

Vi må så vurdere hva vi vil å betale for nye løsninger og så må det avklares hvordan utgifter til kommunikasjonsløsninger skal kompenseres – enten ved direkte overføringer eller via takstsystemet.

Jannike og Torgeir gir beskrivelser av den litt opphetede stemningen som råder i kjølvannet av pågående prosjekt og planlegging av nye. Det er stimuleringstiltak for å få et nasjonalt Helsenet (6) i drift. Nye statlige kroner for å få fram gode løsninger kommer hvert år, men det skal gjøres mye arbeid og utprøving før vi har fått bra nok kommunika-

sjonsløsninger og det gir ikke grunnlag for gode samarbeidsforhold hvis allmennlegene blir sittende med følelsen av at de skal betale en for stor del av kaka.

Referanser:

1. ELIN <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=10462>
2. 20 år med EDB-journal <http://www.uib.no/isf/utposten/1999nr5/utp99501.htm>
3. 20 år uten fremskritt?
http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=560547
4. KITH: Informasjonsutveksling <http://www.kith.no/iuv/>
5. Legeforeningens IT-prosjekt videreføres http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=806407
6. Nasjonalt helsenet innen 2003?
http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=624090

Kanskje burde jeg henvist pga små symfyse-fundus-mål, og tilslutt; fødselen startet ikke før det muligens var gått tre uker over termin og da var barnet allerede død.

Hva har jeg lært?

- Terminberegning kan være vanskelig og er svært viktig. Store avvik (fem uker) mellom ultralydtermin og nærgels termin gjør det til et risikosvangerskap som skal følges nøye med flere ultralydundersøkelser. Rutinene her er endret etter dette.
- Jeg skal ikke nødvendigvis stole på teknikken hvis den ikke stemmer med klinikken.
- Jeg bør selv vurdere andre behandlers konklusjoner, selv om de har spisskompetanse på et område.
- Selv om det er viktig å fokusere på det friske, må jeg ikke bli blind for det syke.
- Symfyse-fundus-mål er usikkert og her var det to forskjellige målere på et kritisk tidspunkt. Jeg skal likevel vurdere symfyse-fundus-mål med mer skjerpet blikk, særlig må tilleggss faktorer som alder og manglende vektøkning siste uker være med å få meg til å reagere. Samtidig kan dette

tale for at det bør være samme person som måler, eller man bør tilkalle hverandre ved tvil om målene.

- Hvis man antar at terminen egentlig var 5 uker før, dvs at Nægels termin var riktig (men siste mens. var usikker), var hun tre uker over termin da barnet døde. Dette vet vi ikke og fødselen starter jo vanligvis før denne tid.

Jeg har fått pasientens tillatelse til å trykke denne anonymiserte historien da hun gjerne vil bidra til at flere lærer av den slik at noe liknende ikke skal skje igjen.

Karin Frydenberg

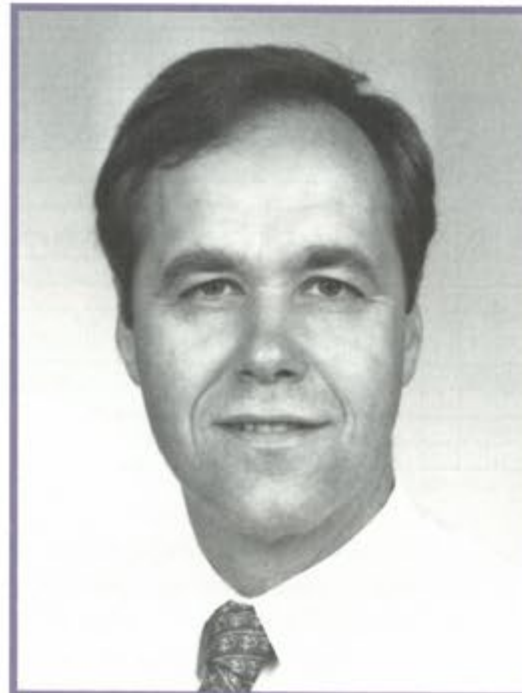
Aktuelle svangerskap S.m. 2007				Klinisk status dato				Blodprøver Dato:				
Termin 2804				Uterus svaber til uker				Løstprøve				
☐ Sikker ☒ Usikker				Computertomografi				ABO				
Kompartiment 0106				Cyt.pr.				Rh pos. ☐ neg. ☐				
Nbr kompart 2401				res. , ref.				Biotype antistoff ☐ Nei ☐ Ja, er mørk,				
								Ref.				
								Rubella antistoff ☐ Ikke påvist ☐ påvist				
								Ref.				
								Sv.s.k.kont ☐ Nei ☐ Ja				
								Ultralyd ☐ Nei ☐ Ja				
								Ant. ganger				

For svangerskap			BT	Hb	Urin	Ødem on/2	*Leie/ Beveg.	FJ/ min.	Med. v.-	Arb. utent. njem.	Notater	Sign.
Høyde	Vekt	Vekt										
Dato	Uke	Vekt										
17/1	25	61,5	150/80	11,9	0	+	140	+				
20/2	25	62,5	115/70	2	0		150	+				
20/3	29	67	132/70	n+	+		130	+				
5/4	32	67	120/80	-				+				
19/4	34											
24/4	35		125/80	Asp	1			+		Jordmor v.s. litt høyere BT		
3/5	36	69,5	135/85	12,5	0	+	145/136	+		slutta BT-utr		
15/5	37	69	138/85	Asp	1			+				

Det som er **spennende**
og **viktig** for deg – er spennende
og viktig for **Utposten!**

KJELL MARTMANN

STILLING FASTLEGE, 1. AMANUENSIS SAM UIO, LEDER AV APLF
ARBEIDSSTED GRØNERLØKKA OSLO/LEGENES HUS



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Turnus i Lærdal og Hallingdal 1981–82, dr.med. UiO – arvelighet av høyt kolesterol 1982, solofastlege på Grunerløkka i 1983 – duo fra 1984 –, fadder til universalblanketten og EPJ-programmet Helsedata 1984, spesialist i allmennmedisin 1992, 1. amanuensis Uio 1996. Mange verv i Aplf, Oslo legeforening og Legeforeningen – for tiden leder av Aplf. Tre snart voksne barn fra første ekteskap. Nå gift med Torunn Janbu.

Når skjønte du at du var blitt lege?

Oi oi – 1981–82 i turnustiden. Å gå vakt samtidig på kirurgen, medisin og føden på fylkessjukehuset i Lærdal gjorde doktor av meg. Jeg ble trygg nok til å greie meg mye alene i distrikt.

Hva gir deg mest glede i jobben?

Å sitte i orkester til livets teater i min fastlegepraksis i Oslo indre øst. Variasjonen i allmennlegearbeidet. Arbeide for allmennmedisinen gjennom Aplf.

Hva er det lureste knepet du har gjort for å få en bedre hverdag? Gifte meg med Torunn.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg kan bidra til at menneskene som søker meg får til noe som er viktig for dem i livet sitt –.

Når lo du på jobben sist?

Mange ganger daglig. Livet er vidunderlig, brutalt og absurd – og svært underholdende med masse flotte mennesker fra alle verdens kanter.

Hvilket ord i den medisinske hverdagen er du mest lei? Hvorfor?

Funksjonsfordeling. Foretakene river opp hele arbeidsstrukturen allmennlegene skal spille på for pasientene. Vi har for liten innflytelse på det som

-MOE

skjer. Snevre bedriftsøkonomiske betraktninger og organ-
tenkning er for meget i fokus for tiden.

Hva ville du gjøre annerledes hvis du startet en ny praksis/
i en ny jobb?

Startet i gruppepraksis med en gang.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Opplevelse av å få til kommunikasjon – i ordets egentlige
betydning – med vedkommende.

Hva gjør du om fem år?

Hovedaktiviteten er fastlege, men et eller annet ved siden
av blir det vel?

Hvilken person i norsk helsevesen kunne du tenkt deg å bli
stående fast i skiheisen med? Og hvorfor?

Helseministeren. Jeg har en del jeg gjerne skulle snakket
med ham om. Har han et horn i siden til fastlegene og fast-
legeordningen?

Du er helseminister for én dag – hvilke to oppgaver ville du
løse først?

1) Lage et ekstra styringsbrev til de regionale helseforeta-
kene med beskjed om å organisere annenlinje-helsetjenes-
tens struktur i lokalsykehus med hovedspesialitetene gene-
rell kirurgi, indremedisin og psykiatri som faglig
grunnstamme. 2) Innføre blankettstandard – selvsagt.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

En dash fagforeningsstoff. Ung-, midtlivs- og eldrelege-
stoff. Instituttstoff. KBM-stoff. Hva med litt sladder?
Dette fikser/fikset jeg slik! Stoff fra ferdighetsheftet. Mer
om gjensidig praksisbesøk.

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Fastlegene greier bedre å prioritere de viktigste tingene og
har god tilgjengelighet. Samhandling med annenlinjen går
bedre – også elektronisk meldingsutveksling. Vi blir bedre
pedagoger for pasientene og våre ansatte. Smelter allmenn-
medisinen og samfunnsmedisinen sammen på kommune-
nivå? Samarbeidet mellom Aplf og NSAM. Alle allmenn-
leger er abonnenter av Utposten.

Hva håper du at du skal gjøre før du blir gammel?

Reise med Torunn og barna. Være mer ute, seile, gå på ski og
i fjellet. Være en ressurs for kommende generasjoner leger.
Skrive faget når de tyngste fagforeningsøktene er tilbakelagt.

Ønsker dine venner at du skal bli mer rampete eller mer
skikkelig?

Jeg kan være en ramp – ja.

Hvilken kollega utfordrer du til å la seg portrettere
«I forbifarten» i neste nummer av Utposten?

Trond Egil Hansen, leder av fagutvalget i Aplf og nybakt
medlem av det nye NSAMs styret.



Lokal behandling med nesespray og øyedråper
Rask, effektiv behandling av
allergisk rhinitt og konjunktivitt ⁽¹⁾



Lastin øyedråper 0,5 mg/ml, normaldosering: Én dråpe 2 ganger daglig. Er tilgjengelig som dryppeflaske med innhold 6 ml.

Lastin nesespray 0,13 mg/dose, normaldosering: Én spray 2 ganger daglig. Er tilgjengelig i flaske med spray-pumpe 10 ml.

Produkttekst (spc).



Santen Norge • Postboks 43 • 3166 TOLVSRØD
Tel 33 32 98 02 • Faks 33 32 98 03 • info@santen.no • www.santen.no

Nesespray 0,9 mg/ml: 1 ml inneholder: Azelastin. hydrochlorid. aeqv. azelastin 0,13 mg/dose, natr.edet. (0,5 mg), hypromellos., acid. citric. anhydr., dinatr. phosph. dodecahydr. natr. chlor., aqua pur. Inneholder ikke konserveringsmiddel.

Indikasjoner: Allergisk rhinitt.

Dosering: Voksne og barn over 12 år: 1 spraydose i hvert nesebor 2 ganger daglig (tilsvarende en døgndose på 0,5 mg azelastin). Etter anbefaling fra lege kan dosen økes til 2 spray i hvert nesebor 2 ganger daglig (tilsvarende en døgndose på 1 mg azelastin). Nesespray kan brukes over lengre tid.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Effekt og sikkerhet hos barn under 12 år er ikke dokumentert.

Interaksjoner: Cimetidin kan gi forhøyet plasmakonsentrasjon av azelastin etter oral administrasjon p.g.a. hemming av cytokrom P450.

Graviditet/Amning: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter etter oral administrasjon av azelastin i høye doser, men ettersom det kun gis lave doser azelastin anses den systemiske eksponeringen å være liten. Preparatet bør likevel bare brukes dersom fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Går over i morsmelk. Systemisk eksponering av mor er liten, og det er lite sannsynlig at barn som ammes blir påvirket.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Irritasjon av neseslimhinnen, bitter smak. Sjeldne (< 1/1000): Neseblødning. Det kan forekomme bitter smak etter administrasjon grunnet feil bruk, dvs at hodet er bøyd for langt bakover. Med riktig teknikk kan dette unngås.

Overdosering/Forgiftning: Gitt gjennom nesen vil det normalt ikke forekomme reaksjoner på overdosering.

Egenskaper: Klassifisering/Virkningsmekanisme: Flalazinonderivat. H1-reseptorantagonist med lang virketid. Høye konsentrasjoner hemmer syntese eller frigjøring av mediatorsubstanser som f.eks. leukotriener, histamin og serotonin. Azelastin passerer over i CNS.

Absorpsjon: Gjentatt nasal applikasjon av en daglig dose på 0,5 mg azelastin (1 spray i hvert nesebor 2 ganger daglig) gir en maksimal plasmakonsentrasjon på 0,27 ng/ml hos friske forsøkspersoner, 0,65 ng/ml hos pasienter. Gjentatt bruk i nese hos pasienter med allergisk rhinitt fører til forhøyet plasmakonsentrasjon av azelastin sammenliknet med friske individer (høyst sannsynlig på grunn av bedre penetrasjon gjennom den betente neseslimhinnen). Steady state plasmakonsentrasjon etter en daglig dose på 0,5 mg azelastin, 2 timer etter applikasjonen er ca. 0,65 ng/ml, ved dobbelt dose er tilsvarende plasmakonsentrasjon 1,09 ng/ml. Fordeling: Distribusjonsvolum ca 15 l/kg.

Proteinbinding: Ca. 80-90%. Halveringstid: Ca. 25 timer for azelastin og ca. 60 timer for den aktive metabolitten N-desmetylazelastin.

Utskillelse: Azelastin utskilles hovedsakelig i metabolisert form via fæces, ca. 25% utskilles gjennom urin.

Andre opplysninger: Skal ikke oppbevares i kjøleskap.

Pakninger og priser: Spray m/dosepumpe: 10 ml: 89.20 kr.

Øyedråper 0,5 mg/ml: 1 ml inneholder: Azelastin. hydrochlorid. 0,5 mg aeqv. azelastin 0,46 mg, benzalkon. chlorid. 0,125 mg/ml, dinatr. edet., hypromellos., sorbitol, natr. hydroxid., aqua steril. 1 dråpe inneholder: Azelastin. hydrochlorid 0,015 mg

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av sesongbundet allergisk konjunktivitt.

Dosering: Voksne og barn over 4 år: Normaldosering er 1 dråpe i hvert øye 2 ganger daglig. Ved behov kan doseringen økes til 4 ganger daglig.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bør ikke brukes samtidig med bruk av kontaktlinser. Azelastin er ikke indisert til behandling av øyeinfeksjoner. Benzalkonklorid som brukes som konserveringsmiddel kan forårsake punktuell keratopati og/eller toksisk ulcerøs keratopati. Pasienter med sesongbundet allergisk konjunktivitt får ofte rennende og kløende øyne, noe som kan påvirke synet.

Graviditet/Amning: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter etter oral administrasjon av azelastin i høye doser, men ettersom det kun gis lave doser azelastin anses den systemiske eksponeringen å være liten. Preparatet bør likevel bare brukes dersom fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Går over i morsmelk. Det er ukjent hvor mye av azelastin som går over i morsmelk. Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan få skadelige effekter.

Azelastin bør derfor ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Forbigående mild irritasjon i øynene. Bitter smak er rapportert i sjeldne tilfeller.

Overdosering/Forgiftning: Ingen spesielle reaksjoner etter okular overdosering er kjent.

Ingen erfaring med toksiske doser azelastin til mennesker. Basert på resultat fra dyrestudier kan forstyrrelser i det sentrale nervesystemet ventes etter overdosering eller forgiftning. Behandling: Symptomatisk behandling. Det finnes ingen kjent antidot.

Egenskaper: Farmakoterapeutisk gruppe/Virkningsmekanisme: Flalazinonderivat. Potent, langtidsvirkende og selektiv H1-antagonist. Anti-inflammatorisk. Inhiberer syntesen eller frisettingen av mediatorsubstanser som f.eks. leukotriener, histamin, PAF og serotonin, involvert i tidlig og sen fase av den allergiske reaksjonen. Ingen klinisk signifikant effekt på det korrigerte QT (QTc) intervallet. Ingen påvist forbindelse mellom azelastin og ventrikkelarytmi eller torsade de pointes etter behandling med oral azelastin. Absorpsjon: Plasmakonsentrasjonen ved steady state etter doser opp til 1 dråpe i hvert øye 4 ganger daglig var ved eller under deteksjonsgrensen.

Pakninger og priser: 6 ml: 89.90 kr

B Tramagetic® OD "Nycomed Pharma"
Analgetikum. ATC-nr: N02A X02

DEPOTTABLETTER 150 mg, 200 mg og 300 mg: Hver depottablett inneholder Tramadolhydroklorid 150 mg, resp. 200 mg og 300 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Moderate smerter.
Doseringsregler: Ser fra med 24 timers intervaller. **Sveigtes hel og må ikke trygges.** Dosen bør justeres i forhold til graden av smerter og følsomheten hos den enkelte pasient. Den korrekte dosen er den som gir smertelindring i 24 timer uten eller med tilfelle bivirkninger. Pasienter som allerede behandles med tramadol tabletter eller kapsler med umiddelbar frisetting av tramadol, kan behandles med depottablettene ved at man starter med den styrken som ligger nærmest i forhold til den totale dagsdose pasienten allerede står på. Det anbefales at pasienten titreres langsomt til høyere dose for å minimalisere forbigående bivirkninger. Behovet for langtidsbehandling må vurderes med jevne mellomrom.

Maks. dagdose er 400 mg. **Voksne og barn >14 år:** Vanlig startdose er 150 mg i dagdel. **Eldre (>75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon:** Halveringstiden kan være forlenget slik at dosejustering kan bli nødvendig hos disse pasientene. En startdose på 150 mg anbefales. Dosejustering oppover, til smertebedring, må skje under nøye overvåking. Tramadol anbefales ikke til pasienter med sterkt nedsatt nyre- eller leverfunksjon (kreatininclearance <10 ml/min). Preparatet anbefales ikke brukt til barn <14 år, siden sikkerhet og effekt ikke er etablert. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tramadol eller noen av hjelpestoffene. Akutt forgiftning og/eller overdosering med alkohol, hypnotika, sentralt virkende analgetika, opioider, psykofarmaka eller andre stoffer med virkning på CNS. Tramadol skal ikke gis til pasienter som får monoaminoxidasehemmere (MAO-hemmere) eller som har fått dette de siste 2 ukene.

Forsiktighetsregler: Pasienter som har eller har hatt epilepsi eller tendens til kramper skal bare unntaksvis behandles med tramadol. Forsiktighet ved hodeskader, ved forhøyet intrakranielt trykk, alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon, tendens til krampeanfallet og utvikling av sjokk. Forsiktighet tilrådes ved behandling av pasienter med forstyrrelser i åndedrettsfunksjonen eller åndedrettsfunksjonen eller ved samtidig behandling med sentraldempende legemidler på grunn av respirasjonsdepresjon. Risiko for tilvenning og misbruk foreligger. Forsiktighet bør iaktas ved lang tids bruk og hos pasienter med stoff- eller alkoholmisbruk i anamnesen. Tramadol er ikke egnet som substitutt ved opioidavhengighet. Det undertrykker ikke abstinenssymptomer av morfin. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Tramadol skal ikke kombineres med MAO-hemmere. Samtidig behandling med tramadol og andre sentralt virkende legemidler, inkl. alkohol, kan potensierte CNS-depressive effekter. Samtidig eller tidligere behandling med karbamazepin kan redusere den analgetiske effekten og virketiden av tramadol (dosejustering kan være nødvendig). Tramadol kan gi kramper og øke risikoen for kramper ved samtidig bruk av selektive serotoninopptakshemmere (SSRI), trisykliske antidepressiva, psykofarmaka og andre stoffer som senker krampepotensialet. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har blandet agonist/antagonistprofil (f.eks. buprenorfin, pentazocin), da tramadols smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Legemidler som inhiberer enzymet CYP3A4, som ketokonazol og erytromycin kan hemme metabolismen av tramadol (N-demetilering), og sannsynligvis også metabolismen av den aktive O-demetilerte metabolitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert. Samtidig behandling med legemidler som inhiberer enzymet CYP2D6, som f.eks. kinidin, kan øke konsentrasjonen av tramadol og minske konsentrasjonen av den aktive O-demetilerte metabolitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Siste timen før forventet fødsel kan preparatet gi neonatal respirasjonsdepresjon hos barnet. Preparatet med opioidvirking gitt over lang tid under graviditet har gitt neonatal abstinens. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Ca. 0,1 % av mors dose utskilles i morsmelk. Preparatet bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Mest vanlige bivirkninger er kvalme og svimmelhet (over 10%). **Hypoglykemi (>1/100):** Gastrointestinale: Munnirritasjon, kvalme, oppkast, forstoppelse. Øvrige: Svimmelhet, svette, hodepine, døsighet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, mavesmerter, diaré. Hud: Kløe, hudutslett. Sjeldne (<1/1000): Psykiske: Humørsvingninger, forandringer i oppfatelsesevne og aktivitetsevne. Sentralt nervesystemet: Muskelsvakhet, krampeanfallet, sirkulatoriske: Hypotensjon, tåkyllard, synkope, hypertensjon. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Blårettingsforstyrrelser (urinretensjon). Øvrige: Appetittforandringer, allergiske reaksjoner (åndrenn, bronkospasmer, angioneurotisk ødem), anafylaktisk sjokk. Det er rapportert noen tilfeller av levertoksisitet. I sjeldne tilfeller er det observert psykiske reaksjoner i form av forverring og hallusinasjoner. I sjeldne tilfeller er det observert abstinenssymptomer ved seponering. Tilvenningsrisiko foreligger. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Misse, brekninger, kardiovaskulær kollaps, sedasjon og koma, krampeanfallet og respirasjonsdepresjon. Behandling: Nalokson kan anvendes til behandling av respirasjonsdepresjon. Krampeanfallet kan kontrolleres med diazepam. Tramadol elimineres kun i liten grad fra serum med hemodialyse eller hemofiltrasjon. Ventrikeltømming kan benyttes for å fjerne ubesorbert depottablett. **Egenskaper:** Klassifisering: Tramadol er et sentralt virkende analgetikum. Virkningsmekanismer: Tramadol er en ikke-selektiv agonist på μ_1 - og κ -opioidreseptorer med en høyere affinitet til μ_1 -reseptorer. Andre mekanismer som kan medvirke til den analgetiske effekten er inhibering av opptak av noradrenalin og økning av serotoninfrigivelsen. Absorpsjon: Absorberes nesten fullstendig. Biofarmakokinetikk: ca. 70%. Påvirkes ikke av mat. Maks. serumkonsentrasjon nås etter ca. 6 timer. Depottablettene har lineær kinetikk, mens kapslene har ikke-lineær kinetikk. Depottablettene gir derfor en mer forutsigbar plasmakonsentrasjon og enklere doseregulering. Proteinbinding: ca. 20%. Halveringstid: Ca. 16 timer. Hos eldre (>75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon kan halveringstiden være forlenget. Metabolisme: Tramadol metaboiseres ved "first pass" metabolisme til bl.a. O-desmetyltramadol, som er en farmakologisk aktiv metabolitt. Utskilles: Tramadol og dets metabolitter utskilles hovedsakelig renal.

Pakninger og priser: 01.05.03: 150 mg: Enpac: 20 stk. kr 221,90, 100 stk. kr 786,60, 200 mg: Enpac: 20 stk. kr 234,30, 100 stk. kr 909,60, 300 mg: Enpac: 20 stk. kr 322,20.

tramagetic® OD
tramadol hydrochloride ONCE DAILY



Tramagetic® OD Når paracetamol og NSAID's ikke er nok

- Mindre avhengighet enn kodein¹⁻⁴
- Mindre obstipasjon enn kodein⁵⁻⁸
- 1 tablett daglig



Tramagetic® OD
Pasientvennlig behandling
ved moderate smerter

NYCOMED

1) Keup W, SAWS 1976-1990: Lambertusverlag 1993 2) Cicero TJ et al. Drug Alcohol Depend 1999 Nov 1;57(1):7-22 3) Cossmann M et al. Drugs 1997; 53 4) Terapi anbefaling: Bruk av opioider ved behandling av langvarige, non-maligne smertetilstander. Statens legemiddelverk, publikasjon 2002:3 5) Clonidine (M et al. Anesth Analg 1998; 87: 445-9 6) Budd K. Drugs 1994; 47 Suppl 1: 33-8 7) Wilder-Smith et al. Br J Clin Pharmacol, 1997;71:75 8) Muligan MD et al. Clin Ther 2001 Sep; 23(9): 1429-45 Suppl 2: 50-62
Nycomed Pharma AS, P.O. Box 205, N-1372 Asker, tel. 66 76 30 30, telefax 66 76 36 36