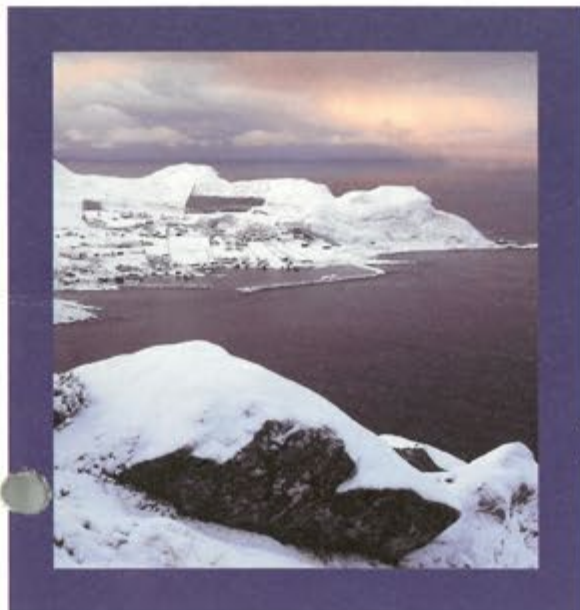




Innhold:

Leder: – det som er spennende og viktig for deg er spennende og viktig for Utposten Av OLA NORDVISTE	s 1
Utpostens dobbelttime. Intervju med Nichole Reese Av HELEN BRANDSTORP	s 2
«Hvorfor er de så vanskelige?» Av IVAR SKEIE	s 6
Refleksjon rundt boken 'Helse for de mange – samfunnsmedisin i Norge' Av OLA JØSENDAL	s 10
Making it Work – Rural Health Golfens hjemland Av ANDERS SVENSSON	s 12
Bruk av vikarbyrå – en kort innføring for leger uten leger Av ANDERS SVENSSON	s 18
Senter for sjeldne sykdommer og syndromer ved Rikshospitalet – aktuell samarbeidspartner for primærleger? Av JANNIKE REYMERT	s 20
Hva er god behandling av angsttilstander i allmennpraksis? Av TRINE BJØRNER	s 22
«Kropp og selvfølelse» – informasjon om en kursserie og om personlige opplevelser som elev Av ASTRI MEDBØ	s 28
Generell nedkjøling hypotermi Lett å glemme, viktig å huske Av HELEN BRANDSTORP	s 34
Akuttmedisin i Henningsvætt Av PETER PRYDZ	s 38
Redd for å stikke på halsen Av HELEN BRANDSTORP	s 40
Faste spalter	s 42

UTPOSTEN

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

Lyngveien 11, 9845 Tana

Tlf. priv.: 79 82 82 91

Tlf. jobb.: 78 92 55 00

Mobil: 991 52 115

E-mail: helenbra@hotmail.com

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

Sigbj. Obstfelders v 8, 0782 Oslo

Tlf. priv.: 22 49 00 81

Tlf. jobb.: 66 90 86 78

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 Straumsgjøen

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: Edelpix

Layout/ombrekning: Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk: PDC Tangen

Du finner Utposten på

www.uib.no/isf/utposten

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

Utpostens redaksjon var nylig samlet i Trondheim til sitt halvårslige planleggingsmøte. Vi oppsummerte vårt første år som redaktører. Vi var ganske fornøyd, vi! Særlig med våre lesere som stadig lar artikler uoppfordret sige inn til redaksjonen. Det er en glede å kontakte kolleger og bestille bidrag. «Alle» sier ja! Produktene vitner om at primærlegene har et stort engasjement for sitt fag og arbeid.

Vi var ganske fornøyd med oss selv også, vi! Har du lagt merke til en litt ny stil i Utposten? Er Utposten blitt litt lettere å lese – litt mer løs i snippen, synes du? Ennå mer variert i stilen? En tanke mer personlig og uhøytidelig? Har du lagt merke til stemplene våre og hva vi ønsker å signalisere med dem?

Uansett; under redaksjonens diskusjon i Trondheim av dette temaet steg i alle fall stemningen til de store høyder. Vi følte oss både heldige og privilegerte som er tiltrodd den viktige rollen å utvikle Utpostens idé videre. Vi syntes vi bedrev viktig arbeid. Vi pratet høyt og lo, og stemningen steg. Vi følte at Utposten var viktig og vår horisont var utvidet. Vi mente etter hvert i diskusjonen at nærmest hele Norge sirklet rundt Utpostens redaksjon ...

– et seriøst fagblad
humoristiske tilbøyeligheter

Hvor mye av stemningen som skyldtes at redaksjonen på dette tidspunkt i diskusjonen nøt sin middag 70 meter over bakken i den sirkulerende restauranten i Tyholt-tårnet, skal være usagt. Poenget er at det er gøy å være redaktør av Utposten, og at vi er stolte av våre lesere som er så gode bidragsytere.

Jada, bladet kan bli bedre. Det er ikke nok å strø om seg med underfundige stempler eller å ha to intervjuer med kolleger i hvert nummer. Vi må bli flinkere til å få frem ennå mer fra flere kolleger og fra flere vinkler. Vi må få frem flere bidrag fra de som ikke har skrevet i Utposten ennå. Fra yngre kolleger. Fra primærleger i byene. Det betyr deg, det!

Vi har mange lesere. Vi ønsker enda mer kontakt og dialog med dem. Fra dette nummer vil nesten alle artikler bli etterfulgt av opplysning om hvilken redaktør som er ansvarlig for artikkelen. Ta kontakt hvis du har kommentarer til artikkelen eller ønsker å bidra med noe til samme tema i bladet. Vi er interessert i deg! I Utposten er det lav terskel og høyt under taket.

Vi satt oppe i luften og så Norge snurre rundt under oss og tenkte på de mange Utpostenlesere som jobber og strever og gleder seg med alle menneskene som bor i dette gode, rare landet, der det er best å bo i verden, men der flest blir syke og klager mest og er mest uføre og bekymrer seg mest om minst. Det er mye å si om dette – og det vil Utpostens redaksjon og, forhåpentligvis, lesere gjøre i i tiden som kommer.

Redaksjonen vakler lykkelige inn i et nytt år. Følg med!

Ola Nordviste

Utpostens
dobbeltime

med tøffe
Nichole Reese
ved Northern Medical Unit

INTERVJUET AV HELEN BRANDSTORP

Nichole Reese har vært ute en vinternatt før, – faktisk mange ganger og med uvanlig lite komfort, tror jeg. Hun er en kortklippet, enkelt kledd dame, allikevel påstår hun at hun har vært «sigøyner». Hun er på en måte bitte litt sjenert, kanskje ydmyk på et vis og vil tydeligvis ikke fremstå som noen ekspert på ting hun ikke er ekspert på. Nivået er allikevel høyt på det

Nichole snakker om, og vinternettene har vært både i Arktis og Afrika. Hun har vært så tøff at hun egentlig er den type dame man fort kunne blitt litt redd... Erfaren lege som hun er gjør hun dobbeltimen fin og nyttig for den som har bestilt tid med henne.

Dobbeltimer i Utposten begynner gjerne med en presentasjon av legen timen er bestilt hos. Hvordan har Nichole Reese havnet på urfolksenteret Northern Medical Unit i Winnipeg? Hvordan har hennes vei vært så langt?

Jeg gikk ut fra «Med. School» her for ca 20 år siden. Da var Northern Medical Unit i en brakke utenfor universitetssykehuset, som en midlertidig ordning. Det gjorde meg nysgjerrig. Som student så man mange, mange indianere og inuitter på sykehusavdelingene.

Så falt seg også slik at en venn giftet seg med en indianer, og jeg fikk være brudepike i bryllupet på et reservat i nord. Alt dette vekket interessen min og jeg ville lære mer! Jeg har alltid vært interessert i forskjellige kulturer og i å lære om forskjellige etniske grupper. Min familiebakgrunn er tokulturell med både franske og tyske immigranter.

Uansett, jeg tok min medisinerutdanning her og min turnustjeneste i Ontario, på en skole som var veldig urban, i en metropol. Men så fikk jeg en mulighet til å dra nord-over for å gjøre valgperioden min. Den grep jeg og fikk min første flytur! Jeg elsket dette møtet med en helt annen type medisiner enn den jeg møtte i Toronto i Ontario.

Allmennedisinperioden min gjorde jeg så heller i en liten by enn i storbyen, og om sommeren dro jeg igjen nordover for å få mer erfaring. Valgene ble deretter pediatri i en liten

by, kirurgi og tilslutt obstetikk. Under den siste perioden var jeg så heldig å få være med en obstetiker som opprinnelig var allmennpraktikerutdannet i Storbritannia. Han hadde jobbet i Arktis, og så valgt obstetikk. Da jeg møtte ham, var han i ferd med å pensjonere seg, men jeg fikk følge ham i to måneder. Vi dro nordover og jeg lærte masse av ham. Han hadde en veldig praktisk tilnærming til fødende kvinner, og det passet godt for fødselshjelp nordpå. Fødselsraten er høyest i verden der nord blant inuittene!

Da jeg endelig var ferdig med utdannelsen og årene med «training», ble jeg «sigøyner». Jeg dro til Jamaica! På den tiden hadde jeg virkelig behov for å gjøre noe helt annerledes, så jeg fant noe frivillig arbeid og dro til en liten plass i sør, i solen. På Jamaica slo det meg hvor likt sykdomsmønsteret var fra stedene jeg hadde vært før. Det var store likheter i forekomst av kroniske sykdommer som diabetes, hypertensjon, – i bunn og grunn fattigdomsproblemer som folk på Jamaica delte med indianere og inuitter i Canada.

Etter dette dro jeg hjem og studerte fransk på si, for å kunne det flytende, samtidig som jeg jobbet nord i provinsen Québec. Der er det fransktalende cree-indianere som jeg var lege for. De lever veldig tradisjonelt, og de tok meg med. Ut i marka tok de meg for å lære å gå på truger og jakte på ryper. De skjøt, og jeg var retriggeren. Jeg ville ikke lære å skyte, men kjæresten min gjorde det, og jeg så når hun skjøt sin første kariboo. En stor opplevelse.

Jeg ble faktisk også invitert med på gåsejakt. I en hel uke var jeg den eneste ikke-indianer blant førti mennesker, og vi levde bare av det naturen kunne gi. Vi lagde mat i Tepeen, og jeg ribbet gjess til jeg hadde vannblemmer på fingrene. Fjær ble samlet til puter, og dunet brukt til dyner og klær. Dette gjør de fremdeles i James bay i Québec. I stedet for å ha en vinterferie uke i mars/april, så stenger de skolen og har to uker gåseferie. Det var en fantastisk tid, – men også der var det store helseproblemer på grunn av fattigdom og isolasjon.

Intervjuer tenker på alle gjessene som har inntatt parker og store plener ellers i Canada og får plutselig en tanke om at det er viktig at tradisjonen med gåsejakt holdes i hevd av flere hensyn.

Min «sigøynertid» var ikke forbi etter dette året. Jeg jobbet litt i nordområdene i Manitoba, midt i Canada, før jeg bestemte meg for å slå meg ned for litt lengre tid i Kenora, i nordvest Ontario. Dette er i den canadiske «skyggen», faktisk like langt sør som Winnipeg. Men du føler at du er lenger nord enn det du ser på kartet, og sammenligner du med livet i Toronto «er du nesten på Nordpolen». Kenora er et samfunn med 12–20 000 innbyggere. Det er ett sykehus der, og det er hele ni indianerreservater. Jeg fikk ansvaret for ett av dem og fløy inn en gang i måneden. Avhengig av årstid brukte vi sjøfly eller fly med ski under. Det var faktisk veiforbindelse inn til byen, så folk kunne egentlig komme inn når som helst til lege med bil også.

Jeg jobbet i dette området i nesten sju år. Praksisen min var en blanding av velstående hvite folk og veldig fattige indianere. Reservatet mitt var bare 1 1/2 time unna byen med bil, altså svært nær det hvite samfunnet. Da blir det vanskelig å leve tradisjonelt, og disse folkene har mistet deres tradisjonskultur. De lever ikke som de hvite, men de lever ikke som deres forfedre gjorde heller. Sniffing var noe de tvang meg til å lære noe om. Alkoholproblemene er enorme, men sniffingen er det mest destruktive. Jeg mistet mange pasienter til begge deler, og jeg mistet pasienter på grunn av selvmord og ulykker. Det var grusomt å jobbe med alle disse problemene vi hadde der. Det gjorde meg nesten gal.

Først var jeg veldig sint og spurte «hvorfor gjør de dette mot seg selv?». Etter hvert forstår man at man selv kanskje ville ha sniffet hvis man var en del av det samfunnet. Livet er så desperat der! Det er nesten ikke jobber å få, og skal du ha en mulighet bør du være i familie med de som bestemmer. Folk er så fattige, har så lite utdannelse. I stedet har de mange negative personlige erfaringer og så triste familiehistorier at man skjønner at sniffing er en utvei. Det er liksom ikke noe håp. Man trenger en fluktsvei. Det er bare noen få som «klarer seg».

Det er to til tre samfunn som er kjent for å ha så vanskelige sosiale problemer. De er alle ganske fattige, men en del av problemet er at de ligger nær større byer. De kan ikke leve av det naturen gir, men de er også for langt unna byen til at de kan ha en jobb der. Dessuten vil de vanskelig få det på grunn av rasismen. Folk aksepterer dem ikke som likeverdige.

Nichole tenker seg om og må fortelle at det absolutt også hadde sine gode sider å jobbe i dette tøffe området. Det å bo naturskjønt, rett ved en stor innsjø var deilig, også det å være over flere år og bli godt kjent. Men etter sju år var hun sliten av alle problemene og ville tilbake til skolebenken og «kildene».





Nichole Reese ble ansatt på Northern Medical Unit i Winnipeg i 1995. Her fotografert foran senterets symbol, kariboo'en.

Jeg kom tilbake til Winnipeg i 1995 og begynte da på skolen igjen. Samtidig bestemte jeg meg for å jobbe med folk helt oppe i Churchill, i inuittsamfunnene og ble ansatt på Northern Medical Unit. Det var viktig for meg å jobbe med urfolk langt nord på dette tidspunktet. Jeg måtte dra opp dit hvor folk hadde levd mer isolert og mer tradisjonelt. Jeg trengte en pause og jeg trengte å se bedre fungerende urfolksamfunn.

Sjefen på Northern Medical Unit ble min veileder på doktorgradsarbeidet mitt på skolen her, og jeg fordypet meg i indianere og inuitters opplevelser på sykehus.

Som en bistilling hadde jeg arbeid i sentrum av byen, på et statlig senter for fattige indianere og andre fattige. Men hver ferie, i julen, om sommeren osv. dro jeg opp til nordområdene for å vikariere.

Doktorgraden min er nå fullført, og jeg har gradvis blitt mer og mer engasjert her på senteret. Lederen Bruce Martin vil at jeg skal jobbe fulltid, men jeg synes jeg trenger pasientkontakten. Dessuten er det en stor mangel på folk som vil jobbe med pasienter i sentrum av byen, i «den harde

kjerne», det gjelder for alle type pasienter, men nok mest for indianerne. Det er få folk i hjelpeapparatet som har sympati, forståelse og ikke er kritiske på en gal og destruktiv måte... Vel, nå trenger jeg også slikt arbeidet for å være fornøyd selv.

Forresten, jeg var en tur i Afrika også! Det er så mye politikk i urfolkshelse, og jeg trengte en pause igjen. Det går utover søvnen å stå i dette arbeidet. Leger Uten Grenser har jeg alltid beundret, og gjennom dem fikk jeg arbeide med andre vanskeligstilte folkegrupper. Det var godt å komme vekk fra alt her, samtidig som all erfaringen min fra Northern Medical Unit hjalp meg i Afrika. Det er mye administrasjon i arbeid for Leger Uten Grenser.

Intervjuer må uttrykke sin beundring for livet Nichole har levd, for hennes dedikerte innsats på noen av de mest problematiske områdene innen for helsehjelp. Spørsmålet blir igjen hvordan hun har orket.

Det er tilfredsstillende! Å jobbe i en forstad med middelklasseproblemer er rett og slett ikke tilfredsstillende for meg... Mine foreldre er strengt katolske og de har mye fremmedfrykt. De respekterer ikke indianere. De var immigranter, – hele Canada består jo av immigranter, og fremmedfrykten bare kommer. De forstår ikke hvorfor indianere lever slik de gjør. De forstår ikke at de ikke har noe valg. Så jeg bare bestemte meg for mitt liv. Det å gå i kirken tilfredstiller ikke mine åndelige behov. Det å jobbe med fattige folk er viktigere for meg. Og det å lære fra deres spiritualitet er spennende. Noen steder har kirker vært veldig åpne og blandet tradisjonelle åndelige ting med sine egne europeiske tradisjoner. Katolikken, anglikanerne og United Church gjør dette i Canada. Jeg vet om strengt kristne indianere som går til tradisjonelle åndelige seremonier, til sweatlodge (en form for hellig badstue – seremoni). Det virker som om de er sunnere de som klarer å blande. Helse er en holistisk ting. Det ser man klart blant disse folkene.

Dr Nichole Reese er klart en spesialist på området urfolksmedisin. Hun sier at hun selv har laget seg sin spesialitet, men nå finnes det tilpassede program på universitetene. Videre innrømmer

hun at hun nok kunne engasjert seg mer politisk som en innsats for urfolks helse, men det er ikke alt hun har krefter til.

Da jeg jobbet i Kenora, forsto jeg at selv om vi flyttet hele universitetssykehuset ut til et reservat så ville helseproblemene ikke bli løst. Responstider ville gått ned og gevinsten ville vært synlig spesielt innen traumatologi og akuttmedisin, men ellers ville det løst lite. Urfolks helseproblem handler om den sosiale, den politiske og økonomiske situasjonen. Folk er så fattige og så helt uten makt. I samfunnsmedisinen lærer vi at ting som utdanning, arbeid, bolig er avgjørende for helse. Dette er ting urfolk strir med her fordi den canadiske staten lagde system der de ble tvunget inn i reservater, de måtte oppgi sin nomadiske livstil. De mistet sin kultur, og på stonad har man ikke stolthet eller selvaktelse. Mange familier er i n'te generasjon stonadmottakere. Folk har ingen ting annet å gjøre enn å se på TV. Mange har fått psykiske problemer etter internatskoleopphold. Mange har misbruksproblematikk, både emosjonelt, fysisk og seksuelt. Historiene gjentar seg og den misbrukte blir misbruker. Ofte ruser de seg for å slippe unna sine vonde følelser og i rus misbruker de kanskje andre igjen, eller skader noen. Flere av disse familiene har en slags flergenerasjons post-traumatisk stressdisorder. Det er her avhengighetsproblematikken er størst. Det er opplagt at du ikke bare kan ta tak i rusavhengigheten da, du må tenke mer holistisk og ofte gå tilbake i generasjoner. Kan du hjelpe disse til å komme i kontakt med sin egen kultur, gi dem litt av stoltheten tilbake så kan legedom skje. Du må hjelpe dem til å bli stolte av det de kommer fra, den de er. Det er veien til å få det bedre. Sykehus er ikke gode på dette!

Jeg tror løsninger på disse enorme problemene altså er på det strukturelle plan. Opplysning i barneskolene i forebyggende øyemed er viktig. Kunnskap om hverandre, økt historiekunnskap for å redusere rasismen er viktig. Arbeidsplasser og infrastruktur må finnes der disse folkene bor. Og ikke minst må selvbevisstheten og identitetsproblematikken taes tak i.

I Québec har man et jaktprosjekt der det gir økonomisk uttelling å være jeger. Man får penger for å jakte i stedet for å få penger for å gjøre ingen ting. Dette er et resultat av en moderne «treaty» med provinsen og det provinsielle kraftselskapet. Indianerne får penger fordi damanlegg til kraftselskapet har oversvømmet deres tradisjonelle land. Det som kreves er bare at man er ute i villmarka noen netter i året. Resultatet er altså at gåsejakt skjer, kjøttet blir brukt og folk blir mer bevisste på hva de spiser. «Junkfood addiction» er ellers et stort problem.

Med jaktprosjektet ser man bedre selvbilder og stolthet av egen kultur. Helsen blir bedre.

Det er så mye å gjøre for å bedre helsen, men de viktige tiltakene er utenfor helsevesenet!

Intervjuer neier når hun går, en måte å vise respekt på når ordene kommer til kort.

Hva kan man gjøre? – annet enn å skrive om det, snakke om det... Når Helse Nord tenker på å bygge ned legetilbudet i isolerte områder og heller satse på sykepleiere, blir jeg redd.

Look to Canada! Der drives det daglige arbeidet i nord-områdene av sykepleiere med stadig lavere utdanning. Leger som Nichole kommer inn av og til som «brannslukkere». Problemene bare øker for hvert år som går. Mye er annerledes i Norge, men hvis dette intervjuet kan lære oss noe så er det at jobben til Nichole Reese, den er det få som orker.



«Hvorfor er de så vanskelige?»

STOFFMISBRUKEREN SOM PASIENT HOS FASTLEGEN

AV IVAR SKEIE

Jeg har i tre tidligere artikler i Utposten (1, 2, 3) drøftet stoffmisbrukernes helseproblemer og deres forhold til helsevesenet. Jeg har lagt vekt på at stoffmisbruk(ere) ikke kan velges bort fra fastlegens praksis, at behandlingen av dem er utfordrende og ofte vanskelig, at de har stor oversykelighet og overdødelighet, og at allmennlegene bør ha kjennskap til en del av det særegne ved deres sykkelighet. Jeg vil i denne artikkelen ta opp en del forhold i (sam)spillet mellom legen og stoffmisbruker-pasienten og diskutere hvordan lege-pasient-forholdet i denne spesielle settingen kan utvikles til det bedre både for pasienten og legen.

Alle allmennleger vet at dette ikke er lett. De fleste av oss har opplevd misbrukere som «en pest og en plage» i praksisen, med vanskelig – og kanskje truende – atferd, stadige krav om rusgivende medikamenter, manglende evne til å holde avtaler og et «relativt» forhold til sannheten og en ofte godt utviklet evne til manipulering. Dette gjør at mange leger – kanskje de fleste – er blitt skuffet, og kanskje endatil såret, over misbrukernes pasientatferd. Samtidig ser vi som leger at dette er en svært utsatt og plaget gruppe helsemessig, og at vi er forpliktet til å gi dem legehjelp. Dette medfører at dette fagfeltet er motsetningsfylt. Noen har løst «dilemmaet» ved å avvise denne pasientgruppa, andre har havnet i ødeleggende bindingsforhold til misbrukere med uforsvarlig narkotikaforskrivning, mens de fleste har prøvd å gjøre sitt beste i et uryddig farvann.

Men samtidig har mange leger opplevd at dette også er en spennende og fascinerende gruppe, særlig hvis man har sansen for det som ikke er helt «A4». Når vi får syn for pasienten og mennesket bak «misbruker»-klisjeen, kan vi gjøre interessante bekjenskaper, og når vi virkelig klarer å gi disse pasientene god helsehjelp, føles det som vi bedriver «god medisin». Da gir vi til «dem med de største behov». Og det skal også understrekes at ikke alle misbrukere er så «vanskelige», mange glir greit inn i en vanlig fastlegepraksis.

Hvorfor er misbrukerne så «vanskelige»?

Det er ikke kontroversielt å fastslå at stoffmisbrukerne som gruppe har stort behov for helsehjelp. Problemet er derimot at mange av dem i mange tilfeller har en atferd som gjør at det er vanskelig å hjelpe dem, fordi de ikke evner å holde seg innenfor den minimum av disiplin og orden som kreves av pasienter i organisert behandling. Dette særtrekket ved misbrukergruppa utgjør en særlig helserisiko for dem, fordi det gjør det vanskelig for dem å få adekvat helsehjelp. Dette er derfor en særskilt utfordring for legene som skal gi denne helsehjelpen. For å kunne utvikle lege-pasient-forholdet i positiv retning, er det viktig å skjønne noe om hvorfor denne gruppa ter seg så «vanskelig».

Men svaret på spørsmålet er ikke enkelt og entydig. Det er et samspill mellom ulike faktorer som fører til den «vanskelige» pasientatferden. For det første har misbrukerne ofte en underliggende psykisk sårbarhet, og mange av dem har alvorlige personlighetsavvik. I Kiellands oversikt fra 2000⁴ opererer han med i underkant av 4000 «dobbeltdiagnosepasienter» i Norge, altså pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. I tillegg kommer mange som har lettere grad av personlighetsavvik. Påstanden om at «alle» kan havne i stoffmisbruk, stemmer nok i liten grad med virkeligheten, de fleste stoff-misbrukere har i utgangspunktet hatt en psykososial sårbarhet.

For det andre fører stoffmisbruk i seg sjøl til mentale endringer som skyldes **organiske forandringer i sentralnervesystemet** som følge av misbruk av nevroaktive stoffer

1 Stoffmisbruk(ere) – en utfordring for fastlegen, Ivar Skeie – Utposten 1/2003

2 Behandling av stoffmisbrukere – tverrfaglighet og etiske dilemmaer, Ivar Skeie – Utposten 3/2003

3 Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse, Ivar Skeie – Utposten 5/2003

4 Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk, Knut Boe Kielland, Statens Helsenisyn, utredningsserie 10-2000

Underliggende årsaker til «vanskelig» atferd hos stoffmisbrukere:

- Psykisk sårbarhet av forskjellig art
- Organiske narkotikarelaterte forandringer i hjernen
- Somatisk sykdom
- «Relativt» forhold til «sant/usant»

(nevroadaptasjon). Hos opiatmisbrukere vil «on-off»-fenomener, stadige vekslinger mellom rus og abstinens, føre til psykisk ustabilitet, angst, depresjon, og redusert evne til å mestre stress. Og ofte vil misbrukerens legebesøk innebære et element av konflikt og dermed stress, fordi legen ofte ikke finner det riktig å skrive ut medisiner misbrukeren vil ha. Ikke sjelden oppsøker misbrukere legen i en tilstand av rus eller abstinens, og det sier seg sjøl at vedkommende da ikke vil vise «normal» oppførsel.

For det tredje er stoffmisbrukerne ofte **somatisk syke**, og som andre pasienter kan de reagere med stress ved mer eller mindre alvorlig sykdom. Dette kan komplisere kommunikasjonen mellom lege og pasient.

Og for det fjerde – og ikke minst viktig – har mange misbrukere et «relativt» forhold til sannheten. For å si det brutalt, misbrukere som gruppe lyver mer for legen enn andre grupper. Sjølsgat gjelder ikke dette alle misbrukere, men likevel mange. De fleste mennesker har et «instinktivt», «absolutt» forhold til hva som er sant eller usant, de vet hva som er sant og usant, og de vet i alle fall når de lyver. Få pasienter lyver bevisst for legen. Men mange misbrukere lyver bevisst. Men en del av dem har – i alle fall til en viss grad – et «relativt» forhold til sannheten. Med det mener jeg at de mangler den «absolutte» oppfatningen av «sant/usant», det viktigste for dem er «hvilken versjon» av virkeligheten som tjener dem der og da. Mens «sant/usant» vil være det viktigste vurderingskriteriet ved et utsagn for de fleste («normale»), vil «hva tjener meg best her og nå» være det viktigste for «misbrukeren». Dersom hun er ute etter narkotika og en «løgn» fører til at legen gir henne narkotika, er «løgn» en bedre strategi for henne enn «sant». «Sant/usant» blir derfor underordnet og uviktig i forhold til «hva tjener meg», og det er ikke en gang sikkert at misbrukeren oppfatter dette som «moralisk løgn», hun følger bare sin «overlevelsesstrategi».

Et slikt «relativt» forhold til sannheten skyldes ofte tidlig til lærte «overlevelsesstrategier» som har sin bakgrunn i oppvekst med svære psykososiale belastninger og høy grad av uforutsigbarhet i sårbare utviklingsfaser. Rusmisbruk hos foreldre og omsorgspersoner kan være viktige årsaker her, og

rusmisbruk går som kjent ofte som «arv» i familier og miljøer. Slike mekanismer er gjerne en viktig del av grunnlaget for såkalt antisosial eller dyssosial personlighetsforstyrrelse, som forekommer relativt hyppig blant tunge stoffmisbrukere.

Manipulering

Dette fører til at misbrukere ofte får en manipulerende stil og atferd som pasienter. Dette skyldes at de ofte er ute etter å oppnå noe av legen som legen i utgangspunktet ikke ønsker å gi dem. I en vanlig lege-pasient-relasjon er det som regel i utgangspunktet samsvar mellom pasientens ønske om å få hjelp og legens ønske om å hjelpe. I lege-misbruker-relasjonen blir dette ofte vanskeliggjort ved at de to partene ønsker å oppnå forskjellige ting gjennom kontakten. Misbrukeren kan ønske narkotika som legen ikke finner indikasjon for å gi, men i tillegg kan det være et «vanlig» lege-pasient-forhold mellom dem basert på et felles ønske om å lindre/helbrede sykdom og plager. Derfor kan relasjonen lett bli komplisert. Når en pasient, i denne sammenheng en misbruker, forsøker å manipulere legen, innebærer det at pasienten prøver å «styre» legens atferd på en slik måte at hun får legen til gjøre noe som legen i utgangspunktet ikke ønsker. Dette behøver ikke være bevisst fra pasientens side, det kan være en atferd som er «innebygd» i personlighetsstrukturen, og det kan ofte ha sammenheng med misbrukerens «relative» forhold til sannheten (forrige avsnitt). Dessuten vil mange misbrukere framby en atferd med en sterk emosjonell «appell», og en stor grad av «lidelsestrykk», som ledd i den bevisste eller ubevisste strategien for å få det de ønsker fra legen. Fra legens side kan dette spillet være vanskelig å gjennomskue. Men legen vil i en slik situasjon gjerne føle et «stresspreget ubehag», hun føler det «i magen». Og hun føler det som regel svært ubehagelig å ha blitt manipulert, «styrt mot sin egentlige vilje» til å gjøre noe annet enn det hun i utgangspunktet ville og mener er faglig riktig. Legen kan lett føle seg «brukt», og kan føle skuffelse, sinne, frustrasjon og dårlig samvittighet.

Summen av disse forhold er at lege-pasient-relasjonen ofte blir komplisert og sammensatt når pasienten er stoffmisbruker. Dels en «vanlig» relasjon med felles ønske hos lege

Manipulering:

«Styring» av legens atferd dit hen at hun gjør noe hun i utgangspunktet ikke ønsket å gjøre.

Sammensatt lege-pasient-relasjon når pasienten er stoffmisbruker:

- Dels «vanlig» lege-pasient-forhold (felles ønske om å helbrede/lindre sykdom)
- Dels «manipulatorisk» lege-pasient-forhold (ulike ønsker hos lege og pasient vedr. forskrivning)

Hvordan unngå «lege-misbruker-kaos»:

- Lær å lese «spillet» mellom misbruker og lege
- Skaff deg faglig innsikt i misbrukernes helseproblemer
- Sett deg inn i det faglige og juridiske grunnlaget for legemiddelforskrivning til misbrukere
- Bli trygg på egne holdninger
- Vær tydelig, ikke godta uakseptabel oppførsel, trusler eller vold

og pasient om å behandle sykdom og plager, dels en «manipulatorisk» relasjon med ulik målsetting hos pasient og lege, styrt av pasientens ønske om narkotika og/eller legens ønske om ikke å gi narkotika på manglende faglig grunnlag. Denne dobbeltheten i relasjonen vil variere fra pasient til pasient. Jo mer preget av personlighetsavvik misbrukeren er, desto mer vil gjerne den «manipulatoriske» sida dominere. Men dobbeltheten kan også variere fra kontakt til kontakt i samme lege-pasient forhold. Kommer misbrukeren til legen med en dyp abscess i låret etter injisering, vil gjerne ønsket om behandling for dette dominere. Er motivasjonen for kontakten et ønske om å få et medikament legen i utgangspunktet vil nekte å gi, vil ønsket om å manipulere dominere.

Det er viktig at legen lærer å identifisere disse mekanismene, for hvis man ikke forstår hva som foregår, vil det være meget vanskelig og som oftest meget ubehagelig å havne i dette «krysspreset». Bare det å skjønne hva som skjer, letter presset på legen. Denne dobbeltheten eller «krysspreset» i behandlingsrelasjonen vil man også finne i forholdet til pasienter som ikke er misbrukere, men den kommer gjerne svært tydelig fram her. Det er viktig at disse vanskelige relasjonene tas opp og drøftes i veiledningssammenheng og i annen kontakt mellom kolleger. Ofte kan det å bli i stand til å se og forstå hva som skjer i et slikt manipulasjonsspill, være et første viktig steg mot å kunne mestre disse vanskelige relasjonene og til å kunne gi disse «vanskelige» pasientene en sårt tiltrengt «virkelig» hjelp, både for selve misbruket og for deres ymse psykiske og kroppslige plager. Og like viktig er det at legen på denne måten kan redusere det ubehaget og stresset som slik manipuleringsatferd innebærer.

Hvordan unngå «lege/misbruker-kaos»?

Hvis vi så har lært å se de ulike «spill» i relasjonen mellom lege og misbrukeren som pasient, hvordan skal vi så beskytte oss mot å bli dratt inn i misbrukerens kaos? For misbrukerens liv er gjerne temmelig kaotisk, og dette kaoset sprer seg gjerne til familien og det nære nettverket, men kan

også slå over på behandlingsapparatet. For at legen ikke skal bli dratt inn i kaoset, er en del punkter sentrale.

Det første er nettopp det at man lærer seg å se dette spillet som foregår mellom lege/behandler og misbruker/pasient, slik jeg har prøvd å beskrive det her. Er man ikke klar over «krysspreset», kan man enten lett bli et bytte for manipulering, eller man «garderer» seg ved å avvise all kontakt med misbrukeren, og kan da komme i en situasjon der man ikke yter nødvendig helsehjelp.

For det andre bør man ha noe kjennskap til de særpregne trekk ved den somatiske og psykiske sykkeligheten til stoffmisbrukerne. Man bør også kjenne noe til de sosiale livs- betingelsene som preger deres liv, og ha innsikt i at deres liv ligger ganske langt fra det som er «normalt» for storparten av fastlegens pasienter.

For det tredje bør man kjenne de lover og forskrifter som regulerer medisinsk behandling av stoffmisbrukere, særlig rammene for og innholdet i legemiddellassiert rehabilitering av opiatavhengige (LAR)⁵ og Helseilsynets vurderinger omkring forsvarlighet ved forskrivning av vanedannende legemidler⁶. Praktisk gjennomføring av LAR og substitusjonsbehandling vil være tema for min neste artikkel i denne serien om rusrelatert medisin.

For det fjerde bør man, så langt det er råd, være trygg på egne holdninger til disse pasientene. Man bør tilstrebe å være like profesjonell overfor misbrukerne som man er overfor andre pasienter. Dette er ikke alltid like lett. Å bli løyet for og lurt, er ingen god opplevelse, heller ikke for leger. Og det kan være vanskelig å beholde profesjonaliteten når pasienten begår moralsk uakseptable handlinger og kriminalitet. Men prøv å se misbrukeren i hennes kontekst, og prøv å skille «snør og barter». Vår moralske (og juridiske) plikt til å gi legehjelp er ikke begrenset til de moralsk uklanderlige!

For det femte, må legen være tydelig, være trygg på egne grenser, og inngå klare og konkrete avtaler om forskrivning etc., og i størst mulig grad holde seg til de avtaler som er inngått. Legen bør før slike konsultasjoner ha bestemt seg for hva som skal skje når det gjelder forskrivning med mer, og ikke gå inn i «åpne reseptforhandlinger». Gjør man det, kommer man gjerne feil ut. Og misbrukerpasienten senser veldig fort om det er noe å «hente» fra legen. Har legen bestemt seg og signaliserer det gjennom «kroppsspråket», gir de seg gjerne fort. For legen er det gjerne bedre å senke enn å heve stemmen når misbrukeren prøver å forhandle.

⁵ www.rusmiddelstaten.oslo.kommune.no/default.asp?page=/MARIO

⁶ Vanedannende legemidler – forskrivning og forsvarlighet, Statens Helseilsyn, oktober 2001 – IK-2755. www.helseilsynet.no/publikasjoner.htm

For det sjette, legen skal ikke akseptere uakseptabel atferd fra misbrukeren. Å møte ruset opp på legekontoret, å vise ubehøvlet oppførsel på venteværelset eller overfor medarbeiderne og liknende uakseptabel atferd skal ikke godtas. Det betyr ikke at de da forvises fra legepraksisen for godt, men legen må da ta en «alvorsprat» med misbrukeren og gjøre det helt klart at legekontoret ikke vil ha slik oppførsel. Hvis dette tas «i starten», og konsekvent, og hvis det gjøres på en saklig, profesjonell og kontant måte, vil de fleste misbrukere endre atferd etter å ha fått «gult kort». Hvis dette ikke hjelper, må evt. sterkere sanksjoner vurderes og iverksettes.

For det sjuende bør legen ha «nulltoleranse» for trusler og vold. Dersom legen eller medarbeidere utsettes for vold eller trusler om vold, må man umiddelbart vise med all nødvendighet tydelighet at misbrukeren har krysset en grense, og at dette overhodet ikke tolereres. Leger eller medarbeidere som utsettes for slikt, må ikke bli «sittende alene» med dette, det må tas opp med kollegene, de må få nødvendig hjelp og støtte i en meget ubehagelig situasjon. Det er et lederansvar på et legesenter å utvikle rutiner for hvordan slike situasjoner skal håndteres. Man bør ha lav terskel for å politianmelde slike episoder. Hvorvidt legen synes hun kan opptrettholde lege-pasient forholdet etter en slik episode, må vurderes i det enkelte tilfellet, men i en del situasjoner vil det være rimelig å «tilgi» et slikt overtramp etter at det har fått sitt nødvendige etterspill. Slike uakseptable episoder må dokumenteres i journalen.

Respekt

En fellesnevner for disse rådene er tydelighet, trygghet og profesjonalitet. Det dreier seg grunnleggende om å etablere en gjensidig respekt i forholdet mellom misbrukerpasienten og behandleren. Det er snakk om respekt og motrespekt, og legen må gjerne være den første til å vise respekt. Svært mange misbrukere vil vise respekt tilbake hvis de blir møtt med respekt av behandleren. Legens behandling av denne pasientgruppa bør være preget av samme etiske grunnholdning som hun behandler andre pasienter med. Man bør unngå moralisering, unngå å tenke i straff/belønning, men forklare det rasjonelle grunnlaget for våre behandlingsvalg, og ha som en grunnholdning at vår behandleratferd ikke skal skade pasienten.

Tar dette alt for mye tid?

Mange vil kanskje tro at en slik modell for å jobbe med stoffmisbrukere tar alt for mye tid og ikke er mulig å gjennomføre

i en fastlegepraksis. Problemet er bare at vi i fastlegesystemet har disse pasientene uansett, og at hvis vi skyver dem fra oss, forflytter vi bare «problemet» over til en av våre kolleger. En generelt avvisende holdning til misbrukerne som pasienter kan derfor neppe forsvares som kollegial. Men tar dette så mye tid? Både ja og nei! Min erfaring er at det å jobbe etter en slik modell, tar mindre tid enn å ha en usystematisk behandleratferd i forhold til dem. Dette dreier seg framfor alt om å bedre legens mestring av dette arbeidsfeltet. Og mestrer man et arbeidsfelt, går arbeidet raskere og lettere og med mindre stress og ubehag.

Noen vil også hevde at denne gruppa «stjeler» behandlingstid fra andre pasientgrupper. Som jeg har vist, er det udiskutabelt at dette er ei gruppe med meget store helseproblemer, og derfor stort behov for legehjelp. Det er derfor urimelig å si at denne gruppa fortrenger andre grupper som skulle ha større behov. Dette er nettopp ei av gruppene med store og sammensatte helse- og sosialproblemer og ei gruppe som ofte vil ha rett til såkalt individuell plan for tverrfaglig arbeid etter helselovgivningen.

Konklusjon

Misbrukerne er en «vanskelig» pasientgruppe. Men det er mulig å forstå deres atferd, og en slik forståelse må ligge til grunn for utvikling av konstruktive lege-pasient relasjoner på dette fagfeltet. Dette vil gjøre det mulig også å forsøke å behandle selve avhengighetsproblemet. Dette kan skje med terapeutiske ikke-medikamentelle metoder, eller med legemiddelassistert rehabilitering. I neste artikkel skal jeg gå konkret inn på hvordan legemiddel-assistert rehabilitering av opiatavhengige gjennomføres, og se spesielt på hvilken rolle fastlegene kan spille i dette systemet.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

Refleksjoner rundt boken 'Helse for de mange – samfunnsmedisin i Norge'

(Redaktører: Ø. Larsen, A. Alvik, K. Hagestad, M. Nylenna)

AV OLA JØSENDAL



Innledning

Tradisjonelt har norsk samfunnsmedisin vært bygget rundt 'kombi-legen', det vil si kommunalt ansatte leger som både driver klinisk allmennmedisin, som har ansvar for hele eller deler av kommunal helse-tjeneste og som er kommunens råd-giver i helsepolitiske spørsmål. Det samfunnsmedisinske miljøet i Norge har de siste årene vært under press, som et resultat av flere parallelle prosesser:

- lovgivningen har helt fra avviklingen av distriktslege-ordningen i 1984 gradvis svekket fundamentet for utøvelse av samfunnsmedisinsk aktivitet,
- antallet leger som faktisk fungerer i tradisjonelle samfunnsmedisinske ordninger har blitt mindre,
- andre yrkesgrupper har overtatt en større og større andel av samfunnsmedisinerens tradisjonelle oppgaver,
- den formelle kompetansen samfunnsmedisineren har tilegnet seg gjennom sin spesialitetsutdannelse, synes ikke lenger å tilsvare det kommunene etterspør.

Med dette bakteppet er det selvsagt svært spennende å gå løs på en ny lærebok i norsk samfunnsmedisin. Boken ankom med perfekt timing til 400-års jubileet for norsk helsevesen. Det store spørsmålet er selvsagt om boken kan bidra til å løse de faglige, fagpolitiske og politiske spørsmål som står på dagsordenen for norsk samfunnsmedisin.

Boken

Boken er et praktverk om norsk samfunnsmedisin, la det være sagt med en gang. Spesielt er innledningskapittelet en stimulering til bevisste valg av perspektiv for å angripe de mange samfunnsmedisinske problemstillingene. Redaktørene som står bak innledningen, konkluderer med at 'Samfunnsmedisin er mer en tenkemåte enn et fag'. Konklusjo-

nen er spennende, og maler ut en horisont for samfunnsmedisinsk arbeid som både blir kreativ og krevende.

Boken er også en stor sak i antall sider (688 s). Allikevel er den lettlest, og kan brukes som inngang til relevante referanser, til oppslag, og til ren forlystelse (jfr kapittel 15 av Kristian Hagestad, 'Frå famlande fjortisar til falmande femtiåringar').

Enkelte kapitler framstår også som faglige perler, som for eksempel kapittel 18, om Helseøkonomi (Ivar Sønbo Kristiansen). Gitt at leseren ikke er ekspert på helseøkonomi, gir kapittelet en god og kort innføring i aktuelle tema.

Det er også spennende at redaktørene har hentet inn topp kompetanse nasjonalt fra de fagfeltene som skal fungere sammen med den (samfunns)medisinske. Samfunnspsyko-logen Leif E. Aarø og sosilogen Karl Erik Lund kan få æren





av å representere dem. Bidragene fra våre akademiske kolleger gir leseren en grunnleggende tro på at to hoder tenker bedre enn ett.

Kapittel 30 fortjener også en særlig framheving. Kollega Geir Sverre Braut blir det normalt forventet mye av, og han innfrir også i denne omgangen. Kapittelet som diskuterer medisinsk etikk og jus er ikke bare meget velformulert, men utfordrer sterkt etablerte og vedtatte sannheter, og stimulerer til kritisk refleksjon over egne grunnleggende verdier og oppfatninger. Braut evner også å stille kritiske spørsmål til moderniseringen av helsevesenet i stort, han avslutter for eksempel kapittel 30 med *'Eit anna spørsmål er knytt til om forteneorienteringa på ein marknad vil påverke det ueigennyttige imperativet i helsetenesta'*.

Sår eller savn?

Profilerte spesialister innen en rekke områder har mange frihetsgrader når det gjelder å kommentere og vurdere innen sitt spesialfelt. Folk flest har små muligheter til å gjøre en kvalifisert vurdering av spesialistenes kompetanse. Slik er det ikke med samfunnsmedisin. Samfunnsmedisinske vurderinger og kommentarer blir gjenstand for synsing og omtale, på lik linje med folk flest sine vurderinger av fotballkamper.

Både for redaktørene av boken 'Helse for de mange' og for fotballtreneren er det åpenbart at arbeidet bak den konstruktive, tiltalende og målrike prestasjonen er svært krevende. Det kreves langt mindre innsats for å ødelegge eller kritisere, og effekten av liten negativ innsats kan være uforholdsmessig stor.

Derfor er det også all grunn til å være ydmyk med å antyde sår eller savn knyttet til boken 'Helse for de mange'. På den andre siden kan en omtale som utelukkende framstår som en ensidig hyllest bli oppfattet som ukritisk og overflatisk. Omtale av denne viktige boken fortjener heller ikke det. Ønsket er at de sår eller savn som nevnes videre, kan bidra til at flere leser boken og bruker boken til de viktige refleksjonene vi blir invitert med i.

Undertegnede mener prinsipielt at det er et avgjørende viktig samfunnsmedisinsk perspektiv som bør komme først i all samfunnsmedisinsk tenkning: Det internasjonale. Selv en bok om norsk samfunnsmedisin kunne ha satt et skarpere lys på det internasjonale.

Et par språklige snarveier kan også ha større følger enn de filologiske. Uttrykket 'alternativ medisin' er lukket ut av den offentlige forvaltning. Bakgrunnen er at det åpenbart ikke finnes noen alternativ medisin, kun alternative behandlingsformer. Det burde vi sett også i denne boken. Også uttrykket 'samfunnsmedisin' er diskutert med en språklig tilsnikelse i det 'samfunnsmedisin' og 'public health' blir synonymisert. 'Public health medicine' er vel en bedre engelsk parallell til det norske 'samfunnsmedisin'.

Boken er en historisk gullgrube, like inntil år 2003. Kanskje vi kunne ha forventet at et så kompetent og faglig tungt utvalg bidragsytere ville våget å sende en fargerik visjon ut på prøve? Mye kan tale for at avgjørende valg for norsk helsevesen vil bli påvirket av hvordan norsk samfunnsmedisin går videre. Da er det både en utfordring og et savn at våre framste fagfolk skriver historien og stiller spørsmål, men ikke forsøker å se klarere i krystallkulen.

Konklusjon

Boken 'Helse for de mange – samfunnsmedisin i Norge' er et praktverk om norsk samfunnsmedisin. Dersom man skal ivareta den samfunnsmedisinske tenkemåte, og bygge et fag, vil boken være en naturlig hjørnestein for den eller dem som skal bygge faget videre. Samtidig utfordres leseren til kritisk refleksjon uten at fasit dyttes ubehagelig fram. Også etter bokens lansering står framtiden for norsk samfunnsmedisin like vid åpen. Horisonten er vid og skuten er stor, men kursen gjenstår å bli staket ut. Den eller de som ønsker å sette kursen, må i alle fall beherske innholdet i boken 'Helse for de mange – samfunnsmedisin i Norge'.

Kommentarene står for egen regning,
vennlig hilsen fra Ola Jøsendal, leder av Oll

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ola Nordviste. Kontakt ham på nordviste@c2i.net

Making it Work

– RURAL HEALTH I GOLFENS HJEMLAND

AV ANDERS SVENSSON

Vi lever i en verden preget av sentralisering og urbanisering. Likevel bor majoriteten av Norges og verdens befolkning fortsatt «på landet». De demografiske endringene i den vestlige verden, med en aldrende befolkning, er enda mer markant i distriktene enn i byene. Jo eldre innbyggere, jo større behov for helsetjenester. Befolkningen i utkantstrøk krever, med all rett, å få ta del i den medisinske og teknologiske utviklingen. De vil ha samme tilbud som alle andre. Dette stiller store krav til organisering og utvikling av helsetjenester i utkantstrøk. I april rapporterte Utposten fra et seminar på Sommarøy, arrangert av ISM Tromsø, om distriktsmedisin. I september arrangerte Helse Nord en konferanse som omhandler samme utfordringer med en noe annerledes innfallsvinkel. Denne artikkelen beskriver tanker, tendenser og resultater fra konferansen.



Skottland og Nord-Norge deler mange forhold som skaper utfordringer for helsevesenet. De har begge store regioner med spredt bosetting. Befolkningsutviklingen er lik innbyggertallet går ned og befolkningen blir eldre. Vanskeligheter med rekruttering og stabilisering av helsepersonell skaper store problemer både i Norge og Skottland.

HELSE NORD

I september 2003 arrangerte Helse Nord, og NHS-Skottland

(eg. RARARI), en konferanse i Skottland kalt Making it Work., med støtte fra Universitetet i Tromsø. Hensikten med konferansen var å sette fokus på rekruttering og stabilisering av helsepersonell i utkantstrøk og hvordan man skal klare å bibeholde helsetilbud i isolerte regioner.



Omtrent 300 deltakere fra Norge, Australia, Russland, Canada, USA og Skottland speilet helsevesenets mangfold, men konferansen var naturlig nok preget av at den ble arrangert av to helseforetak. Ledelse og administrasjon var godt representert på konferansen, mens kommunehelsetjenesten, som berøres sterkt av de løsninger som velges av helseforetakene, ikke var representert.

Konferansen var organisert i felles møter på formiddagen, som hadde som mål å beskrive den virkelighet og de utfordringer helsetjenesten i Skottland og Norge står ovenfor. Ettermiddagene var delt i fire parallelle sesjoner, etterfulgt av mer enn 30 forskjellige seminar av forskjellig størrelse.

Remote and Rural Areas Resource Initiative (RARARI) er et prosjekt som startet 1999, underlagt National Health Service (NHS) Scotland. Målsettingen for RARARI er å møte de utfordringer som ligger i å drive helsetjenester i utkantstrøk i Skottland.



Deltakerne samlet utenfor St. Andrews Bay Hotell

Dersom hotellet, med flott beliggenhet ned mot St. Andrews Bay, ga et inntrykk av materiell overflod, ga valg av organisering et inntrykk av informasjonsoverflod. Kvaliteten på seminaret og parallelle sesjoner var svært variabel. Der var alt fra kreative, givende seminar til dårlig gjennomtenkte og ille forberedte workshops.

Samfunnsutviklingen gir utfordringer for helsevesenet i distriktene

Mac Armstrong, medisinsk direktør i NHS Skottland, beskrev de utfordringene som den generelle samfunnsutviklingen skaper for helsetjenesten i utkantsstrøk. Han hevdet at infeksjonssykdommene har fått ny aktualitet. Prionsykdommene har tilkommet, og tuberkulosen har gjenoppstått som et stort helseproblem. Resistensutvikling kommer å skape store problemer i behandlingen av infeksjonssykdommer i fremtiden. Behandling av kroniske sykdommer blir stadig viktigere. Hjertekarsykdommer, cancer og psykiatriske lidelser krever store ressurser. De demografiske endringene i samfunnet med en befolkning som stadig blir eldre og som skal forsørges av de unge som stadig blir færre, skaper store økonomiske utfordringer men også problemer med rekruttering av helsepersonell. Befolkningens forventninger til helsevesenet har blitt større, noe som bør få store konsekvenser for organisering og valg av løsninger i fremtiden.

Helsepersonellens forventninger har også økt, både faglig og privat. Alle disse aspekter er felles for hele landet, men geografi, økonomisk utvikling, arbeidsmarked og demografiske endringer og sosiokulturell utvikling gjør at de generelle utfordringene blir mer markerte i distriktene.

Evind Vestbø, kommunelege i Finnøy, og Torgeir Gilje Lid, fastlege og kommuneoverlege i Stavanger beskrev den distriktmedisinske virkeligheten gjennom historier og bilder fra en leges hverdag. Mads Gilbert, leder for akuttmedisins afdeling UNN, presenterte sitt prosjekt i Burma der han og andre kolleger utdanner paramedisinsk personell (barfotdoktorer) for å ivareta den akuttmedisinske kjeden i



Fra venstre: Trude Grønlund (Leder av planleggingskomitten) Olav Helge Førde (Styreleder Helse Nord), Malcolm Chisholm (Helseminister i Skottland), Stewart Whiteford (leder av RARARI), Marit Eskeland (Helse Nord) og Jim Royan (Leder av konferansen)

et land uten medisinske og økonomiske ressurser. Han stilte spørsmålsteget ved prioriteringer i norsk helsevesen og dermed indirekte også settingen for denne konferansen. Han siterte, ikke helt overraskende, Ernesto Che Guevara, en ikke ukjent lege: «Det er slik at ett enkelt menneskeliv er mer verd enn den samlede verdien av alle eiendommene til jordas rikeste menn «til glede for enkelte av oss – til irritasjon for andre.» Han fortalte også hvordan vi løser de logistiske og klimamessige utfordringene i Nord-Norge.

Richard Holloway, teolog fra Edinburgh, fortalte om paradigmeskiftet i det moderne samfunn; fra et autoritativt samfunn til et samfunn preget av et ønske om felleskap og konsensus. Han snakket om de etiske utfordringene vi står ovenfor når det gjelder den teknologiske og medisinske utviklingen. Hans hovedpoeng var at vi må tro forsiktig og ikke velge de ekstreme standpunktene, det være seg den ene eller den andre veien.

Skottlands ambulansekorps har en egen sekkipipeorkester som innledet konferansen.





Deltakerne ble ønsket velkommen av Skottlands ambulansekorps som gav en nydelig sekkepiperkonsert.

Roger Strasser, rektor for et nystartet medisinsk universitet i Ontario, delte sine erfaringer om rekruttering av allmennleger i isolerte regioner i Ontario.

Sustaining health services – opprettholde helsetilbudet og/eller endre innholdet

Sykehusledelsen/myndighetene, både i Skottland og Norge har begge dratt slutningen at det ikke er mulig å opprettholde dagens helsetilbud på plasser langt fra befolknings-sentra. Under konferansen ble dette tema diskutert. Man snakket om at befolkningen må få like godt tilbud som i dag, men kanskje må de reise for å få behandling. Man snakket om «core services», et «kjernetilbud» som alle skal få uansett hvor de bor, men at mer ressurskrevende tilbud må sentraliseres. Hva som skal inngå i begrepet kjernetilbud ble ikke problematisert i stor grad, men i Skottland mener mange at visse tjenester som i dag utføres av leger i fremtiden må utføres av sykepleiere. For eksempel kan akuttfunksjonen på lokalsykehus nattetid ivaretas av team som ledes av sykepleiere. I morgendagens helsetjeneste kommer fleksibilitet og tverrfaglighet/teamjobbing til å stå i fokus. Helsetjenesten skal være i fokus, ikke helsearbeidernes behov. Utdanning og planlegging må skje i forhold til den prioriteringen.

Endringsprosesser – en faglig og pedagogisk utfordring

Et av seminarene under konferansen behandlet hvilke krav som stilles til endringsprosesser i helsevesenet. Geir Sverre Braut, assisterende helsedirektør i Helsedirektoratet, hevdet at når helsemyndighetene planlegger et fremtidig helsevesen må, de ikke bare ta hensyn til hva som er medisinsk forsvarlig, hva som er godt nok, men også vurdere befolkningens forventninger til helsevesenet. Dersom befolk-

ningen forventer at tilbudet skal opprettholdes, nytter det lite at fagfolk og myndigheter sier at det er medisinsk forsvarlig at tilbudet sentraliseres til nærmeste by.

Når man har vurdert behovene og befolkningens forventninger bør man gjøre en risikoanalyse der man analyserer konsekvensene av en endring. Før et forslag til løsning fremmes bør det foretas en kost-nytte analyse.

I dette lyset er det ikke vanskelig å forklare helseforetakenes store problemer ved omorganisering av spesialisthelsetjenesten i Norge. Helsemyndighetene i Skottland opplever den samme massive motstand mot endringer i sykehusstrukturen vi så i Vesterålen våren 2003. Så det virker ikke heller som om skotske myndigheter tar hensyn til folkets forventninger i planleggingsarbeidet.

Rekruttering og stabilisering av helsepersonell

Stadig flere unge vokser opp i byene og har liten kjennskap til livet utenfor sentrale strøk. Ønsket om et urbant liv er norm blant de unge.

En av foreleserne beskrev den nye generasjonen som individualister. De prioriterer seg selv og sine nærmeste. De er rettingtsorientert og ønsker personlig vekst uten plikter. De mangler «kall» og er ikke interessert i å gjøre arbeidet til en livsstil. De prioriterer sosialt nettverk og er i stor grad urbane mennesker. De aksepterer med andre ord ikke de rammebetingelser som arbeid i utkantskommuner i dag representerer.

Roger Strasser, rektor ved det nye medisinske universitetet i Ontario, forklarte vanskelighetene med rekruttering og stabilisering i utkantstrøk med at studentene i utgangspunktet har en negativ oppfatning av landsbygda. De ser landsbygda fra et urbant utgangspunkt. Landsbygda er flott for ferie, men de kan ikke tenke seg å bo der. Utdanningen i universitetssykehus i byene forsterker denne oppfatningen. Den gir studentene et sykehusperspektiv på medisinsk praksis som ikke er forenlig med arbeid på landsbygda. De blir helt enkelt opplært til at en god medisinsk praksis på landsbygden ikke er mulig. De som likevel prøver arbeid på landsbygda møter en virkelighet de ikke er utdannet og trent til. Grunnet dårlig bemanning blir arbeidsbelastningen for stor, og de forlater bygda styrket i sin negative holding til landsbygda.

En studie i Ontario i Canada viser at de leger som blir i perifer strøk, ofte har visse fellestrekk. De har ofte erfaring fra et liv i utkantstrøk. Enten ved at de har vokst opp på landsbygda, eller for at de tidlig under utdanningen har hatt tett kontakt med fagfolk som arbeider i utkantstrøk. De har også ofte fått en målrettet utdanning for å takle de krav som helsearbeid på landbygda stiller.



Det sosiale programmet var påkostet. Her danser de norske deltakerne under den norske gallamiddagen, etter at Susanne Lundeng hadde innledet med en kort, intens konsert.

En rekke prosjekter som har som mål å bedre rekruttering og stabilisering av helsepersonell ble presentert – de fleste norske. Dersom konferansen speiler kunnskapen om faktorer som påvirker rekruttering og stabilisering av helsepersonell i utkantstrøk, har man forbausende lite vitenskaplig fundert kunnskap. Men de tiltak man har gjennomført i Helse Nord og i mange kommuner i Norge, er adekvate og bør videreføres og videreutvikles.

Nettverk – av avgjørende betydning for helsevesenet i fremtiden?

I en spørreundersøkelse gjort under konferansen mente 54 prosent av deltakerne at støttende nettverk er den viktigste faktoren for stabilisering av helsepersonell i utkantstrøk.

En sesjon om «The Viking Surgeons» beskrev hvordan kirurgene på flere små-sykehus – som svar på de store sykehusenes krav om subspesialisering og trussel mot akuttfunksjoner – hadde dannet et nettverk for å sikre faglighet og kvalitet på tjenestene på de små sykehusene. Det baserer seg på nært samarbeid med kirurger på større sykehus, med utveksling av pasienter, operasjoner i fellesskap for å lære/vedlikeholde, registrering av resultater for å sikre kvalitet osv. Det var godt å høre at det er mulig å organisere det slik at kvaliteten holder og arbeidsbetingelsene blir levelige også på små sykehus. Men det krever vilje og entusiasme fra dem som skal jobbe der, og fra dem som skal bidra til organiseringen i hvert fall inntil systemene er operative. Interes-



Panel debatt – fra venstre: Gordon Jamieson (NHS Quality Improvement Scotland – QIS), Geir Sverre Braut (Norwegian Board of Health), Mac Armstrong (CMO), Prof John Temple (QIS), Synnøve Roald (Norwegian Ministry of Health), Ailsa Fraser (Public Representative) Ann Markham (NHS Education for Scotland)

sant er det også å høre at 40 prosent av studenter/turnusleger kunne tenke seg å jobbe på et lite sykehus dersom organiseringen ga faglig trygghet og gode muligheter for en karrierevei på lokalsykehusnivå.

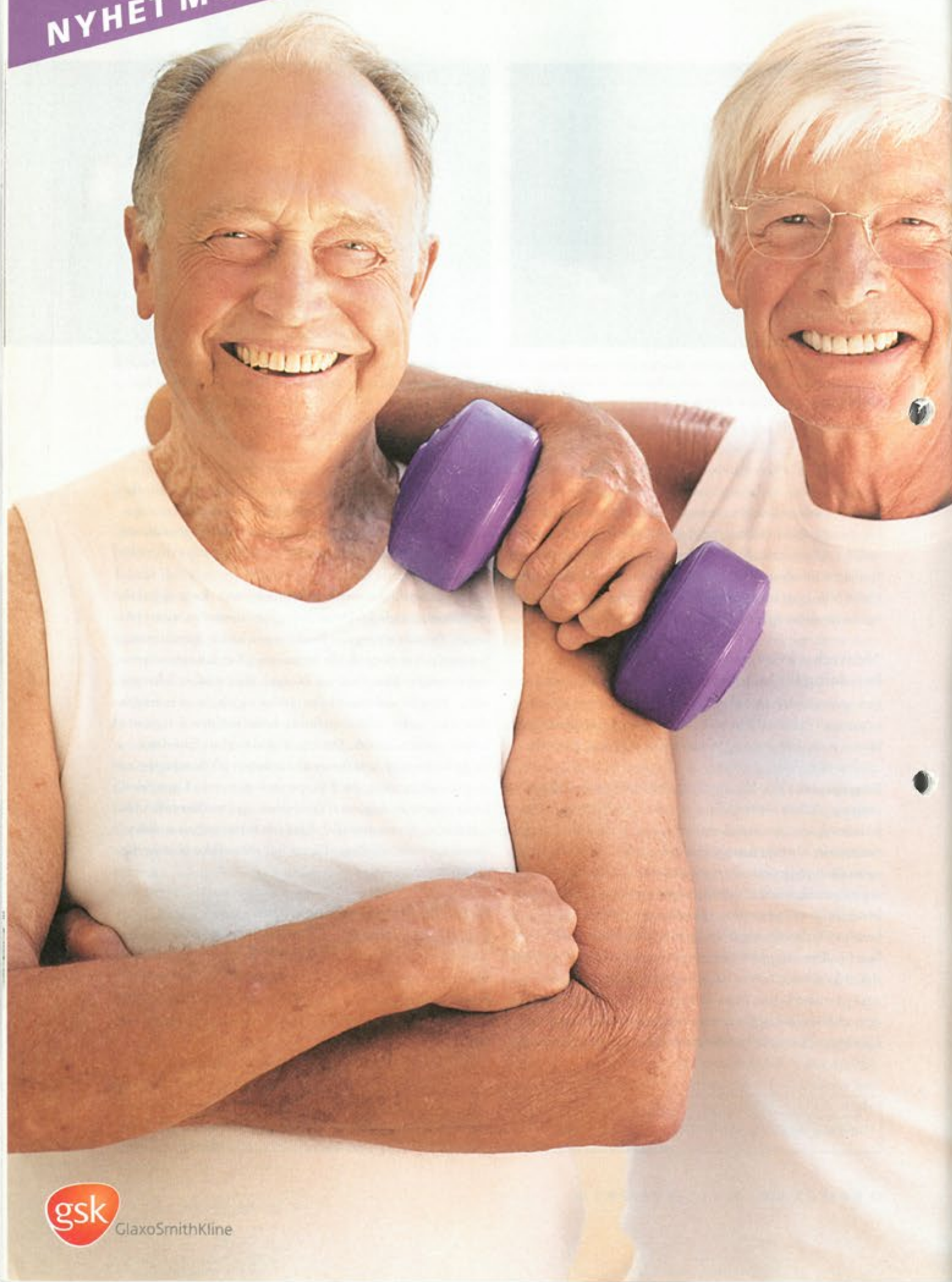
En av målsettingen med konferansen var å skape nettverk for videre samarbeid. Det sosiale programmet var svært påkostet. De som arrangerte konferansen hadde åpenbart ambisjoner om at dette skulle bli starten på et samarbeidsprosjekt mellom Skottland og Norge. Man ønsker å knytte begge helseforetakene til hverandre og skape et nettverk som kan hjelpe til å redefinere helsetjenesten i regioner langt fra sentrale strøk. Det kan diskuteres om ikke den formelle formen og småskalavirksomheten på Sommarøy er mer hensiktsmessig for å skape godt nettverk. I 2005 skal konferansen arrangeres i Vesterålen, og i mellomtiden ble deltakerne oppfordret til å delta i et internettbasert diskusjonsfora – eWorkshop. Til nå har dette ikke blitt særlig brukt.

Rural Health står på dagsorden

Denne konferansen var svært annerledes både i form og innhold enn møtet på Sommarøy. Men felles er en innsikt om at samfunnsutviklingen gir store utfordringer i fremtidens helsevesen i utkantstrøk, og at disse utfordringer må møtes med en aktiv politikk. Utposten følger utviklingen.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Anders Svensson. Kontakt ham på anders.svensson@bo.nhn.no

NYHET MOT KOLS



Aktiv mot **KOLS**

Seretide® Diskus® 50/500 er godkjent for behandling av KOLS¹:

- Bedre lungefunksjon etter 1 dag²
- Bedring av symptomer etter 1 uke³
- Bedring av livskvalitet etter 2 måneder⁴

Å være aktiv mot KOLS innebærer en kombinasjon av røykeavvenning, fysisk aktivitet og effektiv medisinerings.

Ta kontakt med oss for et aktivt samarbeid! Telefon 22 70 20 00.



Seretide® Diskus®
Mer liv – i dag og i morgen^{4,5}

Bruk av vikarbyrå

– en kort innføring for leger uten leger

AV ANDERS SVENSSON

Leger blir som andre mennesker syke, de blir gravide, er borte på kurs, ferie og permisjoner. Fravær inntil 8 uker i året dekkes av kollegial fraværsordning eller egen vikar. «Dersom legen ikke selv stiller vikar kan dette i fravær utover åtte uker gjøres av kommunen» (§ 14 i Rammeavtale om Allmenpraksis i fastlegeordningen).

Vikarleger, fremfor alt gode vikarleger, er ikke lett å finne og i denne artikkel beskrives mulighetene og begrensningene ved bruk av vikarlegebyråer.

Litt statistikk fra Nordland

Antallet ledige fastlegelister har gått ned siden fastlegeordningen ble innført, men det er fortsatt 122 ledige fastlegelister i Norge. I Nordland mangler det lege til 21 av 207 lister, og det ble leid inn 220 vikarer i 2002 og hittil i år har 155 vikarleger arbeidet kortere eller lenger perioder. De fleste av vikarlegene i Nordland er formidlet gjennom vikarbyråer.

To vikarbyråer dominerer markedet

De to største vikarbyråene i Norge er Medpro og LINN (Legeformidling i Nord-Norge).

Medpro er landsdekkende og formidler alle typer av helsepersonell både til sykehus og til kommunehelsetjenesten. De har vokst de siste årene og har nå 16 ansatte i Norge. LINN er et mindre byrå som har spesialisert seg på formidling av allmennleger til kommuner i Nord-Norge. Der var tidligere flere utenlandske byråer som virket i Norge, men disse har nå trukket seg grunnet dårlig lønnsomhet.

LINN har ca 100 aktive vikarleger som regelmessig arbeider i Norge. Medpro har 350 aktive leger og ble brukt av 160 norske kommuner i 2002. Begge byråene formidler både korttidsvikarer og langtidsvikarer. Vikarbyråene formidler i liten utstrekning leger til faste stillinger.

Fastlegeordningen har bedret legedekningen i Norge, og det er ikke like mange ledige stillinger som tidligere. Vikarbyråene har merket en dreining av markedet, og det formidles nå flere leger til svangerskapspermisjoner og langtidsfravær. Det blir også stadig mer vanlig å leie inn vikar under ferie og høytider for å minske vaktbelastningen

for de fast ansatte fastlegene. I Honningsvåg for eksempel leier kommunen inn legevaktsleger for å dekke kveld og nattevakter både til påske og sommer.

Opplæring og kvalitetskontroll

Den viktigste egenskapen hos en vikarlege er sosial tilpasningdyktighet. Det finnes leger som er skapt for å være vikarleger: de glir rett inn i praksisen, skjønner intuitivt hvordan kontoret er administrert og aksepterer lokale tilpasninger og rutiner. De er gode faglig og følger opp pasientene og forlater kontoret uten uavsluttet arbeid. Andre vikarer er mer kompliserte å forholde seg til. En dansk privatpraktiserende lege som er vant til å arbeide alene i sin praksis kan ha vanskelig for å tilpasse seg forholdene ved et nordnorsk legekontor.

Både Medpro og LINN garanterer kvaliteten på sine leger. Medpro har et internetbasert opplæringsprogram som skal sikre legene kunnskap om norsk helsevesen, takster og journalsystem. LINN har ikke et organisert opplæringsprogram.

Til tross for opplæring fra vikarbyråene må man regne med relativt omfattende opplæring av legen dersom hun/han ikke har arbeidet flere ganger i Norge tidligere. Trygdesystemet, dataprogrammene og Normaltariffen er store utfordringer for utenlandske leger. Arbeidsgiver må regne med å sette av tid og krefter til dette.

Til syvende og sist er det likevel arbeidsgiver som er ansvarlig for kvaliteten. De er derfor viktig at arbeidsgiver gjør en selvstendig vurdering av legen og helst selv sjekker referanser på legene. Både Medpro og LINN gir referanser dersom man ønsker det. Den viktigste faktoren er tidligere arbeids erfaring i Norge. En god kvalitetsindikator er om legen har arbeidet på samme plass flere ganger. Det er også lurt å sjekke om legen har arbeidet på en plass med liknende rammevilkår som ditt eget.

Vikarlegene bor oftest i Sverige og Danmark. Majoriteten har fast arbeid i sitt hjemland og arbeider i Norge i ferier, permisjoner og avspaseringsperioder. Bare et fåtal av legene som arbeider som vikarleger i Norge, er uten fast ansettelse i hjemlandet.

Kommunen slipper papirarbeid

Vikarbyrået ordner alle nødvendige papirer som for eksempel norsk autorisasjon og avtale med Trygdekontoen om refusjon. Arbeidskontrakt må naturligvis kommunen ta seg av. Det er verdt å notere seg at vikarlege og fast ansatt lege ikke kan arbeide samtidig på samme liste. Det er fra 1. august mulig å leie inn vikar i vakant turnuslegetilling.

Arbeidsgiver er ansvarlig for at all dokumentasjon foreligger. Jeg har ved flere anledninger fått trygdeoppgjør for vikarleger refusert fra oppgjørsheten grunnet manglende dokumentasjon.

Lønnsforhandlinger kan være krevende – men stå på

Vikarleger arbeider i utgangspunktet i Norge fordi det er godt betalt. Vikarbyråene formidler legene og forhandler også lønnsforholdene. De balanserer mellom legenes ønske om gode lønns- og arbeidsvilkår og kommunenes ønske om forutsigbarhet og akseptable lønnsvilkår. Vikarlegene krever, og pleier å få, fri reise og husvære. Utover dette er alt er mulig: høy fastlønn, privatpraksis uten fastlønn, lønnsgaranti, kostgodtgjørelse, fri reise for kone og barn, fri telefon, fri reise med Hurtigruten etter avsluttet vikariat. Forhandlingene kan være krevende for en arbeidsgiver som «må» ha en vikarlege og derfor er i en tvangssituasjon. I denne forbindelse kan det være greit å huske at vikarbyråene er avhengig av begge parter og at de også har en interesse av at oppdragsgiver er tilfreds med avtalte vilkår. For tiden er det overskudd av vikarleger i Norge, noe som gjør forhandlingene lettere.

Det er svært viktig at alle arbeidsvilkår er avtalt i detalj: lønnsvilkår, antall vakter, vaktgodtgjørelse, boligforhold, reisemåte og eventuell henting på flyplass, bruk av telefon.

Dersom legen er fastlønnet eller listestørrelsen er liten krever leger formidlet av Medpro garantilønn. Det betyr at legen er garantert en viss total inntekt, normalt 23 000 kr/uke. Inntekten er, naturlig nok, avhengig av aktivitet og adekvat bruk av takster. Dersom legen ikke har arbeidet i Norge tidligere er dette en risikosport. Incentivet for legen å lære seg og bruke takstsystemet kan være liten. Arbeidsgiver sitter da igjen med lave inntekter men er likevel nødt til å betale legen avtalt garantilønn.

Vikarbyråene garanterer naturligvis at dette ikke skjer, men jeg har selv brukt timer på å korrigere vikarlegers periodeoppgjør for å sikre kommunen et minimum av inntekter etter en vikarleges slappe bruk av takstene.

Gjensidig informasjon er en forutsetning for godt samarbeid

En fornøyd lege er en velfungerende lege. Norges kommuner er forskjellige og arbeidsvilkårene i en utkantskommune i Finnmark er svært forskjellig til en bykommune på Helgeland. Mange vikarleger er lite kjent med norske forhold og har liten erfaring med å arbeide i en liten bygd uten et godt støtteapparat omkring seg. Det er derfor svært viktig at man bruker tid på å prøve å beskrive arbeidsforholdene som vikarlegen skal arbeide under, både reinte faglige forhold men også beskrive kommunens tilbud og befolkningens forventninger til legetjenesten.

Formidlingen av korttidsvikarer koster 1000–1500 kr/uke. For langtidsvikarer er dette forhandlingsbart.

Dersom leger som arbeider som vikar i en kommune, velger å ta fast ansettelse krever ofte vikarbyråene en kompensasjon for dette, noe som ved langtidsvikarer bør avtales på forhånd.

Legene betaler 150 kr/døgn i formidlingshonorar til Medpro. De garanteres da 24 timers telefonsupport og opplæringsprogram, LINN tar ikke betalt av sine vikarleger.

Sammenfatning

Ved behov for vikarer sparer bruk av vikarbyrå arbeidsgiver for mye arbeid. Arbeidsgiver er likevel selvstendig ansvarlig for kvalitet, dokumentasjon og adekvat opplæring av legen. Det er viktig at alle arbeidsforhold og lønnsvilkår er avtalt på forhånd. Referanser bør sjekkes. Legen bør ha kjennskap til det journalsystem som brukes på kontoret.

Kostnaden for formidling er en liten del av den totale kostnaden for vikarleger og kan godt forsvares. Skal man bruke LINN eller Medpro? Bruk begge og velg det byrået som kan tilby en lege som passer ditt behov på det tidspunkt du trenger det.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Anders Svensson. Kontakt ham på anders.svensson@bo.nhn.no

Senter for sjeldne sykdommer og – *aktuell samarbeidspartner for*

TORILL RØNSEN EKEBERG INTERVJUET AV JANNIKE REYMERT

Noen tilstander er så sjeldne at vi bør tillate oss å la dem ligge i hjernens nedstøvete fjernlager. Diagnoser som LCAT-mangel, Aagenæs syndrom og fenyketonuri vekker i beste fall bare tilfeldige assosiasjoner i vårt vide, men ikke for spesialiserte kunnskapslager og slik skal det være. Men allikevel har noen av oss en og annen pasient som feiler noe svært sjeldent. Vår evne til å «lukte» det uvanlige bør være velutviklet selv om det må være (super-) spesialistene sin oppgave å stille diagnoser og iverksette behandling i slike tilfeller.

Vi kan likevel ikke fraskrive oss ansvaret for disse pasientene. De har rett til å være vanlige pasienter hos primærlegene for andre, vanlige medisinske problemer. At primærlegen håndterer alminnelige problemer fremfor å la spesialistene håndtere alt som måtte dukke opp er god strategi – der finner vi ofte smidigere løsninger. Pasientene kan dessuten få banale lidelser som kanskje skal behandles på en spesiell måte pga grunnsykdommen og med spesialisten utenfor rekkevidde bør vi ha en strategi for håndtering av ulike problemer når de dukker opp på allmennlegekontoret. Endelig vil endel pasienter med sjeldne lidelser ha behov for mer enn medisinsk ekspertise, det å leve med en funksjonshemming som kanskje krever en helt spesiell oppfølging kan bli svært krevende. Pedagogisk og psykologisk spesialkompetanse vil da være et viktig tilbud å gi pasientene.

Da kan det være godt å vite at vi av og til kan slippe å lete i jungelen av mer eller mindre skolerte spesialister på et eller annet sykehus vi måtte tro kanskje kan hjelpe oss. På Rikshospitalet er det opprettet et senter for 16 sjeldne sykdommer og syndromer. De har som primær oppgave å bedre livskvaliteten til mennesker med disse diagnosene. Senteret er ikke et behandlingssenter men en tilrettelegger for at pasienter med disse diagnosene kan få den hjelpen de trenger, både medisinsk og på andre måter. Ikke minst skal pasienten få hjelp og støtte til å fungere så godt som mulig i sitt lokalmiljø. I tillegg til administrativt personale og informasjonsrådgiver er senteret bemannet med følgende faggrupper: sykepleier, medisiner, ernæringsfysiolog, fysioterapeut, sosionom og pedagogisk psykologisk rådgiver/spesialpedagog.



Torill Rønsen Ekeberg
pedagogisk psykologisk rådgiver
ved Senter for sjeldne sykdommer
og syndromer, Rikshospitalet

UTPOSTEN: *Torill Rønsen Ekeberg, pedagogisk psykologisk rådgiver ved Senter for sjeldne sykdommer og syndromer, kan du fortelle litt om senterets virksomhet?*

Under overskriften: «kunnskap, innflytelse og mestring» arbeider vi som egen avdeling ved Rikshospitalet for å bidra til høyest mulig livskvalitet i hverdagen for den enkelte bruker og dennes familie i samspill med lokalt hjelpeapparat. Oppfølging og støtte skal ytes nærmest mulig brukeren, men ofte kan barnehage, skole, kommunelege, helsesøster, trygdekontor og andre lokale instanser trenge informasjon for å vite hvordan de best skal forholde seg ved den enkelte sjeldne tilstand. Definisjon på sjelden er mindre enn ett hundre kjente tilfeller pr. million innbygger, utledet til mindre enn fem hundre kjente tilfeller i hele Norge.

Vårt senter lager informasjonsmateriell om de 16 sjeldne diagnosene vi for tiden arbeider med. Det gjøres i nært samarbeid med interesseorganisasjonene for de ulike diagnosegruppene. Brukermedvirkning går for øvrig som en rød tråd gjennom hele senterets virke.

Dertil holder vi kurs for brukere og deres pårørende, der det i tillegg til opplæring om den enkelte diagnose også gis unik mulighet til å treffe mennesker i samme situasjon og drøfte hverdagslivets problematikk med andre som kjenner utfordringene på egen kropp. Hvis vi er flinke til å legge til rette, lærer brukerne enormt mye av hverandre ved slike samlinger.

Mye av vårt arbeid går for øvrig ut på å besvare henvendelser pr. telefon eller e-post. Vi er et lavterskeltilbud der alle kan henvende seg uavhengig av henvisning fra lege eller andre.

syndromer ved Rikshospitalet for primærleger?

Noen ganger reiser vi til pasientens hjemmemiljø for å orientere lokalt hjelpeapparat. Det gjøres etter grundig forarbeid sammen med brukeren og/eller vedkommendes foresatte. I slike tilfeller skaffer vi oss på et tidlig tidspunkt i forberedelsene en kontakt på stedet som blir koordinator for det store informasjonsmøtet, og som er den som holder i trådene, innkaller formelt til møtet osv. Denne finner vi fram til etter å ha innhentet tips fra familien det gjelder.

UTPOSTEN: Vi undrer oss litt over utvalget av de diagnosene dere har kompetanse på. Kan du fortelle litt om hvorfor disse 16 diagnosene er arbeidsfeltet deres, er det ikke mange andre sjeldne tilstander som da forblir like stemoderlig behandlet?

Fra det hele startet som et prosjekt i 1993 ønsket overordnede myndigheter å prøve ut smågruppesenter-modellen i forhold til ulike typer sykdommer og tilstander som hadde tilknytning til Rikshospitalet. Ettersom vi i hovedsak er finansiert fra Avdeling for sjeldne funksjonshemninger i Sosial- og helsedirektoratet, er føringene ganske klare derfra, og diagnosene vi har ansvar for har endret seg noe gjennom de ti årene som er gått siden starten.

Det finnes flere kompetansesentra for sjeldne tilstander i Norge. Pr i dag har vi omkring ett tusen kjente sjeldne tilstander i landet vårt, men bare vel to hundre av dem har tilknytning til de ulike smågruppesentrene. Det arbeides i ret-

ning av å gi flest mulig en slik tilhørighet. Utvalget vi pr. i dag skal betjene består av noen medfødte stoffskiftesykdommer som behandles med diett, en rekke medfødte misdannelser, sjeldne lever- og nyresykdommer, noen syndromer, medfødt immunsvikt og en progredierende tilstand som ikke viser seg før i voksen alder. Felles for alle er at de representerer sammensatt problematikk som krever tiltak fra ulike hold.

UTPOSTEN: Når tilstandene er så sjeldne, er det realistisk å tenke seg at allmennleger vil ha dere i mente dersom vi skulle få en pasient med en av disse lidelsene i vår praksis?

Vi håper det, da! Informasjonsmateriellet vårt prøver vi å spre utover helse-Norge så godt vi kan, men vet at det er vanskelig å nå alle. Nettopp derfor er det fint å bli presentert i et organ som Utposten. Det øker muligheten for at vi blir husket den dagen noen «der ute» trenger oss. For full oversikt over de 16 diagnosene og utfyllende informasjon om senterets virksomhet, se våre nettsider: www.rikshospitalet.no/smagruppesenteret. Vi tar gjerne imot henvendelser, og sender ut materiell. Kontakt oss gjerne per e-post: smagruppesenteret@rikshospitalet.no, eller på telefon: 23 07 53 40.

Hva gjelder andre sjeldne diagnoser, se: www.shdir.no/sjelden der det finnes lenker til andre kompetansesentra eller ring gratis servicetelefonen for sjeldne tilstander: 800 41 710.



Senterets diagnoser

Senter for sjeldne sykdommer og syndromer arbeider i forhold til følgende diagnoser:

- Alagille syndrom
- Alport syndrom
- Analatresi
- Blæreekstrofi og epispadi
- Fabry sykdom
- PKU
- Galaktosemi
- Gallegangsatresi
- Genitale anomalier
- Huntingtons sykdom
- Medfødte immunsviktsykdommer
- LCAT-mangel
- LMBB
- MSUD
- Øsofagusatresi
- Aagenæs syndrom

Hva er god behandling av angst

AV TRINE BJØRNER

Denne artikkelen bygger på prøveforelesning over oppgitt tema «Hva er god behandling av angst i allmennpraksis» og på avhandlingen «Benzodiazepine and minor opiate prescribing in primary health care».



Trine Bjørner

f. 1953.
Spesialist i allmennmedisin.
Dr. med. 2003.
Opptatt av legemiddelforskriving i allmennpraksis.

Angst er i følge psykiatriens diagnoseklassifikasjonssystemer tilsynelatende klare diagnosegrupper. I allmennpraksis er begrepet videre og dekker alt fra uro, frykt, redsel til de mer veldefinerte angstlidelsene.

Denne artikkelen handler litt om angst generelt, forekomst, diagnostikk og behandling – for så å sette fokus på benzodiazepinforbruk ved angsttilstander. Hva som ideelt sett er god behandling, er ikke alltid det samme som realistisk behandling i travel praksis, men dokumentasjon av nyere behandling kan gi grunn til å revurdere en del av benzodiazepinforskrivningen. Angst er noe vi daglig møter på legekontoret, og angst er sagt å være en naturlig del av møtet mellom lege og pasient (1), men det er når angsten blir et problem, når «angsten eter sjelen» at vi møter angst som en psykisk lidelse.

Forekomst

Angst er en hyppig forekommende tilstand i befolkningen. Livstidsprevalensen er 30 prosent for kvinner og 20 prosent for menn. (2). Angst er en hyppig årsak til legesøkning i allmennpraksis, og utgjør tre til fem prosent av pasientkontaktene (3). Over en tredel av de pasientene som presenterer et psykiatrisk problem i allmennpraksis, klager over angst.

Manglende erkjennelse av behandlingstrengende angsttilstander oppgis å være et betydelig problem. Angst er for mange pasienter assosiert med skam som hindrer dem i å ta problemet opp i konsultasjonen. Vi har ofte både en doctor's delay og en patient's delay.

Hvordan diagnostiseres angst?

Angstdiagnosene stilles oftest klinisk. Diagnoseverktøy kan også være nyttig. De mest brukte er HADS (Hospital angst- og depresjonsskala), SPIFA (Struktureret psykiatrisk intervju for allmennpraksis) og Prime MD. Dessuten er MADRS

(Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale) nyttig fordi angst er vanlig ved en underliggende depresjon.

Diagnostikk av personlighetsforstyrrelser er ikke tatt med i diagnoseverktøy for allmennpraksis, fordi slik diagnostikk er ansett som en spesialistoppgave ifølge WHO.

Diagnoselisten for angsttilstander inneholder

- Panikklidelse
- Agorafobi
- Sosial fobi
- Spesifikke fobier
- Generalisert angst (GAD)
- Posttraumatisk stressyndrom (PTSD)
- Tvangslidelse
- Angst er et vanlig symptom ved depresjoner.

Om man ser på livstidsprevalensen for angstlidelsene (2), er de hyppigste panikklidelse, fobier og generalisert angst.

Alle unntatt GAD starter i barndom / ungdom, har et langvarig og svingende forløp og lidelsestrykket kan bli betydelig. Unngåelsesatferden kan bli stor og tilstandene kan gi betydelig funksjonssvikt og er hyppig årsak både til sykmelding og uføretrygd.

De forskjellige angsttilstandene kan opptre i kombinasjon med andre psykiske tilstander; komorbiditet forkludrer selvsagt bildet betydelig og skaper diagnostiske vansker.

Angst kan også være et symptom på eller nært assosiert med medikamenter, alkohol, livsstil og somatisk sykdom.

I tillegg til de veldefinerte angsttilstandene forekommer også uro, bekymring og helseangst som faller utenfor diagnosesystemene.

tilstander i allmennpraksis?

En utfordring i praksis er pasienter der angsten er en del av en personlighetsforstyrrelse. Med disse pasientene når man ofte ikke frem med vanlige tilnærminger. Diagnostikk og behandling av personlighetsforstyrrelser krever samarbeid med annenlinjetjenesten.

Behandling av angst er et sammensatt kapittel

De forskjellige angsttyper skal ha litt forskjellig behandling. Og samtidig er det ofte slik at pasientens angstproblem er sammensatt, slik at forekjellige behandlingsopplegg må kombineres og modifiseres.

De aller fleste angstpasienter som søker hjelp vil først henvende seg til primærlegen. Mange pasienter med lettere tilstander kan ha god nytte av generell informasjon om angsttilstander, eventuelt kortvarig samtaleterapi i allmennpraksis.

Hovedstrategier for behandling er psykologisk og farmakologisk.

Psykologisk behandling

består av samtaler, eksponeringsbehandling, kognitiv terapi og psykodynamisk terapi.

Eksponeringsbehandling eller *fobitrening* er psykologiske mestringsteknikker som bygger på habituering: ved å avlære seg angsten som en respons på forskjellige angstfremkallende situasjoner eller ting. Treningsopplegget går ut på at når man blir lenge nok i angstsituasjonen reduseres angsten. Neste gang man eksponeres tar det kortere tid før angsten reduseres. Så gjentas dette til situasjonen kan oppleves uten angst. Dette krever en motivert og treningsvillig pasient. Behandlingen kan gjerne foregå i grupper. Eksponeringsbehandling er den mest effektive behandlingsform ved spesifikke fobier, er velegnet ved agorafobi, panikklidelse og tvangslidelse og kan også brukes som en del av behandlingsopplegg for sosial fobi.

Kognitiv terapi dreier seg om å få en intellektuell forståelse av hvordan symptomer, plager og angstopplevelser blir fortolket følelsesmessig, og å bruke denne forståelsen aktivt til å takle angsten. Skjematisk går det ut på å identifisere negative tanker som automatisk oppstår i gitte situasjoner, finne frem til en forståelse av begrunnelsen for disse negative automatiske tankene, å finne frem til

at disse tankene og handlingsmønstrene antagelig verken er særlig hensiktsmessige eller riktige – og så å komme frem til alternativer til disse negative automatiske tankene.

Det har kommet flere bøker om emnet, og det arrangeres kurs. (4). Det krever nok en sterk interesse for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap for å bruke metodene i travel praksis. Behandlingen er velegnet ved de fleste angsttilstandene, og effekten av behandling er godt dokumentert (5).

Psykodynamisk terapi er rettet mot mer dyptliggende indre forestillinger og fokuserer på ubevisste eller fortrente faktorer, som ofte handler om forbudte tema – oftest aggressivitet. Det handler om å identifisere ubevisste konflikter mellom ønsker og forbud og vise hvordan det er et mønster mellom konflikter i fortid og nåtid.

Dette er en terapiform som krever spesialistkompetanse, og slik innsiktsterapi i klassisk forstand er langvarige terapier som krever store ressurser. Det er indisert hos et utvalg av pasienter med store angstproblemer og hos psykologisk ressursrike pasienter. Det er lite studier og effektevaluering av psykodynamisk terapi.

Farmakologisk behandling

Ved siden av psykologisk behandling vil en god del av angsttilstandene ha behov for farmakologisk behandling, oftest i kombinasjon med en psykologisk teknikk eller behandlingsmåte.

Det er mye dokumentasjon av effekten av SSRI (serotonin-reopptakshemmere) ved flere av angsttilstandene. MAO hemmere og tricykliske antidepressiva kan også være virksomme, men er i mindre bruk.



SSRI gir ofte en del bivirkninger i starten, og effekten kommer ikke før i løpet av ca to uker. I den perioden kan både angst og søvnløshet øke. Informasjon til pasienten om dette er vesentlig for å komme gjennom disse startvanskene, og det kan være nyttig å gi benzodiazepiner kortvarig i denne perioden for å få pasienten til å holde ut med bivirkningene inntil effekten setter inn.

God farmakologisk behandling må følges nøye opp, og det kreves ofte litt justeringer for å komme frem til optimal dosering. Serumkonsentrasjonsmålinger er en god hjelp. Det kan ofte være snakk om kombinasjonsbehandling, om å skifte medisin, av å til også å revurdere diagnosen – tenk komorbiditet.

Bruk av benzodiazepiner til langvarig bruk ved kroniske angsttilstander bør unngås på grunn av fare for avhengighet. En del av den kroniske bruken av benzodiazepiner kunne nok vært unngått hvis dette hadde vært fokusert på ved oppstart av behandling.

Benzodiazepinbruk i angstbehandling

I vår studie « Forskrivning av vanendannende medikamenter i primærhelsetjenesten » (6) har vi sett på hvordan angstdiagnosen brukes som indikasjon for benzodiazepinforskrivning.

I en kvalitativ studie av allmennpraktikere (7) der vi benyttet benzodiazepin-forskrivningssituasjoner som analyseenheter (8, 9) (10) så vi på hvordan allmennpraktikere håndterer og forstår pasienters komplekse sykehistorier. Målet for analysen var å vise hvordan pasienthistorier forstås og transformeres til en håndterbar basis for forskrivningsbeslutninger.

I konsultasjoner der benzodiazepinforskriving er tema, vil legen ofte føle et sterkt press fra pasienter til handling; det kreves en beslutning om å forskrive, ikke forskrive og vente og se oppleves sjelden som en aktuell mulighet. Både for å komme frem til en god begrunnelse og for å rettferdiggjøre forskrivningsbeslutningen i ettertid, trengs solide argumenter. Jo klarere forståelsen av en sykehistorie er, jo enklere er det å foreta beslutning. Sterke argumenter kan oppnås ved å vektlegge noen deler av sykehistorien, kanskje på bekostning av annen informasjon, for så å passe historien inn i noen færre kategorier. Dette er velkjente metoder for å forstå og håndtere komplekse situasjoner. (11) (12). Vektleggingen av enkelte aspekter i sykehistoriene kan hjelpe til å få sortert argumentene inn i et håndterlig antall kategorier som kan passe inn i aksepterte normer for forskrivning.

Vi identifiserte åtte slike kategorier som brukes av allmennpraktikere til å forstå og klassifisere pasienthistorier (7). Kategoriene presenteres i tabell 1. Åtte kategorier kan sies å være oppsiktsvekkende få, og det kan tyde på at komplekse situasjoner tvinges inn i et forenklet format.

Det er tidligere vist at leger ofte danner hypotese om diagnose svært tidlig i konsultasjonen (13), og er raske til å avbryte pasienter for å styre konsultasjonen (14). Man må mistenke at dette kan gå på bekostning av nyanser og helhet. Det fremgår av tabell 1, at kro-

nisk angst er en hyppig brukt begrunnelse for å forskrive benzodiazepiner, og at denne indikasjonen er mest brukt av leger med høy forskrivning.

Dette kan være med på å forklare hvorfor benzodiazepinfor-
skrivning i så stor grad skjer til angstpasienter, og kanskje
uten at annen, nyere og bedre dokumentert behandling er
forsøkt. Man kan tenke både at angstdiagnosen stilles litt for
«uspesifisert» og at behandlingen blir for lite skreddersydd.

Mange pasienter argumenterer med at det er en fordel med
benzodiazepiner fremfor SSRI, fordi medikamentet ikke
må taes fast, men erfaringer viser at mange vil gli inn i et fast
forbruk av benzodiazepiner med velkjente problemer med
avhengighet.

Det er vist at SSRI ofte ikke erstatter benzodiazepinfor-
skrivning, men vil være et fast og langvarig supplement til
benzodapiner (15)

Doktorgrad om B-preparatforskrivning

Doktorgrad utgått fra

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin 4.6.2003

Avhandlingens tittel: «Benzodiazepine and minor
opiate prescribing in primary health care»

Ved en reseptregistreringsundersø-
kelse fra samtlige apotek i Oslo og
Akershus i en to måneders periode
ble det påvist store variasjoner i le-
gers forskrivning av vanedannende
medikamenter. En liten gruppe le-
ger står for en betydelig andel av
forskrivningen.

Ifølge faglige retningslinjer er disse
medikamentene primært ment for
kortvarig bruk, men de forskrives li-
kevel ofte for fast forbruk. Det for-
skrives mest til eldre personer. Blant
de legene som forskriver mest var
det flest mannlige leger.

I en kvalitativ intervjuundersøkelse
av allmennpraktikere ble det påvist
et misforhold mellom deres gene-
relt restriktive holdninger til for-
skrivning, og den faktiske forskriv-
ningen. Det var en tendens til «å
dele» ansvaret for beslutningen om
forskrivning med den legen som
først startet behandlingen og med
pasienten selv. Dette kan ses som
en tilpasning til konflikten mellom
strengt faglige retningslinjer og
kravene i legens praktiske hverdag.
Forskrivning praktiseres ofte liberalt
til eldre pasienter og til pasienter
med flere andre sykdommer. Leger
opplever ofte konsultasjoner der
forskrivning diskuteres som en pres-
set situasjon, der kravet til handling

blir stort. I praksis har legen bare tre
valgmuligheter: forskrivning, for-
handling eller avvisning av pasien-
tens ønsker.

I disse situasjonene føler legene be-
hov for solide argumenter for sine
valg. Forståelsen av pasientens situ-
asjon blir viktig. Det var en tendens
blant legene til å gruppere sam-
mensatte problemer i et begrenset
antall kategorier. Vi fant åtte slike
kategorier. Slike forenklede model-
ler kan være nyttige for raskt å av-
gjøre om pasienten skal tilbys re-
sept eller eventuelt behandling uten
medisiner. Samtlige av de legene
som ble intervjuet benytter disse ka-
tegoriene. De legene som forskriver
mest medisiner fokuserer på kronisk
angst og låste livssituasjoner, mens
leger som forskriver mindre oftere
fokuserer på søvnvansker, smerter
og reaksjoner på alvorlig sykdom
som begrunnelse for forskrivning.
De legene som forskrev minst la
vekt på pasientenes egen evne til å
mestre problemer uten medika-
menter.

I en større spørreskjemaundersø-
kelse ble det konkludert med at
ikke-medisinske begrunnelser er
viktige for beslutning om forskriv-
ning. Det ble påvist sammenheng
mellom å forskrive mye og det å

være mannlige leger, å la pasientene
påvirke forskrivningen, å forskrive
medikamenter uten konsultasjon
og å oppleve forskrivning som pro-
blematisk.

Resultatene av studien tilsier at kva-
liteten på forskrivningspraksis kan
bli bedre ved at leger mer aktivt re-
flekterer over hvordan ikke-medi-
sinske forhold kan påvirke forskriv-
ningspraksis, og videre, ved å
forbedre praksisrutiner, blant annet
ved ikke å forskrive uten samtidig
konsultasjon.

Forbedret forskrivningspraksis kan
føre til en reduksjon i avhengighet
og misbruk av disse medikamen-
tene. En forbedret forskrivnings-
praksis betyr imidlertid ikke bare at
forskrivningen reduseres, men at de
pasientene som trenger behand-
ling, får de riktige medikamentene
forskrevet i riktig dosering og i riktig
varighet.

Trine Bjørner
Bogstadveien
legegruppe
Bogstadveien 11
0355 Oslo

	Høy-forskrivere (N %)	Medium forskrivere (N %)	Lav-forskrivere N (%)
Kronisk angst	10 (19)	4 (13)	2 (6)
Søvnvansker	3 (6)	11 (37)	8 (37)
Smerte	11 (21)	8 (26)	7 (23)
Reaksjon på somatisk sykdom	6 (12)	1 (3)	4 (13)
Kortvarig krise	1 (2)	1 (3)	1 (3)
Daglig strev for et verdig liv	3 (6)	1 (3)	2 (6)
Sosiale situasjoner «beyond repair»	17 (33)	4 (13)	1 (3)
Den mestrende pasient	5 (17)		
Total	51	30	30

Tabell 1. Kategorier av argumenter for forskrivning av benzodiazepiner i allmennpraksis

Både i vår og i andres studier er det funnet at benzodiazepiner svært ofte forskrives fast (16) (17) og at det ofte etter noe tids benzodiazepinforbruk utvikler seg stilltiende kontrakter mellom lege og pasient om fast forskrivning. Disse kontraktene virker ofte til å opprettholde et fast forbruk uten at medikamentbruken egentlig taes opp til diskusjon eller evalueres, eller at indikasjonen taes opp til ny vurdering.

Vi har fått gode og praktiske gjennomførbare retningslinjer for behandling av angst (18) og retningslinjer for benzodiazepinforskrivning (19). Kanskje er tiden inne for å stramme inn angstbegrepet og kanskje er en del av den tradisjonelle medikamentbehandlingen i allmennpraksis moden for utskifting?

Litteratur

- Larsen JH, M.L., *Det menneskelige møte i konsultasjonen*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2001. 121: p. 215-7.
- Kessler, R.C., et al., *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry, 1994. 51(1): p. 8-19.
- Hunskår, S., *Allmennmedisin Klinisk arbeid*. 1997, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Oestrich, I. and N. Kolstrup, *Kognitiv terapi i legepraksis. En manual for læger*. 2002, København: Dansk psykologisk forlag. 176.
- Stiles, T., *Cognitive therapy in the mental health service*. Nordisk psykiatrisk tidsskrift, 1995. 49: p. 90-92.
- Björner, T., *Benzodiazepine and minor opiate prescribing in primary health care, in Department of General Practice and Community Medicine*. 2003, University of Oslo: Oslo. p. 104.
- Björner, T. and L. Kjolsrod, *How GPs understand patients' stories. - A qualitative study of benzodiazepine and minor opiate prescribing in Norway*. The European Journal of General Practice, 2002. 8(1): p. 25-30.
- Flanagan, J., *The critical incident technique*. Psychological Bull, 1954. 51: p. 37-358.
- Bradley, C.P., *Turning anecdotes into data - the critical incident technique*. Fam Pract, 1992. 9(1): p. 98-103.
- Newble, D.I., *The critical incident technique: a new approach to the assessment of clinical performance*. Med Educ, 1983. 17 (6): p. 401-3.
- D'Andrade, R.G., *Cognitive Anthropology, in New Directions in Psychological Anthropology*, W.G. Schwartz T, Lutz CA, Editor. 1992, Cambridge University Press: Cambridge.
- Holland, D., *The woman who climbed up the house: some limitation of schema theory, in New Directions in Psychological Anthropology*, W.G. Schwartz T, Lutz CA, Editor. 1992, Cambridge University Press: Cambridge.
- Pendleton, D., et al., *The Consultation. An approach to Learning and Teaching*. 1983, Oxford: Oxford University Press.
- Beckman, H.B. and R.M. Frankel, *The effect of physician behavior on the collection of data*. Ann Intern Med, 1984. 101(5): p. 692-6.
- Thormodsen, M., et al., *[From valium to the happy pill? (see comments)]*. Tidsskr Nor Lægeforen, 1999. 119(15): p. 2157-60.
- Dybwad, T.B., et al., *Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway*. Fam Pract, 1997. 14(5): p. 361-8.
- Krogsæter, D. and J. Straand, *[Benzodiazepines - quality assurance of prescriptions in own general practice]*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2000. 120(26): p. 3121-5.
- Statens helsetilsyn, *Angstlidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. 2000, Statens helsetilsyn: Oslo. p. 68.
- Statens helsetilsyn, *Vanedannende legemidler. Forskrivning og forsvarlighet*. 14. sept. 2001. <http://www.helsetilsynet.no.trykksak/ik-2755.htm>

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

KUNNGJØRING

Velkommen til

Tønsberg MedLab AS

Tønsberg MedLab AS er et nyetablert selskap med målsettingen å markedsføre og distribuere reagenser og medisinsk utstyr til sykehus, primærhelsetjenesten og universiteter på det norske markedet.

Til primærhelsetjenesten selger vi i dag hovedsakelig produktet

Histofreezer

som er et kryokirurgisk hjelpemiddel til frysing av benigne hudlesjoner.
Informasjon om dette finnes på vår web-side:

www.tmedlab.no

På disse sidene finnes en side for **BESTILLING**, en side for **LEVERANDØRER** og en side for **KONTAKT OSS**.

På siden LEVERANDØRER finnes informasjon om OraSureTechnologies Inc. Under omtalen av Histofreezer finnes linken **<http://www.orasure.com>** Her vil man finne en liten animasjonsfilm om hvordan Histofreezer skal brukes. Trykk på linken og deretter på PRODUCTS og CRYOSURGERY. Ovenfor bildet av Histofreezer finnes linken **Histofreezer**. Trykk på denne. Under "Product Information" i det blå feltet til høyre, finnes linken: **How to use**. Trykk på denne og du får opp animasjonsbiten om bruk av Histofreezer. Dersom det skulle dukke opp spørsmål om dette eller om noen av produktene kan vi nås på det telefonnummer, faxnummer eller e-mail som finnes på siden KONTAKT OSS.

På forespørsel sender vi Dem gjerne mer utfyllende informasjon om Histofreezer og bruken av dette hjelpemiddelet.

Med vennlig hilsen

Tønsberg MedLab AS

Jan Brunsell

Daglig leder

«Kropp og selvfølelse»

– informasjon om en kursserie og om personlige opplevelser som elev

AV ASTRI MEDBØ

Kursserien «Kropp og selvfølelse» går flere steder i Norge, bl.a. i Tromsø. Det er en uvanlig kursform for leger, fordi det går over 1,5 år med seks kursperioder á tre dager og med 50 timer veiledning i tillegg. Det gir en kontinuitet vi ikke er vant med. Kurset avsluttes med en skriftlig oppgave om veiledningen. Kurset er åpent for leger og andre som vil jobbe tett med pasienter med spiseforstyrrelser. I Tromsø ledes veiledningene av psykologer.

For en person med spiseforstyrrelser tar det ofte lang tid før diagnosen stilles, og før vedkommende evt. blir frisk. Det er gunstig for pasienten å kunne forholde seg til så få personer som mulig. Kan vi ta hånd om denne gruppen pasienter i lag i 1.linjetjenesten, ser vi på det som en stor fordel både for pasienter og pårørende.

Jeg har lyst til å formidle hva jeg lærte i veiledningsgruppa:

Veiledningsgruppa vår har bestått av seks personer, hvorav to er leger. Veiledningen har vært delt opp slik at en til to av oss har hatt med seg en pasienthistorie om spiseforstyrrelser til veiledningstimene. De som ikke har hatt en pasienthistorie har blitt sittende i et reflekterende team, mens den ene med pasienthistorien, er blitt intervjuet av veileder. I det reflekterende teamet skulle vi sitte utenfor arenaen til veileder og den som ble intervjuet. Vi skulle være stille, lytte, observere, tenke og evt. notere og oppføre oss «som om vi ikke var der», inntil intervjuet var over. Etter at intervjuet var ferdig (ca 30 min), fikk det reflekterende teamet snakke sammen, mens veileder og pasientframleggeren satt og hørte på. Også der uten blikkontakt og spørsmål. Til slutt oppsummerte veileder og den intervjuede hva de hadde sett og lært av intervjuet og tilbakemeldingen, og trakk linjer inn i framtida. Dette er en arbeidsmetode som kan brukes på svært mange pasientkategorier i allmennpraksis. Som travel allmennpraktiker er det sjelden jeg tar meg tid til å lene meg tilbake og tenke igjennom den konsultasjonen jeg nettopp har hatt, eller planlegger nøye den kommende konsultasjonen.

Astri Medbø

f. 1957. Uteksaminert fra UiTø 1984. Jobbet som allmennpraktiker i Tromsø fra 1986 til nå. Spesialist i allmennmed. fra 1991. Tillitsvalgt for Tromsø-legene ca. 1 år på 90-tallet. Skrevet et kapittel i «Allmennmedisinboka». Stipendiat på UiTø fra høsten 2002. (Lungesykdommer).

Mor til tre flotte jenter (to på 10 år og en på 7 år) og en flott hund. Glad i vinter, fjell og turliv og den gode samtalen.

I de fleste konsultasjonene mine er ikke temaet som skal tas opp, kjent for meg på forhånd slik det oftest er for leger og terapeuter på institusjoner. Konsultasjonene hos allmennlegen blir i stor grad styrt av improvisasjon og opparbeidet rutine.

Når jeg sitter i det reflekterende team har jeg tid til å trekke pusten, kjenne etter og tenke, samtidig som nye prosesser foregår framfor meg. Jeg kan fordype meg i det som foregår, og la annet stress og andre tanker ligge. Veileder er den som styrer samtalen og bringer opp nye elementer, stiller spørsmål og prøver å finne nye forklaringer.

Jeg har tid til å kjenne på de følelsene som fester seg i kroppen min. Kjenne på klumpen i magen, kjevespenningene og uroen som brer seg fra fortellingen der framme.

Jeg har tid og ro til å dele dette opp i småbiter, prøve å forstå hvor det kommer fra og hvor det skal plasseres hen.

Jeg får bygget opp selvtilliten min ved å oppdage at jeg ser og forstår mye av det samme som veileder. Det gjør at jeg kan føle meg som et helere menneske som igjen gir meg mer faglig trygghet.

De andre i gruppa meddeler sine synspunkter, nye elementer vokser fram og sammen ser vi et større bilde. Det er flott å ha flere yrkesgrupper representert i gruppa, fordi vi er opplært og sosialisert til å se etter forskjellige elementer. Sammen ser vi mye, og sammen er det både viktig og godt å være. Jeg føler at jeg er underveis på en ny og bredere vei.



ILLUSTRASJONSFOTO

Spørre spesifikt

På dette kurset har jeg lært at jeg må spørre spesifikt om spiseforstyrrelser og evt. oppkast hvis jeg har en anelse om at det kan være en årsak til symptomene som framlegges. Jeg må lete etter spiseforstyrrelser ved å spørre, ta blodprøver, gjøre en klinisk undersøkelse, spørre på nytt, og ha spiseforstyrrelser som en del av mitt sykdomsregister langt framme i hodet.

Gode, åpne spørsmål

Mange av pasientene har ikke ord på følelser. De er stengt inne i seg selv. Et mål må være å lære dem å finne tilbake til ordene på følelsene. For eksempel «Hva kjente du da du kastet opp skolebrødet?» – for så å snakke om det.

Jeg må også lære meg noen gode setninger slik at pasientens fortelling fortsetter.

«Kan du fortelle meg hvordan det er å være deg?» «Jeg har en følelse av at det er noe jeg ikke får tak i. – Kan du hjelpe meg videre?».

Ofte er det svært vanskelig for pasienten å snakke om seg selv, og spesielt om følelser. Det å ikke greie å formidle gir dårlig mestringsfølelse. En god og «nøytral» måte å finne åpninger og svar på er å be pasienten om å fortelle om seg selv. «Hvor ble du født?» «Hvor vokste du opp?» Jeg bør stoppe opp av og til og forfølge en opplysning. «Hvordan kjente du deg da?» Pasienten kjenner mestrings og forhåpentligvis et engasjement. Kanskje kan jeg be henne/ham sette farger på hendelser.

Et hverdagsintervju er også en måte å bli bedre kjent med pasienten på. Fortelle alt fra hun/han står opp om morgenen til hun/han legger seg på kvelden.

En annen måte er å fokusere på de negative, automatiske tankene pasienten har om seg selv. Det kan være vanskelig, men svært spennende å finne tak i.

Ensomhet og selvforakt

Dette er viktige ord å ha med seg når det gjelder mennesker med spiseforstyrrelser. Den som har en spiseforstyrrelse er *svært ensom*. Hun/han har hodet fullt av mat og negative følelser, men snakker ikke med noen om det, og er ofte ikke klar over hvor dominerende problemet er inne i sitt eget hode.

Pårørende opplever seg også svært ensomme i sin kamp for å få barnet sitt friskt og på fote igjen.

Det er viktig for meg å snakke åpent om denne ensomheten og om hva selvforakten går ut på for å få tak i tankene rundt dem. Jeg må også signalisere åpenhet for å ta hull på ballongen og si at jeg vet om denne ensomheten og selvforakten og tillater å snakke om dem.

Å ta pasienten på alvor

Å sette av faste avtaler en god stund fram i tid kan være nyttig for begge parter. Det signaliserer omsorg, at en tar problemet på alvor, og at det tar tid å finne ut av det.

Kanskje har pasientene ikke noen voksne som de føler at bryr seg om dem. Det er viktig å si til pasienten at jeg er bekymret for ham/henne og at jeg bryr meg om at hun/han skal få det bedre.

Det er også viktig å prøve å finne ut hvor hun/han står akkurat nå og hvor langt hun/han er villig til å gå i dag. Jeg prøver å hverdagsliggjøre det uenkelige og fokusere på at det er mange som sliter med liknende tanker som hun/han bærer på. Ensomhetsfølelsen blir mindre når en kjenner seg sett.

Å sette opp realistiske mål, enten det er på spising, oppkast, fysisk aktivitet eller annet er viktig i behandlingen av denne pasientgruppa. Det kommer kun i samhandling med pasienten. Det som for meg kan oppleves enkelt (f. eks å spise en halv skive til frokost), kan for pasienten oppleves umulig.

Ta tida til hjelp

Veileder ga oss en illustrasjon på at framgangen er som å gå opp en trapp, og at en må ta et og et trinn av gangen, og ikke hele trappa i ett skritt, for å unngå å falle og skade seg. Jeg begynner å innse at ting tar tid og at det må få ta den tiden det trenger.

Taushet er tid i stillhet, og kan være svært nyttig, men også vanskelig. Ut av taushet kan det komme mange ord.

Å sette av rikelig tid til samtalen, være klar på tida vi har til rådighet, og sette av tid til egen refleksjon når timen er over er viktig for å finne roen og dybden i samtalen. Å sette av tid etter timen har jeg ikke tidligere gjort.

Å være tydelig

Når noe ikke stemmer er det noe mer. Ofte under samtaler kan jeg kjenne at «noe» fester seg som en klump i magen eller som en spenning i kjevnene. Når jeg kjenner slikt ubehag ønsker jeg å lære meg å kunne ta det fram her og nå, kjenne på det og forfølge det. Da kommer jeg mest sannsynlig nærmere den «sanne» historien og får mer grep om pasientens virkelighet. «Dette forstår jeg ikke helt. Kan du si noe mer om det?»

Jeg må være klar og tydelig, først for meg selv og så for pasienten. Hva ser jeg, hva kjenner jeg og hva bør jeg formidle av dette til pasienten? Å ha skjulte agendaer vil raskt bli oppdaget.

Å sette grenser

Hvor lenge greier/orker jeg å samtale alene med denne pasienten? Bør jeg søke råd hos mine kolleger på kontoret eller av terapeuter på Åsgård? Hverdagen som allmennpraktiker er så travel at det er lett å skyve ting til siden. Jeg tror det blir lettere og mye morsommere hvis vi kan dele tvil og usikkerhet med våre kolleger.

Hvor mange temaer kan vi ha oppe samtidig? Hvor lang tid skal jeg gi henne/han i dag? Å være på etterskudd mht. tiden til de andre pasientene vet jeg at setter seg som en stressende knyttneve i magen min. Derfor prøver jeg å lære å sette grenser for hvor lang tid vi har til rådighet for hver time og hvor mange forskjellige temaer vi kan snakke om per konsultasjon. Hva er viktigst å jobbe med i dag?

Å være i sentrum

Som saksframlegger på kurset fikk jeg lov til å være i sentrum, til å dvele ved ting, stille spørsmål ved meg selv og om jeg er kompetent nok, og jeg fikk gode svar. Det styrket selvtilliten min.



C Seretide «GlaxoSmithKline»
Adrenenergikum + kortikosteroid.

ATC-nr.: R03A X06

T: 2.
T INHALASJONSÆROSOL 25/50, 25/125 og 25/250: Hver dose inneholder: Salmeterol, xinal, aeqv. salmeterol, 25 µg og flutikason, propion, 50 µg, resp. 125 µg og 250 µg, norfluran (1,1,1,2-tetrafluoretan).

T INHALASJONSPULVER 50/100, 50/250 og 50/500 i Diskus: Hver dose inneholder: Salmeterol, xinal, aeqv. salmeterol, 50 µg og flutikason, propion, 100 µg, resp. 250 µg og 500 µg, lactose.

Indikasjoner: Astma. Vedlikeholdende behandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid er indikert. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOL). Symptomatisk behandling av pasienter med alvorlig KOL (FEV₁ <50% av forventet verdi) som har hatt gjentatte eksaserbasjoner og som har vesentlige symptomer på tross av jevnlig bruk av bronkodilatorer og legemidler.

Dosering: Preparatene må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Terapeutisk effekt av flutikason inntreffer etter 4-7 dager. Behandlingen må ikke avsluttes brått, og dosen endres kun etter avtale med lege. Dosen justeres til en oppnådd kontroll, eller lavest mulig dose som gir tilfredsstillende klinisk effekt. Når symptomkontroll opprettholdes med laveste styrke (dvs. 50/100) 2 ganger daglig, kan neste steg være et forsøk med dosering 1 gang daglig, dersom dette anses å kunne opprettholde symptomkontroll. Alternativt kortikosteroid alene. Ved dosering 1 gang daglig gis dosen fortrinnsvis om kvelden ved røttelige symptomer, respektive om morgenen til de pasienter som har mest symptomer om dagen. Dersom aktuell dosering ikke dekkes av preparatet, skrives passende dose beta-agonist og/eller kortikosteroid. Astma:

Inhalasjonsaerosol: Voksne og barn over 12 år: 2 inhalasjoner (å 25/50) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (å 25/125) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (å 25/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Tilstrekkelig data for behandling av barn under 12 år med inhalasjonsaerosol foreligger ikke. Inhalasjonspulver: Inhaleres ved hjelp av Diskus. Voksne og barn over 12 år: 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Barn: 4-12 år: 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn <4 år. KOL: Inhalasjonspulver: Voksne: 1 inhalasjon (50/500) 2 ganger daglig. Dosejustering ikke nødvendig for eldre eller pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Pasienter bør skylle munnen og gurgle halsen med vann etter hver inhalasjon.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Forsiktighetsregler: Både heshet og candidainfeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skyling av munnhule med vann etter inhalasjon. Symptomgivende candidainfeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med preparatet fortsetter. Paradoksale bronkospasmer kan inntreffe umiddelbart etter dosering og preparatet separeres da straks. Pasienten behandles deretter med kortidsvirkende bronkodilator til inhalasjon, med raskt innsettende effekt. Etter klinisk vurdering av pasienten gis alternativ terapi dersom det er nødvendig. Preparatet er ikke til behandling av akutte anfall, men for regelmessig behandling. Pasienten trenger en bronkodilator med raskt innsettende effekt og kort virketid (f.eks. salbutamol) til behandling av akutte symptomer. Dersom pasienten må øke forbruket av beta₂-agonister med kort virketid for å kon-

trollere symptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen og pasienten bør kontakte lege. Plutselig og tiltagende forverring av astmasymptomene er potensielt livstruende og pasienten bør umiddelbart undersøkes av lege. En bør vurdere å øke dosen av inhalert kortikosteroid. For pasienter med astma eller KOL bør en ved økende symptomer vurdere tilleggsbehandling med systemisk kortikosteroid og/eller et antibiotikum dersom det er en infeksjon med i sykdomsbildet. Systemiske effekter kan forekomme ved høye doser brukt over lengre tid. Ved langtidsbehandling av barn anbefales kontroll av høyde. Pga. mulig svekket binyrebarkrespons, bør pasienter som overføres fra oral steroidterapi til inhalasjonsterapi følges nøye og binyrebarkfunksjon kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring fra peroral behandling kan pasientens binyrebarkrespons være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, f.eks. forverring av astmaanfoll, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk behandling til inhalasjonsterapi kan også avdekke tidligere steroidmaskerte allergier. Disse behandles symptomatisk. Inhalasjonsbehandling kan i sjeldne tilfeller avdekke underliggende eosinofili lidelser (f.eks. Churg Strauss syndrom). Disse tilfellene har stort sett forekommet ved reduksjon i, eller opphør av kortikosteroidbehandling. En direkte årsakssammenheng er ikke fastlagt. Både selektive og ikke-selektive beta₂-blokkere bør unngås. Ved mindre del er svært tungveidende grunner for bruk av disse. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom inkl. hjertearytmier, ubehandlet hypokalemi, lungetuberkulose og/eller tyreotoksikose.

Interaksjoner: Forsiktighet ved samtidig administrering av kjente sterke CYP 3A4-hemmere (f.eks. ketokonazol, ritonavir) da det er sjans for økt systemisk eksponering av flutikasonpropionat.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Ikke klarlagt. Dyrestudier viser reproduksjons toksiske effekter (ganespalte, forsinket forbering), som indikerer en mulig risiko for fosterskader. Kombinasjon av salmeterol og flutikason skal brukes ved graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Går over i melk hos rotte. Det er ikke klarlagt om barn som ammes påvirkes.

Bivirkninger: Som for salmeterol og flutikasonpropionat hver for seg. Hyppige (>1/100): Flutikasonpropionat: Candidainfeksjoner i munn og svelg. Heshet. Salmeterol: Palpitasjoner, hodepine, tremor, muskelsmerter, irritasjon i svelg. Sjeldne (<1/1000): Legemidler som inhaleres kan via spesielle mekanismer gi opphav til bronkospasme. Flutikasonpropionat: Overfølsomhetsreaksjoner. Det er rapportert noen få tilfeller av anfall og anks og svelg. Mulige systemiske effekter er: Binyrebarksuppresjon, veksthemning hos barn og ungdom, redusert ben tetthet, katarakt og glaukom. Salmeterol: Hypokalemi, overfølsomhetsreaksjoner (utslett, ødem, angioødem), takykardi, artralgi, Arytmier (inkl. atriefibrillering, supraventrikulær takykardi og ekstrasystoler) er rapportert hos utsatte pasienter.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og takykardi. Behandling: Antidot er kardiovaskulær betablokkere som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med preparatet må avbrytes pga. overdosering av betaagonistkomponenten, bør hensiktsmessig steroidterapi opprettholdes. Ved overdosering kan hypokalemi medens forsterket og kaliumbehandling bør overveies. Overdosering med flutikason er lite sannsynlig. Inhalasjon av flutikasonpropionat i doser som i betydelig grad overstiger anbefalte doser kan føre til forbigående binyrebarksuppresjon. Ved overdosering av flutikasonpropionat kan behandling fortsette i laveste effektive dose. Binyrebarkfunksjonene vil normaliseres i løpet av noen dager og dette kan verifiseres med plasmakortisolmåling.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjonspreparat av kortikosteroid med høy lokal antiinflammatorisk aktivitet (flutikason) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (salmeterol). Virkningsmekanisme: Flutikasonpropionat: Potent antiinflammatorisk effekt i lungene og forebygging eksaserbasjoner. Salmeterol: Relaksere bronkialmuskulatur og virker

symptomforebyggende. Den bronkodilatorende effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. Absorpsjon: Flutikasonpropionat: Systemisk biotilgjengelighet er ca. 10-30%. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<1%). Salmeterol: Maks. plasmakonsentrasjon etter 1 dose (50 µg) er ca. 200 pg/ml. Proteinbinding: Flutikasonpropionat: I plasma ca. 90%. Fordeling: Flutikasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 300 liter. Halveringstid: Flutikasonpropionat-reseptorkomplekset i lungevev: Ca. 10 timer. Terminal halveringstid ca. 8 timer. Metabolisme: Flutikasonpropionat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A til en inaktiv karboksylsyremetabolitt. Salmeterol: Utstrakt hydroksylering i lever. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet. Utskillelse: Flutikasonpropionat: Hovedsakelig via feces. Clearance 1,1 l/minutt. Salmeterol: Hovedsakelig via feces.

Oppbevaring og holdbarhet: Inhalasjonsaerosol: Oppbevares ved <25°C. Beskyttes mot direkte sollys. Effekten av legemidlet kan reduseres dersom aerosolen er nedkjølt. Må ikke fryses.

Andre opplysninger: Inhalasjonspulver: Til inhalasjon ved hjelp av Diskus. Administreringsmåte: Se pakningsvedlegg. Inhalasjonsaerosol: Preparatet inneholder frontonit druggass. Volumetriske inhalasjonskammer kan brukes som hjelpemiddel til inhalasjonsaerosolen. Volumetriske har en enveisventil som hindrer at utåndingsluften kommer inn i inhalasjonskammeret. Høyst 2 spraydoser utløses i Volumetriske og inhaleres derfra, om nødvendig i flere åndedrag. Ved behov gjentas behandlingen.

Rekvireringsregler: Inhalasjonsaerosol: Behandlingen bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin. Inhalasjonspulver: Behandlingen av barn skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandlingen av voksne bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin.

Pakninger og priser: Inhalasjonsaerosol: 25/50: 120 doser kr 331,80, 25/125: 120 doser kr 467,80, 25/250: 120 doser kr 611,80. Inhalasjonspulver: 50/100: 60 doser kr 360,70, 3 x 60 doser kr 1075,40, 50/250: 60 doser kr 477,20, 3 x 60 doser kr 1413,00, 50/500: 60 doser kr 617,40, 3 x 60 doser kr 1954,90. Priser av 06.2003 SPC: 09.07.2003 Oppdatert 31.07.2003

Referanser:

- Godkjent Felleskatalogtekst.
- D.A. Mahler, P. Wire, D. Horstman, C.-N. Chang & al., Effectiveness of fluticasone propionate and salmeterol combination delivered via the Diskus device in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2002; 166: 1084-91.
- J. Vestbo, R.A. Pauwels, P.M.A. Calverley, P.W. Jones & al., Salmeterol/fluticasone propionate combination produces improvement in lung function detectable within 24 hours in moderate to severe COPD. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2003; 167: A89.
- P.M.A. Calverley, R.A. Pauwels, J. Vestbo, P.W. Jones & al., Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. The Lancet 2003; 361: 449-56.
- J.B. Soriano, J. Vestbo, N.B. Pride, V. Kiri & al., Survival in COPD patients after regular use of fluticasone propionate and salmeterol in general practice. Eur. Respir. J. 2002; 20: 819-25.



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2 A, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

Å være bra nok

Ofte kan jeg få en slags følelse av å være bra nok bl.a. fordi pasientene gjerne kommer tilbake, eller fordi de sier at de vil savne meg når jeg er i permisjoner eller jeg får en blomst til jul ol. Ellers er det liten plass til tilbakemeldinger slik primærhelsetjenesten vår er bygget opp. Å få gode og konkrete tilbakemeldinger fra kolleger gir trygghet og overskudd.

Å bli bedre

Jeg vil aldri kunne forstå alt, og jeg vil møte pasienter jeg ikke greier å forstå. Jeg har sikkert møtt mange pasienter som jeg ikke har fått til å åpne opp og fortelle om det som plager dem mest. Det vil jeg nok oppleve i framtida også. På dette kurset lærte jeg meg måter der jeg kan få pasientene til å åpne seg mer opp i situasjoner som jeg tror er nødvendig for å komme videre i livet. I tillegg lærte jeg å bevege meg mellom to plan: «Her og nå» og et overordnet reflekterende plan: «Hva er det egentlige problemet her?» Det siste er vanskelig å greie alene og med en stadig kamp med klokka og de andre som venter på venteværelset.

Konklusjon

Jeg ser at tid er en viktig ressurs på flere felter. Det er viktig å sette av tid til refleksjon, til å lene seg tilbake og tenke igjennom det som skjer.

Pasienten må også føle at jeg gir ham/henne tid nok per samtale til å kunne sette ord på det som er viktig i denne konsultasjonen. Videre er den langsgående tiden viktig i all helbred.

Jeg vil prøve å gi meg selv den roen som trengs for å kunne tenke igjennom det som har skjedd og det som bør skje framover. Tid og ro henger i hop.

Trygghet er også et viktig ord. Det er viktig å kjenne seg faglig trygg. Det vil jeg som regel gjøre hvis jeg går på kurs og holder meg faglig oppdatert. Trygghet i konsultasjonen vil jeg oppleve om jeg har mulighet til å dele erfaringer og konsultasjoner med kollegene og få tilbakemeldinger fra dem, både positive og negative. Trygghet på jobben oppstår ved gode relasjoner til kollegene. Det er svært viktig å



ILLUSTRASJONSFOTO

kunne snakke åpent ut om feil jeg har gjort og tvil jeg har, og likevel føle meg verdig.

Min målsetning er derfor: Mer samarbeide med kollegene. Jeg håper å kunne lage et forum for samsnakkingstimer, der min pasient og jeg får være del i et opplegg som minner om dette: et reflekterende team.

Å bli sett og forstått er et annet viktig element i kommunikasjon. Det lar seg best gjøre hvis en virkelig har gitt seg selv tid. Jeg vil se og forstå mer av pasienten, og jeg trenger selv å bli sett og forstått og få tilbakemelding fra kolleger for å kunne justere kursen og for stadig å bli bedre.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@c2i.net

Et kvantesprang for kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritania – hvilken vei bærer det?

Kjeld Males artikkel i Utposten nr. 5/2003 har vakt debatt bla på EYR. Vi har valgt å trykke noen redigerte leserinnlegg i Utposten for å bringe reaksjonene på Males innlegg til et større publikum og håper vi med dette kan bidra til videre debatt omkring dette emnet, et tema som sikkert vil prege vår hverdag mer i tida som kommer.

Et kvantesprang for kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia?

KUP (kvalitetsutvalg for primærmedisin, felles kvalitetsutvalg for Aplf og NSAM) har lenge diskutert nasjonale kvalitetsindikatorer i allmennmedisin. Disse kan innføres med litt forskjellig siktemål: Dels for å gi pasientene et grunnlag for å velge mellom de alternative legekontorene (slik som for sykehusene etter 1. september i år), dels for helseplanlegging og politisk ønsket vridning av vår innsats, dels for å fastlegge vår lønn. Dette er helt andre formål enn slik vi er vant til å bruke kvalitetsindikatorer i Norge: f.eks i SATS (nå snart tilgjengelig som NOKLUS-klinikk), i kollega-grupper, på det enkelte legekantor som vil forbedre sin egen praksis osv. Sistnevnte bruk av helseindikatorer er etter vårt syn helt uproblematisk og bruken bør øke mye. Men bruk som de engelske indikatorene er et eksempel på, er en ganske annen sak.

Det har vært framlagt mange gode argumenter mot det engelske systemet. For meg er det enkleste og viktigste argumentet at den enkleste måten å bedre sin inntekt på er å kvitte seg med de 20 «dårligste» diabetikerne, slankerne, blodtrykksregulerte, coronarsyke mm. «Dårligste» i betydningen de som ikke klarer å følge retningslinjene og oppnå foreskrevne biokjemiske eller andre mål. Det vil skape et helt uholdbart klima i konsultasjonen, og påvirke lege-pasientforholdet på en urimelig måte. Vi kan vi ikke akseptere en klussing med grunnstenene i allmennmedisinen (konsultasjonen, lege-pasientforholdet) på denne måten.

KUP har derfor søkt Dnlf om penger til et kvalitetsindikatorprosjekt med Randi Kasin som prosjektleder. Randi har i tillegg til å være spesialist i allmennmedisin også spesialutdanning i kvalitetsarbeid. Du treffer henne her: Kommunelegekantoret i Suldal, 4230 Sand, Arbeidstelefon: 52 79 23 00, arbeidsfax: 52 79 23 05, e-mail: bratveit@robin.no. Med på laget i prosjektet har vi lederne i Aplf og NSAM, samt tunge representanter for EBM-miljøet (Signe Flottorp). Vi vil samarbeide tett med de andre nordiske land som har tilsvarende prosjekter. Slik håper vi at allmennmedisinerne selv får avgjørende innflytelse på et framtidig norsk system.

Vi setter stor pris på denne diskusjonen i Utposten og på Eyr, og håper den vil fortsette. Mer informasjon vil etter hvert legges ut på nettstedet www.kup.no, som lanseres på Nidaroskongresen 21. oktober. Vi håper også at dette nettstedet blir til hjelp for dere der ute som fristes av å jobbe med kvalitetsarbeid, samt komme helskinnet gjennom tilsyn fra bl.a. Datatilsynet, Helsetilsynet, elektrisitetsmyndighetene mm. Vi håper også at innholdet i framtiden vil bedres ved at dere sender oss *ris, ros, forslag til forbedringer*, samt stoff som bør med.

Hilsen Janecke Thesen
leder KUP



UTPOSTEN
lav terskel og høyt under taket

Et kvantesprang for kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia? Huff og huff.

Gode kolleger!

Jeg hoppet i stolen da jeg leste leder i spesialistkomiteen i allmennmedisin, Kjeld Malmes artikkel i nummer 5/2003 av Utposten. Forfatteren berømmer innføringen av nye kvalitetsindikatorer for allmennmedisin i Storbritannia, hvor man faktisk har koplet oppnåelse av redusert blodtrykk, HbA1c og bedring av en rekke andre kliniske parametere, til inntekt. Jo bedre verdier, jo høyere inntekt. Slik jeg ser det, har de engelske allmennlegene latt seg kjøpe til et uheldig system. Det vil, etter min oppfatning, være en ulykke for norsk allmennmedisin om vi skulle gå inn på en slik linje her i landet.

Kvalitetsindikatorer er kommet for å bli, og vi må finne oss i å bli kikket i kortene og bli vurdert om vi tilfredsstiller visse kvalitative mål. Det tror jeg også er bra for oss og for norsk allmennmedisin. Men hva slags mål? Alt til sin tid! Kliniske kvalitetsmål er etter min oppfatning utmerket til smågruppevirksomhet hvor en kan sammenlikne egen aktivitet og behandling med kollegers. Det finnes gode EDB programmer som trekker ut viktige data fra journalen, og som er svært nyttig til sammenliknende aktivitet og felles grubling. Det endrer også adferden vår. Men å kople dette opp mot myndighetenes innsyn, og endog til økonomi, tror jeg er ødeleggende. Det står i motsetning til vår rolle som veileder og ikke Vår Herre. Vi kan gi råd om livsstilsendringer, mosjon og kosthold, jfr det nyeste, nemlig grønn resept. Men vi kan ikke stilles til ansvar for hvordan den enkelte pasient etterlever dette. Og vi kan og vil ikke velge våre pasienter! En engelsk modell vil til overmål premiere de legene som arbeider med de friskeste, best utdannede og vellykkede pasientene og som vi vet klarer livsstilsendringer best. De leger som arbeider med de vanskeligst stilte, vil lide økonomisk ...

Hvilke kvalitetsmål bør så myndighetene og publikum ha innsyn i og være opptatt av? Etter min oppfatning indikatorer som går på tilgjengelighet, struktur og prosess: Telefongitgjengelighet, ventetider, kapasitet for ø.hj, er kontoret medlem av Noklus, er det struktur med møter mellom leger og medarbeidere, arbeides det med rutiner internt på kontoret, har kontoret et kvalitetssikringssystem, etterlever vi fylkeslegens, elektrisitetsstilsynets og datatilsynets krav? Har vi opplæringsplaner for medarbeiderne? Opprettholder vi vår spesialitet? Deltar vi i smågrupper, praksisbesøk? Hva slags utstyr har vi på laboratorium og undersøkelsesrom, spirometri? 24hBT måling? osv, osv. Her er masse å ta av.

Vi må ikke miste av syne det faktum at hver enkelt konsultasjon er et enestående møte mellom lege og pasient. Det er her det viktigste foregår, og her er det masse som aldri kan måles. Vi må ikke blindes av kvalitetsmål som lurer oss inn i en ordning hvor resultatet av enkeltkonsultasjonene reduseres til å vurdere gjennomsnittlig reduksjon av HbA1c og blodtrykk.



Gisle Rokhsund
Leder NSAM

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for dette innlegget har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@c2i.net

Kvantesprang i kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia?

AV KJELD MALME

Tredje prosent lønssøkning over tre år!

Faga ille som har de britiske allmennlegene utsett over et forslag til nye lønnsbetingelser ved National Health Service (NHS), og derav den britiske allmennlegeforeningens (GPs) krav til bedre lønnsbetingelser. I tillegg er det også et krav til bedre arbeidsvilkår og arbeidsmiljø. Det er en stor utfordring for NHS, som har en stor økonomisk utfordring. Det er en stor utfordring for NHS, som har en stor økonomisk utfordring.

Det er en stor utfordring for NHS, som har en stor økonomisk utfordring. Det er en stor utfordring for NHS, som har en stor økonomisk utfordring. Det er en stor utfordring for NHS, som har en stor økonomisk utfordring. Det er en stor utfordring for NHS, som har en stor økonomisk utfordring.

Det er en stor utfordring for NHS, som har en stor økonomisk utfordring. Det er en stor utfordring for NHS, som har en stor økonomisk utfordring. Det er en stor utfordring for NHS, som har en stor økonomisk utfordring.

Det er en stor utfordring for NHS, som har en stor økonomisk utfordring. Det er en stor utfordring for NHS, som har en stor økonomisk utfordring. Det er en stor utfordring for NHS, som har en stor økonomisk utfordring.



Kjeld Malm

Generell nedkjøling HYPOTERMI

Lett å glemme, viktig å huske!

AV HELEN BRANDSTORP

Nedkjøling er farlig fordi det kan gi for dårlig oksygenering av hjernen og bevisstløshet. Da kan ikke pasienten ta vare på seg selv og egne luftveier. Nedkjøling kan gi hjerterytmeforstyrrelser og hjerrestans. Nedkjølte pasienter blør mer pga hemming av koagulasjonen. Dannelse av skarpe krystaller inne i cellene kan gi celledskader ved uvøren behandling.

Generell nedkjøling er vanlig og ofte et tilleggssproblem som vi må tenke på utenfor sykehus. Mistanken skal gjøre at vi behandler pasienten varsomt «som et råttent egg».

Utklipp fra boka «Gjør noe da» som alle 8-klassinger i landet får. Utgis av sosial- og helsedepartementet. Favorittfagboka til artikkelforfatteren.

En rask 1. sjekk:

Ta på thorax med begge hender. Kjennes thorax kald eller har samme temperatur som underlaget, er pasienten kraftig nedkjølt.

Helsinki.

Fra Norsk Index for medisinsk nødhjelp:

«I kaldt vann mister kroppen mye varme og nedkjøles raskt. Nedkjøling i snøskred tar tid og de fleste som omkommer dør av kveltesler eller av kvelning før de blir nedkjølt. Nedkjøling utendørs skjer oftest i forbindelse med at folk går seg bort, skades eller blir liggende hjelpeløse av utmattelse. Kombineringen av vind og fuktighet kan gi rask nedkjøling selv ved moderat lufttemperatur. Eldre og syke som lever under vanskelige sosiale forhold, kan bli nedkjølt i sine hjem. Alkohol og forgiftninger øker faren for nedkjøling.»

Hypotermi er definert som kjernetemperatur målt til under 35 grader, men det er symptomer og anamnese som først skal gi deg diagnosen og føre til handling!

Måling av kjernetemperaturen gjøres lettest rektalt for oss i allmennpraksis. Det finnes egne temperaturmålere som går lenger ned på temp.-skalaen enn vanlige temp.-målere til bruk for å måle hypoterme verdier. Sjekk om din ambulansetjeneste er utstyrt med dette. Hvis ikke kan man bruke Olas metode: utendørstermometer fra jernvarehandelen med hansketupp og kanskje litt gel for anal tilgang ... Bra og billig nok.

Hvem blir hypotermerme?

- Unge, friske våghalsere
- Eldre, ensomme kroker
- Friske, fulle menn
- Små, uskyldige barn
- Ulykkesofre og andre hjelpeløse
- Paralyserede operasjonspasienter

Mads Gilbert '97

tema
NEDKJØLING

Nedkjøling

Nedkjøling?

Det er at hele kroppen, utvendig og inderlig, blir kald. Normal kroppstemperatur er 37°C. Ved nedkjøling synker kroppstemperaturen under 35°C. Nedkjøling kalles også hypotermi.

15 forsvar mot nedkjøling

Kroppen tåler, setter kroppen i verk ulike forsvar mot nedkjøling: bevegelse, frysing, blodet som blir kaldt og rødt, og frysing av blodet i blodet. Det er blodet som holder kroppen varm. Hvis kroppstemperaturen synker, vil blodet fryse. Skjelvingene blir hele kroppen med seg i kroppen.

Når oppstår nedkjøling?

- Ved kaldt. Iskalde vann kan gjøre at kroppen ikke har kraft nok til å skjelve. Da synker kroppstemperaturen fort.
- Ved fuktighet. Vann leder varme bort. Derfor blir nedkjøling en person er våt.
- Ved vind. Vind tar varme bort fra kroppen.
- Ved mangel på bevegelse. En person som ikke beveger seg, mister varme. Alle som kommer ut i kaldt vær, bør ha på seg nok klær.
- Ved alkoholpåvirkning. Alkohol får kroppen til å føle seg varm, men den mister faktisk varme. Du mister det når du går ut i kaldt vær.

Hvorfor er nedkjøling farlig?

- Redusert bevissthet. Det blir vanskelig å tenke. Hvis man ikke tenker, kan man bli skadet. Til slutt kan man bli død.
- Mindre effektivitet. Hvis kroppen er kald, fungerer den ikke optimalt. Hvis kroppen er kald, fungerer den ikke optimalt.



FOR ALLE GRADER AV NEDKJØLING GJELDER DET Å HINDRE YTTERLIGERE NEDKJØLING:

Beskytt mot fuktighet, ta av våte klær eller pakk tett plast rundt de våte klærne slik at fordampning hindres.

Beskytt mot vind, kom i ly, ta på vindtett

Beskytt mot ledningstap, Isolér rundt pasienten. Dekk spesielt hodet

MILD HYPOTERMI 35–32 grader

Symptomer: Fryser og klarer ikke slappe av, redusert stemningsleie.

Funn: Bevisst, evt lett konfus og skjelver. Blek og kald hud. Høyt BT og rask puls og pust. Dårlig finmotorikk og etter hvert grovmotorikk. Kuldediurese

Behandling: Beskytt mot ytterligere nedkjøling. Aktiv oppvarming hos de bevisste med fysisk aktivitet, varm, søt drikke og evt varm dusj/karbad eller varmekasser nær pulsårer og på mage, som gir effektiv oppvarming av blodet. Kameratvarming med hud til hud i soveposen. Ikke gi alkohol

Fysiologi: Kroppen skjelver for å produsere varme, har opptil 4–6 ggr. vanlig O₂ forbruk. Redusert oksygen til hjernen gir redusert bevissthet. Alkohol hemmer skjelvingen og gir dilatasjon av perifer kar som kan gi ytterligere varmetap. Stressrespons med hyperglycemi, økte triglyerider og katekolaminer. Dårlig sirkulasjon i periferien, sentralisering av varme.

MODERAT HYPOTERMI 32–30 grader

Symptomer: Kan ha paradox varmekfølelse der pas f.eks kler av seg, retrograd amnesi. Føler seg søvning

Funn: Redusert bevissthet, ikke skjelving. Fallende BT og puls, langsommere pust. Økende stivhet i muskulatur. Fare for farlige hjerterytmier, AV-blokk eller atrieflimmer. Kuldediurese

Behandling: Beskytt mot ytterligere nedkjøling. **Forsiktig** aktiv oppvarming hos de bevisste med varm, søt drikke. Varmeflasker i lyske, axiller, hals og mage. Kameratvarming med hud til hud i soveposen. Ikke alkohol. Ikke varme bad/dusj pga stor «afterdrop» fare (se under). Overvåking av hjerterytmie. Fare for «afterdrop» som kan gi rytmeforstyrrelse. Transport horisontalt evt. stabilt sideleie til sykehus. Forflyttes forsiktig som «råttent egg» Infusjon av varme væsker (40 grader) og 100% oksygen (maske og bag m/fylt reservoir)

Fysiologi: Kulde hemmer Hb å gi fra seg O₂ til cellene. Redusert oksygen til hjernen gir redusert bevissthet og opphør av skjelving. Afterdrop er at kaldt blod fra periferien (hud og armer/ben) blander seg med varmere blod sentralt og gir fall i kjernetemperaturen, – evt irritasjon på hjertet og dermed arytmier. Økt diurese gir hypovolemi. Oppbrukte reserver gir hypoglycemi, viskositeten i blodet øker og kroppen sirkuleres dårligere. Kan få laktacidose.

ALVORLIG HYPOTERMI < 30 grader

Symptomer: ER BEVISSTLØS

Funn: Bevisstløs, går mot komatøs. Vanskelig å skille fra «klinisk død», skinnød.

Dilaterte pupiller, blir lysstive etterhvert

Langsom pust (ved 20 grader: 2–3 ggr/min).

Stivhet i muskulatur til ca 27 grader, da blir muskulaturen slapp igjen.

Ødematøs hud pga celledskade.

Hjerterytmier: Atrieflimmer vanlig, størst sannsynlig for letale arytmier mellom 21–24 grader.

Behandling: Beskytt mot ytterligere nedkjøling. Ikke aktiv oppvarming hvis ikke pust og bevissthet (livløs). Overvåking av hjerterytmie.

Transport i stabilt sideleie til sykehus. Forflyttes forsiktig som «råttent egg»

Hjerte-lunge-redning på vid indikasjon. Lenge!

Defibrilering sjelden vellykket under 28 grader, men kan lykkes! 3 støt initialt, avvent så til >30 grader.

Infusjon av NaCl 0,9% hvis får inn venflon.

100% oksygen på maske/bag. Evt intubasjon hvis ingen intakte reflekser

Ikke erklære død før varm (32 grader) og død!

Behandling: Oksygenbehovet er redusert pga red. metabolisme. Hjernen kan overleve sirkulasjonsstans i 45–60 min ved 15 grader.

Tromsø har verdensrekorden med vellykket oppvarming av pas. med temp. på 13,7 grader.

For å gjøre en god jobb må du som hjelper selv være varm. På legevakt bør du derfor alltid ha varme nok klær tilgjengelig. Husk lue og skikkelig skotøy!

I kulde brukes våre egne sukkerreserver dessuten fort opp. Lurt å ha med både ekstra sukker og drikke på legevakt.

Hvordan få varme infusjonsvæsker?

- 1000 ml Ringer Acetat varmes i kokende vann i 4 minutter eller 1 minutt i mikrobølgeovn
- Husk ved bruk å beskytte infusjonsposen og slange ved å pakke inn, legge det under tepper, tre slangen inn i ermet til pasientens genser og lignende.



*Her er det nesten umulig å ikke utvikle lokale forfrysninger over tid...
I alle fall blir man garantert rød i kinnene!*

LOKALE FORFRYSNINGER

Forfrysning kan skje sammen med generell nedkjøling eller isolert. En rekke faktorer svekker motstandskraften mot kulde og disponerer for lokale forfrysninger:

Nedsatt allmentilstand, utmattelse, dårlig ernæring, fysiske skader, sirkulasjonssvikt og hypotermi.

Det vanligste er forfrysning av tær, fingre og ansiktsdeler som ører, kinn og nese. Vanligvis kjenner man at en kroppsdel fryser og man gjør noe med det før forfrysning inntreffer. Bevegelseshinder som i en trang skistøvel eller kontinuerlig kuldefølelse som i ansiktet når man går mot kald og fuktig vind kan altså gi forfrysning. På grunn av kroppens evne til å sentralisere varmen, er det de perifere deler som hud og armer og ben som får forfrysningsskader. Kroppen reduserer sirkulasjonen i det «kalde skallet».

Rask nedkjøling danner små iskrystaller i cellene. Langsom eller vekselvis avkjøling/ oppvarming danner store krystaller. De store gjør mest skade.

Forfrysninger deles grovt inn i overfladisk og dyp. (Man kan også gradere som ved barnnskader i 1., 2. og 3. grads forfrysning)

OVERFLADISK FORFRYSING

Symptomer: Smerter lokalt som prikking og stikking

Funn: Blek, voksaktig hud som kan beveges mot vevet under

Behandling: Oppvarming mot varm, godt sirkulert hud, for eksempel i armhule, lyske el på magen. Må ikke utsettes for ny kulde, da blir celledskaden enda verre. IKKE GNI. Varm kroppen generelt opp. Varm opp til huden har normal farge og konsistens. Bullae kan komme ved alv. tilfelle etter 1–2 døgn. Beskytt denne huden mot gjentatt forfrysing

DYP FORFRYSING

Symptomer: Følelsesløs hud

Funn: Hvit, kald og hard hud som ikke kan beveges mot underlaget. Det kommer ødem og senere bullae dannelse. Hevelsen vil gå utover det forfrosne parti. Etter hvert blir det ødelagte vevet nekrotisk; svart, stivt og tørt.

Dersom infisering sees de vanlige tegnene som hevelse, sekresjon, rubor og smerte

Behandling: Oppvarming først når man er sikker på at pas ikke igjen blir kald, men så raskt som mulig. Helst skal dette skje på sykehus. Beskytt stedet mot mekaniske påkjenninger og hold kroppen ellers varm under transport.

Hvis ikke mulig med hospitalisering: varm opp med vann i bevegelse på 40 grader. Tilsett grønnsåpe. Ikke oppvarming forran åpen ild, kan bli for sterk varmpåvirkning.

Gi smertestillende medikamenter per os. Gi acetylsalisylsyre for bedret gjennomblødning.

Varm opp til huden får fargen tilbake, 25–30 min. Behandles så rent som mulig, sårene skiftes på 2 ggr/dag.

Gi bredspektret antibiotika

Alkohol gir perifer vasodilatasjon, og kan i et kontrollert varmt miljø hindre progrediering av frostska-den, redusere opptiningstiden og gi en analgetisk effekt. Røyking bør unngås da det gir karkontraksjon perifert.



Bruk tomme plastflasker som du fyller med så varmt vann at du kan holde dem i hånden. Legg flaskene på brystet, magen og i lysken og armhyle. Legg tepper over og under.

Kilder:

- «Katastrofemedisin» av Anti Alho, Kaare Solheim, Carl Fredrik Tidemann, Universitetsforlaget.
- «Gjør noe da» av Cecilie Arentz-Hansen, Mads Gilbert, Kåre Moen. Sosial- og helsedepartementet
- «Norsk Index for medisinsk nødhjelp», 2. utg. Den norske lægeforening

- «Första respons, nödeförstahjälpen och primärbedömning» av Ari Kinnunen Maaret Castén m.fl. Inrikesministeriet, Polis-avdelning, Helsingfors/Helsinki.
- «Ambulansetjenesten i Troms – systembok» av Birgitte Sterud og Mads Gilbert
- «IKAR anbefaling nr. 14, Behandling av nedkjølte pasienter i felten» av Bruno Durrer, Hermann Brugger, David Syme

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com

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



Akuttmedisin i Henningsvær

Er du en av dem som føler ubehag, på grensen til panikkangst når helseradioen tuter og en sprakende stemme sier: «Fagalarm. Trafikulykke i på Steine, to biler, ukjent antall skadde. Jeg repeterer...». Du er ikke alene. Men det finnes hjelp å få. UNN arrangerer årlige kurs i akuttmedisin. Nå også med allmennpraktiker i kurskomiteen. Peter Prytz rapporterer spontant fra årets kurs i Henningsvær.

AV PETER PRYDZ



25 allmennleger fra
Nord-Norge og resten
av landet deltok på kurs
i Akuttmedisin i

Henningsvær i Lofoten 17.–19. september.

Her er et forsøk på å formidle noen inntrykk
fra dette.

Kurset har vært arrangert tilnærmet årlig av anesthesiavdelingen, seinere Akuttmedisinsk avdeling ved det som nå heter Universitetssykehuset i Nord-Norge, i om lag 20 år. Ildsjel, initiativtaker og sentral underviser har hele tida vært overlege Mads Gilbert, sammen med kolleger fra avdelingen. Nytt av året var at ambulansefagarbeider fra UNN, Stig Hansen var med som arrangør og instruktør. Utpostens Helen Brandstorp, som nylig har avsluttet sin side-

utdannelse ved Akuttmedisinsk avdeling har vært med de siste årene og synes å være klar for å fortsette arbeidet med disse kursene.

Mads Gilbert er en høyprofilert og omdiskutert person i norsk akuttmedisin og medisin generelt. På dette kurset, som så mange ganger tidligere, viste han to egenskaper av stor betydning for kursdeltakerne. For det første en dyp respekt for det akuttmedisinske arbeidet som utføres av norske allmennmedisinere, spesielt i utkantene. Og for det andre en vilje til å satse på praktisk trening i akuttmedisinske prosedyrer, slik at deltakerne virkelig føler at de mestrer mer etter kurset enn før. Ellers kan ofte slike kurs øke følelsen av insuffisiens hos allmennlegen (1).

For meg som har deltatt på en rekke av disse kursene opp gjennom åra, er det en velsignelse å registrere at alle retningslinjer og prosedyrer blir stadig enklere. Dette er ikke minst pedagogisk fundert – jo enklere å lære seg, jo flere vil det være som kan det. Huskeregelen nå er plan **BLÅST** (BLÅ for lekfolk), stikkordene er Bevissthet – Luftveier –

Realistisk øvelse med skuddskade. FOTO: STIG ARNE HANSEN



Helen Brandstorp demonstrerer plan BLÅ-undervisning



FOTO: STIG ARNE HANSEN



Realistisk øvelse med skuddskade. FOTO: STIG ARNE HANSEN

Åndedrett – Sirkulasjon – Temperatur. Plan BLÅ presenteres nå for alle norske skoleelever (2).

Nytt for en del av leserne vil være at det nå anbefales hjertekompresjon/innblåsing i sekvensen 15/2 uansett hvem og hvor mange som utfører dette – det er enklest å huske. Ved hjertekompresjon skal man igjen (fortsett?) tilstrebe «firkant-puls», det vil si hånden like lenge «nede» som «oppe» ved hjertekompresjon. Ved fremmedlegeme hos voksen bevisstløs pasient skal man gjøre hjertekompresjon framfor Heimlichs manøver, da dette er minst like effektivt. Innblåsing skal nå foregå i 2 sekunder mot tidligere 1 1/2 (!). Alt dette i følge vedtatt europeisk standard.

Ettersom halvautomatiske defibrillatorer/hjertestartere er blitt vanligere rundt omkring, blir dette også i økende grad vektlagt på kurset. Muligheten for å berge cerebral sirkulasjon når hjertet stopper bedres dramatisk med rask defibrillering. Hjertekompresjon bidrar bare til å vinne tid inntil defibrillering iverksettes. Et naturlig spørsmål som kom opp, er om alle allmennlegekontorer bør ha hjertestarter? Det rådende synspunkt er vel at man ikke nødvendigvis må ha dette hvis ambulansen er i nærheten og har det, men ettersom man etter hvert finner dette i kjøpesentre og idrettshaller, begynner forventningen å bre seg blant våre brukere og folk ellers. Vi må huske på at personer som oppholder seg på et legekontor gjennomsnittlig har en klart høyere risiko for coronarsykdom enn normalbefolkningen.

Kurset la stor vekt på betydningen av god samhandling mellom alle ledd i «overlevelseskjeden». Ambulansepersonell er vanligvis godt drillet på akuttmedisinske teknikker, annet helsepersonell kan også bli det og blir det til dels, legens ansvar er i hovedsak å lede innsatsen, men det gjør man best hvis man kan teknikkene også. Ett av kursets høydepunkter var kollega Helen Brandstorp's presentasjon av hvordan hun som entusiastisk lege i en tynt befolket kom-



Fjelltur med utsikt. FOTO: STIG ARNE HANSEN

mune hadde tatt initiativ til å skolere helsepersonellet til å mestre de akutte situasjoner som kunne tenkes å oppstå, og finne sin plass i «kjeden». Etter en slik runde, var det klart at ingen trengte å være redd for akutte tilstander, det er bare å hoppe i det!

Det bærende element i kurset var som nevnt de praktiske øvelsene. Under god supervisjon fikk man øvd seg på resuscitering, defibrillering, skadescenario (kom brått på under frokosten), intubering, venøs tilgang etc. Evalueringen av kurset tilsa at dette kunne vært enda mer vektlagt, men det var i alle fall så mye trening at alle fikk prøvd seg skikkelig og ble dyktig slitne.

Under kurset fikk vi også presentert den nye overvåkings- og behandlingsenheten som nå utplasseres på de fleste ambulanser og legevakter i Nord-Norge. Denne enheten inneholder defibrillator og monitor for blodtrykk, EKG, O₂ og CO₂, og er i tillegg utstyrt for å sende EKG til sykehus, slik at trombolysen ved hjerteinfarkt kan iverksettes. Dette gir helt nye muligheter for å utbre prehospital trombolysen i landsdelen, og plasserer Nord-Norge fortsatt i ledelsen i akuttmedisin utafor sykehus.

Dette kurset arrangeres hvert år i september, og arrangørene regner med å ha det i Hennesvør de nærmeste åra. Kurset anbefales til alle som trenger å styrke kunnskap, ferdigheter og sjøtillit innafor akuttmedisin, som regelmessig oppdatering til de som følger de mestrer stoffet og i tillegg er det en mulighet til å komme til et flott sted i en spennende del av landet som kan ligge litt «utafor løypa» for mange. Kurset kunngjøres i Kurskatalogen på nett på vanlig måte.

Referanser

1. De kommer som engler fra himmelen. Utposten 2000 nr 4
2. Arentz-Hanssen et al: Gjør noe da! Livreddende førstehjelp. (2. utgave 1998) Utgitt av Sosial- og Helsedep.



Redd for å stikke på halsen???

AV HELEN BRANDSTORP

Studentene i Tromsø lærer å legge venekanyler i vena jugularis externa på hverandre, det gjøres på akuttmedisinkurset i Henningsvær også. Dette er den sentrale veneveien som er pålitelig på voksne. Ekkelt? Nei da, veldig praktisk! Men huden på halsen er seigere enn du tror.



Mads Gilbert forklarer prosedyren, mens Birgitte Sterud ligger klar. Bena ligger opp på en stol og EMLA har sittet på i 2 timer allerede. Infusjonsposen er klar. Ikke luft i slangen. Utstyret legges klart: Venflon (grå eller grønn), plaster, sprit og tupfer, opptrekkskanyler. Beate Kristin Nystad Alexandersen ser konsentrert på.

Hodet ligger til en side, da kommer venen bedre frem.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com



Hull i huden lages med opptrekkkanylen, litt ned på halsen slik at ikke kjevebenet kommer i veien for venflonen etterpå. Hullet gjør at du unngår at plasten på venflonen kryller seg på vei inn.



Venflonen settes sikkert inn i venen med litt motstand for du er inne. Det tar litt lenger tid før blodstrøm kommer bak i venflonen enn når du stikker på armene. Retningen er logisk nok mot hjertet. Går du en sjelden gang gjennom arterien vil det bli mye blod over og under huden. Du skjønner at du er feil! La venflonen stå i, så går du ikke dit på forsøk nr 2. Arterieveggen lukker seg når du fjerner nåla.



Det er lavt trykk i venen, derfor må man ikke sette seg opp med åpen kanylen, trykket faller da ytterligere og luft suges inn. Luftembolier kan være farlig. Lukker man systemet med en infusjon er det trygt. Backflow sjekker man ved å legge infusjonsposen lavere enn venflonen og se at det kommer blod opp i slangen.

Svein Håvard Ålien er fornøyd med å være ferdig og har sitt synlige bevis på mot på halsen. Fem minutters kompresjon etter du har trukket ut venflonen hindrer et skjemmende «sugemerke»



Ebixa® – Verdt å huske på!

memantine

C
Ebixa "Lundbeck"
Middel mot demens
ATC-nr.: N06D X01

Dråper, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneh.:
Memantinhidroklorid 10 mg, tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann.

Tabletter, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhidroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av pasienter med moderat alvorlig til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

Dosering: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer.

Voksne/eldre: Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en 1/2 tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en 1/2 tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en 1/2 tablett/10 dråper på ettermiddagen) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 40-60 ml/minutt/1,73m²) anbefales maks. 10 mg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat(NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksmetorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinsinfeksjoner med *Proteus bacteria*) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA III-

IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat alvorlig til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at dagpasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner.

Interaksjoner: Memantin har potensiale til å interagere med medikamenter med antikolinerg effekt. Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksmetorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko.

Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hyppige (>1/100):** Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner, forvirring, svimmelhet, hodepine og tretthet. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast. Psykiske: Angst. Sirkulatoriske: Hypertoni. Urogenitale: Cystitt, økt libido.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: I ett tilfelle av suicidal overdose overlevde pasienten inntaket av opptil 400 mg memantin (oralt) med virkninger på sentralnervesystemet (f.eks. rastløshet, psykose, visuelle hallusinasjoner, kramper, somnolens, stupor og tap av bevissthet) som gikk tilbake uten varige mén. **Behandling:** Bør være symptomatisk.

Oppbevaring og holdbarhet: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder.

Pakninger og priser pr. aug. 2003: Dråper: 50 g kr 945,50, 100 g kr 1856,90. **Tabletter:** 30 stk. kr 579,60, 50 stk. kr 945,50, 100 stk. kr 1856,90.

Basert på godkjent SPC, SLV juni 2002

Referanser:

1. Wimo A, Winblad B, Stöfller A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics* 2003; 21 (5): 1-14.
2. Reisberg B, Doody R, Stöfller A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New Engl J Med* 2003; 348: 1333-1341.

H. Lundbeck A/S
Lysaker Torg 12
Postboks 361
N-1312 Lysaker
Tel +47 6752 9070
Fax +47 6753 7707
www.lundbeck.no



www.ebixa.com

Ebixa® – medisinen som dine Alzheimer-pasienter stoler på at du skal huske.

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

Takk til Tove for utfordringen – vi har delt dikt før.

Dikt har vært en del av hverdagen min helt siden jeg begynte å lese. De gode diktene gir trøst, ro, utfordring og klarhet. Om jeg er trett av mange ord i løpet av en lang legedag, er det alltid et lite dikt som finner meg, ser skjevt på meg og letter litt på alt det tunge. En samling Haikudikt ved sengen kan gi meg tre linjer som åpner en hel verden før det blir natt.

Dikt er gode å dele i de små øyeblikkene og i de vanskelige stundene. Jeg deler av og til et dikt med pasienter som

snakker det samme språket som meg. Det kommer alltid noe godt ut av det.

Det er vanskelig å velge, men jeg går tilbake til en av mine første kjærligheter: William Carlos Williams. Han var en landsens doktor født i 1883 som bodde og arbeidet i samme by i hele sitt liv. Rutherford i New Jersey. Han hadde et usentimentalt og varmt blikk for det som skjedde rundt ham og lot seg inspirere av det han opplevde som lege. Papiret stod klart i skrivemaskinen for å notere ned det han så.

Her er et slikt øyeblikk:

Til en stakkars gammel kone

som står og gumler på
en plomme på gaten og har
hele posen full

De smaker så godt
De smaker så
godt. De smaker
så godt

Se bare på den måten
hun gir seg hen
til den ene hun holder
halvpist i hånden

og den trøst hun føler
En lindring av modne
plommer ligger i luften
De smaker så godt

Oversatt av Jan Erik Vold

Jeg sender stafetten videre til Kristin Prestegaard i Skien,
god kollega og venninne med sans for poesi.

Bente Aschim

Beijing 1. okt. '03

Undertegnede skulle etter planen sammen med 71 andre fra Gjøvik-Toten-området, under ledelse av Toten Folkehøyskole, besøke Beijing i påska 2003. SARS satte en stopper for det, 3 dager før avreise kom WHO's reiseråd som satte Beijing på karantenelista. Men i høstferien var vi der, riktignok nå bare 22 gjenværende. Beijing var en opplevelse og på sett og vis også en overraskelse: mer moderne, mer dynamisk, mer velordnet, men stadig svært disiplinert, og mindre overbefolket enn jeg hadde trodd. Høyhusene reiser seg «alle steder», de gamle boligkvarterene (hutongene) forsvinner, bare 5 prosent skal bevares for ettertida av kulturhistoriske grunner. Før OL i 2008 skal det bygges 5 nye undergrunnslinjer.

Jeg hadde tenkt å skrive en øyenvitneberetning om SARS hvis påskereisa ikke var blitt avlyst. Nå blir det bare en liten kommentar. Vår frittalende, svensktalende guide, «Maria», som svarte på alle våre spørsmål, sa at det viktigste resultatet av SARS var at utbruddet hadde bidratt til mer åpenhet om problematiske forhold fra myndighetenes side (Jmfr. Gro Harlem Brundtlands artikkel i julenummeret!), dessuten var det nærmest slutt på «offentlig» spyting, og det så vi ikke noen eksempler på. I april-mai hadde Beijing nærmest vært en spøkelsesby, folk gikk stort sett ikke ut, ikke en gang i butikkene, og kommunikasjonen gikk mest på telefon og mail. Utover sommeren kom folk etter hvert fram igjen, og nå på høsten hadde turistene begynt å komme tilbake, men foreløpig ikke for fullt. Men SARS har vært en ny påminner for alle om at tiden for de truende epidemier stadig ikke er over!

Som en liten situasjonsbeskrivelse henviser jeg til nedre høyre hjørne på drosjens fronttrute, bildet tatt like ved Den Himmelske Freds Plass på Kinas nasjonaldag 1. oktober!

Ivar Skjæie



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

Nakkesmerter og hodepine

— *ikke alltid lett å finne ut av*

September 2001 kom en 52 år gammel dame på kontoret og klaget over plager med smerter i nakken og bakhodet. Periodevis svimmelhet. Hun kunne ikke gå tur uten at hun fikk bankende smerter i bakhodet. Ved undersøkelse var hun svært øm occipitalt, stram nakke- og skuldermuskulatur, men bra bevegelighet i nakken. Hun hadde tidligere hatt mye nakke/skuldersmerter og ble henvist til fysioterapeut som hun tidligere hadde hatt god effekt av.

En måned seinere kom hun tilbake. Smertene var blitt verre. Når hun gikk tur, fikk hun smerter i halsen og nakken, seinere hodepine. Hun klarte nesten ikke å gå, før det snørte seg i nakken. Nakkesmertene og hodepinen kom også ved stress, og hun klarte ikke jobbe. Ønsket å bli syk-meldt mens hun gikk i fysioterapi.

Hun var tidligere stort sett frisk og var i full jobb. Fikk behandling for hypertensjon med Selo-zok og Norvasc. Hadde mor og far med hjertesykdom. Søster var blitt koronaroperert ca 1,5 år tidligere. I forbindelse med dette hadde pasienten en periode med anstrengelsesutløste brystmerter. Hun var derfor blitt undersøkt med A-EKG juni 2000. Denne var normal, total kolesterol var 4,5, LDL 2,3, og det var blitt påvist enkelte galleblærekonkrementer. Konklusjonen var at hun ikke hadde noen koronarsykdom. Hennes brystmerter forsvant etter dette.

Hun ble gradvis bedre under fysioterapi og kom gravis tilbake i jobb, ble friskmeldt januar 2002.

I mars 2002 kom hun igjen og klaget over smerter i nakken og bakhodet når hun gikk i motbakker. Disse ga seg når hun stoppet opp, og hun fikk ikke nakkesmerter og hodepine om hun tok nitroglycerin når hun var på dansgalla. Pasienten ble på nytt henvist med. pol. med spørsmål om koronarsykdom. Hun ble undersøkt med nytt A-EKG, rtg. thorax og rtg. c-columna, ultralyd av halsarterier samt myocardiografi. Konklusjonen var at det ikke var funnet



Morten Breiby

f. 1956.

Cand. med. Tromsø 1983.

Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin.
Fastlege Gjøvik Legesenter

noen overbevisende tegn til ischemi. Det ble anbefalt å avvente, evt. henvise pasienten til nytt A-EKG etter noen mndr. om hun ikke ble bedre.

18. juni kom pasienten igjen. Hun hadde fortsatt sine anstrengelsesrelaterte smerter i nakken og hodet, og hadde selv bestilt time hos nevrolog neste dag. Hun ønsket en henvisning av meg. Nevrologen henviste pasienten til MR collum-angiograf, i da vertebrobasilaris-insuffisiens kan gi occipital hodepine aksentuert av anstrengelser. Denne viste ikke noe patologisk.

5. november kom pasienten igjen for å høre svaret på MR-undersøkelsen som ble gjort i august. Hun hadde hatt mindre smerter i hodet og nakken, men dagen før, da hun hadde gått tur, hadde hun fått smerter i brystet, i nakke og opp i hodet. I tillegg var hun slapp og hadde lett for å sove. Hun hadde også smerter i alle ledd, fingre og tær. Sammen gikk vi gjennom hele hennes sykehistorie, og da jeg fremdeles hadde en mistanke om at hennes plager kunne skyldes koronarsykdom, foreslo jeg å henvise henne til koronar angio. Hun vegret dette, da hun alt i alt syntes hun var blitt bedre. Vi ble enige om at hun skulle tenke over dette, og kontakte meg hvis hun ønsket videre utredning av sine plager.

24.04.03 kom hun igjen. Smertene hadde økt. Hun fikk smerter i nakken og hodet ved anstrengelser. I tillegg hadde hun også brystmerter ved enkelte anledninger, men dette kunne hun også få i hvile. Hun brukte fortsatt nitroglycerin med god effekt. Pasienten ble henvist til angiografi på mistanke om ischemi. A-EKG var uforandret fra tidligere. Angiografi viste tokarsykdom med stenose i LAD og kronisk okklusjon i høyre koronararterie. Rekanaliseringsforsøket

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!*

Stansebiopsi

Bruk av en biopsistanser er et raskt og enkelt hjelpemiddel for diagnostikk av hudsykdommer.

Både ved lokaliserte og mer utbredte hudlidelser er det viktig å stille en spesifikk diagnose. Til dette er en biopsistanser et utmerket hjelpemiddel. Denne metoden brukes av mange allmennpraktikere og hudleger, og jeg tror enda flere allmennleger vil kunne ha nytte av metoden. Viss en lurer på om det dreier seg om hudkreft, solare keratoser eller ringorm, kan en stansebiopsi være til hjelp. Ved soppinfeksjoner er det viktig å huske på å ta prøven helt i kanten av utslettet. Ved mer utbredte utslett som eksem eller psoriasis, kan en også få hjelp av en stansebiopsi til å stille en diagnose.

Biopsistansere fins i flere ulike størrelser, 2, 3, 4, 5 og 7 millimeter i diameter. For de fleste formål klarer en seg med 3 og 5. Stanser på 3 millimeter gir nok materiale ved biopsitaking. Dersom en skal ta prøver fra ansiktet, kan være nyttig med 2 millimeter stanser.

Selve prosedyren er enkel:

1. Først markeres området som prøven skal taes fra med tusj. Dette gjør det lettere å finne igjen hudforandringen etter at bedøvelsen er satt.
2. Vask
3. Lokalanestesi
4. Biopsistansen stikkes loddrett ned i huden

5. Den løse sylinderformede hudbiten løsnes ved hjelp av en saks og en pinsett.
6. Stansen legges i formalin og sendes til patologisk laboratorium. Det er svært viktig at remisje inneholder kliniske opplysninger og hvilke diagnostiske overveielser som er gjort, dersom en skal få et fornuftig svar.
7. Ved bruk av 3 millimeters stanser, trenger en ytterst sjelden å lukket såret annet enn med et plaster, det må i tilfelle være dersom det skulle blø mye.

En biopsistanser er også et utmerket alternativ til et båtsnitt for å fjerne små lesjoner som eksempelvis små føflekker. Kan da bruke 5 millimeter stanser. Her må en suturere. Det kan være et godt tips å strekke huden på tvers av hudlinjene når stansen skal taes. En vil da få et mer avlangt sår, parallelt med hudlinjene som er enklere å suturere enn et helt rundt.

Pål Suhrke



var mislykket. Pasienten venter på revaskulariseringskirurgi, og det gjenstår å se om hun blir kvitt sine nakkesmerter og hodepine.

Konklusjon: Sykehistorien er nok en påminnelse om at koronarsykdom hos kvinner kan gi atypiske symptomer. Akutte nakkesmerter, eller ryggsmarter, kan være symp-

tomer på hjerteinfarkt, selv om brystsmertene mangler. Den viser også hvilken begrensning utredninger for koronarsykdom har, og at normale resultater ikke alltid bør føre til at en gir opp sine diagnostiske hypoteser. Langvarig kjennskap til pasienter og deres sykehistorie, er fortsatt av vesentlig betydning.

Morten Breiby

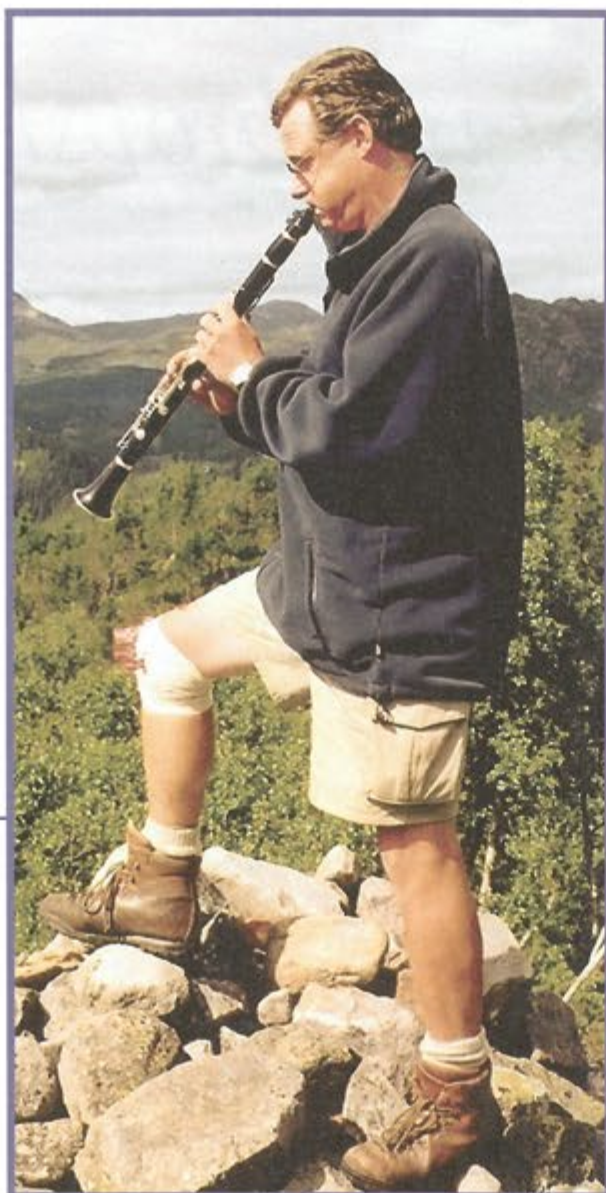
GISLE ROKSUND

FORBIFARTEN

STILLING ALLMENNLEGE ARBEIDSSTED KLOSTERHAGEN LEGESENTER, SKIEN

Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

52 år. Født og oppvokst i Skien. Cand med Oslo 1976. Tidligere distriktslege i Ulvik, Granvin og Siljan, tidligere helsesjef i Skien. Allmennlege på full tid siden 1996. Leder i NSAM fra september 2003. Gift, fire barn født i 1979, 1981, 1985 og 1991



Når skjønnte du at du var blitt lege?

I distriktsturnus i Sør Aurdal, Valdres.
En fantastisk åpenbaring av allmennlegens rolle

Hva gir deg mest glede i jobben?

Følelsen å ha hjulpet pasienten med det han eller hun kom for.

Hva er det lureste knepet du har gjort for å få en bedre hverdag?

Gå tilbake til faget allmennmedisin etter en periode på noen år med heltids kommunal samfunnsmedisin

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg ser på blikket til pasienten at vi har forstått hverandre.

UTPOSTEN

TETT PÅ!



Når lo du på jobben sist?

Jeg ler hver dag på jobben. Vi har et lettledd miljø.

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

Internkontroll. Det blir lett fokus på uvesentlige detaljer i stedet for viktige prosesser.

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

Vi startet Klosterhagen legesenter for vel to år siden og hadde en fantastisk spennende prosess på forhånd. Jeg ville ikke gjort noe av det annerledes.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Jeg har egentlig ingen favorittpasient, syns hvert møte er spennende. Men jeg må få følelsen av at vi forstår hverandre...

Hva gjør du om fem år?

Fortsatt allmennlege med en del fagutviklingsarbeid ved siden av. Men sannsynligvis med kortere liste.

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

Leder i Helse Sør, Steinar Stokke. Han synes ikke å ane hva samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten er og betyr.

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

Jeg har ingen illusjon om at noe av betydning kan la seg løse på en dag.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Jeg syns Utposten er et flott tidsskrift med god blanding av masse aktuelt stoff for enhver allmennlege. Fortsett!

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Forskningsmessig grunnlag. Ryddige arbeidsforhold og mer fornuftig arbeidstid. Bedre elektronisk samhandling.

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

Spille mer. Gå mer i fjellet. Leke med barnebarn. Tid til å lese mer.

Tror du at dine venner vil at du skal bli mer rampete eller mer skikkelig?

Du må spørre mine venner. Jeg tror jeg for det meste oppfattes som ansvarlig og kontrollert. Men med et ikke ubetydelig temperament...

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

Vårt yngste styremedlem i NSAM, en utmerket representant for oppvoksende distriktsmedisinere, kommunelege i Lurøy: Maria Hellevik

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ola Nordviste. Kontakt ham på nordviste@2ci.net



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.

Allmennmedisin som storfag i Tromsø

Man skal ikke sette sitt lys under en skjepp. Vi kan nok ha litt sug i magen, men vi har Bergpreken og nyrevidert Lærebok i ryggen, og vi er langt fra Jante. Våre søsken er Indremedisinen og Kirurgien, og vårt søskenforhold er modnet gjennom endel knuffing og kiving, fram til en erkjennelse av at vi trenger hverandre. Ja, vi liker hverandre faktisk godt. Vi er alle storfag.

Kan vi, Allmennmedisinen, begrunne dette? Etter mange år med høyteknologiske triumfer utenfor vårt område, etter mange år med lav prestisje? Noe har hendt, lite høyrestet, men forankret i kunnskapsutvikling, verdier og kritisk holdning. På noen områder er vi hva vi alltid har vært: et fag som favner over alle medisinske felter, som utøver sine tjenester mer desentralisert enn andre medisinske spesialiteter, som favner både klinisk virksomhet, sosial tankegang og samfunnsmedisinske tilnærminger. Fra universitetene søker stadig nye kandidater til vårt fag, flere enn til noen annen spesialitet, og slik har det alltid vært. I pakt med dette er hovedmålsettingen ved vårt fakultet slik den har vært siden oppstart: å utdanne vanlige leger, for folket, der folk bor. Her i nord har vi fått Ressurskommuner som bidrar til rekruttering og stabilisering, og vi har tatt nytt grep på Distriktsmedisin der periferimedisinens egenart blir beskrevet og videreutviklet. Vi har for lengst tatt hele landsdelen i bruk som undervisningsarena, og vi bygger nettverk over mange slags grenser.

Vårt universitet er 30 år, og Flaggskipet er det samme som alltid: Åtte ukers utplasseringsperiode i praktisk allmennmedisin, verdens lengste. Samseilt med en liten Nordlandsbåt av en to-dagers flue-på-vegg-utplassering i aller første semester. I noen år nå har vi jobbet for å videreutvikle dette flotte startgrunnlaget. Vi er på plass i alle organkurs i 2.-4. studieår, i kurskomiteene og som undervisere. I ett av kursene er vi hovedansvarlige. Vi har slipt og pusset på utplasseringen i femte

studieår, og på kontakten med fastlege-lærerne. Nå skal vi lage avslutningseksamen i storfaget vårt, på riktig legekontor, med fastlegens pasient og med fastlegen som sensor. Og vi skal lage uketjeneste i allmennmedisin, i tillegg til den seminar- og forelesningsmessige undervisningen vi har i siste studieår. Én lærer til én student, pluss medstudent som observatør, på legekontor og på daglegevakt.

Forskning og fagutvikling er stikkord for hvordan dette er blitt mulig. Vår utrygge posisjon for noen tiår tilbake tvang oss til å reflektere, å bli kritiske til egen virksomhet. Tidligere enn mange andre kliniske disipliner oppdaget vi den kliniske anvendelsen av epidemiologi. Vi kunne sette ord og begreper på tidligere ulne skille mellom allmennmedisinsk og annen klinisk virksomhet, vi forsto hvorfor symptomene vi så var mindre spesifikke og hvorfor de ikke nødvendigvis hadde samme betydning som i sykehus, vi kunne på en bedre måte enn før diskutere gyldighet av informasjon fra symptomer og tester. Nå er en ny utfordring i emning, og faget vårt har så smått begynt å ta hansen opp. Tidligere enn mange andre er pionerer i vårt fag på full fart inn i fenomenologiens oppklarende verden. Med åpen agenda, bevissthet om eget utgangspunkt og verdiforankring, med færrest mulig ledende spørsmål og med mest mulig observasjon har noen begynt å gå inn i dialoger med enkeltmennesker, om deres helseopplevelser, deres livshistorier og deres refleksjoner. Vi kan ikke måle sorgen over en kronisk sykdom, men vi begynner å få redskaper som gjør oss bedre i stand til å forstå og hjelpe. For målsettingen med vårt yrke er hva det alltid har vært: å hjelpe pasienten. I konsultasjonen har noen begynt å la pasienten være i sentrum på en måte som innebærer frivillig avkall på kontroll fra legens side, og nye og spennende erfaringer gjøres. Erfaringene kan analyseres, systematiseres, returneres til pasienten for ny refleksjon og gjentolkes av legen. Jeg tror vår faglige identitet vil styrkes i erkjennelsen av at vi opererer i et grenseland mellom klinikk, epidemiologi og fenomenologi. Undervisning, veiledning og forskning i vårt store og dynamiske fag vil bære preg av dette i årene framover.

Knut Arne Høltedahl

Med riktig medisin ved Alzheimers sykdom får noen mulighet til å beholde kjæresten sin litt lenger.¹



Ebixa® er den eneste medisinen som er godkjent for behandling av pasienter med moderat alvorlig til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.²

Lundbeck



Ebixa
memantine

Ebixa®

– medisinen som dine Alzheimer-pasienter stoler på at du skal huske.

For referanser og preparatomtale se side 41

10-04-VIOX-03-SCAN-1326-00-J

VIOXX®
(rofecoxib, MSD)**- EFFEKTIV¹****- ENKEL****- ÉN GANG DAGLIG****- Refusjon^{*} på § 9.17 og 35**

- ^{*} Felles for refusjon av coxib'er på § 9 er at minst ett av nedenforstående kriterier skal foreligge:
- Pasienten har tidligere hatt et behandlingshengende magesår eller annen alvorlig gastrointestinal bivirkning
 - Pasienten behandles samtidig med steroider, DMARDs eller andre legemidler som klart øker risikoen for, eller alvorlighet av gastrointestinale bivirkninger
 - Pasienten har betydelig nedsatt allmentilstand



MSD (Norge) AS
Postboks 458 Brakerøya
3002 Drammen
Tlf. 32 20 73 00

¹) Cannon et al., Arthritis & Rheumatism 2000; 43 (5): 978-987
VIOXX® er et registrert varemerke tilhørende Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.
For forskrivning av VIOXX®, se preparatomtalen.