



Innhold:

Leder: Om endring av legeatferd Av ANDERS SVENSSON	s 1
Utpostens dobbelttime. Intervju med Edvin Schei – en musisk rebell Av GUNHILD FELDE	s 2
Leger uten begrensninger Av GUNHILD HALLRE I SAMARBEID MED BERET E. ØHN	s 7
Å bygge bro mellom forskning og praksis Av SIGNE FLOTTORP	s 11
Distriktsmedisin – veiviser og lokomotiv i utviklingen av morgendagens helsetjeneste Av ANETTE FOSSE	s 15
Enkel audit Av IVAR SKEIE	s 22
Datasikkerhet på legekantor Av EVA HENRIKSEN/EVA SKIPENES OG DAG NORDVÅG	s 24
Trusler mot datasikkerheten ved legekantor Av EVA HENRIKSEN/EVA SKIPENES OG DAG NORDVÅG	s 28
Håndtering av atrieflimmer Av TOR IVAR STAKKEVOLD	s 31
Den blå hesten og det musiske menneske Av GUNHILD FELDE	s 36
BOKANMELDELSE: Nytt om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser Av JANECKE THESEN	s 38
Faste spalter	s 39

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

Gunhild Felde

Prahlsvei 34, 5035 Bergen
Tlf. priv.: 55 31 15 32
Mobil: 959 29 356
E-mail: gunhild.felde@senswave.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: Bjarne Kvamme**Layout/ombrekning:** Morten Hernæs, PDC Tangen**Design, repro og trykk:** PDC Tangen

Om endring av legeatferd

Det er vanskelig å lære gammel hund å sitte. Gammel vane er vond å vende. Vi gjør det vi alltid har gjort og vi gjør det som vi vet fungerer. Vi baserer vårt arbeid på kunnskap men fremfor alt på erfaring. I de norske Etske regler for leger står det i § 9 «En lege skal ved undersøkelse og behandling ta i bruk metoder som forsvarlig legevirksomhet tilsier. Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring.» «Vetenskap og beprøvd erfaring» heter det på svensk. Men den viktigste erfaringen er den du gjør selv, din egen «beprøvede erfaring».

Samtidig vet vi veldig godt at medisinen er i rivende utvikling. Ny teknologi, nye medisiner og ny viten tilføres hver dag. Som allmennleger må vi sortere informasjonen, tolke den og gjøre den til en del av vår hverdag. EBM, kunnskapsbasert medisin, er et viktig hjelpemiddel i dette arbeidet. Det kommer en ny EBM-håndbok i svangerskapsmedisin til høsten. Kommer du til å lese den? Sannsynligvis. Kommer den å endre din oppfølging av gravide? Neppel!

Signe Flottorp presenterer i dette nummer av *Utposten* sin doktorgrad om endring av legeatferd. Hun beskriver hvordan hun brukte nøye vurderte virkemidler for å implementere nye behandlingsregimer for sår hals og urinveisinfeksjoner. Hun konstaterer at det er vanskelig å få leger å endre atferd, til tross for at legene er både kunnskapsrike og motiverte.

Det er mange som ønsker å påvirke vår medisinske praksis. Staten bruker økonomiske virkemidler som Normaltariffen og refusjonsordningen for å styre vår praksisprofil. Dagspressen brukes aktivt av pasienter, pasientorganisasjoner og legemiddelindustrien for å påvirke prioriteringer og behandling av pasientgrupper.

Legemiddelindustrien, som selvsagt prøver å påvirke vår forskrivingspraksis, har endret taktikk de siste årene. De bruker stadig mindre ressurser på generelle tiltak som reklame. I stedet satser de på personlig oppfølging av kundene (legene). Alle legemiddelkonsulenter begynner sitt salgsmøte med å spørre om vi har noen erfaring med hans produkt. Han er personlig, nær og prøver å få oss til å kople hans informasjon (eller desinformasjon) til vår egen praksis. Der er god grunn til å tro at legemiddelindustrien vet hvordan man får leger til å endre atferd. Vi bør derfor lære av dem.

Erfaring. Å prøve noe, se resultatet og lære av det. Men kunnskapen om egen praksis er ofte mangelfull. Hvordan behandler du dine blodtrykkspasienter? Når pasientene fastsatte behandlingsmål? Hvilke typer av antibiotika bruker du? Hvor mange av dine diabetespasienter har HbA1c <7,5? Ivar Skeie beskriver hvordan slike undersøkelser om egen praksis, audits, kan gjøres. En enkel undersøkelse av hvordan du behandler blodtrykkspasienter på et legekontor kan gjøres på mindre enn to timer. Og det uten statistikkprogram og avansert data-verktøy. Resultatene (som ofte er overraskende) kan brukes som grunnlag for diskusjon i smågrupper, veiledningsgrupper eller internt på ditt legekontor.

EBM er nok bra, men det er ikke kunnskapsmangel som er problemet. Det er steget fra viten til handling som er vår største utfordring. Vi må gjøre kunnskapsbasert medisin til erfaringsbasert medisin. Våre samarbeidspartnere og fremfor alt pasientene krever det.

Anders Svensson

Utpostens
dobbeltime

Edvin Schei – en musisk rebell

INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

Det er mørk desembermorgen 2003 på medisinsk avdeling på Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen. Juleregnet strømmer ned. Edvin Schei avrunder i dag sin ett år lange sideutdanning på sykehuset, og i den forbindelse har han planlagt et siste stønt før han vender tilbake til allmennmedisinen, som fastlege i Eidsvåg og 1. amanuensis ved institutt for samfunnsmedisinske

fag. Kollegene er varslet om at noe skal skje og alle møter fram – preget av det sedvanlige desemberstresset. Men også litt forventning ligger i luften – gjennom et år har kollegene begynt å sette pris på Edvins litt annerledes betraktninger om faget og hva vi driver med. Etter en kort innøving ledet av ham og hans musikerhustru Tiri, er de medisinske legene klar for sin første musikalske opptreden – de skal synge for pasientene. De musiserer seg gjennom gangene til hjerteovervåkingen – denne morgenen i langsom takt og med glød i blikket – og avslutter med konsert i den klangfulle gamle trappehallen. Denne opplevelsen omtales fortsatt til stadighet ved lunchbordet på Haraldsplass – det har gjort noe med dem.

Når jeg treffer Edvin Schei til intervju har lyset kommet tilbake. Det er en fornemmelse av vår i luften når jeg ankommer familiens sjarmerende gamle Bergenshus i Sandviken, der parken er hage. Sola skinner på den ferske snøen som så vidt dekker bakken, og det drypper fra takrenna. Etter en omflakkende doktorpappa-preget barndom, gymnastid i Frankrike, studietid i Bergen, turnus i Namsos og Kautokeino, sju år i Tromsø med doktorgradsarbeid og et års seilas med S/S Svanhild fra Tahiti via Indonesia til Sri Lanka har han funnet roen i Sandviksparken. Ikke rart at denne mannen har tanker som svever vidt...

– Å kunne være med som deltaker og samtidig legge til rette for at andre får en begeistrende opplevelse, det er vesentlig for meg, det er høydepunktene, sier Edvin Schei. Humor, nysgjerrighet, inderlighet, trygghet – vi vasser i muligheter til å skape mer av dette. Vi må lete etter mulighetene for å skape glede og samhørighet, slå sammen ressursene og se hva vi kan få til... Noe av min kritikk mot medisinfaget går på at vi blir så ensidig trent til å jobbe med de tekniske aspektene ved sunnhet og helse – og det tar fokuset

bort fra det vi nå snakker om; glede, skjønnhet og samhørighet. Og så er det faktisk slike ting det hele handler om, det er slikt som er helse, godt liv. For å være menneskehjelpere tror jeg det er viktig at vi er skapende og erfarne med å leke, sanse og reflektere over hva som kjennetegner det å ha det godt. Det er faglig relevant at leger er kreative og søkende på vegne av det gode liv. Når legene på medisinsk avdeling synger for pasientene en fredags morgen, da brytes noen grenser for legene – og for pasientene som opplever det. Kanskje skapes det noen flere frihetsgrader for enkeltmennesker – og så kan det bli ringer i vannet av det...

– For noen av legene på medisinsk avdeling ble opptreden en aha-opplevelse. Bli vi bedre leger av å bli friere i vår egen utfoldelse?

– Ja, ved å prøve å bli friere, av å undre oss, våge å gjøre ting som ikke har vellykkethetsgaranti, lete etter dypere forståelse av hva som kjennetegner og skaper et godt liv, kunne gi blaffen i snusfornuft og lommeruskvitenskap. Det vil jeg kalle livsoppgaver for leger.

I møte med pasienter med alvorlig sykdom er det viktig å være reflektert i forhold til dette, hvordan små ting kan lyse opp. Det er ikke en livsoppgave å være ikke-syk, det er bare et bakteppe. Livsoppgaven er å bruke ikke-sykheten til noe. Det å være ikke-syk er bare en ramme uten innhold.

Edvin går for å hente kaffen og i mellomtiden får jeg et mykt møte med en av husets tre katter, denne mer på størrelse med en liten gaupe. Den går nesten i ett med miljøet i det gamle huset – og med en mine som om den alltid har vært der.

– På Filosofisk Poliklinikk nylig var temaet det musiske menneske og helse. Hva slags helsebegrep forholder du deg til?

Jeg tror god helse er å være i stand til å ta livet i bruk, med de muligheter det måtte by på for den enkelte, enten hun er ung eller gammel, rik eller fattig, fri eller

fange, frisk eller syk. Jeg har sansen for en helsemodell som beskriver helse på fire nivåer. 1) Det kroppslige, hvor medisinen har sitt klassiske domene.

- 2) Det pragmatiske, mulighetene til å legge planer for livet ditt og virkeliggjøre dem. Et typisk eksempel på dårlig helse på dette nivået er en asylsøker som bor fem år i norsk mot-tak uten å vite om han får bli, og som hver dag kan bli sendt hjem til forfølgelse.
- 3) Det relasjonelle, som rommer vårt forhold til den fysiske og sosiale verden vi inngår i
- 4) Det integrative, som er åndslivet – der





du skaper deg en fortelling som du tror på, som gir livet mening. Det kan være religion, en rolle i slektens gang – det kan være profesjonalisme, idealisme... Det er på nivå tre og fire vi virkelig eksisterer, det er der vi skaper oss et nå og en framtid. Jeg tror vi i mye større grad kan bruke dette terapeutisk, men da må vi tenke på det, være ydmyke for alt vi kan lære. Vi må lete etter muligheter i konsultasjonene, ved hjelp av ordene, tilliten, tiden.

– Hvorfor ville du bli lege, og ikke filosof, sosiolog eller noe mere tenkende?

– Fantasiløshet og dårlig selvtillit. Doktorpappa, jeg visste ikke om så mye annet. På gymnaset kjente jeg at jeg ville studere medisin. Tenk om jeg kunne bli medisinstudent – de er jo så smarte! Jeg var veldig opptatt av å finne ut om jeg var intelligent nok. Da jeg hadde kommet inn på studiet i Bergen var jeg fornøyd lenge, jeg hadde liksom vunnet i en konkurranse. At jeg kom til å bli lege en eller annen gang opptok meg ikke, det var uendelig lenge til.

– Dine opplevelser fra studiet har hatt stor innflytelse på det du har beskjeftiget deg med senere. Du bruker nå mye tid på å undervise medisinstudenter og vil gjerne forbedre studiet. I boka «Forstår du, doktor?» tar du til orde for at medisinen ikke egentlig er et naturvitenskapelig fag, men en humanistisk virksomhet, hvor den biomedisinske og naturvitenskapelige delen er nødvendig verktøy. Hva var det egentlig du reagerte sånn på da du studerte?

– Det kan vel oppsummeres i to punkter. For det første følte jeg meg helt oversett i studiet, ingen lærere visste hvem jeg var, jeg var en av de utallige usynlige «studentene». Alle signaler som kom fra lærere og leger vitnet om at jeg som individ var dem likegyldig. For det andre var vi intellektuelt fullstendig understimulert. Det er en forveksling å tro at det å lære uhorvelig mye utenat har med åndsliv og tenkning å gjøre. Pugging i store doser over mange år virker innsnevrende på refleksjonsevnen. Studiet handlet om medisin som teknologi. Jeg gikk på et kull som ikke hadde så mye som en halv time med atferdsfag eller psykologi, slik

er det ikke lenger. Men også i dag dominerer opplæringen i teknisk medisin. Og jeg opplever at mange studenter er ureflekterte. Allerede etter tre år er det tungt for dem å tenke kritisk. De har følelsen av at det de får servert på studiet er det de trenger. Sammenlignet med samfunnsfagene der det er en del av faget å stille spørsmål ved fagets måte å produsere kunnskap på, ligger vi lysår etter. Atferdsfagene er uttrykk for gode forsetter, men har lett for å bli «ghettoer» i studiet, bolker der man kan slippe av – og vente på at det skal komme noe mer håndfast og medisinsk, noe en kan stryke på. Det skjer en hjernevasking her, slik at de «bløte» fagene sees på som helt unødvendige. Fortsatt er det helt vanlig å si «det medisinsk faglige» og «kommunikasjonen» som om samspeillet med pasienten ikke er en del av faget, fordi det ikke kan sees i mikroskop. Hvis en skal oppnå endringer her, er det ved at de kliniske forbildene i de sentrale fagene demonstrerer ydmykhet, respekt og kritisk tenkning gjennom sin væremåte. Hvis studentene opplever at de store kirurgene ikke kaster skalpeller og oppfører seg som konkurransefikserte brølende gorillaer, men er omsorgsfulle og gir god informasjon, da formidles en praktisk humanisme i medisinen. Jo større studentkull, dess vanskeligere å få til dette. For det handler ikke om å pugge medisin, men om å lære å være lege.

Edvin Schei er så langt fra brølende gorilla som tenkes kan. Det er nesten vanskelig å forestille seg at han kan heve stemmen, selv til en tunghørt gammel dame. Hans vesen må da kunne berolige og skape harmoni selv hos de mest disharmoniske og utagerende av oss, sitter jeg og tenker for meg selv mellom tømmerveggene. Men kanskje er det denne lavmælte tryggheten som, når den kombineres med heftig kritikk av kollegers manglende evne til å innrømme egen feilbarlighet, som kan provosere på seg en krakk...

– Du har reagert på legestandens selvsikkerhet og arroganse. Har du noen gang tenkt på at andre kan få inntrykk av at du synes du har funnet alle svarene, og at det kan være provoserende?

– Helt siden studietiden har jeg opplevd at enkelte har blitt sinte når jeg har sagt hva jeg tenker. Jeg har nok ofte vært veldig krass også, har prøvd ut nye meninger ved å snakke i store bokstaver. Man er mest bombastisk når man er usikker selv. Jeg har ikke alltid vært så klok og respektfull. Da jeg var yngre, måtte jeg ofte ha det i svart-hvitt-versjoner, enten-eller, for å klare å se mitt eget poeng. Enten tok jeg feil, eller jeg hadde rett. Dette var prøvetenkerens enkle alternativer. Og da måtte jo folk bli sinte. Etterhvert klarer jeg å se at jeg har et og annet poeng selv, uten å miste respekten for kollegene og den kompetansen de sitter med. Jeg er glad det finnes så mange grundige og seriøse leger som bruker sine krefter til å mestre den vanskelige medisinen i alt sitt teknologiske mangfold.

Men jeg synes fremdeles at medisinen som system og kultur, gjør det vanskelig for de lekne, de kunstneriske, de eksentriske og kloke, å spille ut sine individuelle ressurser i møte med pasientene. Jeg synes det er synd at dypt religiøse leger oppfører seg som en hvilken som helst ateist i konsultasjonen, fordi det sitter i ryggmargen at det er tabu med religiøse temaer i medisinen. Helt avgjørende fenomener på det åndelige helsenivået, for eksempel kjærlighet og religion, er tabuisert fordi vi har lært å være leger på en måte som gjør det irrelevant. Jeg har kommet til at det er den kulturelle tradisjonen vi får med oss fra utdannelsen som knebler oss som skapende og reflekterende enkeltpersoner. Den som har gjennomgått en lang og høyt ansett utdanning ender ofte med en ubevisst underkastelse for fagets autoritet. Jeg har iblant tatt meg selv i å oppføre meg som en ren kulturbærer, da er jeg ikke individuert og ansvarlig for det jeg gjør, jeg foretar bare standardvurderinger, som en fjernstyrt legerobot. Men når jeg kritiserer dette, er det lett å forstå at de som identifiserer seg med legekulturen og føler seg stolte over alt det gode de kan gjøre for sine pasienter, kan oppleve seg urettferdig stemplet.

– *Hvordan skal vi gripe dette an? Hvordan kan vi praktisk forbedre oss?*

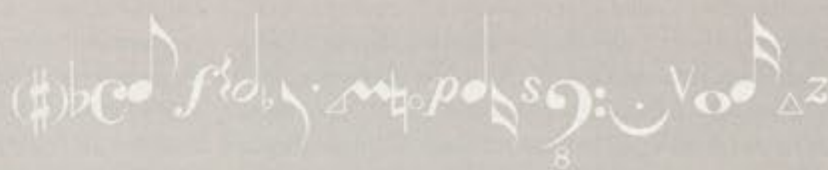
– Det er en utfordring som aldri tar slutt, som alltid skal få anspore hver enkelt av oss. Jeg tror vi må bli flinkere til å tenke oss inn i pasientens situasjon. Hvordan ville vi like å ha det hvis vi lå der selv i sengen? Hva slags doktor liker mor å gå til?

– *Det er jo snakk om å ha overskudd også...?*

– Det er helt riktig. Men du må jo først komme på muligheten av å streve deg inn i den andres perspektiv – og så kan du kjenne at i dag orker jeg ikke – og så lar du det være. Og det er helt greit. Det er nødvendig å tilgi seg selv når en ikke klarer å stille så godt opp. På kontordøren min henger et kort med et slagord jeg synes passer godt på meg: «What I like most about myself, is that I am so understanding when I do something wrong.» Man kan ikke leve ideelt, langt ifra. Men hvis du aldri streber etter å virkeliggjøre idealene, så forfaller du, og blir en ussel hjelper. Å leve seg inn i hvordan pasienten opplever det, er kanskje det nærmeste jeg kommer en nøkkel som låser opp døra. Hvis en prøver å se seg selv med den andres øyne må en bli ydmyk, for da vil en merke at det alltid er noe i pasientens opplevelse som kunne vært bedre og som kan lære meg noe til neste gang. Pasientens opplevelse må jo være vår fasit, eller?

– *Du referer et sted til teologen Hauerwas som sier at «medisinen er en moralsk kunstart». Medisinsk aktivitet bygger ikke på biologiske alene. Hva legger du i ordet kunstart i denne sammenhengen?*

– Det har med den estetiske dimensjon å gjøre. Jeg er tiltrukket av ny filosofi som prøver å finne forankring for en felles etikk i en sivilisasjon der Gud for mange ikke eksisterer. Hvordan kan du avgjøre hva som er rett og galt når det ikke finnes noen autoritet? Gjennom meningsmålinger? En estetisk dreining innebærer at etikken hviler på et estetisk fundament – i siste instans må mennesker avgjøre, gjennom dialog og refleksjon, hvilket av handlingsalternativene som kjennes godt, som virker mest harmonisk. I gammel gresk tenkning har de begrepet fronesis, som er den type kompetanse eller «intellektuell dyd» som lederen





av en stat eller en familie må ha, nemlig evnen til å ta gode beslutninger i menneskelige dilemmaer. Fronesis kan oversettes med praktisk visdom eller klokskap. Det er fronesis jeg tror legene trenger å dyrke ved siden av det tekniske. «Kommunikasjonsteknikk» kan i og for seg være sleipe triks som enhver svindler kunne ha nytte av. Legerollen er forførende. Det medisinske, det vil si det hjelpende, ligger i

at legen er etisk bevisst, og gjør sitt ytterste for at retorikken brukes til den andres beste.

All klinisk praksis er improviserende, og kvalitet henger nøye sammen med utøverens dømmekraft, fantasi og moral. Som lege vet du i utgangspunktet ikke hva diagnosen blir, og når du vet det, vet du allikevel ikke nøyaktig hva du skal gjøre, eller hva dette betyr for pasienten. Problemet med å være syk er jo knyttet til konsekvensene det får, ikke til diagnosen i seg selv. Hvis du skal være en god hjelper må du lære underveis, av pasienten, hva som er «problemet med problemet». Så må du og han finne på fornuftige tiltak. Dette er improvisasjon.

Vi er igjen tilbake til det musiske, improvisasjonen, rytmen. Satt på dagsorden av Filosofisk Poliklinikk, Edvin Scheis hjertebarn – et månedlig diskusjonsforum som er en frukt av hans visjon om at undring, skjønnhet og fellesskap gjør oss til bedre leger (se side 37).

Et nytt prosjekt høsten 2003 er Bergenhus Entusiastkor som han startet sammen med sin kone og sine to døtre. Koret har allerede hatt flere opptredener.

– Musikalitet er veldig utbredt, sier Edvin. Det har vi erfart i koret vårt – folk som ikke trodde de kunne synge kan det plutselig etter minimal opplæring. Et kor er en menneskelig oase. Vi bidrar gjerne med sang og humor i situasjoner der det lett oppstår irritasjon og sure miner, for eksempel i trengselen i køen til Fløibanen en søndag formiddag.

– *Det virker åpenbart at de musiske dimensjonene er helsebringende. Hvordan kan vi praktisk være med på å få fram det musiske hos pasientene?*

– En god samtale kan være en musisk happening. I allmennmedisinen kjenner vi folk over mange år. Etterhvert kan det bli muligheter til å inspirere folk til ulike former for sprell og galskap... Legen kan være en partner og alliert som viser folk respekt og bidrar til at de våger å ta i bruk seg selv og de forskjellige musiske dimensjonene. Jeg kan samtale med folk om det musiske ved å gå tur på Sandviksfjellet, lyset over Bergen by, susingen i skogen, rytmen i kroppen. Bare understreke det pasientene egentlig allerede vet. Men man må ha en relasjon for å bære den typen vekst og utprøving. Det kan være sårbart å uttrykke seg.

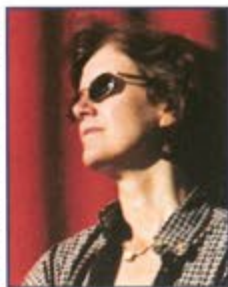
Det går mot slutten på denne filosofiske dobbelttimen med den lavmælte musiske rebellen i Sandviken. Familiens middagbord er i dag dekket hos naboen. Vi går ut i vårsola – og Edvin forlater huset uten å låse døra. Han avslutter vår samtale med troen på det gode: Ha tillit til verden – og lev som om det er grunn til det!

LEGER UTEN BEGRENSNINGER

AV TORHILD HALLRE I SAMARBEID MED BERIT E. ØHN

Torhild Hallre

har yrkeserfaringen sin fra 20 år med salg/ledelse i IT-bransjen. I tillegg sterk kompetanse innen karriereomstillingsprogrammer og ledelsesutvikling. Hun er utdannet Professional Co-Active Coach fra CTI og tilbyr coaching samt holder kurs/workshops i endringsledelse og yrkesvalg til privatpersoner og næringslivet. Ellers trener hun ryttere i «hvordan være den beste jeg er – hele tiden – under konkurransene»?



Hvordan har VI det i dag?

Når tok *du* deg sist tid til å kjenne etter – hvordan *du* egentlig har det?

Hvordan tar du vare på energien din – som bedriftsleder, som lege, som kollega, som veileder eller som privat person? Må det en krise til før du stopper opp – og finner ut hvordan du egentlig vil ha det? Hvordan har du det i dag? Hva skal til for å bremse før det går for langt – å sette i verk noen gode, velfungerende tiltak?

Velvære i jobben?

Du merker det når du møter dem. Mennesker som trives i jobben sin – og det de får deg til å føle i møte med dem. Du husker ikke det de sa eller gjorde, men det de fikk deg til å føle. Hvordan skapes slik karrierevelvære? Hvilke tilbud finnes mht. karriereutvikling og fornyelse i helse-sektoren?

En utslitt, overarbeidet doktor, fanget i systemet av endeløse oppgaver kan få og får hjelp. Leger og helsepersonell vi har vært i kontakt med, bekrefter at tilbud finnes for utslitte leger, for leger som sykemeldes, som har møtt veggen, som må repareres/ behandles før de kan fungere på nytt i jobben sin. Vi hører positiv omtale av Kollegahjelpen, Villa Sana/Modum Bad og andre kurstilbud.

Derimot sier de at i forkant av denne krisehåndteringen kjenner de ikke til mange tilbud. Det tys til gode venner, nær familie eller kollegaer, men sjelden til profesjonelle.

Hvordan bygges såkalt motgangstetelligens, balansemering og egen grensesetting? Er det på tide med litt proaktivt påfyll – før reparasjonskostnadene blir for høye?

Det har ikke vært skrevet mye om coaching og leger spesielt, selv om coaching stadig oftere nevnes i media og har fått fotfeste i Norge som en anerkjent profesjon når resultater skal oppnås. Coaching er etterspurt i næringslivet som et viktig verktøy til å nå både personlige og bedriftens målsetninger og i idretten har personlig coaching medvirket til edle medaljer.

Hva er coaching?

Coaching er et unikt samarbeid mellom en klient og en profesjonell coach. En systematisert dialog som utløser energi og utvikler evnen til å se nye perspektiver i stedet for begrensninger. En coach er trent til å lytte uten analyse av hensikter og til å stille spørsmål fremfor å gi uttrykk for sin mening. Slike gode coaching-spørsmål gjør at man går i dialog med seg selv og stimuleres til økt kreativitet og innsikt. Coaching fokuserer på aktiv handling og nåtiden – ikke på fortiden eller årsakssammenheng.

Coaching er ingen form for terapi eller behandling, ei heller konsulentvirksomhet. Til forskjell fra en rådgiver eller konsulent, lar en coach klienten selv finne sine svar. Coaching er annerledes enn både veiledning og mentoring fordi dette ofte impliserer en type lærer/elev situasjon. En coach



«Coaching makes your life sing to YOUR notes»

er en personlig suksessstrener som utfordrer, stimulerer og samtidig er helt upartisk, som tilbyr all sin fagkompetanse og evner samt spiller på hele sitt intuitive register for å støtte deg i dine målsetninger. Coaching er ikke noe «dikke-dikk», men fungerer som et treningsstudio for viljestyrken til å skape positiv energi. All fokus er på deg (kanskje sjelden vare for dagens travle helter).

Coaching generelt ble utbredt i 80-90-årene i USA der større bedrifter ofte har faste tilknyttede coacher og privatpersoner har sine Life Coaches. I Norge er coaching i rask utvikling både i organisasjons-Norge, på alle plan av idretts-Norge, i fagorganisasjoner og blant privatpersoner. God coaching krever læring og trening. Ledende læringsinstitusjoner har tatt dette på alvor og tilbyr internasjonale utdannelser og sertifiseringsordninger. Sertifiserte coacher er derfor en voksende yrkesgruppe også i Norge.

I USA er coaching utpekt som det mest virkningsfulle i utviklingen av medarbeidere og derved av en organisasjon uavhengig av industri/sector. I Norge har for eksempel BI nå en egen fagansvarlig for coaching og det er skrevet hovedoppgaver om emnet. VM-troppen har gitt de mentale trenerne «faste» plasser, og privatpersoner engasjerer en coach i egen regi.

Coaching «på blå resept»?

Coaching kan være en god resept på endringsledelse – i praksisen, i avdelingen, i hverdagen, i møte med hver pasient og i privatlivet. Forskjellige profesjonsforeninger har tilbudt sine medlemmer tilgang til kvalitetssikrede coacher. Mange ønsker seg et noe annerledes innhold i hverdagen, noe mer eller mindre – et sted der fremme. Men, dagen i dag er for hektisk til å starte prosessen. Hva

skal til før man tar affære? Lever vi i en fasade-verden av: Jo, takk bare bra!

Hvordan foregår coachingen?

De fleste avtaler først en prøvesamtale. Så en innledende 2-3 timers samtale der samarbeidet defineres og avtales, deretter coaching 3-4 ganger pr. måned (i møte eller pr. telefon). Din coach stiller deg til ansvar for dine uttalte valg, og det er kontinuiteten i coachingen som gir de beste resultatene.

Typiske coaching spørsmål

Hvordan møter du hverdagen din? Som lege, som teamleder, som partner i et fellesskap, hvilken innvirkning velger du å ha? Hva stimulerer du til? Hvilken spennvidde har du i din væremåte? Hva mener du, hva mener kollegaene dine, hva mener pasientene dine eller dine nærmeste?

«Du koker ikke ris med snakk!»

Hvordan er balansen mellom ditt medisinske arbeid og resten av livet ditt? Har du typiske Albert Åberg trekk og tenker «Jeg skal bare...»? Er du virkelig dedikert til egne valg? Tar du dine valg eller blir de til langs tilfeldighetenes landevei? Og når du hører den indre stemmen som antyder en beslutning eller valg – hva skjer da? Starter den mentale avtalen du gjør med deg selv et ras av; Ja, men...? Virkelig dedikasjon resulterer i noe du er eller vil være, ikke noe du gjør!

Vår påstand (som coach eller pasient) er at din holdning til deg selv, din arbeidssituasjon, ditt karriere-velvære innvirker på måten du møter meg, får meg til å føle der og da og i hvilken grad du påvirker meg til å klare å endre noe for meg selv slik at jeg positivt påvirker egen helse eller syk-

<i>Vanlige spørsmål:</i>	<i>Gode coaching spørsmål:</i>
Vil strategien din virke?	Hvor virkningsfull er strategien din?
Hvor effektive er dere som team?	Hva skal til for å doble kapasiteten?
Kan du håndtere konflikter som oppstår?	Hvordan kan du takle konflikter bedre?
Hva mener du?	Hva gjør at du mener dette?
Hva blir resultatet?	Hva vil det gi deg personlig?
Er du oppmerksom?	Hvordan vet du at du er oppmerksom?
Får du det til?	Hva må du si Ja til? Hva må du si Nei til?
Finnes det en løsning?	Hvor er løsningen?
Kan medarbeiderne stole på deg?	Hva kan de stole på når det gjelder deg?
Hva kan jeg bidra med?	Hvordan kan jeg gi deg best støtte?
Er du god til å oppsummere?	Hvordan vil du avslutte samtalen?

domsbilde. Mao. pasientenes behandling starter med doktoren. Hvor er du i denne sammenheng?

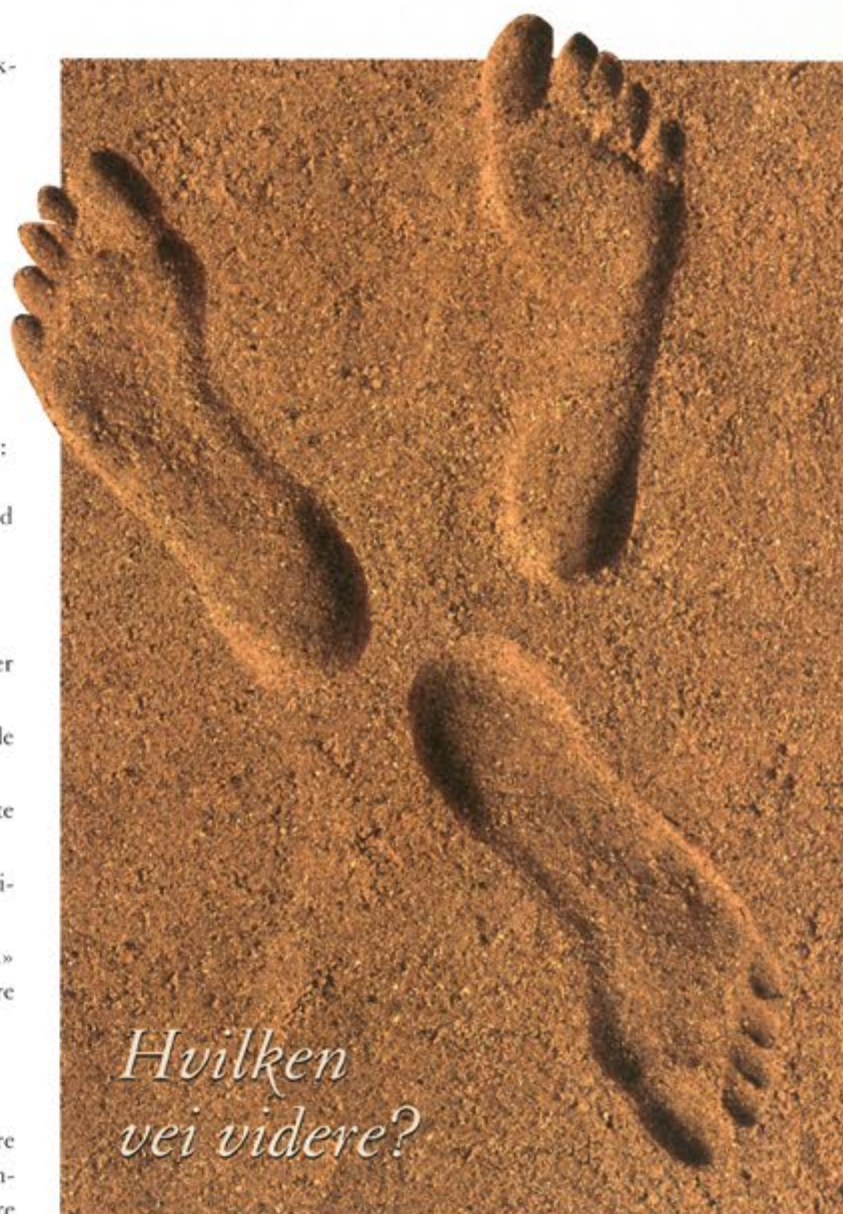
«En dag...» Yrkesmobilitet?

Det antydes at i USA er det mer enn 12 mill. mennesker som – av mange grunner – frivillig endrer sin yrkeskarriere hvert år. Det styrker landets økonomiske vekst, organisasjonenes produktivitet og individuell velvære. Hva skjer med deg hvis du vil det samme? Vi har spurt et ti-talls allmennpraktiserende leger om deres forhold til egen karriere. Noen av de vanligste utsagnene vi hørte fra de som faktisk ønsker en endring i karrieren er:

- «Jeg skulle gjerne, men jeg har betenkeligheter med å endre kurs nå, etter så lang erfaring på ett sted.»
- «Det ville påvirke så mange av de rundt meg.»
- «Mellomperioden vil være økonomisk utrygg.»
- «Det er greit med det man kjenner, selv om det ikke er så inspirerende lenger.»
- «Karriereomstillingsprogrammene er for omfattende og kostbare og virker myntet kun på næringslivet.»
- «Det ville nok føles som en ego-tripp hvis jeg realiserte det jeg gjerne vil.»
- «Det er så vanskelig å finne en dyktig erstatter i praksisen.»
- «Det er ikke tid i hverdagen til å finne gode løsninger.»
- «Neste år blir noe roligere, da skal jeg diskutere det med familien.»

Vareopptelling

I vår kontakt med andre som setter fokus på egen velvære enten i jobb eller privatliv, finner vi noen fellestrekk i underliggende holdninger og væremåte som virker sterkere



*Hvilken
vei videre?*

hos de som er godt fornøyde i sin nåværende karrieresituasjon, men også var det i sine tidligere stillinger. De utøver endringsledelse på sitt beste for ikke å si for sitt eget beste. De tar seg selv på alvor og har funnet støtte for sine spirende tanker. Vi kan si de har dyrket frem karrieremotstandskraft og jobblede og foretatt en vareopptelling og bevisstgjøring som ga trygghet for valgene.

Det ringer – tar du den?

Når signalene om uro/ubehag mht. til din jobbsituasjon eller livssituasjon frem til deg? Kroppen selv gir denne uroen og disse ubehagssignalene til vår bevissthet for å gi beskjed om at noe er i ubalanse (som en telefon som ringer, stadig sterkere etter hvert som vi faktisk ikke tar den). Dette skjer lenge før vi møter veggen i jobbsammenheng eller virkelig utvikler et sykdomsbilde. Hva blir konsekvensen for deg eller de rundt deg dersom vi kveler signalene med ennå mer aktivitet eller annen «medisin» for å døyve ubehaget?

Emosjonell selvbevissthet er evnen til å være i kontakt med og kjenne egne følelser og emosjoner. Det er lov å tenke på seg selv, ta vare på seg selv, bruke tid på seg selv og sette karrierevelvære i fokus. Vi kan lære å kjenne igjen de første signalene på uro/ubehag – høre at det ringer – ja, tillate oss å ta oss tid til å kjenne etter – for deretter kanskje å stille noen spørsmål til oss selv. Det gir mulighet for å finne svar og årsaken til vårt ubehag og, ikke minst, hva vi kan - og er villige til - å gjøre med ubehaget.

Dette kan dere alt om – men gjør dere noe med det?

Tre eksempler fra pågående coaching

A ønsket en upartisk sparringspartner (ikke familie eller kollegaer) for sine tanker om endringer i karrieren, dvs. en helt ny, delt jobbsituasjon delvis i klinikk og delvis utenfor. Sammen med coachen ble strategier for kommunikasjon med de berørte parter utarbeidet. Prosessen ble så gjennomført overraskende enkelt, og det i seg selv ga energi til å hente frem «gjemt» kreativitet som derved skapte større glede i privatlivet. Dette ga en bedre og balansert situasjon mht. jobb og fritid.

B visste godt hva hun drømte om, men var usikker på om hun torde gjennomføre et for henne kjempetort sprang, nemlig å forlate helsesektoren til fordel for oppstart av eget firma. Hun hadde gjort valget, men ønsket kompetanse om selve etableringen osv. og håndteringen av det praktiske, men også egen motivasjon. Hun er i dag godt i gang

med sitt nye firma og har funnet en god inntektskilde på tross av hva hennes egen indre kritiker fortalte henne.

C skal bare... få hodet litt over vannet, før han skal redusere på arbeidsmengden sin. Han er godt etablert, og vil ha mer tid til familien og er, når han tenker seg om, litt tilfeldig havnet der han er. Han føler han er dyktig, men ofte negativ i forhold til dagens gjøremål og sier det er ikke lett å beholde engasjementet. Smertefullt lærer han seg å si nei til enkelte ting. Triumferende har han nå fortalt at i løpet av neste måned er en ny partner på plass i praksisen. Coachingen har så langt dreiet seg mest om avklaring av verdier, valg av «perspektiv», samt ordet «nei».

Mer info?

Det finnes faktisk tusenvis av web-sider om coaching samt flere anerkjente læresteder som utdanner coacher. International Coaching Federation (ICF) godkjenner slike. The Coaches Training Institute (CTI) ble etablert i 1992 og er regnet som én av de ledende læringsinstitusjonene. De utdanner og sertifiserer såkalte Co-Active Coaches. Utenfor USA er Norge blitt ett av de mest aktive sentra for Co-Active Coaching. Ca. 300 har deltatt og ca. 120 har gjennomført utdannelsen hvorav ca. 10 er ferdig sertifiserte. Det finnes også sertifiserte coachere fra andre læresteder. Nordic Coach Federation (NCF) er den faglige foreningen for coacher i Norden. Deres visjon er å bygge opp, støtte og bevare integriteten i coaching-yrket i Norden.

Hvordan komme i kontakt med en coach? Vel det er omtrent som å finne seg en fastlege og på samme måte som med en trener (eller en lege) må du finne en du har tillit til. De fleste tilbyr uforpliktende prøvesamtaler, så du har lite å tape.

Lykke til med å leve *ditt* liv!

For mer info, ta en titt på:

ICF www.coachfederation.com

CTI www.thecoaches.com

NCF www.nordiccoaches.org

Carecom www.carecom.no

The Turning Point AS www.theturningpoint.no

Søk generelt på coaching eller co-active coaching.

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

Det er vanskelig å lære en gammel hund å sitte. Gammel vane er vond å vende. Leger arbeider i en verden som er i kontinuerlig endring. Ny viten kommer til og gammel forkastes. Men ny kunnskap endrer likevel vår adferd lite. Vi gjør som vi er vant til. Hvorfor er det slik og hvordan kan man «bygge bro mellom forskning og praksis». Signe Flottorp har skrevet en doktorgrad om emnet, «Best possible practice», publisert i oktober 2003 (8).

Å bygge bro mellom forskning og praksis

Effekten av skreddersydde intervensjoner for å implementere retningslinjer for urinveisinfeksjoner og sår hals

AV SIGNE FLOTTORP

Som pasient ville jeg ønske å få empatisk omsorg og god behandling basert på den beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap. For mange kliniske problemer er det imidlertid et gap mellom evidensbasert kunnskap og rådende praksis (1;2). Både i første- og andrelinjetjenesten er det en stor variasjon i praksis som ikke kan forklares ved at pasientene er forskjellige. Behandlingen som pasienter får avhenger i stor grad av hvilken lege de kontakter.

Det er vanskelig for den enkelte lege å sikre at praksis er tilstrekkelig kunnskapsbasert. Flommen av medisinsk informasjon er overveldende. Allmennpraktikere har i liten grad vært utstyrt med systemer som sikrer at god evidensbasert informasjon er tilgjengelig i konsultasjonene (3). Kliniske retningslinjer er et forsøk på å destillere store mengder medisinsk informasjon til et praktisk nyttig verktøy for daglig praksis (4). De fleste leger er positive til retningslinjer, men undersøkelser har vist at publisering og utsending av retningslinjer alene sjelden fører til endret praksis (5;6).

I tillegg til problemene med informasjon og kunnskap, er det en rekke andre årsaker til at det er en avstand mellom forskningsbasert kunnskap og praksis. Det er gjennomført flere undersøkelser om effekten av ulike tiltak for å forbedre praksis, men vet vi fortsatt for lite om hva som bør gjø-



Signe Flottorp (49),
Fastlege Klemetsrud legesenter.
Forsker ved Avdeling for helse-
tjenesteforskning, Nasjonalt
kunnskapssenter for
helsetjenesten.

res for å sikre at pasienter får best mulig behandling (7). Flere teorier om endring av profesjonell atferd indikerer at tiltak for å forbedre praksis er mer effektive hvis de baseres på kjennskap til faktorer som kan hindre eller fremme praksis.

Jeg har gjennomført en studie i fire faser for å forsøke å bidra til å bygge en bro mellom forskning og praksis (8). De fire fasene i arbeidet var:

1. Utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer for vannlatingplager hos kvinner og sår hals (9;10)
2. Identifisering av mulige barrierer mot gjennomføring av retningslinjene og utvikling av skreddersydde retningslinjer for å motvirke disse hindringene (11)

3. En klyngerandomisert studie i 142 legekantor for å teste effekten av de skreddersydde intervensjonene på bruk av laboratorieprøver, antibiotika og telefonkonsultasjoner (12)
4. Prosessevaluering med kvalitativ analyse av data samlet under studien og ved spørreundersøkelser til legekantorene for å finne årsaker til den sparsomme effekten av intervensjonene (13)

Hovedhypotesen for studien var at skreddersydde intervensjoner er mer effektive enn publisering av retningslinjer alene for å bedre praksis ved diagnostikk og behandling av vannlatingsplager hos kvinner og sår hals.

Retningslinjer for vannlatingsplager hos kvinner og for sår hals

Fortsatt blir retningslinjer ofte utviklet på tradisjonell GOB-SAT (Good Old Boys Sat At Table) måte (14). Slike retningslinjer bygger ofte på ekspertmeninger, ulike retningslinjer gir gjerne sprikende anbefalinger, og de mangler ofte henvisninger til forskning som begrunnelse for anbefalingene. Jeg kunne ikke finne evidensbaserte retningslinjer da jeg startet prosjektet. Jeg utviklet derfor retningslinjer for diagnostikk og behandling av akutte vannlatingsplager hos kvinner i alderen 16–55 år og av sår hals i samarbeid med veilederen for prosjektet, Andy Oxman, og en referansegruppe i NOKLUS (9;10). Retningslinjene er basert på et systematisk søk etter relevant forskningsbasert litteratur, kritisk vurdering av denne forskningslitteraturen og en faglig konsensusprosess. Utkastet til retningslinjer ble sendt til bred høring, og jeg gjennomførte fokusgrupper med pasienter og medarbeidere for å få kommentarer til retningslinjene. Vi graderte nivået på dokumentasjonen og styrken av anbefalingene etter eksplisitte kriterier som vi utviklet i forbindelse med dette prosjektet (15). Artikkelen om retningslinjene er tilgjengelige via Tidsskriftets hjemmesider, og inneholder omtale av grunnlaget for anbefalingene.

HOVEDPOENGENE KAN OPPSUMMERES SLIK

Vannlatingsplager hos kvinner:

- Sannsynligheten for at en kvinne med symptomer på blærekatarr har bakterier i urinen er 80 prosent. Etter en negativ urinstrimmelundersøkelse er sannsynligheten fortsatt vel 50 prosent.
- Behandling med antibiotika ser ut til å gi raskere symptomlindring, men det er begrenset dokumentasjon fra noen få placebokontrollerte studier. Befolkningsbaserte studier viser at mange kvinner med symptomer på urinveisinfeksjon ikke oppsøker lege.
- Kvinner med typiske symptomer på urinveisinfeksjon kan få behandling uten undersøkelse av urinen.

- Kvinner som har hatt urinveisinfeksjon tidligere kan tilbys behandling over telefon.
- Kvinner med atypiske symptomer bør vurderes av lege.

Sår hals:

- Halsinfeksjoner er selvbegrensende, komplikasjonene er sjeldne og plagene ofte milde til moderate.
- Penicillinbehandling forkorter symptomvarigheten og reduserer risikoen for komplikasjoner, men slik behandling har også bivirkninger og øker risikoen for reinfeksjoner.
- Sår hals skal vanligvis behandles symptomatisk uten antibiotika, også stoptokokktonsilitter. Pasienten kan få informasjon og råd over telefon. Rutinemessig bruk av halsprøver er ikke nødvendig.
- Antibiotikabehandling er aktuelt i alvorlige tilfeller eller hvis pasienten ønsker det, men bør bare brukes ved streptokokktonsilitt.

Ingen av anbefalingene er gradert A (sterk anbefaling), men enten B (moderat) eller C (svak). For noen av anbefalingene manglet solid dokumentasjon, og derfor kunne ikke anbefalingene graderes som sterke. Anbefalingen om ikke å behandle sår hals med penicillin er basert på god dokumentasjon, men fordi anbefalingen er basert på en avveining av fordeler og ulemper ved å behandle, vil det være rom for ulike vurderinger i ulike situasjoner.

Utvikling av skreddersydde intervensjoner

Vi støttet oss ikke til noen bestemte teorier, men brukte elementer fra en rekke ulike teorier om læring og om endring av atferd når vi skulle utvikle intervensjoner for å støtte implementeringen av retningslinjene. Vi brukte også resultatene fra systematiske oversikter over studier om endring av praksis. Basert blant annet på fokusgruppeintervjuer med allmennpraktikere om hindringer for rasjonell bruk av laboratorieprøver, utviklet vi en sjekkliste med 12 kategorier av mulige hindringer for å endre praksis (16). Vi brukte denne sjekklisten i en pragmatisk og repeterende prosess som inkluderte gjennomgang av litteraturen, brainstorming, fokusgruppeintervjuer med medarbeidere og pasienter, en pilotstudie og smågruppediskusjoner og uformelle intervjuer med leger som var med i prosjektet.

Vi fant en rekke hindringer for gjennomføring av retningslinjene. Vansker ved å forandre sammensatte rutiner som involverer både pasienter, medarbeidere og leger, tap av inntekt ved telefonkonsultasjoner, frykt for å overse alvorlig sykdom, antatte og virkelige forventninger fra pasientene og manglende kunnskap om dokumentasjonen bak anbefalingene var viktige utfordringer ved implementering av retningslinjene.



Vi utviklet og gjennomførte et sett med intervensjoner for å motvirke disse hindringene

- brosjyre med pasientinformasjon i elektronisk format og i plakatform
- kortversjon av retningslinjene i elektronisk format, og i plakatform
- databasert program for å gi påminnere og beslutningsstøtte under konsultasjonene
- økt takst for telefonkonsultasjoner (fra 22 til 50 kroner)
- trykket materiell for å sette i gang diskusjoner og støtte endringsprosesser på legekontoret
- kurs for leger og medarbeidere med smågruppediskusjoner
- poeng for legene til videre- og etterutdanningen i allmennpraksis for deltakelse i prosjektet.

Effekten av de skreddersydde intervensjonene

Undersøkelsen som vurderte effekten av intervensjonene vi hadde utviklet er beskrevet i en artikkel som er fritt tilgjengelig på internett (12). Fordi vi i samarbeid med Mediata hadde utviklet et dataprogram for dette prosjektet som bare fungerte i forhold til WinMed, ble undersøkelsen gjennomført i legekontor som brukte dette journalsystemet. Vi laget en liste med en tilfeldig rekkefølge over de 323 legekontorene som brukte WinMed høsten 1999. Vi kontaktet 292 av disse legekontorene. Av disse takket 170 legekontor ja til invitasjonen, men noen falt fra før forsøket startet. I alt ble 142 legekontor randomisert til å motta støtte for å gjennomføre retningslinjer for diagnostikk og behandling av enten urinveisinfeksjoner hos kvinner (72 legekontor) eller sår hals (70 legekontor). Kontorene som fikk støtte for gjennomføring av retningslinjer for sår hals, var kontrollgruppe for kontorene som fikk støtte for gjennomføring av retningslinjer for urinveisinfeksjoner, og omvendt.

Vi hentet ut data fra WinMed med to separate dataprogrammer som vi utviklet i samarbeid med Mediata (17;18). Dataprogrammet som ble benyttet som beslutningsstøtte ble trigget av relevante ICPC-koder. Det kom da opp et

skjerm bilde med et spørreskjema. Programmet genererte råd om diagnostikk og behandling basert på den informasjonen som legen eller medarbeideren la inn i skjemaet. Det var også mulig å sjekke retningslinjer og skrive ut pasientinformasjon via disse «pop-up»-bildene. Dette programmet var ikke i bruk ved alle kontorene i hele forsøksperioden. Vi utviklet og benyttet derfor dataprogrammet Qtools for å trekke ut data direkte fra WinMed. Dataprogrammene ble sendt til legekontorene på diskett og ble installert av legekontorene selv. Data ble samlet 18 uker før og etter intervensjonene. Jeg sammenliknet forskjellen mellom intervensjons- og kontrollgruppene i bruk av antibiotika, laboratorieprøver og telefonkonsultasjoner før og etter intervensjonen for pasienter med sår hals, og for kvinner med urinveisinfeksjoner.

Jeg måtte ta hensyn til at det var legekontorene som var randomisert, og ikke pasientene, da jeg skulle beregne hvor mange legekontor som det var nødvendig å ha med i undersøkelsen, og ved de statistiske analysene for å vurdere effekten av intervensjonene. Det kalles en klyngerandomisert studie når intervensjonen gjøres på et gruppenivå (her legekontoret), mens data samles inn på et annet nivå (de enkelte konsultasjoner). I slike studier er det rimelig å forvente at variasjonen i hvordan pasienter blir behandlet delvis kan forklares av tilknytning til et bestemt legekontor.

Tretten legekontor i vannlatingsgruppen og ni i sår hals gruppen falt fra etter randomisering, blant annet fordi det var tekniske problemer ved bruk av dataprogrammene. Til hovedanalysen fikk vi data fra 57 av 72 legekontor i vannlatingsgruppen, og 56 av 70 legekontor i sår hals gruppen. Jeg samlet data for i alt 16939 konsultasjoner for sår hals, og 9887 konsultasjoner for urinveisinfeksjoner.

Jeg fant bare en liten effekt av intervensjonene; det var 3 prosent reduksjon i bruk av antibiotika for sår hals, og 5 prosent reduksjon i bruk av laboratorieprøver for kvinner med urinveisinfeksjon sammenliknet med kontrollgrup-

pen. Det var ingen forskjell mellom gruppene i de andre utfallene.

Både når det gjaldt bruk av antibiotika, bruk av laboratorieprøver og bruk av telefonkonsultasjoner, var det svært stor variasjon i praksis mellom legekantorene, og det var også stor variasjon når det gjaldt forandring i praksis før og etter intervensjonen.

Prosessevaluering av forsøket

Jeg gjennomførte en prosessevaluering for å undersøke i hvilken grad intervensjonene faktisk ble gjennomført på legekantorene, for å finne årsaken til den minimale effekten av intervensjonene og for å identifisere faktorer som kunne forklare forskjeller i endring blant legekantorene (13). Undersøkelsen var basert på observasjoner, spørreskjemaundersøkelse og telefonintervju med deltakerne.

De fleste legekantorene var enige i retningslinjene. 44 prosent av legekantorene rapporterte at de hadde problemer med telefonrutinene som gjorde det vanskelig å øke bruken av telefonkonsultasjoner. 13 prosent av legekantorene hadde store problemer med intern kommunikasjon basert på våre observasjoner, og det var vanskelig å få gjennomført prosjektet i 25 prosent av legekantorene. De fleste legekantorene hadde ikke problemer ved bruk av dataprogrammet som ble benyttet i prosjektet, og bare 7 prosent syntes det var vanskelig å fylle ut spørreskjemaet som kom frem under relevante konsultasjoner. Dataprogrammet for beslutningsstøtte ble brukt i 2418 av 5031 konsultasjoner for sår hals (48 prosent), og i 703 av 2522 (28 prosent) konsultasjoner for urinveisinfeksjoner. Den økte taksten for telefonkonsultasjoner ble benyttet i 11 prosent av konsultasjonene.

Ingen enkeltfaktor og heller ikke noe samlet sett av faktorer forklarte den observerte variasjonen i endring blant legekantorene. Den mest sannsynlige forklaringen på den sparsomme effekten jeg fant var den passive karakteren av intervensjonene og mangel på tid. Vi hadde ikke ressurser til å motvirke alle hindringene til endringer som var identifisert. Travelheten i daglig praksis gjorde det vanskelig for deltakerne å sette av tid for å diskutere retningslinjene og få til en endring i rutinene.

Oppsummering

I denne studien fant jeg bare en liten effekt av skreddersydde intervensjoner som var systematisk utviklet for å overkomme hindringer til gjennomføring av retningslinjene i praksis.

Jeg fant stor variasjon i praksis mellom legekantorene når det gjaldt bruk av antibiotika, laboratorieprøver og telefonkonsultasjoner både for kvinner med symptomer på urin-

veisinfeksjon og for pasienter med sår hals, og det var stor variasjon i graden av endring før og etter gjennomføringen av intervensjonene.

Det er vanskelig å forandre praksis, og store forandringer på kort tid er uvanlig. Derfor er det nødvendig å bruke rigorøse metoder for å evaluere effekten av tiltak for å kvalitetsforbedre praksis. Det er et paradoks at det er så lite ressurser tilgjengelig for å utvikle og evaluere gode tiltak for å forbedre praksis og sikre at pasienter får best mulig behandling, mens store beløp sløses bort på ineffektive behandlingsformer og ineffektive metoder for videreutdanning og kvalitetsforbedring.

Signe Flottorp ønsker også å benytte anledningen til å takke alle som har gjort denne studien mulig.

Litteratur:

- Wennberg J, Gittelsohn. Small area variations in health care delivery. *Science* 1973; 182: 1102-8.
- Rutle O, Forsén L. Allmennpraksis - tema med variasjonar. Ein analyse av årsakene til ulike arbeidsmåtar i primærlegegenesta. Rapport nr. 8/1984. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning, SIFF, 1984.
- Smith R. What clinical information do doctors need? *BMJ* 1996; 313: 1062-8.
- Institute of Medicine. In: Field MJ, Lohr KN, editors. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington: National Academy Press, 1992.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Aberdeen: Health Services Research Unit, University of Aberdeen, 2002.
- Hetlevik I, Holmen J, Kruger O, Høien A. Fifteen years with clinical guidelines in the treatment of hypertension - still discrepancies between intentions and practice. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15:134-40.
- Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001; 39(8 Suppl 2): I12-45.
- Flottorp S. Best possible practice. A cluster randomised trial of tailored interventions to support the implementation of guidelines for urinary tract infections and sore throat. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 2003.
- Flottorp S, Oxman AD, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, Vorland LH. Retningslinjer for diagnostikk og behandling av akutte vannlatingsplager hos kvinner. *Tidsskr Nor Legeforen* 2000; 120: 1748-53.
- Flottorp S, Oxman AD, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, Vorland LH. Retningslinjer for diagnostikk og behandling av sår hals. *Tidsskr Nor Legeforen* 2000; 120: 1754-60.
- Flottorp S, Oxman AD. Tailoring interventions to improve the management of urinary tract infections and sore throat: a pragmatic study using qualitative methods. *BMC Health Serv Res* 2003; 3:3.
- Flottorp S, Oxman AD, Håvelsrud K, Treweek S, Herrin J. Cluster randomised controlled trial of tailored interventions to improve the management of urinary tract infections and sore throat. *BMJ* 2002; 325: 367.
- Flottorp S, Håvelsrud K, Oxman AD. Process evaluation of a randomised trial of interventions to implement guidelines in primary care - why is it so hard to change practice? *Fam Pract* 2003; 20:333-9.
- Miller J, Petrie J. Development of practice guidelines. *Lancet* 2000; 355: 82-3.
- Oxman AD, Flottorp S, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, Vorland LH. Nivået på dokumentasjonen og styrken av anbefalingene i kliniske retningslinjer. *Tidsskr Nor Legeforen* 2000; 120: 1791-5.
- Oxman AD, Flottorp S. An overview of strategies to promote implementation of evidence-based health care. I: Silagy C, Haines A, red. Evidence-based practice in primary care. London: BMJ Publishing Group, 2001: 101-19.
- Treweek S, Flottorp S, Oxman A. Improving the quality of primary care through tailored interventions and customisable software linked to the electronic medical records. *Health Informatics Journal* 2000; 6: 212-8.
- Treweek S, Flottorp S. Using electronic medical records to evaluate healthcare interventions. *Health Informatics Journal* 2001; 7: 96-102.

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

DISTRIKTSMEDISIN

– veiviser og lokomotiv i utviklingen av morgendagens helsetjeneste

AV ANETTE FOSSE

Distriktsmedisinsk senter, sykestue, nærsykehus, kommunehospital, halvannelinjetjeneste, gråsoner, samhandlingsarena, felles akuttmottak... mange begreper svirrer i luften, og «alle» snakker om å fylle gapet som er oppstått mellom første- og andrelinjetjenesten, slik at vi kan få «en sømløs helsetjeneste».

Men innholdet i begrepene varierer avhengig av hvem som bruker dem. Det medfører en uryddig diskusjon. Avhengig av om man spør en helsebyråkrat i departementet, en sykehusforetaksleder, en sykehuslege, en primærlege eller en lokalpolitiker vil det dessuten være ulike vurderinger av hvilke problemer som bør løses av hvem, hvor og hvordan.

Våren 2003 kom Sosial- og Helsedirektoratet med rapporten Distriktsmedisinske Senter (DMS) (1), og 8. mai stilte FrPs John Alvheim følgende spørsmål til helseministeren i Stortinget: «Ser statsråden for seg at enkelte lokalsykehus uten akuttberedskap kan bli omgjort til distriktsmedisinske sentre?» (2).

I løpet av høsten 2003 ble det avholdt flere konferanser og seminarer som berørte «gråsonen»: KS-konferansen «Sykehusreformen – en blåmandag for lokalsykehusene?», der et av temaene var «Distriktsmedisinske sentre – helsebyråkraternes lokalsykehus?», NSHs høringskonferanse om Distriktsmedisinske senter, Distriktsmedisinsk workshop under Nidaroskongressen, og kurs for praksislærere i Tromsø. Disse har bidratt til en viss rydding i feltet, slik at diskusjonene etter hvert kan bli konstruktive og kanskje føre til gode løsninger. Det er imidlertid fortsatt noen områder som det kan være nyttig å gå nærmere inn på:



Anette Fosse

Spesialist i allmennmedisin, Øvermo Legesenter, Mo i Rana. Fastlege for 906 innbyggere, sykehjemslege, styremedlem i Helgelandssykehuset HF, kommunestyremedlem for SV i Rana kommune.

1. Hva er innholdet i de ulike «halvannelinjeløsningene»?
2. Hva er distriktsmedisin?
3. Hvem er/bør være premissleverandører?
4. Hva slags helsetjeneste trenger vi?

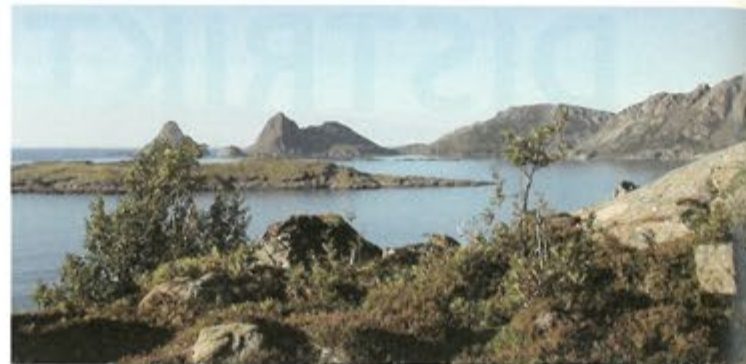
Hva er innholdet i de ulike «halvannelinjeløsningene»?

Det finnes ingen fasitsvar på dette spørsmålet, men jeg vil her gi min personlige fortolkning av ulike løsninger, inspirert av diskusjonene på høstens konferanser:

- **Distriktsmedisinsk senter:** Det finnes ulike varianter, de fleste innebærer en samlokalisering av primærhelsetjeneste og ambulante sykehusspesialister, gjerne i felles lokaler med fysioterapi, sykehjem, eventuelt også sykestuesenger/fødestue. Noen drives av kommunen, og er basert på primærhelsetjenesten. Andre er hovedsakelig sykehusdrevet, med fokus på poliklinikk- og dagbehandlingsvirksomhet.

- **Sykestue:** Godt, gammelt begrep. Drives vanligvis av kommunen og primærlegene, men med systemansvar på sykehusnivå. Ytter akuttbehandling før transport til sykehus, kan behandle enklere tilstander slik at man unngår sykehusinnleggelse, og gir mulighet for tidlig tilbakeføring av sykehuspasienter.

- **Nærsykehus:** Nytt begrep fra helsebyråkratområdet, ikke ferdig definert. Sannsynligvis et slags indremedisinsk lokalsykehus, kanskje anestesiserive, uten kirurgisk avdeling,



men med ambulerende spesialisttilbud. Noen ser for seg at allmennlegene skal aktivt inn i vaktjenesten på nærsykehuset. Er tenkt å erstatte noen av dagens tredelte lokalsykehus.

- *Poliklinikk i distrikt*: Sykehusspesialist med utekontor, uten spesielt samrøre med primærhelsetjenesten.
- *Kommunehospital*: Engelsk modell, sykestuelignende, men kan ligge i by og i nærheten av sykehus, allmennlegedrevet i samarbeid med lokalsykehuset.
- *Felles akuttmottak*: Legevakt og mottakelse som en enhet med felles lokaler og felles personale, der legevaktlegen har tilgang på observasjons-senger og noe av sykehusets diagnostiske utstyr.

I tillegg til ovennevnte modeller, kan man tenke seg enklere løsninger som for eksempel sykehjem med observasjons-senger, ekstra utstyr og bemanning, slik at de kan behandle noe mer avansert enn vanlige sykehjem. Tilgang på lab, evt. røntgen og tilpasset bruk av telemedisin er ønskelig ved alle de ulike modellene.

Hva er distriktsmedisin?

Tradisjonelt forbinder vi begrepet distriktsmedisin med Doktoren i bygda, han som jobbet døgnet rundt, kom når det trengtes, hadde kunnskap om alt og alle og fant lure løsninger på de mest sammensatte problemer. Etter 1984 forsvant distriktslegen, og begrepet distriktsmedisin gikk inn i en dvale som varte i mange år. Allmennmedisinen har vokst seg sterk i byene – på bekostning av distriktene vil mange hevde. Rekrutteringsproblemer til legearbeid i distrikt har vært kroniske. Men nå gror det fram et engasjement og en bevissthet om de spesielle utfordringene allmennlegene i distrikt står overfor. Nettverksbygging og en systematisk synliggjøring av hvilke kunnskaper og ferdigheter som trengs i tillegg til vanlig allmennmedisinsk kunnskap er nødvendig for å sikre faglig kvalitet, rekruttering og stabilitet. Dette har bl.a. ført til prosjektet med ressurskommuner knyttet til Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø, og til planleggingen av Nasjonalt kompetansesenter for distriktsmedisin i Tromsø. I denne sammenhengen

er altså begrepet distriktsmedisin knyttet til primærhelsetjenesten som en kombinasjon av allmenn- og samfunnsmedisin i et avgrenset område, oftest langt fra sykehus, der legen som regel bor og er en del av det lokalsamfunnet hun utøver sin legegjerning i.

Distriktsmedisin er «allmennmedisin med noko attåt». Fordi allmennmedisin i distrikt må strekke seg både faglig og praktisk, og i større grad må ta hensyn til lokalsamfunnets sammenhenger, blir det her vi kan se rammene for hva som er mulig å gjøre i allmennpraksis. Distriktsmedisinen bør derfor kunne danne mal for allmennmedisinsk tenkning, og bør bli et viktig satsingsområde som også engasjerer forskere og legestudenter (fig. 1).

Begrepet distriktsmedisin er imidlertid de senere årene blitt brukt i en helt annen sammenheng: Distriktsmedisinsk senter (DMS), som spissformulert kan oppfattes som nærmest det motsatte av den opprinnelige betydningen av distriktsmedisin (primærhelsetjeneste med bredt fokus på individ og lokalsamfunn). DMSene er spesialisthelsetjeneste flyttet ut i distrikt, altså en slags poliklinikk langt fra sykehus, med innebygget fragmentert sykehustenkning.

Figur 1

Hvorfor distriktsmedisin?

⌘ Allmennmedisin i distrikt må sprengre grenser – noe å strekke seg etter.

⌘ I medisinen verden er allmennmedisinen fagets distrikt.

⌘ Bør bli et lokomotiv for den brede, helhetlige allmennmedisinen med forankring i lokalsamfunnet

Med disse to relativt motstridende betydningene av begrepet blir det nødvendig å holde tunga rett i munnen når vi skal diskutere satsing på distriktsmedisin: er det den helhetstenkende primærmedisin vi vil styrke, eller er det sykehusmedisin ut til folket som er målet?

Navnet er ikke det viktigste, men innholdet. Og da er det viktig å vite hvem som snakker når ordet distriktsmedisin brukes – helsebyråkraten i direktoratet mener antagelig DMS-betydningen, mens kommunelegen i Vesterålen tenker på den «gamle» betydningen. Det de egentlig snakker om, er ulik vektlegging av balansen mellom primærmedisin og sykehusmedisin. Det er helt nødvendig med en bevisst holdning til hva slags helsetjeneste vi ønsker når vi skal bygge opp nye tilbud eller endre eksisterende organisering. Vi ønsker å finne fram til gode, jevnbyrdige samhandlingsarenaer mellom første- og annenlinjetjenesten. Da er det viktig hvem som er premissleverandører i den videre oppbyggingen av helsevesenet.

Premissleverandørene

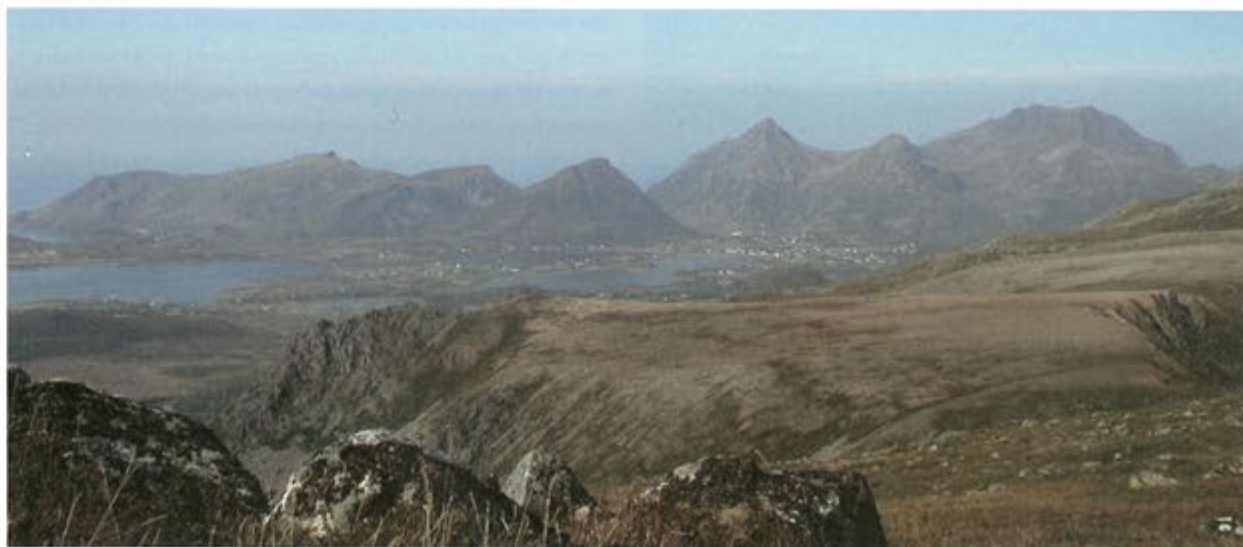
Det er pasientene og primærhelsetjenesten som er brukerne av annenlinjetjenestene, og det bør være primærhelsetjenesten og lokalsykehusnivået som utreder og behandler de fleste lidelser. Likevel finnes de tyngste premissleverandørene i utformingen av helsetjenestene i tredjelinjen i sentral- og universitetssykehusmiljøene og i byråkrati og administrasjon på nasjonale og regionale nivåer. Det har så langt vært liten lydhørhet overfor innspill fra grunnplanet. Dette fører til løsningsforslag som ikke har fotfeste lokalt, og dermed blir vanskelige å gjennomføre. Det fører sannsynligvis også til dyrere helsetjenester fordi fokus er på tredjelinjens behov, og man følger dermed ikke LEON-prinsippet. Det har vært mye snakk om desentralisering av spesialisthelsetjenester de siste årene, men faktum er at i samme periode

har sentralsykehus og universitetssykehus fått en stadig økende andel av helsekronene, altså en sentralisering av ressursene. Dette er en direkte konsekvens av at premissene for fordeling av midler dikteres fra toppen av helsepyramiden, der utsynet er kikkertaktig og fragmentert, og der de vanlige, hyppige lidelsene enten er sjelden vare, eller de er høystatussykdommer med stor interesse for kvistspesialistene. Mens kronikere med lavstatussykdommer, som ofte kunne fått betydelig bedre behandling og omsorg med enkle, ikke så kostbare tiltak i primærhelsetjenesten eller lokalsykehus, blir oversett. Dette til tross for at politikere og byråkrater samstemmig har hevdet at de vil satse på kronikerne. Det er derfor ikke likegyldig hvem man velger som premissleverandører, og bevisstheten rundt dette er avgjørende for hva slags helsetjeneste vi får.

Hva slags helsetjeneste trenger vi?

Pasientene ønsker gode helsetjenester så nært som mulig når det haster, de vil velge fritt og kan gjerne reise et stykke for enkle, elektive inngrep, men vil samtidig ha nærhet og kontinuitet dersom langvarig eller alvorlig sykdom rammer.

Det hersker ingen uenighet om at det økende gapet mellom første- og annenlinjetjenesten er en av utfordringene i organiseringen av helsevesenet. Økende spesialisering og sentralisering i sykehusfagene har ført til at stadig flere funksjoner og tilbud flyttes bort fra lokalsykehusene og inn i de store sykehusene. Inne i de store sykehusene er hver avdeling subspecialisert, slik at gamlemor med uklare symptomer og flere ulike lidelser må flytte rundt mellom ulike poster for å få utredningen gjort, og ingen har fokus på hele henne. I de mindre lokalsykehusene er forholdene enklere og mer oversiktlige, og det er fullt mulig å få gjort de fleste nødvendige utredninger og behandling av vanlige lidelser



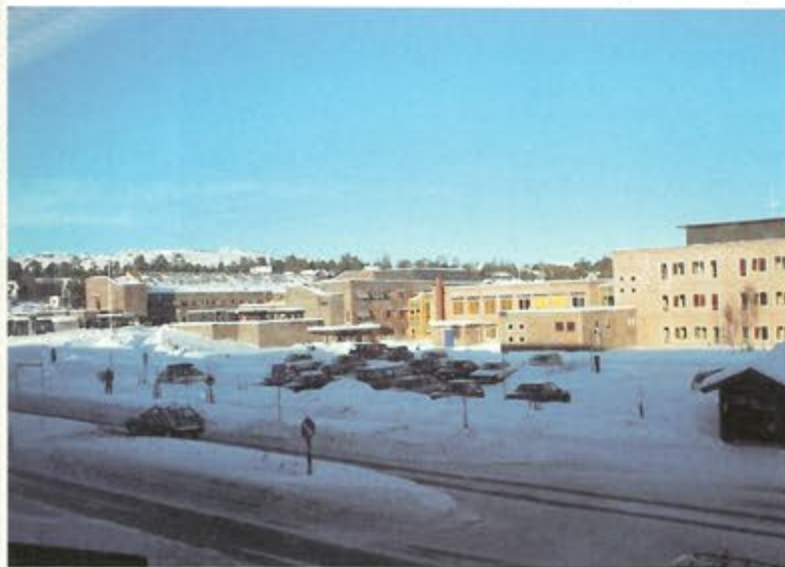
der. Men helseforetakenes svar på konsekvensene av sentralisering og spesialisering er ikke å videreutvikle og styrke generalistene og lokalsykehusfunksjonene, men å tenke ut nye modeller der primærlegene skal overta mer og mer av lokalsykehusfunksjonene. En slik overføring av oppgaver fra sykehusforetak til kommunenivå kan være faglig begrunnet i noen tilfeller, men er hovedsakelig økonomisk motivert fra foretakene, som kun skal ta hensyn til egne budsjetter. Vi er midt i svartepersillet...

Allmennlegene, derimot, ønsker et godt lokalsykehusstilbud som basis i annenlinjen (3), der sykehusgeneralister tar hånd om de hyppigste, vanligste sykehuskrevende tilstandene så nært pasientenes bosted som mulig, og der det ligger godt til rette for samhandling mellom nivåene pga nærhet og kjennskap til hverandre. Gode generelle lokalsykehusavdelinger bør derfor også finnes i de store sykehusene. Det er vanskelig å se for seg hvordan et DMS skal kunne erstatte dagens lokalsykehusstilbud. Enkle, elektive sykehus-tjenester kan til en viss grad desentraliseres gjennom ambulerende spesialister til DMS og lignende, og kan i enkelte tilfeller bli et bredt og sammensatt tilbud om polikliniske tjenester langt fra sykehus. Telemedisin er fremmet som løsningen på store avstander, men har vel etter hvert vist seg å ha en del begrensninger som innebærer at det i de fleste sammenhenger er vanskelig å bruke telemedisin til å erstatte fysiske spesialister.

Tanker videre

«En sømløs helsetjeneste» høres besnærende ut, og virker umiddelbart som et godt mål å ha for øyet. Men vi må vokte utviklingen slik at vi ikke samtidig får «en grenseløs helsetjeneste».

Alta Helsesenter – fremtidens spesialisthelsetjeneste i distriktene



De mange forslagene for å tette det økende gapet mellom første- og annenlinjen er spennende, og fortjener oppmerksomhet. Ingen aktører bør sette seg på bakbeina i utgangspunktet. Men det er ikke likegyldig hvem som er premissleverandører. Alle de ulike løsningene har fordeler og ulemper som vil bidra til å endre også andre deler av helsetjenesten i området, og dette må man ha et bevisst forhold til.

Mange steder i Norge er det langt til nærmeste sykehus. Det har vært hovedgrunnen til å bygge opp distriktsmedisinske sentre for eksempel i Alta, Hallingdal, Nord-Gudbrandsdalen og Steigen. Utforming og organisering er ulike, men hovedinitiativet har kommet fra primærhelsetjeneste og befolkning, som dermed har vært hovedpremissleverandører. Det vil ikke være forbundet med like stor entusiasme når helseforetaket ønsker å bygge ned et lokalsykehus til et DMS – det er forskjell på å bygge opp og å rive ned. DMS som bygges opp fra intet er avstandskompenserende og bidrar til mindre transport, mens DMS som erstatning for lokalsykehus vil bidra til større avstander og økt transport.

På sitt beste vil DMSene som bygges opp langt fra sykehus virke slik de er tenkt: Som en desentralisering av spesialisthelsetjenesten og en billigere og bedre måte å drive på – det er samfunnsøkonomisk å transportere en spesialist istedenfor tretti pasienter. Og selv om spesialisthelsetjeneste i distrikt ikke er distriktsmedisin, kan en slik organisering bidra til kunnskapsoverføring og smidigere samarbeid mellom de to nivåene, og dermed styrke distriktsmedisinen. Men vi må samtidig være klar over at det kan virke mot sin hensikt dersom det fører til at allmennlegene slutter å gjøre utredninger og prosedyrer fordi det er enklere å henvise til spesialisten over gangen. Helseforetakene/spesialistene vil kunne ønske en slik utvikling fordi flere pasienter gir penger i kassa, og befolkningen vil ikke ha motforestillinger mot å komme til en spesialist. Men det vil bidra til et dyrere helsevesen og en faglig dårligere primærhelsetjeneste. Når forbruket av spesialister er åtte ganger høyere i Tromsø enn i Finnmark er det antagelig uttrykk for en dobbel skjevhet – både et overforbruk i Tromsø og et underforbruk i Finnmark. Det bør ikke være et mål å komme opp på Tromsø-nivå i Finnmark, men kanskje styrke allmennlegers og befolknings bevissthet til å sikte seg inn omtrent midt mellom både i Tromsø og i Finnmark.

Sykestuene var i sin tid en nødvendig avstandskompensasjon langt fra sykehus. Med daglig driftsansvar i kommunene og hos primærlegene, men med systemansvar og økonomi hovedsakelig hos sykehusene, er sykestuene egentlig ektefødte samhandlingsbarn. Men over flere år er sykestue-



«Mørkertiid for lokalsykehusene?»

sengene blitt bygget ned bl.a. pga sykehusenes dårlige økonomi. I det siste har mange imidlertid sett potensialet i en slik mellomløsning ikke bare i distriktene, men også i nærheten av sykehus i byene. Utfordringen i å videreutvikle et slikt tilbud ligger både på et faglig, økonomisk og organisatorisk plan, og man vil måtte finne ulike former avhengig av lokale forhold. Også her vil det være helt grunnleggende å tenke over hvem som bør være premissleverandører – både primærhelsetjeneste, omsorgstjeneste, sykehus og pasienter bør tas med på råd.

Til slutt et paradoks: I distriktene oppleves den nærheten mange savner i byene, selv om avstandene er større. Det er et tankekors i vår urbaniserte tid at det er i distriktene vi finner løsninger på problemene i byenes helsevesen. Først var det fastlegeordningen, som i bunn og grunn er et forsøk på å gjenskape populasjonsansvaret som man naturlig har i en liten kommune. Men underveis i prosessen mistet fastlegeordningen helhetsperspektivet, individet kom i sentrum, og gruppe- og samfunnsperspektiv forsvant. Nå er det distriktenes samhandlingsarenaer, sykestuer og DMSer, som er i søkelyset som mulige løsninger på de store sykehusenes problemer med bakkekontakten. Men å satse på at sykehu-

sene ikke lenger trenger en annenlinje, kun en tredjelinje, og la en utvidet førstelinje ta seg av gråsonen, er å kaste barnet ut med badevannet. Helsevesenet trenger en viss omorganisering og oppgavefordeling. Men la oss ikke miste nødvendige deler av helheten når vi skal videreutvikle gode helsetjenester både i byene og på landsbygda i framtida. En balansert og lokalt styrt utbygging av DMSer og sykestuer, kombinert med økt satsing på lokalsykehusene (også i de store sykehusene) vil kunne gi oss en helsetjeneste basert på både faglig kvalitet og LEON-prinsippet.

Referanser:

1. Rapport fra Sosial- og helsedirektoratet oktober 2002: Distriktsmedisinske Sentre (DMS) Utvikling av sykestuer til fremtidens «desentraliserte» spesialisthelsetjeneste.
2. Stortinget 08.05.03:
<http://www.stortinget.no/stid/2002/s030508-04.html>
3. Helsepolitisk debattskrift fra Aplf:
<http://www.legeforeningen.no/?id=22105>

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

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode primærmedisin

AKTIV MOT KOLS



Aktiv mot **KOLS**

Seretide® Diskus® 50/500 reduserer
KOLS-eksaserbasjoner som krever bruk
av perorale steroider med 43 %^{1,2}:



Seretide® Diskus®
Mer liv – i dag og i morgen^{2,3}

KOLS-indikasjon: Symptomatisk behandling av pasienter med alvorlig KOLS ($FEV_1 < 50\%$ av forventet verdi) som har hatt gjentatte eksaserbasjoner og som har vesentlige symptomer på tross av jevnlig bruk av bronkodilaterende legemidler.

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

ENKEL AUDIT

Enkel praksisregistrering som hjelpemiddel i veiledningsgrupper og andre smågrupper for kollegabasert læring

AV IVAR SKEIE

Det er allment antatt at læring etter audit¹-prinsippet er en mer effektiv metode til å påvirke legers praksisatferd enn rein lesing eller kurs/foredrag. Det finnes noen begrensede muligheter til å ta ut praksisstatistikk fra de vanlige datajournal-systemene for allmennlegetjenesten. Videre finnes det spesielle programmer som kan kjøpes, som tar ut langt mer omfattende praksisstatistikk, og som kan brukes til ulike former for kollegabasert sammenligning av ulike leges atferd. Det finnes også større audit-systemer, bl.a. fra NTNU.

Det kan ofte bli så omstendelig å gjennomføre audit etter slike metoder at man ikke får det til i en hektisk legehverdag. I tillegg er slike undersøkelser vanskelig å gjennomføre i veiledningsgrupper og andre smågrupper på tvers av sentra, fordi man ikke har like muligheter til å hente ut praksisstatistikk. Jeg har gjennomført tre audit-prosjekter i veiledningsgruppe, en noe mer omfattende og to meget enkle. Nedenfor gjengis de tre som eksempler.

1. Registrering av blodtrykk

Dette er en meget enkel audit, som er meget rask å gjennomføre, og krever minimal bearbeidelse.

Formål: Bevisstgjøre deltakerne på hvilke blodtrykksnivåer pasientene ligger på.

Metode: Definere hvilke pasienter som skal registreres, vi valgte alle med diagnosen hypertensjon, og annen sykdom der blodtrykk er relevant f.eks. diabetes. Så grupperte vi trykkene i kategorier og summerte på registreringsskjema i en tre ukers periode.

¹ «Audit» er et nytt ord på norsk – så nytt at nettutgaven av «Store Norske Leksikon» (Kunnskapsforlaget) ikke har begrepet som oppslagsord. Audit kommer fra engelsk, opprinnelig betegner det en regnskapsmessig revisjon av et firma, opprinnelig av eksterne revisorer, men kan også være et bedriftsinternt kvalitetsikringstiltak. Det er i denne siste betydningen at det er tatt opp i det medisinske vokabular: En registrering av egen praksis, gjerne gjennomført i en gruppe, som utgangspunkt for kritisk gjennomgang av egen praksis, som igjen kan danne utgangspunkt for endring av praksis.

REGISTRERING AV BLODTRYKK

	< 140/90	141/91–160/100	161/101–180/110	>180/110
Uke 1				
Uke 2				
Uke 3				

Dette kan man enkelt bygge ut ved å registrere ulike pasientgrupper for seg, for eksempel hypertonicere med medikasjon, hypertonicere uten medikasjon, diabetikere, etter alder, etter hvor lenge det er siden siste medikamentjustering osv.

En slik enkel registrering kan være et godt utgangspunkt for interessante diskusjoner om blodtrykksbehandling.

2. Registrering av antibiotika-forskrivning

Dette er en noe omfattende og noe tidkrevende audit, men den lar seg gjennomføre innefor rammen av en veiledningsgruppe.

Formål: Påvirke deltakerne til mer rasjonell bruk av antibiotika («Smalere» og «mindre»).

Metode: Alle deltakere skulle registrere antall pasienter som søker legehjelp for ulike typer infeksjoner i en treukers periode, registrere hvilke infeksjoner det gjelder etter ICPC-diagnose og registrere hvor stor andel av pasientene innenfor de enkelte ICPC-diagnosene som får antibiotika. Videre registrere egen forskrivning av antibiotika etter ATC-systemet for legemidler (som Felleskatalogen er bygd opp etter), og sammenligne det med totalforskrivningen fra hver enkelt leges «lokale» apotek (det skriver apotekene på forespørsel lett ut fra sitt datasystem).

Det ble utviklet registreringsskjemaer, som ble fylt ut manuelt, hver deltaker summerte sine registreringer og sendte det som e-post til veileder (kunne like gjerne vært en annen i gruppa), som så bearbeidet tallene, og satte opp et samlet resultat for hele gruppa, og hvordan de enkelte lå i forhold til de andre i gruppa og til gruppa som helhet. Dette ble så diskutert på møte i veiledningsgruppa. Så kan man evt. kjøre samme audit seks eller tolv måneder seinere og se om det har ført til endring i deltakernes forskrivning av antibiotika. Da får man en full «audit-sirkel».

3. Registrering av «pasientens ventetid på legen på venteværelset»

Dette er også en meget enkel audit, enkel å utføre, krever minimal bearbeidelse.

Formål: Bevisstgjøre deltakerne på hvor mye pasientene må vente på legen i løpet av en periode på for eksempel to uker.

Metode: Registrere på et enkelt skjema hvor lenge de enkelte pasienter venter etter den tida som står på timelista og som de har fått oppgitt. Diskutere resultatene i veiledningsgruppa. Så evt. diskutere metoder for å få ned slik ventetid, og evt. kjøre ny registrering etter seks til tolv måneder.

Når det gjelder alle tre eksemplene, må lederen for gruppa vurdere hvor direkte man skal være med å presentere de enkelte deltakernes resultater. Hvis det vurderes som for «brutalt» å legge fram alles resultater i plenum, kan man anonymisere slik at de enkelte får en kode som bare en selv og gruppeleder kjenner. Slik blir det litt snillere, men noe av «nerven» i diskusjonen kan bli borte. I godt innarbeidede grupper bør man tilstrebe en slik trygghet at man kan ta slike diskusjoner åpent.

Når veiledningskandidater venner seg til å arbeide etter slike prinsipper i veiledningsgruppa, kan de ta med seg denne erfaringen videre til sine arbeidsplasser, og slik få til en kvalitetsutvikling i det miljøet de jobber.

Disse eller lignende enkle auditer kan også enkelt gjennomføres på legesentra eller i andre kollegagrupper, og kan fungere som et ypperlig utgangspunkt for felles faglig refleksjon, drøfting av ressursbruk m.v. Forskrivning av B-preparater, sykmeldingsstatistikker, hva slags blodtrykksmedisiner forskrives osv. osv. Det mangler ikke på aktuelle temaer! Slike enkle registreringer krever minimalt med forberedelse og bearbeidning, men det kreves vilje til kollegial åpenhet og gjensidig trygghet. «Å se hverandre i kortene» på denne måten vil være en naturlig del av smågruppevirksomheten, som nå er en obligatorisk del av allmennlegenes videre- og etterutdanning.

REGISTRERING AV VENTETID

Dato	< 5 min	5-15	15-30	30-45	45-60	>60
2411						
2511						
2611						
2711						
2811						
0112						
0212						
0312						
Sum n (+%)						

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

DATASIKKERHET

på legekontor

AV EVA HENRIKSEN / EVA SKIPENES
NST – Nasjonalt Senter for Telemedisin, Tromsø

DAG NORDVÅG
Sentrum Legekontor, Tromsø

Denne artikkelen er for en stor del basert på et prosjekt som ble gjennomført våren 2003 i regi av Nasjonalt senter for telemedisin (NST) og Sentrum legekontor i Tromsø.

Bakgrunnen for prosjektet var ny personvernlovgivning gjeldende fra 1. januar 2001 (med overgangsordning til 1. januar 2003), og dens implikasjoner for elektroniske pasientjournaler (EPJ) og informasjons- og kommunikasjonssystemet som sådan. Helsenettkobling med mulighet for internettaksess og elektronisk post på samme datamaskin som EPJ nødvendigvis innsats på området, også på de minste legekontor.

Virksomheter i helsesektoren har nå meldeplikt til datatilsynet for all elektronisk behandling av personopplysninger, dvs EPJ-system og elektronisk kommunikasjon (www.datatilsynet.no under menyen «Melding og konsekvens»). Meldingen skal bekrefte at legekontoret har sikkerhetsdokumentasjon, har utført risikoanalyse og har utarbeidet opplegg for systemrevisjoner, vedlikehold og versjonskontroll. I praksis faller dette ansvar på den dataansvarlige i virksomheten, men det formelle ansvaret ligger hos ledelsen (styreleder eller ansvarlig eier) eller hos den enkelte lege i kontorfellesskap uten daglig leder. Datatilsynets kontroller av virksomheter i helsevesenet i 2002 avdekket vesentlige mangler på disse punkt (<http://hetti.datatilsynet.no/esp/2002/6/spor.html>). Ytterligere kontroll av legekontor og sykehus forventes i tiden fremover.

For Nasjonalt senter for telemedisin sin del var målet for prosjektet å bidra til å etablere/ revidere overnevnte system på et legekontor for derved å lage en mal for tilsvarende arbeid andre steder. Arbeidet ble gjort med basis i gjeldende lovverk og med bakgrunn i veiledninger for arbeidet med informasjonssikkerhet utgitt av:

- Datatilsynet (www.datatilsynet.no/dtweb/attachment/780/Risikovurdering_TV-506_02.pdf)
- SHDir (www.shdir.no/index.db2?id=2192)
- KITH (www.kith.no/vedlegg/11405/rosmet.pdf)

Prosjektet reetablerte for Sentrum legekontors del dokumentasjon på informasjons- og kommunikasjonssystemet, med styringssystem, risikoanalyse og dokumentasjon av praktiske prosedyrer inklusive avvik. I tillegg ble det avdekket et par svakheter, av moderat alvorlighet, i systemene til leverandører. Disse ble korrigert underveis. Prosjektet ble avsluttet sommeren 2003.

Lovpålagte bestemmelser

De mest relevante lover og forskrifter i denne sammenheng er

- helseregisterloven (<http://www.lovdatab.no/all/nl-20010518-024.html>)
- personopplysningsloven (<http://www.lovdatab.no/all/nl-20000414-031.html>)
- forskriften til personopplysningsloven (<http://www.lovdatab.no/for/sf/aa/aa-20001215-1265.html>)

Lover som er mer spesialiserte har presedens foran lover av mer generell karakter, f.eks. går helseregisterloven foran personopplysningsloven. Et viktig anliggende i disse lovene er at informasjonssikkerheten skal hjelpe helsepersonell til å ivareta taushetsplikten og hindre utilsiktet endring av pasientinformasjon. Et annet viktig anliggende er at aktuelle opplysninger skal være tilgjengelige slik at det kan ytes nødvendig helsehjelp.

Helseregisterloven og personopplysningsloven stiller likeverdige krav til informasjons-sikkerhet (med unntak av at helseregisterloven har et tillegg om kvalitet). Ett av kravene er at virksomhetene gjennom planlagte og systematiske til-



Dag Nordvåg i arbeid foran pc'en på legekontoret

tak skal sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet ved behandling av personopplysninger. For å oppnå en slik tilfredsstillende sikkerhet skal informasjonssystemet og sikkerhetstiltakene dokumenteres. [Helseregisterloven §16, Personopplysningsloven §13].

I forskriften og lovene stilles det også krav om at den enkelte virksomhet (ved daglig leder eller tilsvarende) skal etablere et internt styringssystem for informasjonssikkerhet, og ha rutiner for jevnlig sikkerhetsrevisjon. [Helseregisterloven §17, Personopplysningsloven §14, Personopplysningsforskriften §§ 2-3 og 2-16].

En forutsetning for å kunne ivareta informasjonssikkerheten er at den dataansvarlige og medarbeiderne har nødvendig kompetanse til å bruke informasjonssystemet. Ledelsen skal sørge for at denne kompetansen tilegnes og vedlikeholdes. [Personopplysningsforskriften §2-8].

Styringssystem for informasjonssikkerhet

For å oppfylle de lovpålagte kravene om å ha planlagte og systematiske tiltak for å ivareta informasjonssikkerheten, anbefales det at man etablerer et styringssystem for informasjonssikkerhet. Et slikt styringssystem skal omfatte dokumentasjon av informasjonssystemet, inkludert mål, stra-

tegi og retningslinjer for informasjonssikkerhet. Tiltak for å ivareta informasjonssikkerheten må beskrives. Disse tiltakene omfatter både tekniske og programmessige installasjoner i tillegg til organisatoriske rutiner og prosedyrer. Styringssystemet kan illustreres som et hierarkisk system, som vist i figuren under.



Et styringssystem består av flere typer dokumenter; eventuelt kan de ulike dokumentene inngå som deler av et felles dokument. Et forslag til hvilke dokumenter som bør omfattes av styringssystemet blir vist på neste side.

	Dokumentnavn	Beskrivelse
Styringsdokumentasjon	Overordnet styringsdokument	Skal inneholde beskrivelse av de beslutninger som ligger til grunn for sikkerhetsarbeidet – dvs beskrivelse av sikkerhetsmål og sikkerhetsstrategi. Ansvar og myndighet knyttet til sikkerhetsarbeidet skal også beskrives.
Systemdokumentasjon og prosedyredokumenter	Systemdokumentasjon	En overordnet beskrivelse av datasystemet, med nettskisser.
Prosedyre-dokumenter	Retningslinjer for bruk av datasystemene ved legekantoret	Krav til de ansattes bruk av datasystemene.
	Prosedyre for sikkerhetskopiering (backup)	Hvem utfører, hvor ofte, lagring, testing, etc.
	Prosedyre for avviksbehandling	Hva er avvik, hvordan rapporteres avvik, oppfølging, ansvar.
	Prosedyre for sikkerhetsrevisjon	Rutinemessig gjennomgang av om sikkerhetstiltakene fungerer etter mål og hensikt.
	Prosedyre for forebyggende systemvedlikehold (inkludert sikkerhet)	Beskrive oppgaver som er nødvendig for å kunne ha et stabilt og sikkert driftsmiljø for datasystemet.
	Prosedyre for intern opplæring	Hva skal opplæringen omfatte, hvem skal få opplæring, hvor ofte.
Rapporter og andre dokumenter	Risikovurdering(er)	(Se neste avsnitt)
	Referat fra sikkerhetsrevisjon	(Se beskrivelse under prosedyredokumenter)
	Rapporter fra avviksbehandling	Rapporter om avvik og iverksatte tiltak
	Kontrakter med underleverandører	
	Brukerhåndbøker	
	Interne installasjonsveiledere	
	Nødvendige spesifikasjoner av systeminnstillinger	
	Signaturlister for gjennomført brukeropplæring	

Beskrivelse av NST's utkast til styrings-system for legekantoret finnes på internett: <http://www.telemed.no/cparticle84896-4259.html>. På denne adressen finnes også nedlastbare dokumenter (i MS Word format) som kan benyttes som eksempler/maler for oppbygging av et slikt styringssystem.

Gjennomføring av risikovurdering

Som en viktig del av arbeidet med informasjonssikkerhet er helseforetak og andre institusjoner som behandler personopplysninger gjennom personopplysningsforskriften pålagt å gjennomføre risikovurdering. [Personopplysningsforskriften §2-4]

Vi vil her gi en kort oppsummering av hvordan dette kan gjøres. Målet for risikovurderingen er å avdekke det sikkerhetsmessige risikonivået ved legekantorets informasjonssystem (inkludert eksternt kommunikasjon) og foreslå eventuelle tiltak for å redusere risikonivået.

Gangen i en risikovurdering

- Beskrive mål og omfang av risikovurderingen.
- Kartlegge trusler, sårbarheter og uønskede hendelser
- Trusselanalyse: vurdere sannsynlighet og konsekvens for de identifiserte truslene
- Beregne risikonivå
- Foreslå tiltak for å redusere risikonivået

En *beskrivelse av mål og omfang* av risikoanalysen forutsetter dokumentasjon av system og omgivelser. Dette kan dekkes av dokumentasjonen som inngår i styringssystemet. Den bør vise en skisse av datasystemet og nettverket (lokalt og eksternt), beskrive programvare som er i bruk, eksisterende sikkerhetstiltak (brannmurer, passordrutiner, fysisk sikring, backup-rutiner, etc), akseptabelt risikonivå, og lovpålagte krav til informasjonssikkerhet. Ved *kartlegging av trusler* er det viktig å tenke på ulike kategorier av trusler. En måte å kategorisere truslene på er følgende:

- Trusler utenfra (fra eksterne nett)
- Trusler innenfra (lokalt på legekontoret)
- Trusler «ovenfra» (strømbrudd, brann, oversvømmelse etc)

For hver av de tre kategoriene over:

- Tilsiktede trusler
- Utilsiktede trusler

Det er også viktig å identifisere sårbarheter i system og organisatoriske rutiner og prosedyrer.

Trusselanalyse innebærer å vurdere konsekvens og sannsynlighet for hver av de identifiserte truslene. Konsekvens bør vurderes både i forhold til personvern, liv og helse, økonomi og anseelse. Sannsynlighet vil være relatert til kjente sårbarheter, og kan beskrives i form av frekvens, gjerne basert på historiske data eller erfaringer. Det anbefales å benytte tre til fem nivå for både konsekvens og sannsynlighet, og de ulike nivåene må være definert på forhånd.

Risikonivået fremkommer som et produkt av konsekvens og sannsynlighet for hver trussel. Dette kan illustreres i en risikomatrix hvor konsekvens og sannsynlighet utgjør de to dimensjonene. Hver kombinasjon av konsekvens og sannsynlighet (dvs. hver celle i matrisa) må tildeles et gitt risikonivå. Risikonivåene kan illustreres med ulike farger, men må i tillegg defineres. Eksempel på dette er illustrert i følgende figur.

Konsekvens \ Sannsynlighet	Liten	Moderat	Stor	Katastrofal
Nesten aldri	Lav	Lav	Lav	Moderat
Sjelden	Lav	Lav	Moderat	Høy
Ofte	Lav	Moderat	Høy	Høy
Svært ofte	Moderat	Høy	Høy	Høy

Definisjonen av risikonivå for de ulike cellene i matrisa (Høy–Moderat–Lav) må ses i sammenheng med kriteriene for akseptabelt risikonivå slik de ble beskrevet i starten av risikoanalysen, f.eks hva man gjør med trusler som havner i kategorien «Høy».

Matrisa illustrerer altså hvilke trusler som er akseptable og hvilke som er utakseptable.

Trusler som har et uakseptabelt risikonivå må det iverksettes tiltak mot. *Tiltakene* må beskrives, ansvaret for gjennomføring må plasseres (navngitt person), og frist for gjennomføring må gis. Trusler med lavere risikonivå bør også holdes under oppsyn videre, og der det er hensiktsmessig kan det også for disse iverksettes tiltak.

Oppfølging

Ved endringer som kan ha betydning for informasjonssikkerheten skal det gjennomføres ny risikoanalyse.

Sikkerhetsarbeidet skal jevnlig etterprøves for å verifisere at de sikkerhetstiltak som er besluttet etablert, faktisk er iverksatt og fungerer etter sin hensikt. Ved sikkerhetsrevisjonen skal den faktiske bruk av informasjonssystemet sammenlignes med de retningslinjer for bruk som er besluttet. [Personopplysningsforskriften §2–5]

Alle sikkerhetsbrudd, og all bruk av informasjonssystemet som er i strid med fastlagte rutiner, er avvik og skal registreres og behandles. Dersom avviket har medført uautorisert utlevering av personopplysninger, og dermed brudd på taushetsplikten, skal hendelsen rapporteres til Datatilsynet [Personopplysningsforskriften §2–6].

Referanser til relevante hjelpemidler

I regi av KUP (kvalitetsutvalg Aplf/NSAM), kvalitetsforbedringsutvalget i PSL og Infobruk og med økonomisk støtte fra DnLf og SHDir, blir det utviklet et pc-verktøy («TrinnVis») for små legepraksiser til hjelp ved etablering av et styringssystem for informasjonssikkerhet. Verktøyet har også støtte for gjennomføring av risikovurdering. Planen er å distribuere verktøyet vederlagsfritt til alle medlemmer av DnLf våren 2004.

Sosial- og Helsedirektoratet (SHDir) har startet et prosjekt for å utarbeide en bransjenorm for informasjonssikkerhet for helsesektoren. Bransjenormen tar mål av seg til å angi mer konkrete krav til sikkerhet for virksomheter som vil knytte seg til (det nasjonale) helsenettet enn det helseregisterloven, personopplysningsloven og personopplysningsforskriften gir. Alle som vil knytte seg til helsenettet må oppfylle bransjenormen. Bransjenormen skal etter planen være ferdig våren 2004.

Ulike kommersielle aktører tilbyr også verktøy for etablering av styringssystem for informasjonssikkerhet og gjennomføring av risikovurdering. Noen av disse aktørene tilbyr konsulenthjelp ved gjennomføringen. Et eksempel på dette er firmaet DigitalHelse som tilbyr systemet RiskManager, se www.digitalhelse.com/default.asp?page=2020,2021&lang=1 KITH (Kompetanse-senteret for IT i Helsevesenet) har utarbeidet flere nyttige dokumenter som omhandler sikkerhet og risikovurdering, se bl.a

- www.kith.no/informasjonsikkerhet_virksomhetsomrade/13378/
- www.kith.no/informasjonsikkerhet_anbefalingveiledning/13509/

Trusler mot DATASIKKERHETEN ved legekontor

AV EVA HENRIKSEN / EVA SKIPENES
NST – Nasjonalt Senter for Telemedisin, Tromsø

DAG NORDVÅG
Sentrum Legekontor, Tromsø

Våren 2003 gjennomførte Nasjonalt senter for telemedisin (NST) i samarbeid med Sentrum legekontor i Tromsø en risikovurdering av informasjonssikkerheten på et legekontor som er tilknyttet et regionalt helsenett. I denne artikkelen vil vi framheve noen viktige trusler og sårbarheter ved datasystem, nettverk og prosedyrer ved tilknytning til eksterne nett (f.eks. helsenett) og viktige tiltak for å sikre tilfredsstillende informasjonssikkerhet.

Viktige trusler og sårbarheter

Helseforetak og andre institusjoner som behandler personopplysninger er gjennom personopplysningsforskriften pålagt å gjennomføre risikovurdering (§ 2–4). Resultatet av risikovurderingen vil gjøre det enklere å definere riktig nivå på sikkerhetstiltakene, og vil derfor fungere som et beslutningsunderlag for de som er ansvarlig for at sikkerheten blir ivarettatt.

En forutsetning for å få oversikt over hvilke risikoer legekontoret utsettes for med hensyn til informasjonssikkerhet, er at det finnes et dokumentert styringssystem/kvalitetssystem for informasjonssikkerheten. I et slikt system skal mål og strategi for informasjonssikkerhet defineres, og det skal beskrives hvordan sikkerhetsmålene søkes oppnådd gjennom rutiner, tekniske installasjoner mm.

En annen forutsetning for å oppnå tilfredsstillende informasjonssikkerhet er at det gjennomføres en risikovurdering som avdekker risikonivået og behovene for tiltak. Ved gjennomføring av en risikovurdering er det viktig å tenke på ulike typer trusler.

I risikovurderingen vi gjennomførte så vi spesielt på trusler fra Internett, trusler fra andre aktører i helsenettet, trusler mot nettverkstilknytningen mellom legekontoret og helsenettet, trusler internt på legekontoret, trusler fra omgivel-

sene (strømbrudd, brann, etc) og trusler gjennom applikasjoner (f.eks. program for utveksling av pasientinformasjon med andre aktører).

Risikovurderingen avdekket at de største truslene for et legekontor med tilknytning til et regionalt helsenett er følgende:

- Avsløring av pasientinformasjon (brudd på taushetsplikten)
 - ved mangelfull kryptering av informasjon som utveksles elektronisk (over eksternt nett)
 - dersom uvedkommende får tilgang til server eller skjerm med pasientinformasjon
 - hvis virus som ikke oppdages og fjernes av antivirussystemene sender pasientinformasjon til uvedkommende
 - hvis andre enn autoriserte leverandører gis fjerntilgang (via nettet) til server med pasientinformasjon
 - ved bruk av «social engineering»
 - ved å utnytte eventuelle svakheter i nettverket eller interne systemer
 - ved å bryte sikkerhetsbarrierer
- Tilgjengelighetstrusler
 - hvis andre enn autoriserte leverandører får fjerntilgang til server med pasientinformasjon og forårsaker sletting/ødelegging av pasientinformasjon (f.eks. gjennom virus eller annen skadelig kode)
 - hvis server med pasientinformasjon eller viktige program krasjer og man ikke har gode backup-rutiner

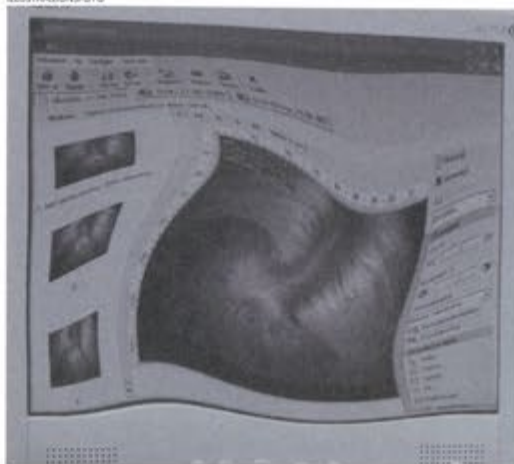
Eksempel på en gjennomført risikovurdering finnes på NSTs hjemmesider (<http://www.telemed.no/cparticle84896-4259.html>).

Anbefalinger for tiltak

Følgende tiltak bør være implementert på legekontoret for å redusere risikoen for sikkerhetsbrudd.

Anbefalt tiltak	Begrunnelse
To barrierer mot eksterne nettverk driftet av eksperter	Krav om to barrierer (brannmurer) mot eksterne nett. Dette gjelder også mot helsenettet, som har mange aktører som ikke skal ha tilgang til informasjon på ditt legekontor. Brannmurene bør driftes av personell med nødvendig kompetanse, f.eks. fra helsenett-leverandøren.
Gode antivirussystem lokalt, med fortløpende oppdatering fra profesjonell leverandør	Selv om helsenettet sjekker all e-post og internett-trafikk for virus, og fjerner kjente virus, kan de ikke sjekke krypterte forbindelser. Krypteringen hindrer gjenkjenning av innholdet for utenforstående (inkludert helsenettoperatørene). Virus kan derfor ikke gjenkjennes i slike forsendelser, før dekryptering er foretatt hos mottaker. Krav om antivirusystem på legekontoret, og jevnlig oppdatering (minst daglig) fra relevant kilde (eksempelvis helsenettleverandøren). Server og alle pc-er på legekontoret må ha antivirusprogram installert.
Rutinemessig oppgradering av operativsystem	Operativsystem (f.eks. fra Microsoft) inneholder en rekke ukjente sikkerhetshull. Når et hull blir oppdaget gir leverandøren ut en sikkerhetspatch (lite dataprogram) som skal reparere hullet. Samtidig begynner hackere å lage nye virus som skal utnytte det annonserte sikkerhetshullet. Hvis man er blant de første som får inn de nye virusene vil ikke antivirussystemet kjenne igjen virusene, og de vil slippe gjennom. Hvis operativsystemet ikke har blitt oppgradert med sikkerhetspatchen før de nye virusene spres står man i fare for å bli angrepet. Oppgradering av sikkerhetspatcher innen 1 mnd etter at de blir annonsert vil som regel gi tilstrekkelig sikkerhet mot disse angrepene.
Kryptering av pasientinformasjon som kommuniseres eksternt	Pasientinformasjon som sendes over eksternt nett skal krypteres i henhold til Data-tilsynets krav (minimum 128 bits nøkkellengde). Legekontoret må forsikre seg om at tjenestene som benyttes for eksternt kommunikasjon ivaretar krypteringskravet. Dette gjelder både for e-postlignende tjenester og web-baserte tjenester.
Ekstern kommunikasjon tillates ikke initiert utenfra	All ekstern kommunikasjon skal initieres fra legekontoret og ikke fra aktører utenfra, for å hindre uautorisert tilgang til datasystemene på legekontoret. Unntak for filialer (utekontor) og hjemmekontor. Unntakene forutsetter kontrollerte hull i brannmuren og krever spesielle sikkerhetstiltak. Dette må administreres/driftes av personell med tilstrekkelig kompetanse
Gode prosedyrer for sikkerhetskopiering (backup)	Mangelfulle backup-systemer kan forårsake tap av hele eller deler av informasjonen i journalsystemet.
Gode passordprosedyrer	Bør ha to sett med passord for å få tilgang til applikasjoner/program med pasientinformasjon slik at ikke datadriftspersonale trenger å få tilgang til pasientinformasjon når de vedlikeholder systemene. To sett med passord gjør det også vanskeligere å bryte seg inn i systemene.
Opplæring av ansatte om sikkerhetstrusler	Krav om opplæring av ansatte i bruk av datasystemene og om sikkerhetsrisiko knyttet til å bruke systemene og tjenester over nett. Aktuelle sikkerhetstrusler er virus via e-post eller Internet, bruk av samme passord på Internet som på legekontorets systemer, trusler ved fjerndrift av systemene, tilgang til server, skriver eller skjerm med pasientinformasjon for publikum, rengjøringspersonale, datadriftspersonale, vaktstasjon e.l. Ansvaret for opplæringen hviler på virksomheten ved daglig leder (ved mangel på formelt utnevnt daglig leder hviler ansvaret på styreleder for aksjeselskap og den enkelte lege for kontorfellesskap)

ILLUSTRASJONSFOTO



En god backup-prosedyre bør inneholde følgende:

Rutine	Utdypning
Daglig backup	Hvem utfører daglig backup, hvordan utføres den, hvilket medium lagres backup på, hvor oppbevares backup (eksempelvis brannsikker safe), hvor ofte byttes backup-medium, etc.
Ekstern lagring av backup	Hvor ofte (eksempelvis hver 3., 4. eller 6.mnd), hvem utfører ekstern lagring, hvor (bankboks eller annen sikker oppbevaring)
Testing av backup	Testing av at data blir lagret på backup-mediet slik det skal
Testing av restore/ tilbakelegging av backup	Testing av at det lar seg gjøre å legge backup tilbake på server på en kontrollert måte. Hvor lang tid tar det? Hvilken kompetanse kreves? Hvilket utstyr kreves?

Håndtering av atrieflimmer

en pedagogisk artikkel med to kasustikker der du lærer mest hvis du stopper opp ved hvert spørsmål og prøver å finne svar på spørsmålene før du leser videre.

AV TOR IVAR STAKKEVOLD,

spes.alm.med og spesialist i hjertemedisin, overlege på Sykehuset Namsos.

Anny Olsen er en av dine faste pasienter. Hun er 74 år gammel og har et kjent høyt blodtrykk som behandles med Moduretic mite 1 x 1. For øvrig ingen medisiner. Hun har ingen spesiell arvelighet for hjerte-kar sykdom og røyker ikke. Anny Olsen har et høyt fysisk aktivitetsnivå og har ikke hatt noen spesielle plager inntil det aktuelle.

I november 2002 merket hun uregelmessig og noe rask hjerteaksjon. Hun oppsøkte deg påfølgende dag. EKG tatt av legesekretær før konsultasjon viste atrieflimmer. Ved konsultasjon noe senere angir pasienten at hun nettopp merket at hjertet slo normalt igjen. Hun forteller videre at hun foruten at hjertet hadde vært «uroelig» og gikk noe raskt, ikke har hatt noen andre plager under anfallet. Det var intet å bemerke ved vanlig klinisk undersøkelse og nytt EKG viste sinusrytme og VVH-tegn, for øvrig normalt.

Hvilke tanker gjør du deg på dette tidspunktet?

Man har altså verifisert et anfall med atrieflimmer. Anamnestisk er det svært sannsynlig at anfallet hadde vart kun et døgn. Det kan ikke utelukkes at pasienten har hatt flere anfall tidligere selv om hun ikke har merket det. Flere undersøkelser har vist at pasienter med paroksysisk atrieflimmer ofte ikke merker sine anfall med atrieflimmer. Men siden vår pasient tross alt merket det aktuelle anfallet, og da vi ikke har verifisert noe tidligere anfall, må vi kunne gå ut fra at pasienten til nå bare har hatt ett anfall med flimmer, og at det altså var kortvarig.

Hvilke tiltak vil du gjøre for videre utredning nå?

Ett enkelt, forholdsvis kortvarig anfall med atrieflimmer gjør det tilstrekkelig med en vanlig klinisk undersøkelse og noen blodprøveundersøkelser. Lab-status bør inneholde

kontroll av Hb, elektrolytter, kreatinin, fastende glucose, fritt T4, TSH og urin-stix. Dette forutsetter at det ikke er påvist noe spesielt ved vanlig klinisk undersøkelse.

Hva ville du gitt som behandling?

Med ett enkelt, kortvarig anfall der pasienten ikke var spesielt påvirket er det ingen grunn til å sette i gang spesifikke behandlingstiltak. Pasienten ble imidlertid behandlet med et tiazid for sitt høye blodtrykk. Derfor er det nok rimelig å skifte ut tiazidpreparatet til fordel for en betablokker for å oppnå en frekvenskontrollerende tilleggseffekt ved eventuelle nye anfall med atrieflimmer. Vi bestemmer oss derfor for å seponere Moduretic mite til fordel for Selo-Zok 50 mg x 1.

Pasienten kommer til avtalt kontroll i februar 2003. Pasienten angir at hun siden forrige kontroll har hatt tre til fire anfall med uregelmessig og hurtig hjerteaksjon, lik det tilfellet hun hadde da hun oppsøkte legekontoret i november 2002. Pasienten angir spontant at det ikke virket som hjertet gikk like fort som ved forrige tilfelle, men at det fortsatt gikk noe fort, spesielt ved anstrengelser. Anfallet har vart fra noen få timer opp til et døgn. Pasient har fortsatt ikke hatt noen ledsagersymptomer under anfallet. Du konkluderer med at pasienten sannsynlig har hatt flere anfall med atrieflimmer. Pasienten har således åpenbart utviklet en paroksysisk atrieflimmer. Ved klinisk undersøkelse finner du hvilepuls på 70, og BT 150/90.

Hvilke tiltak ville du satt i gang nå?

Nå er det indikasjon for en Ecco/Doppler-undersøkelse av hjertet som du henviser henne til. Det er videre to helt klare problemstillinger:

1. Skal pasienten antikoaguleres ?
2. Skal hun ha frekvenskontrollerende behandling eller rytmekontrollerende behandling ?

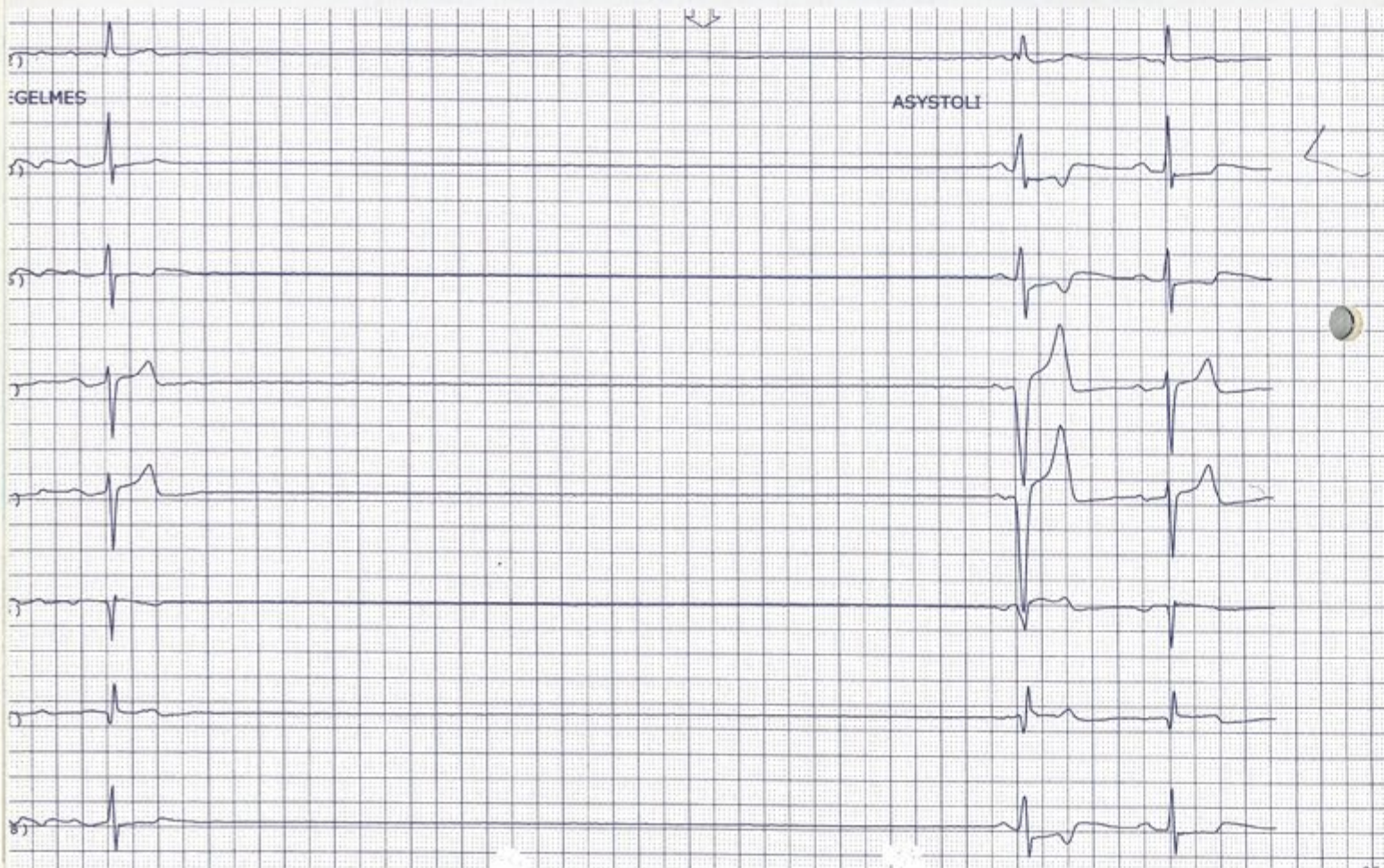
Med frekvenskontrollerende behandling mener vi medikamentell behandling som tjener til å holde en rimelig hjertefrekvens under anfall med atrieflimmer. En slik behandling behøver ikke forhindre flere anfall med atrieflimmer. Med rytmekontrollerende behandling mener vi medikamentell behandling som nettopp virker profylaktisk mot nye anfall med atrieflimmer, og som dermed virker til å opprettholde sinusrytme. Flere av disse medikamentene vil også ha en viss frekvenskontrollerende effekt ved anfall med atrieflimmer.

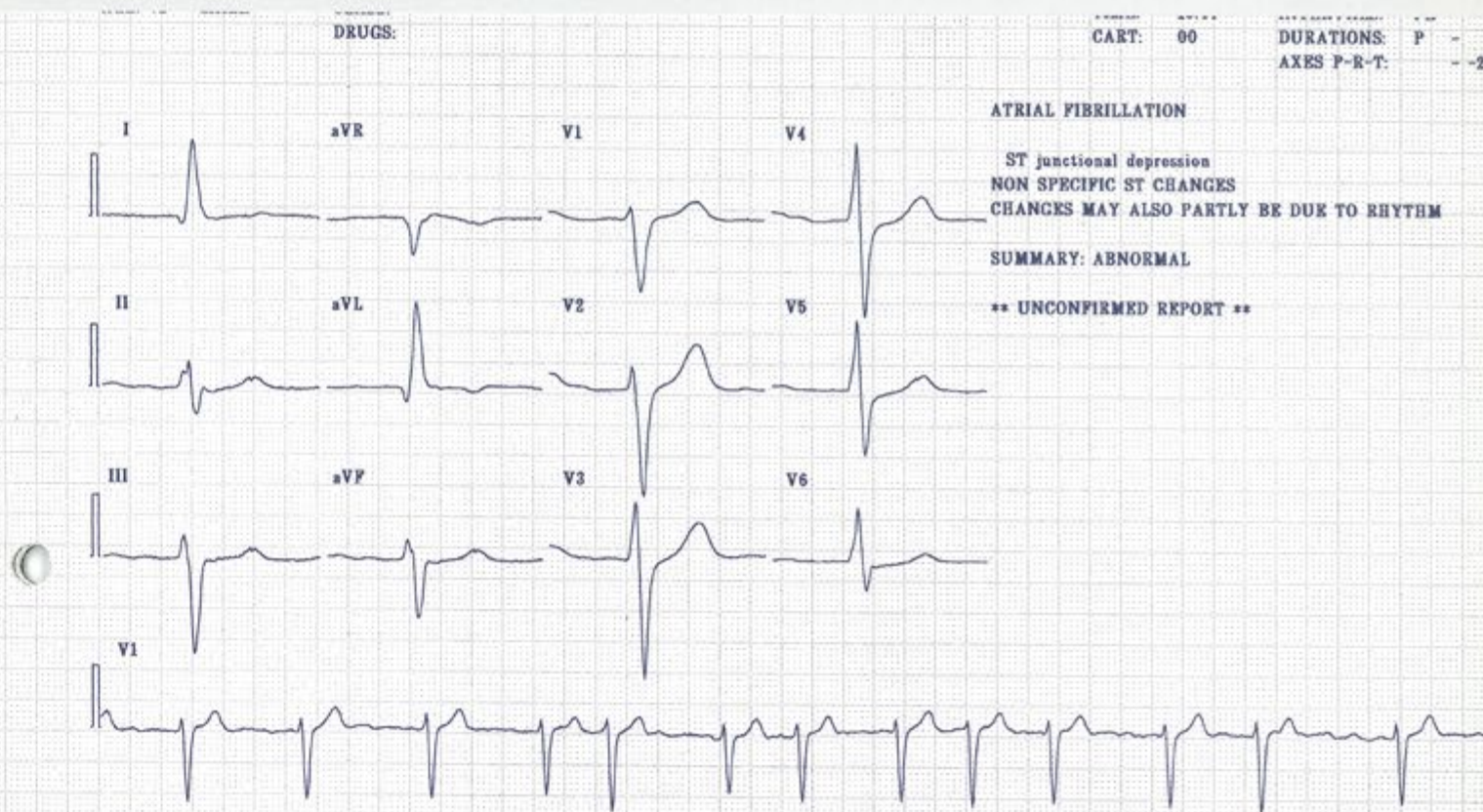
De medikamentene vi har for frekvenskontrollerende behandling er: Betablokkere, verapamil og diltiazem. Diltiazem brukes lite i Norge. Digitalis må også nevnes. Digitalis har primært effekt i hvile og dårlig effekt under anstrengelse da en jo oftest trenger frekvenskontroll mest. Behandling med digitalis ved atrieflimmer vil nok derfor fortsatt

være kontroversiell. En god indikasjon for digitalis er kombinasjonen atrieflimmer og systolisk hjertesvikt (nedsatt pumpefunksjon av venstre ventrikel med tendens til lungestuvning).

De medikamentene vi har tilgjengelig som rytmekontrollerende behandling er: sotalol (Sotacor og Sotalol), flekainid (Tambacor) og amiodarone (Cordarone). Flekainid og sotalol har imidlertid en proarytmisk effekt. Dette gjelder spesielt flekainid. Den proarytmiske effekten er spesielt tilstede ved samtidig strukturell hjertesykdom som coronar insuffisiens eller skade av venstre ventrikel. De fleste vil derfor ikke gi flekainid til pasienter som har strukturell hjertesykdom, og man skal også vise forsiktighet med sotalol til slike pasienter. Hvis en velger en slik behandling kreves det i hver fall at en har gjort en vurdering av risiko opp mot gevinst av en slik behandling.

Tilbake til vår pasient. Du bestemmer deg å fortsette med kun frekvenskontrollerende behandling med Selo-Zok. Dette ut fra at pasienten ikke har særlig plager under sine





anfall. Du ønsker heller ikke å gå over til sotalol, som burde være det naturlige «førstevalg» som rytmekontrollerende behandling, da du heller ikke kjenner til pasientens venstre ventrikelstatus. Du føler deg ut fra anamnese dog nokså sikker på at pasienten ikke har symptomgivende coronarsykdom. Pasienten har en noe høy hvilefrekvens (70), og du velger derfor å høyne Selo-Zok-dosen til 100 mg x 1 og forventer dermed en bedre frekvenskontroll under nye anfall med atrieflimmer. Økning av Selo-Zok passer også greit siden pasienten også har dårlig kontrollert hypertoni.

Du velger ikke å starte opp med antikoagulasjonsbehandling da du har lært at paroksysisk atrieflimmer ikke representerer fare for tromboemboliske komplikasjoner. Dette har jeg kommentert nedenfor.

Pasienten kommer til neste kontroll mai 2003. Hun har i mellomtiden, ultimo april 2003, vært vurdert av kardiolog som gjorde en Ekko-Doppler-undersøkelse av hjertet og den viste normale forhold. Man valgte også å gjøre et arbeids-EKG der pasienten gjennomførte en etter alderen høy belastning, og der en ut fra undersøkelsen ikke fant holdepunkter for symptomgivende coronarsykdom. Da man ikke fant holdepunkter for organisk hjertesykdom, og da pasienten etter hvert følte seg hemmet under anfall med atrieflimmer, valgte kardiologen å seponere Selo-Zok til

fordel for Sotalol 80 mg x 2 som kombinert rytmekontrollerende og frekvenskontrollerende behandling. Pasienten ble også satt på antikoagulasjonsbehandling. Dette til tross for at pasienten fortsatt kun hadde paroksysisk atrieflimmer. Rasjonale for denne vurderingen er at undersøkelser har vist at det ikke er stor forskjell mellom paroksysisk atrieflimmer og kronisk atrieflimmer når det gjelder fare for tromboemboliske komplikasjoner. Flere vil nok hevde at fare for trombose-utvikling ved paroksysisk atrieflimmer vil avhenge både av anfallsfrekvens og lengde av hvert anfall med flimmer. Dette virker rimelig. Problemet er, som flere undersøkelser viser, at pasienter med paroksysisk atrieflimmer ofte ikke merker sine anfall. Det er således vanskelig å vurdere anfalls-varighet og anfalls-frekvens. Trenden er derfor at en, med henblikk på antikoagulasjon, ikke lenger skiller mellom paroksysisk atrieflimmer og kronisk atrieflimmer i samme grad som tidligere.

Ved kontroll mai 2003 anga pasienten at hun hadde merket uregelmessig hjerteraksjon når hun var i hvile den siste uken. Hun anga spontant at hjertet ikke hadde slått særlig raskt. Du påviser atrieflimmer med hvilefrekvens 65 og BT: 130/85. Du avtaler ny kontroll en uke senere som viser uforandret status. Pasienten angir at hun også den siste uken hadde merket uregelmessig hjerteraksjon.

C Cipralax® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T: 18

T **Tabletter 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder: Escitalopram 5 mg eller 10 mg (som oksalat). Filmraseterte tabletter med delestrek (10 mg). Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av alvorlige depressive episoder. Behandling av pariklidelse med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Cipralax administreres som en enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. Alvorlige depressive episoder: Normal dosering er 10 mg én gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maksimalt 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. Pariklidelse med eller uten agorafobi: Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maksimalt 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maksimal effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. Sosial fobi: Anbefalt doser er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maksimum 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. Eldre (> 65 år): Startdose 5 mg daglig og en lavere maksimal dose bør vurderes. Nedsett leverfunksjon eller sakte metabolsisere av CYP2C19: Startdose 5 mg daglig de første to behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over en eller to uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor escitalopram eller et eller flere av hjelpestoffene. Samtidig bruk av ikke selektive MAO-hemmere.

Forsiktighetsregler: En eventuell økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de to første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Escitalopram bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Pasienter bør følges nøye i begynnelsen av behandlingen pga. økt suicidalfare initialt. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, chirotske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (for eksempel atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste triykliske antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), ticlopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningstendens. På grunn av begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A hemmere anbefales generelt ikke på grunn av risikoen for serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (*Hypericum perforatum*) kan gi økt insidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR mindre enn 30 ml/min). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Da alle psychoaktive legemidler kan påvirke vurderingsvevnen og evnen til å utføre oppgaver, bør pasientene informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner, inklusive serotonergt syndrom, er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv MAO-hemmer, og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI behandling og påbegynt behandling med MAO-hemmer. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitalopram behandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOH (selegelin) og minst én dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Selegelin i doser opp til 10 mg/dag har vært gitt sammen med citalopram uten reaksjoner. Samtidig administrasjon med serotonerge legemidler (for eksempel tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampetærskelen. Det foreligger rapporter for forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Som for andre psychoaktive legemidler anbefales ikke en kombinasjon med alkohol. Samtidig administrasjon av legemidler som hemmer CYP2C19, som for eksempel omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metabolses via CYP2D6, og som har smal terapeutisk indeks, som for eksempel flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvik) eller enkelte CNS virkende legemidler som i hovedsak metabolses via CYP2D6, for eksempel antidepressiva som desipramin, klomipramin og norpriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrasjon av desipramin eller metoprolol (CYP2D6 substrater) medfører en dobling av plasmakonsentrasjonen. (I: N06A B escitalopram).

Gaviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Cipralax bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Amning: Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Kvinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amning bør opphøre.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Seponeringsproblemer har ikke vært systematisk undersøkt med escitalopram. Seponeringsreaksjoner har vært observert med rasemisk citalopram; svimmelhet, hodepine og kvalme. De er i hovedsak milde og forbigående. Følgende bivirkninger er observert hyppigere med escitalopram enn med placebo i dobbelt-blind, placebo-kontrollerte studier. Frekvensene er ikke korrigert for placebo. **Svært hyppige:** (-1/10): Gastrointestinale: Kvalme, hysyppe (>1/100); Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsett libido, anorgasme hos kvinner. Nervesystem: Søvnsløshet, søvnles, svimmelhet. Respiratoriske: Sinusitt, gjesping. Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Reproduksjon: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Milde hyppige** (>1/1000): Nervesystem: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Følgende bivirkninger gjelder generelt for SSRI: Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Metabolske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Syn: Synsforstyrrelser. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, munntørhet, diaré, anoreksi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, analytisk reaksjon. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Kramp, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, deppensensibilisering, panikk anfall, nervøsitet. Urogenitale: Urinretensjon. Reproduksjon: Galaktoré, seksuelle bivirkninger inklusive impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Hud: Utslett, ekkymoser, kløe, angioedem, svette.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. Symptomer: Symptomer på overdose med rasemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, søvnles, bevisløshet, kramp, takykardi, EKG endringer med ST-T endringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT intervall, arytmi, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolose, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. Behandling: Ingen spesifikk motgift. Etåbler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Mageskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Pakninger og priser: **Tabletter: 5 mg:** Enpac: 28 stk. kr 132,10.

10 mg: Enpac: 28 stk. kr 246,70. 98 stk. kr 716,70. Boks: 200 stk. kr. 1427,20.

Endose: 49x1 stk. Kr 375,40.

Basert på godkjent SPC, SLV januar 2004

Pakninger og priser per januar 2004

Referanser:

1. Sorbera LA et al. *Drugs of the Future* 2001; 26(2): 15-20.
2. Gorman JM et al. *CNS Spectrums*, April 2002, volume 7(suppl 1): 40-44.
3. Wade A et al. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17: 95-102.
4. Lepola UM et al. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 211-217.
5. Francois C et al. *Eur J Health Econom* 2003; 4: 12-19.
6. Burke et al. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(4): 331-336.
7. Preparatortale basert på godkjent SPC, SLV januar 2004.

H. Lundbeck AS, postboks 361, 1326 Lysaker. Telefon: 67 52 90 70. Telefax: 67 53 77 07.

E-post: lundbeck-norge@lundbeck.com.

www.lundbeck.no

Hvilke tiltak vil du gjøre nå?

Pasienten har hatt et anfall med atrieflimmer over to uker. Pasienten har ikke hatt interkurrent sykdom som kan forklare det lange anfallet med flimmer. En infeksjon, for eksempel en bakteriell øvre luftveisinfeksjon, kan klart forårsake et lengre anfall med atrieflimmer, og en skal i så tilfelle ikke satse på spesifikke tiltak for å forsøke å gjenopprette sinusrytme før infeksjonen er ferdigbehandlet. Men vår pasient hadde ingen interkurrent sykdom, hennes atrieflimmer har nok ganske enkelt blitt langvarig.

Her vil jeg introdusere to begreper:

1. **Persisterende atrieflimmer.** Flimmeranfall som sannsynligvis ikke spontankonverterer, men som lar seg konvertere (enten medikamentelt eller ved elektrokonvertering).
2. **Permanent atrieflimmer.** Atrieflimmer som ikke lar seg konvertere.

Kronisk atrieflimmer er en fellesbetegnelse for disse to tilstandene.

Vår pasient har sannsynlig utviklet en persisterende atrieflimmer. Etter samhandling med kardiolog ble hun vellykket elektrokonvertert etter at pasienten hadde vært adekvat antikoagulert (INR i nivå: 2-3) i mer enn tre uker. En valgte også å høyne sotaloldosen til 160 mg x 2.

Du ser pasienten igjen medio februar 2004. Hun har da vært til enda to elektrokonverteringer, men siden primo november 2003 har pasienten hatt kontinuerlig atrieflimmer. Pasienten står fortsatt på uforandret sotalol-dosering og er fortsatt antikoagulert. Det er åpenbart at sotalol ikke gir tilfredsstillende rytmekontroll. Til tross for at det ikke er påvist organisk hjertesykdom, har en avstått fra forsøk med flekainid da pasienten etter hvert ikke føler seg berøvet av sin flimmer og da en derfor ikke vil godta en klart økt proarytmisk risiko som flekainid representerer. Da pasienten hadde det bra til tross for sin flimmer, ønsket en heller ikke å forsøke med amiodaron grunnet bivirkningsprofilen. En hadde derfor godtatt pasientens persisterende atrieflimmer, og en regner nå med at denne etter hvert også ville bli permanent. Status: P: 60, atrieflimmer. BT: 130/85.

Hva vil du gjøre nå?

Når vi nå har godtatt at pasienten har utviklet en kronisk atrieflimmer er det ikke lenger indikasjon for rytmekontrollerende behandling. Du velger derfor å seponere sotalol til fordel for Selo-Zok som ren frekvenskontrollerende behandling. Du «sparer» pasienten således for en viss proarytmisk effekt. Du velger overgang til Selo-Zok 100 mg x 1.

Olav Jensen er 70 år og har inntil det aktuelle vært frisk. Han liker å sykle og siden han bor i et område med lite is og snø på veiene sykler han 20 mil hver uke året rundt. Han røyker ikke.

Siste halvåret har han hatt fire til fem episoder med svimmelhet. Anfallene varer bare åtte til ti sekunder og på slutten av anfallene merker han at det svartner for øynene. Han har aldri besvimt. Anfallene kommer uavhengig av anstrengelser. Han oppsøker fastlegen sin og denne finner uregelmessig hjerteraksjon, frekvens 90-100, BT 130/80 og normale forhold ved klinisk undersøkelse. EKG viser atrieflimmer og ellers normale forhold.

Hva ville du gjort med denne pasienten og hvilke differentialdiagnoser (også ikke-kardiale!) bør man tenke på her?

Denne pasienten bør utredes, men det er vel ingen grunn til å legge ham inn som øyeblikkelig hjelp.

Differentialdiagnostisk bør man tenke på TIA, men det er svært lite sannsynlig siden anfallene bare varer få sekunder og han ikke har andre, neurologiske symptomer. Det at pasienten har hatt fire til fem helt identiske anfall gjør også TIA-diagnosen lite aktuell.

Epilepsi er en annen mulighet (ikke-generalisert anfall). Den mest sannsynlige diagnosen er dog at han har en paroksysisk atrieflimmer og sviktende sinusknutefunksjon. Dette tilkjenner seg med at det tar tid før sinusknuten «slår inn» når atrieflimmeranfallet spontankonverterer. Denne tilstanden betegnes ofte for sick-sinus-syndrom. Pasienter med synkope/nærsynkope og paroksysisk atrieflimmer må alltid undersøkes for denne muligheten.

Denne pasienten ble av en eller annen grunn (og til alt hell!) lagt inn samme dag. Klinisk status, Ekko-Doppler-undersøkelse, røntgen thorax og lab.status viste normale forhold. Han ble lagt på telemetri og dagen etter mens pasienten lå i senga spontankonvertete atrieflimmeren og da så man at han i åtte til ti sekunder hadde en pause før han fikk sinusrytme. EKG med sinusrytme var normal og ved sykkelbelastning fikk han normal frekvensøkning og beholdt sin sinusrytme. (Se EKG, side 32-33).

Siden han hadde noe høy hvilepuls (70) og fin pulsøkning under arbeids-EKG på sinusrytme mente vi at han hadde

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

god AV-knute-funksjon. Han fikk derfor innlagt pacemaker med elektroder til høyre atrium som var programmert til å «slå inn» når sinusknuten sviktet (AAI-pacemaker).

Jeg vil til slutt kommentere antikoagulasjonsbehandling ved atrieflimmer noe mer utdypende. I den første sykehistorien har jeg belyst at man etter hvert ikke skiller mellom paroksysisk og kronisk atrieflimmer med hensyn til antikoagulasjon i samme grad som vi gjorde tidligere. Vi har imidlertid ikke kommentert indikasjon for antikoagulasjon generelt. I kilde-artikkel nr. 1 og 5 finner man oversiktlig skjemaer for indikasjon for antikoagulasjon. Et forsøk på å forenkle disse retningslinjene følger her:

A. Pasienter uten klaffefeil

1. Alder: Hvilken aldersgrense man skal ha varierer noe mellom de forskjellige guidelines. De fleste vil nok si seg enig i at alle over 65 år bør antikoaguleres uten hensyn til andre riskiofaktorer. De som er yngre skal bare anti-koaguleres dersom de har en eller flere riskiofaktorer i tillegg.

2. Riskiofaktorer som er indikasjon for antikoagulasjon uansett alder:

En skiller her mellom:

KLINISKE RISIKOFAKTORER:

Tidligere tromboemboliser (inkl. hjerneslag / TIA)

Hypertensjon.

Hjertesvikt.

Diabetes mellitus.

EKKOKARDIOGRAFISKE RISIKOMARKØRER:

Dilatert venstre atrium

Venstre ventrikkel dysfunksjon.

Tilstrebet INR-nivå i denne gruppen : 2-3.

B. Atrieflimmer med klaffefeil:

I utgangspunktet skal disse pasientene alltid behandles med Marevan. Hos pasienter uten mekaniske ventiler er også her tilstrebet INR-nivå: 2-3. Har pasienten mekanisk ventil, er det ventilen som «bestemmer» INR-nivå. Tilstrebet INR-nivå vil her som regel være : 2,5-3,5.

Når det gjelder kontraindikasjoner for antikoagulasjon, vises til sunn fornuft!

Kilder:

1. ACC/AHA/ESC Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. (Circulation, 2001;104: 2118-2150). Dette er en svært god artikkel med god innføring i atrieflimmer generelt og ikke bare en guideline for håndtering av atrieflimmer. anbefales!
2. SPAF-studien. (J.Am.College Cardiol., 2000; 35: 183-187).
3. Editorial comment: The Impact of Asymptomatic Atrial Fibrillation. (J.Am.College of Cardiol., 2004; 1: 53-54).
4. Heart (www.heartjnl.com) . Aug.2003. Vol 89. No 8. s.939-943. Kortfattet og fin atrieflimmeroversikt!
5. Behandling af atrieflimmer og atrieflagen. Tilæg til (dansk) Cardiologisk Forum. Oktober 2003. www.fyc.dk

TEMA: MUSIKK OG HELSE

DEN BLÅ HESTEN og DET MUSISKE MENNESKE

AV GUNHILD FELDE

Februar-seminaret ved Filosofisk Poliklinikk i Bergen var gitt tittelen «Musikk og helse».

Gjest og hovedtaler var musikkprofessor

Jon-Roar Bjørkvold, godt supplert av

et nyoppstartet kor og lege Edvin Schei.

«Den blå hesten» er navnet på bildet av Franz Marc som dekker omslaget på Jon-Roar Bjørkvolds bok «Det musiske menneske». Bildet brukes som en illustrasjon på det skapende og levende i mennesket, på fantasien og leken, på «strengen som vibrerer» i oss – og som gir helse hvis den får lov til å vibrere. Begrepet «det musiske menneske» inneholder noe mer enn det musikalske aspektet. «Ingen tappes for det musiske uten samtidig å miste noe dypt vesentlig i sin egen menneskelighet», skriver Jon Roar Bjørkvold i forordet til sin bok. Det handler om livsutvikling, lek, barn og barnekultur. Bjørkvolds forskning begynte der livet begynner, med betydningen av lyd, bevegelse og rytme for fosteret, for så å gå videre gjennom livsfasene. Mange forhold på vår vei fra å være barn til å bli voksen vil innskrenke «strengens» potensiale og gjøre at vi benekter den delen av oss som ikke «passer inn».

Tilværelsens «skruestikke»

Edvin Schei innledet seminaret med å snakke om tilværelsens «skruestikke» som kan sammenfattes i fire punkter:

1. Sosialisering gjennom blant annet barnehage, skole og ungdomsmiljø skaper mange «fasitsvar» og maler for hva som er korrekte og akseptable handlingsmønstre i ulike situasjoner.
2. Normalisering.
3. Tilpassing.
4. Janteloven.

«Skruestikka» gir en ufrihet da den hindrer oss i egen utfoldelse, samtidig som den gir en trygghet og mindre sår-

barhet fordi den gjør at vi i så stor grad går i flokk. Trenger vi denne tryggheten i møte med tilværelsens harde grunnvilkår? Til grunnvilkårene inkluderte Schei dødelighet, sårbarhet, avhengighet, skjørheten i relasjoner og den kosmiske ensomheten. Godtar vi å leve med «skruestikka» fordi vi er trygghetsnarkomane?

Hvordan sanser vi verden?

Bjørkvold gikk videre med forskjellige aspekter rundt «skruestikkas» virkning på oss. Hva bestemmer hva vi observerer og ikke minst hva som ikke «taes inn»? Hvor mye tar vi inn av «Den blå hesten»? Bjørkvold har beskjeftiget seg med de musiske grunnelementene lyd, bevegelse og rytme som preges inn i kroppens sanseapparat allerede tidlig i fosterstadiet. Alle mødre vet at det ufødte barnet reagerer på lyd. Morens stemme er det som bringer sammenheng, gjenkjennelse og trygghet i overgangen fra foster til nyfødt. Bjørkvold var av de første som oppfordret til å snakke, danse og leke med sitt ufødte barn. Han har også deltatt i forskning på betydningen av en «musisk» kuvøse for premature barn som går glipp av morens stemme, herteslag og kroppsbevegelser. Videre tar han for seg den lekende barnekulturen og barnets vei til stadig ny erkjennelse gjennom barnets tillitsfulle «her kommer jeg»-holdning, eller sagt med Inger Hagerup: «Jeg fyller meg selv fra øverst til nederst – er du større enn deg selv kanskje?»

Fra barnesang til helse

Morens stemme er svært viktig for barnets første kommunikasjonsutvikling, bygd på svangerskapets musiske symbiose, sier Bjørkvold. I morens stemme ligger inngangsporten til sosialt liv. For det lille barnet er det helt uviktig hvorvidt moren synger pent eller ikke, ifølge Bjørkvold er det viktig at selv en brummer synger for sitt barn. I mors- og farsstemmen ligger hele foreldrekjærligheten nedlagt.

For å illustrere betydningen av barnesangkulturen og hvor dypt dette ligger nedfelt i oss, ble seminarpublikummet utsatt for et lite forsøk som Bjørkvold i flere år har brukt på flere av sine seminarer. En del kjente og kjære barnesanger

FOTO: BJARNE KVAMME



ble sunget og publikum skulle deretter spontant si de ordene som først dukket opp i bevisstheten. Ord som glede, trygghet, lykke, fellesskap kom på løpende bånd. Deretter viste Bjørkvold tilsvarende resultater fra andre lignende kurs fra alle verdens hjørner: ordene viste seg å være identiske. At disse ordene er bærere av mye god helse virker åpenbart. Dette er ord og følelser som altså er i oss alle, men som på en eller annen måte må kobles til! Sagt med Bjørkvolds egne ord: musikk er ikke avkobling, men tilkobling! Det å kunne uttrykke seg og å ha noen strenger, ikke nødvendigvis av musikalsk art, å spille dette ut på, er livsnødvendig. Bjørkvold skriver i sin bok at «alle uttrykksmedier må være tilgjengelig for barna om de skal svinge med og lykkes. Kroppsutfoldelse, verbalspråk, sang – alt er det med på å sette erfaringer og forståelse på begrep, som en sentral del av selve livstilen. Og uttrykksbehovet ligger der som et stadig indre trykk, med imperativ karakter.»

Ngoma

Dette er et sentralt musikkbegrep som Bjørkvold har hentet fra swahili der ordet betyr fest, trommer, ritualer og fellesskap. Bjørkvold bruker det for å gi ennå en dimensjon til vår forståelse av «det musiske menneske». Ngoma har altså med musikk å gjøre, men inkluderer kvaliteter som fellesskap og ritualer, og det er umulig å isolere den vestlige betydningen av musikk i det. I sin bok bruker Bjørkvold ordet ngoma gjennomgående om barnekulturens musiske lekeform. På seminaret ble ngoma mest av alt stående som en påminnelse om at helse er så mye mer enn ikke å ha noen sykdom. Kanskje burde vi i vårt helsearbeid bli mer ngoma-fokusert!

FILOSOFISK POLIKLINIKK

Dette er en poliklinikk utenom det vanlige, startet i 1998 av legene Guri Rørtveit, Edvin Schei, Stefan Hjørleifsson, Ole Fritjof Norheim, Bjarte Sanne og Geir Nilsson. Første onsdag i måneden er det i Store Auditorium på Haukeland sykehus duket for refleksjon og diskusjon rundt temaer innenfor helse, samfunn og filosofi. Målet er større takhøyde og mer undring i medisin og å sette fokus på humanistiske sider ved medisinen. Sesongen 2003/2004 har vært viet forskjellige aspekter ved medisinsk genetik. Filosofisk poliklinikk er også arrangør av unikurset på Baroniet Rosendal. Fjorårets kurs fikk svært gode skussmål og i år er temaet kritisk vurdering av risikoestimer i medisinsk forskning, deriblant medikamentutprøving.

Mer informasjon om kurset kan finnes på www.uib.no/isf/filpol/kurs04

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på gunhild.felde@sensewave.com



Nyttig om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser

Borg M, Topor A.

Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser.

124 s, tab. Oslo: Kommuneforlaget, 2003. Pris NOK 329

ISBN 8244608900

Hva hjelper og bidrar til bedring når du skal legge en psykisk sykdom bak deg? Forfatterne, som er ergoterapeut og psykolog har intervjuet 15 personer om deres erfaringer. I fire temakapitler hentet fra intervjuanalysen oppsummerer de erfaringer fra intervjuene og reflekterer over dem i lys av kjent kunnskap om bedringsprosesser i psykiatrien: Jeg ga aldri opp, En annen profesjonalitet, Det sosiale livet, Tid og arenaer som hjelper. Boka rammes inn av kapitler om bedringsprosesser i psykiatrien generelt, og om noen konsekvenser av brukererfaringene: Kommunehelsetjenesten og DPS-ene må i fellesskap utvikle tjenestetilbud der folk kan velge mellom alternativer, der langvarige relasjoner kan utvikles og opprettholdes, der aktiv brukerdeltakelse er mulig, og der det er plass til både evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap.

Kapitelet om betydningen av egen drivkraft og et levende håp gjør inntrykk, og det er nyttig å bli minnet på at pasientenes egen innsats ofte er stor, men usynlig for oss. Men for meg som allmennlege var nok kapitelet om en annen profesjonalitet det nyttigste. Tvers gjennom kapittelet går rela-

sjonens betydning som en rød tråd, en relasjon der pasienten opplever å bli sett og hørt – dvs å være utvalgt. Det er så viktig at regelbrudd for pasientens skyld er noe av det som verdsettes høyt, og som beskrives av informantene som viktig for bedringsprosessen. En ny fleksibel profesjonalitet som bygger på nærhet og engasjement i en gjensidig relasjon, der tid og rom er forhandlingsbar og åpen blir konsekvensen dersom vi skal ta brukerkunnskapen på alvor. Ansatte og brukere som har «funnet hverandre» er således en ressurs på en arbeidsplass. Evidensbasert kunnskap er viktig og gir trygghet, men det er viktigere å velge terrenget dersom kartet ikke stemmer.

En slik profesjonalitet utfordrer og skaper uro, men er i tråd med gjentatte funn av at det er behandlerens engasjement – mer enn terapeutisk metode – som avgjør utfallet av terapien. Som allmennpraktikere har vi stor frihet til å videreutvikle en slik profesjonalitet.

Janecke Thesen

Leggekantoret Valestrandsfossen/
Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen

Infodoc for Windows

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

Ring 55 52 63 00

og vi demonstrerer programmet hos deg

infodoc as

BRUKERVENNLIGHET SATT I SYSTEM

Bergen: Infodoc as, P.B. 183, Bønes, 5849 Bergen

Tlf. 55 52 63 00 - Fax. 55 52 63 29

Oslo: Infodoc as, Kilenvæien 45, 1366 Lysaker

Tlf. 67 59 27 60 - Fax. 67 59 27 69

www.infodoc.no

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!*

Ryggstatus i allmennpraksis

Undersøkelse av rygg gjøres mange ganger i uken hos fastlegene. Anamnesen er naturligvis viktigst. Dersom jeg ikke finner noen « røde flagg » det vil si tegn på alvorlig underliggende årsak til ryggsmertene: traume, kjent kreftsykdom, morgenstivhet, tiltakende lammelser, vannlatingsplager, ridebukseanestesi eller generelle sykdomstegn bruker jeg denne enkle undersøkelsesmetoden:

- Observer pasientens bevegelsesmønster når du henter ham på vente-rommet.
- Se hvordan pasienten sitter i stolen
- Be pasienten kle av seg buksa, strømper og skor.
Se på hvordan han får det til
- Plasser pasienten stående med ryggen mot deg
- Inspiser ryggen
- Be pasienten sette hendene i gulvet med strake ben.
Sjekk bevegelse og finger gulv avstand.
- Sidebøy – vurder bevegelse
- Be pasienten stå på tå
- Og så på helene
- Be pasienten sette seg på huk og reise seg
- Be ham sette seg på undersøkelsesbenken og slå reflekser
- Pasienten legger seg på benken: sjekk berøringsfølelse på inn og utsiden av beina
- Sjekk pasientens kraft ved dorsalfleksjon av stortå og ekstensjon av ankel.
- Lasegue

Ferdig

Dersom man finner tegn på isjias bør man naturligvis prøve å finne nivåene.

L4: svekket patellar refleks, nedsatt kraft ved ekstensjon av kne

L5: vanskelig å stå på hel

S1: svekket akilles refleks, vanskelig for å stå på tå

Anders Svensson



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

Kortdikt til hverdagsbruk

Dette diktet er det jeg ser oftest, og jeg leser det gjerne på nytt.

Jeg fikk det av forfatteren i håndskrift og ramme for noen år siden. Det henger ved siden av kontorvinduet, som har utsikt til hage, elv og fjell. Det er tydelig å lese både for pasient og lege, og blir ofte kommentert i løpet av samtalen. Jeg synes det handler om at vi trenger å bli sett, bekreftet, og få oppleve «blanke ark og farjestifter»; et underliggende tema i mange pasientmøter, og i livet ellers.

Jeg fikk utfordringen fra en sarping, og sender den videre til nok et bysbarn: Svein Gjelstad, Tønsberg.

Morgondagen

Dagen i dag
ber med seg
arr frå fortida.
Den uopplevde morgondagen
er enno ikkje såra.

Oddmund Haugen

Tor Carlsen

Klosterhagen legesenter, 3730 Skien

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



KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2004

UTPOSTEN Bladet for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer 7 ganger årlig med dobbelt julenummer. 7 primærleger er redaktører.

	<i>Bestillingsfrist</i>	<i>Materiellfrist</i>	<i>Utsendelse</i>
Nr. 1	23. januar	4. februar	23. februar
Nr. 2	27. februar	10. mars	29. mars
Nr. 3	26. mars	21. april	10. mai
Nr. 4	7. mai	18. mai	14. juni
Nr. 5	20. august	1. september	20. september
Nr. 6	17. september	29. september	18. oktober
Nr. 7/8	22. oktober	12. november	29. november

ANNONSEPRISER

STØRRELSE:	4-FARGER	SORT/HVITT	1 FARGE	2 FARGE
1/1	kr 10 800,-	kr 6 200,-	kr 7 600,-	kr 8 900,-
1/2	kr 7 300,-	kr 3 900,-	kr 4 600,-	kr 5 400,-
1/4	kr 5 900,-	kr 2 500,-	kr 4 400,-	kr 4 900,-

1/1 side på siste omslagsside kr 14 500,- Løst bilag koster kr 10 500,-. Klebet bilag kr 11 400,- pluss kr 0,95 pr.eksemplar. Ved bestilling av annonser i hvert nummer blir den siste annonsen gratis!

ABONNEMENT: Kr. 425,- i året

TEKNISK

Annonseansvarlig: Tove og Karianne Rutle
RMR, Sjøbergvn. 32, 2050 JESSHEIM
Tlf. 63 97 32 22 • Fax 63 97 16 25
E-mail: rmrtove@online.no

Materiell: Elektronisk (mail/ISDN/FTP*/FastSend*/CD).

Format: A4, 210 x 297 mm. Satsflate 165 x 236 mm.

Raster: 60 linjer

Trykkeri: PDC Tangen, 1930 AURSKOG. Tlf.: 63 86 44 00

Kontaktperson: Morten Hernæs. Tlf.: 63 86 44 63

E-mail: morten@pdctangen.no *kontakt MH direkte om disse

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

Urtikaria og angioneurotisk ødem av rofekoksib, kulde eller anstrengelse?

På rolige legevakter kan vi i vår kommune sitte heime med en god kopp te mens legevaktssentralen (som ligger i lokalsykehusets mottagelse) «samlar» pasienter til et avtalt tidspunkt, svært behagelig! Dukker det så opp pasienter før avtalt tidspunkt, må vi jo rykke ut dersom det er noe alvorlig. Mens jeg nyter min tekopp på en slik vakt, ringer det en mann som etter å ha vært på joggetur i litt kaldt småregn har fått rødflammet utslett på hele kroppen samt hovne lepper. Denne pasienten oppfattet jeg som en som trygt kunne vente til jeg skulle ned om en halvtime, men bevarer, la ham komme til legevaktssentralen og sitte der og vente «så kan dere jo observere ham litt imens». Om han skulle kjøre selv tenkte ingen på.

Mannen ankommer etter 10 minutter og får ikke helt til å snakke pga hovne lepper men ser ellers fin ut, sykepleier tar ham inn på et rom for å måle blodtrykk og ... neimen, hva skjer nå da?... der synker han sammen, besvimer og får knapt målbart blodtrykk. Alarmknappen til sykehusets anestesilege er svært kjekk å ha nå, og når jeg tusler ned til legevaktssentralen en stund seinere ligger mannen under oppsyn av anestesilegen med opphengt drypp og både Solu-Cortef® [hydrokortison] og antihistaminer trygt plassert i sine blodårer! Tilstanden stabiliserer seg, men han legges inn over natta for sikkerhets skyld.

Så kommer tankene: Kan en joggetur virkelig utløse dette? Kanskje var det bare vasovagal reaksjon? Før jeg dro ned hadde jeg for å være litt forberedt slått opp på kuldeurtikaria, det var jo regnvær i januar! Men når pasientens lepper avtar litt i størrelse får jeg fram at han jobber på et fryse-lager (!) og aldri har reagert slik på jobb, men tidligere joggeturer har gitt litt vage, men likedannde symptomer, uansett

vær. Videre bruker han Vioxx® [rofekoksib] for en Mb Bechterew og er ellers frisk. Han bruker ikke flere medikamenter, ei heller naturpreparater.

Over en ny kopp te reiser spørsmålet seg om det er mulig å finne ut hva som var årsaken til pasientens tilstand: skyldes det bruken av Vioxx®, kulde eller anstrengelse og hvilket råd skal vi gi pasienten? Å seponere Vioxx® for sikkerhets skyld og så be ham slutte å jogge er jo en ganske trist løsning for ham med sin Mb Bechterew og han fortjener derfor et godt begrunnet svar på hvordan han skal innrette seg heretter. Vi har derfor (som man jo bør når usikkerheten er stor i slike tilfeller) spurt RELIS og vi har fått følgende svar:

Svar fra RELIS

Urtikaria er et symptom som kan forårsakes av en rekke faktorer, blant annet; kulde, sol, varme, angst, anstrengelse, fysisk påkjenning på huden, arvelig angioødem, kontakthypersensitivitet. Mat og deres tilsetningsstoffer og en lang rekke legemidler har dette som kjent bivirkning. Angioødem er en potensielt svært alvorlig variant av urtikaria og oppstår hovedsaklig i subkutant vev. Pustebesvær og synkope kan følge av angioneurotisk ødem (1).

Ut fra pasienthistorien er det naturlig å vurdere tre mulige årsaker for pasientens Quinckes (angioneurotiske) ødem, urtikaria og synkope:

- Kulde
- Anstrengelse
- Rofekoksib

Kuldeindusert urtikaria og angioødem er beskrevet i litteraturen(2), det samme er anstrengelsesutløst urtikaria og

angioødem (3). Det fins til og med en japansk kasusrapport på kuldeavhengig anstrengelsesutløst urtikaria (4)! Slik pasienten beskriver sin historie virker det lite sannsynlig at hans reaksjon er utløst av kulde alene. Anstrengelse virker å være en mer sannsynlig årsak basert på at han har hatt lignende, milde symptomer tidligere ved fysisk anstrengelse. Muligens er risikoen for pasienten større ved anstrengelse i kulde enn ved anstrengelse i høyere temperaturer.

Et søk i Verdens helseorganisasjons (WHO) bivirkningsdatabase* viser at det der i perioden 2000–2003 er registrert 132 tilfeller av synkope, 106 tilfeller av angioødem og 289 tilfeller av urtikaria som mulige bivirkninger av rofekoksib (5). Dette antyder at slike reaksjoner ikke er ukjente hos pasienter som er blitt behandlet med rofekoksib, selv om det ikke er konklusivt med tanke på en direkte sammenheng. RELIS har tidligere også sett på muligheten for angioneurotisk ødem som bivirkning av rofekoksib (6): Også for urtikaria og angioødem som mistenkt bivirkning av behandling med COX-2-hemmere fins det kasusrapporter i litteraturen (7, 8), til og med en som resulterte i dødsfall etter behandling med rofekoksib (9).

Angioneurotisk ødem og urtikaria er også i følge godkjent norsk preparatomtale (SPC) (10) «svært sjeldne» men altså kjente bivirkninger av behandling med rofekoksib. I kasustikkene (7, 8) har reaksjonene oppstått henholdsvis to timer og seks dager etter oppstart med rofekoksib, og i det ene tilfellet hvor det er oppgitt (7), forsvant symptomene fem dager etter seponering. Det er ikke kjent hvor lenge pasienten vår har vært behandlet med rofekoksib.

Disse reaksjonene er rapportert for acetylsalisylsyre (ASA) og de aller fleste ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAID), inklusive celekoksib (7, 11), slik at om rofekoksib er helt eller delvis årsak til reaksjonene er det sannsynlig at pasienten vil oppleve de samme reaksjonene om man forsøker å substituere med et annet NSAID. Bivirkningen er altså å anse som en klaseeffekt av disse legemidlene.

Diskusjon

Pasienten har tre disponerende faktorer som alle kan gi urtikaria og angioneurotisk ødem. Det er umulig å sikkert fordele skyld mellom kulde, anstrengelse og behandlingen med rofekoksib, men det er i dette tilfellet naturlig å mistenke at de kan ha hatt en synergistisk uheldig effekt. Det er ikke lett å spekulere i hva som er minst og mest årsak, eller

mekanismen bak en eventuell slik synergi, da dette ikke er klarlagt.

Ettersom pasienten ikke reagerer slik på jobb, er det selvfølgelig ikke aktuelt å be ham bytte jobb. Pasienten har sannsynligvis god effekt av sin jogging mot forverring av Bechterews sykdom, slik at det vil være uheldig om han må slutte med dette. Han bør allikevel sannsynligvis utvise forsiktighet ettersom han har hatt lignende, mildere symptomer tidligere ved jogging/anstrengelse. Han bør være spesielt oppmerksom om symptomene skulle melde seg igjen under trening, og umiddelbart kontakte lege om de gjør det. Det antydes at denne type reaksjoner kan være doseavhengige bivirkninger av rofekoksib, slik at det kan være et alternativ å redusere dosen med rofekoksib. Alternativt kan rofekoksib seponeres, men da bør det løpende vurderes om pasienten trenger annen legemiddelbehandling.

Kasustikken er trykket med tillatelse fra pasienten.

Jannike Reymert,

spes. allmenmed. Bakklandet legekontor, 7800 Namsos.

Pål-Didrik Hoff Roland,

cand.pharm., RELIS Midt-Norge, St Olavs hospital, 7006 Trondheim.

Referanser:

- Hunter JAA, Savin JA, Dahl MV. Reactive Erythemas and Vasculitis. In: *Clinical Dermatology* 1995; 2nd ed.: 105-15.
- Bentley B 2nd. Cold-induced urticaria and angioedema: diagnosis and management. *Am J Emerg Med* 1993; 11(1): 43-6.
- Kato T, Komatsu H, Tagami H. Exercise-induced urticaria and angioedema: reports of two cases. *J Dermatol* 1997; 24(3): 189-92.
- Ii M, Sayama K, Tohyama M, Hashimoto K. A case of cold-dependent exercise-induced anaphylaxis. *Br J Dermatol* 2002; 147(2): 368-70.
- Verdens Helseorganisasjon (WHO). Bivirkningsdatabase, søk 26. februar 2004.
- RELIS database 2003; spm.nr. 1078, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no/database).
- Kelkar PS, Butterfield JH, Teaford HG. Urticaria and angioedema from cyclooxygenase-2 inhibitors. *J Rheumatol* 2001; 28(11): 2553-4.
- Grimm V, Rakoski J, Ring J. Urticaria and angioedema induced by COX-2 inhibitors [Letter]. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109(2): 370.
- Kumar NP, Wild G, Ramasamy KA, Snape J. Fatal haemorrhagic pulmonary oedema and associated angioedema after the ingestion of rofecoxib. *Postgrad Med J* 2002; 78(921): 439-40.
- Statens legemiddelverk. Vioxx(R) (SPC). <http://www.legemiddelverket.no/spc/spc.htm> (Sist endret: 1. august 2003).
- Felleskatalog. <http://www.felleskatalogen.no> (Sist endret: 3. februar 2004).

* WHO understreker at datauttrekk fra bivirkningsdatabasen ikke representerer WHO's offisielle syn og at dataene ikke er homogene med tanke på innsamling gjennom spontanrapporteringsystemet eller dokumenterer en sikker sammenheng mellom det aktuelle legemiddelet og bivirkningen.

?RELIS

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

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

Antikoagulantia og amming

RELIS har flere ganger fått spørsmål om bruk av anti-koagulantia til kvinner som ammer, og vi gjengir her våre anbefalinger basert på eksisterende dokumentasjon.

Det kan være flere grunner til at kvinner som ammer har behov for behandling med antikoagulantia. Mor kan ha underliggende sykdommer (Leiden-mutasjon, iskemiske sykdommer etc.) som indikasjon for behandling både i svangerskapet, og etter at barnet er født. Andre ganger kan det være aktuelt å starte slik behandling i forbindelse ved forløsning ved keisersnitt og fortsette behandlingen i en periode etterpå.

Vanlig ufraksjonert heparin og vitamin K-antagonisten warfarin (Marevan®) anses som trygge å bruke ved amming. Heparins høye molekylvekt (40 000 dalton) hindrer overgang av heparin til morsmelk, og det er liten sannsynlighet for absorpsjon av intakt molekyl fra barnets mage-tarmkanal. Overgang av warfarin til morsmelk er minimal på grunn av høygradig binding til plasmaproteiner. Utstrakt bruk har ikke gitt holdpunkter for at barnets koagulasjon påvirkes, og dette legemidlet kan også brukes av ammende kvinner (1,2).

Når det gjelder de nyere, lavmolekylære heparinene har det hersket større usikkerhet om hvorvidt disse midlene kan brukes ved amming. Imidlertid foreligger en god del dokumentasjon og erfaring også med disse midlene. Dokumentasjonen synes å være best for dalteparin (Fragmin®) og enoksaparin (Klexane®), selv om produsentene, også for disse to preparatene, angir i Felleskatalogen at risiko ved bruk under amming ikke er klarlagt.



Dalteparin og enoksaparin er lavmolekylære fraksjoner av heparin med molekylvekt på 2000–9000 dalton. Som tidligere omtalt for heparin, er også disse molekylene for store til å kunne gå over i morsmelken i klinisk relevante konsentrasjoner. Videre inaktiveres de i mage-tarmkanalen etter peroral administrasjon, og de vil derfor ikke absorberes systemisk hos barnet selv om de skulle gå over i morsmelken (2,3). De lavmolekylære heparinene utøver en anti-trombotisk effekt som korrelerer med deres anti-Xa-aktivitet. Det er utført flere studier som ikke har kunnet påvise anti-Xa-aktivitet av betydning i morsmelk (4,5).

Konklusjon

Vanlig heparin og warfarin anses som trygge antikoagulantia å bruke til kvinner som ammer.

For de lavmolekylære heparinene gjelder at disse i svært liten grad går over i morsmelk, og dessuten ikke vil absorberes fra barnets tarm. De kan derfor også benyttes av ammende mødre.

Det anbefales likevel på generelt grunnlag at barnet følges nøye med tanke på unormale blødninger

*Hanne Stenberg-Nilsen, seniorrådgiver, cand. pharm,
Øyvind Melien, assistentlege,
Tone Westergren, seksjonsleder, cand. pharm.
RELIS Sør, Rikshospitalet*

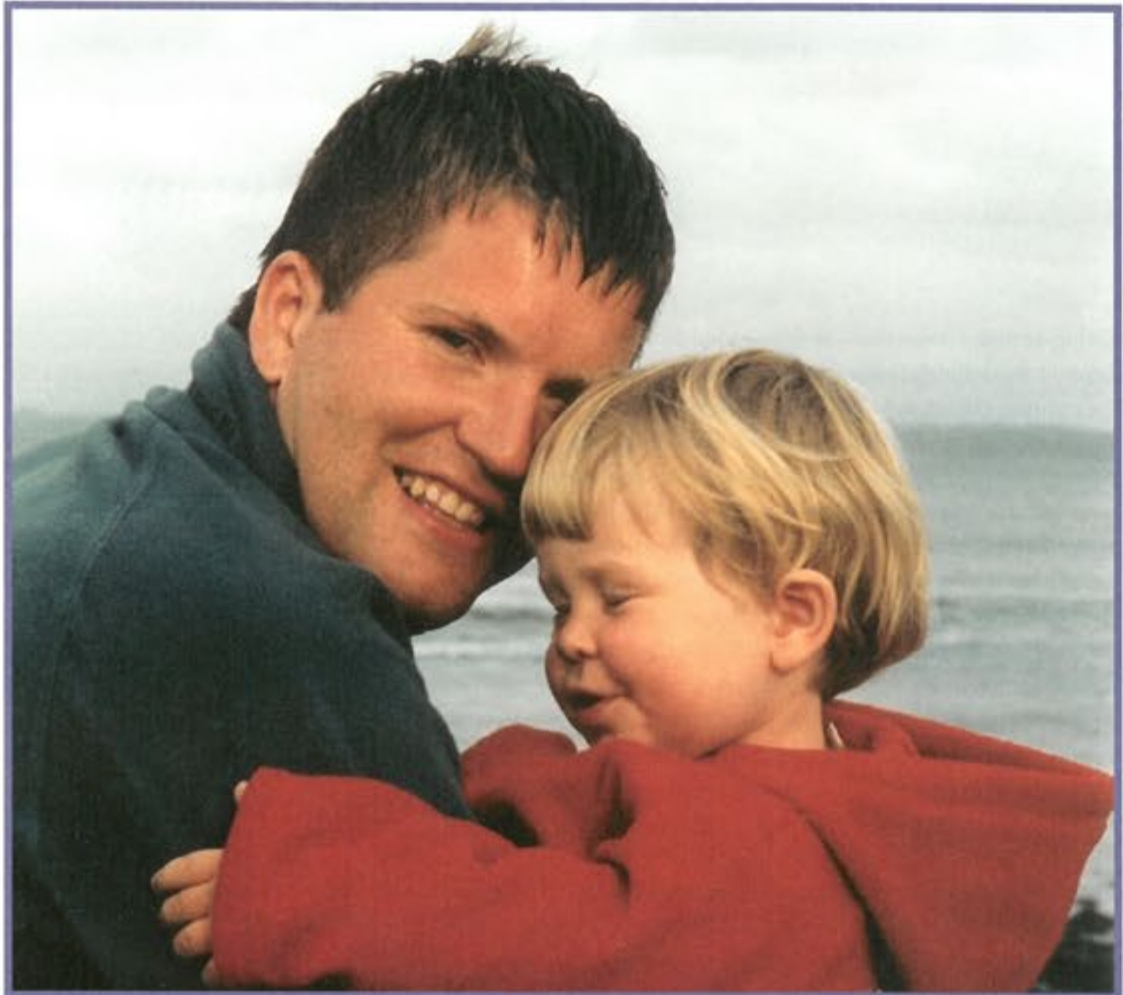
Referanser:

1. Nordeng H et al. Amming og legemidler. Norsk legemiddelhandboka. www.legemiddelhandboka.no, søk 19. februar 2004.
2. Hale TW, Berens P. Clinical Therapy in Breastfeeding Patients 2002; 2nd ed.: 35-8.
3. Clinical Pharmacology database. <http://www.cp.gsm.com>, søk 19. februar 2004.
4. RELIS database 2003; sp.nr. 2119, RELIS Sør. www.relis.no/database.
5. RELIS database 2000; sp.nr. 1327, RELIS Vest. www.relis.no/database.

SVEIN ARNE MONSEN

FORBIFARTEN

STILLING KOMMUNELEGE | ARBEIDSSTED LEIRFJORD KOMMUNE | NORDLAND



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Jeg er 33 år gammel samboer, pappa, kommunelege, trimmer og leder i legeforeninga i Nordland. Politisk engasjert på en måte som ifølge min samboer ikke er spesielt spenstig når man ennå ikke er fylt 40 år. Tar det vel igjen på sjarmen...

Når skjønte du at du var blitt lege?

Det skjønte jeg med en gang! Er litt opptatt av at legeyrket ikke er noe mer spesielt enn andre yrker. Jeg har jobba som både fisker og lærer før og skjønte også det ganske fort.

Hva gir deg mest glede i jobben?

Jeg blir glad når jeg merker at pasientene stoler 100 prosent på meg som samtalepartner og behandler.

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

Vært så heldig å fått meg en flott samboer og ei nydelig datter!

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg sammen med pasienten løser dennes små og store problemer

Når lø du på jobben sist?

I dag. Dess mindre vi ler, dess sykere blir vi. Jeg ler mye.

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

Ibd.

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

Muligens gått litt roligere ut slik at jeg hadde hatt noe å øke med.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Det er vel en av hovedutfordringene i allmenpraksis: å ikke ha noen favorittpasient og være profesjonell og rettferdig. Må vel allikevel innrømme at det er noen gamle damer med godt humør og stort livsmot som gjør meg ekstra glad.

Hva gjør du om fem år?

Forhåpentligvis noe helt annet og like spennende som det jeg gjør nå!

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

Burde definitivt sagt styreleder i Helse Nord; Olav Helge Førde, men han kunne jeg egentlig tenkt meg å være alene med på en øde øy som lå langt fra sykehus og pre-hospital trombolysse. Tror allikevel jeg velger samboeren som kunne beroliget meg og behandlet min høydeskrekk.

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

1. Tatt et oppgjør med de som tror at helsevesenet kan styres som en pølsebod.
2. Sagt opp noen økonomer og fått inn sivilingeniører som er gode på logistikk.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Et flott blad som viser at det er mange engasjerte mennesker der ute.

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Når takstheftet kan brennes.

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

Jeg *vet* at jeg skal ha arbeidet utenlands i flere perioder. Midt-Østen ligger mitt hjerte nært.

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

I jobben er jeg rampete nok. Mine venner synes vel kanskje at jeg slår til litt for sjeldent.

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

Olav Gunnar Ballo



T Deklarasjon: TABLETTER 12,5 mg og 25 mg: Hver tablett inneh.: Rofecoxib 12,5 mg, resp. 25 mg, laktosemonohydrat (resp. 39,95 mg og 79,34 mg) og hjelpestoffer. Fargestoff: gult jernoksid (E 172).
Indikasjoner: Symptomatisk behandling av artrose eller reumatoid artritt. **Dosering:** Kan tas med eller uten mat. **Voksne:** Artrose: Anbefalt startdose er 12,5 mg en gang daglig. Noen pasienter kan ha tilleggseffekt ved å øke dosen til 25 mg en gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 25 mg. **Reumatoid artritt:** Anbefalt dose er 25 mg en gang daglig. Det ble ikke sett signifikant tilleggseffekt ved å øke dosen til 50 mg en gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 25 mg. **Eldre:** Forsiktighet bør utvises når den daglige dosen økes fra 12,5 mg til 25 mg. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering er ikke nødvendig hos artrosepasienter med kreatininclearance 30-80 ml/min. Det finnes foreløpig bare begrenset informasjon om artrittpasienter med kreatininclearance 30-80 ml/min. **Nedsatt leverfunksjon:** Hos pasienter med mild leverinsuffisiens (Child-Pugh score 5-6) bør ikke den lavest anbefalte dosen på 12,5 mg en gang daglig overskrides. Det finnes foreløpig bare begrenset informasjon om artrittpasienter med mild leverinsuffisiens, og anbefalt dose er ikke fastlagt. **Barn:** Rofecoxib er ikke indisert for bruk hos barn. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv magesår eller gastrointestinal blødning. Inflamatorisk mage/tarmsykdom. Moderat eller alvorlig leversykdom (Child-Pugh score større eller lik 7). Beregnet kreatininclearance <30 ml/min. Pasienter som tidligere har utviklet symptomer på astma, akutt rhinitt, nasale polypper, angioneurotisk ødem eller urtikaria ved bruk av acetylsalisylsyre eller andre ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs). Alvorlig hjertesvikt. Graviditet i 3. trimester og amming. **Forsiktighetsregler:** Reduksjon i prostaglandinsyntesen hos pasienter med nedsatt renal gjennomstrømning kan føre til fall i renal blodgjennomstrømning og nedsatt nyrefunksjon. Mest utsatt er pasienter med signifikant nedsatt nyrefunksjon i anamnesen, ukontrollert hjertesvikt eller cirrhose. Oppfølging av nyrefunksjonen hos disse pasientene bør vurderes. Rehydrering anbefales før behandlingsstart hos betydelig dehydrerte pasienter. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med hjertesvikt i anamnesen, venstre ventrikeldysfunksjon, hypertensjon eller ødem. Behandling med rofecoxib bør startes med laveste anbefalte dose hos disse pasientene. På grunn av manglende effekt på blodplatene kan Vioxx ikke benyttes i stedet for acetylsalisylsyre ved kardiovaskulær profylakse. Fordi rofecoxib ikke hemmer trombocyttagregasjonen i terapeutiske doser, må behandling med antikoagulasjonsmidler ikke avbrytes. Dersom det er indisert, bør slik behandling vurderes hos pasienter med risiko for eller tidligere gjennomgått kardiovaskulær eller trombotisk sykdom. Oppfølging er viktig ved bruk hos eldre og pasienter med nedsatt nyre-, lever- eller hjertefunksjon. I kliniske studier utviklet noen artrosepasienter behandlet med rofecoxib, perforasjoner, ulcerasjoner eller blødninger (PUBs). Pasienter med PUB i anamnesen og pasienter eldre enn 65 år så ut til å ha høyere risiko for PUB. Uavhengig av PUBs økte risikoen for gastrointestinale symptomer ved doser over 25 mg. Ved vedvarende unormale leverfunksjonsverdier (tre ganger øvre normal grense) bør preparatet seponeres. Rofecoxib kan maskere feber. Anbefales ikke til kvinner som planlegger å bli gravide. **Barn:** Preparatet bør ikke brukes til barn da erfaring mangler. **Interaksjoner:** Protombintiden bør følges nøye når behandling med rofecoxib startes hos pasienter som bruker warfarin eller lignende substanser, pga mulig økning i protombintid på opp til 8%. Det er rapportert økning i International Normalized Ratio (INR) som førte til avbrudd i warfarinbehandling, og i noen tilfeller resulterte i at den antikoagulerende effekten opphørte, hos pasienter som fikk kliniske doser rofecoxib sammen med warfarin. I steady state hadde rofecoxib 50 mg en gang daglig ingen effekt på den trombocyttagregasjonshemmende effekten av en lav dose (81 mg en gang daglig) acetylsalisylsyre. Samtidig bruk av høye doser av acetylsalisylsyre eller andre NSAIDs bør unngås. I interaksjonsstudier har rofecoxib ikke vist noen klinisk relevante effekter på farma-kokinetikken for prednison/prednisonol eller orale antikonsepsjonsmidler (etinyløstradiol/noretindron 35/1). Kan gi beskjeden hemming av CYP1A2 og beskjeden induksjon av intestinal CYP3A4. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av legemidler som primært metaboliseres via CYP1A2 (f.eks. teofyllin, amitriptylin, tacrin og zileuton) og legemidler som er substrat av CYP3A4. Adekvat oppfølging av plasmakonsentrasjonen av teofyllin bør vurderes når behandling med rofecoxib startes eller endres hos pasienter som bruker teofyllin. Metaboliseres av cytokrom P450 (CYP) når stoffer som inducerer CYP er tilstede. Plasmakonsentrasjonen av rofecoxib reduseres ca. 50% ved samtidig bruk av rifampicin. Bruk av 25 mg dose bør vurderes når rofecoxib gis sammen med substanser som inducerer hepatisk metabolisme. Inntak av ketokonazol (som er en potent hemmer av CYP3A4), påvirket ikke farmakokinetikken for rofecoxib. Cimetidin og antacida hadde ingen klinisk relevant påvirkning av farma-kokinetikken for rofecoxib. Det er ikke observert interaksjon med digoksin. Se også Interaksjonstabell i Felleskatalogen. **Graviditet/Amming:** Graviditet: Bruk av rofecoxib er kontraindisert i siste trimester av svangerskapet fordi rofecoxib, som andre preparater som hemmer prostaglandinsyntesen, kan føre til nedsatt rie-aktivitet og prematur lukning av ductus arteriosus (se Kontraindikasjoner). Bruk av rofecoxib hos gravide er ikke studert i adekvate og godt kontrollerte kliniske studier. Rofecoxib bør derfor ikke brukes i de to første trimestrene av svangerskapet med mindre de potensielle fordelene for pasienten oppveier den mulige risikoen for fosteret. Som for andre legemidler som hemmer COX-2 anbefales ikke rofecoxib til kvinner som planlegger å bli gravide. **Amming:** Det er ikke kjent om rofecoxib utskilles i morsmelken hos mennesker. Rofecoxib skilles ut i melken hos rotter. Kvinner som bruker rofecoxib bør ikke amme (se Kontraindikasjoner). **Bivirkninger: Hyppige (> 1/100):** Blod: Senkning av hematokrit. Gastrointestinale: Halsbrann, ubehag i epigastriet, diaré, kvalme, dyspepsi. Hud: Pruritus. Lever: Økning i ALAT og ASAT. Nevrologiske: Hodepine. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Øvrige: Ødem/væskeretensjon, magesmerter, svimmelhet. **Mindre hyppige:** Blod: Nædgang i hemoglobin, erytrocytter og leukocytt. Gastrointestinale: Forstoppelse, sår i munnhulen, oppkast, brekninger, gassdannelse, sure oppstøt. Hud: Utslett, atopisk dermatitt. Hørsel: Tinnitus. Lever: Økning i alkaliske fosfataser. Luftrøier: Dyspné. Metabolske: Vektøkning. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper. Nevrologiske: Insomnia, søvnløshet, vertigo. Psykiske: Depresjon, nedsatt mental klarhet/årvåkenhet. Urogenitale: Økning i BUN og serum kreatinin, proteinuri. Øvrige: Asteni/tretthet, oppblåst mage, brystmerter. **Sjeldne (<1/1000):** Overfølsomhetsreaksjoner inkl. angioødem, urtikaria, anafylaktiske reaksjoner. Blod: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Peptisk ulcer, gastrointestinale perforasjoner og blødning (hovedsakelig hos eldre pasienter), gastritt. Hud: Alopeci, bivirkninger i slimhinnene og alvorlige hudreaksjoner inkludert Stevens-Johnsons syndrom. Lever: Hepatotoksitetet inkludert hepatitt og gulsott. Luftrøier: Bronkospasme. Nevrologiske: Parestesier, aseptisk meningitt. Psykiske: Forvirring, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Hjertesvikt, hjerteinfarkt (årsakssammenheng ukjent). Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Nedsatt nyrefunksjon, inkludert nyresvikt, vanligvis reversibel når behandlingen stoppes. Følgende alvorlige bivirkninger har blitt rapportert i forbindelse med bruk av NSAIDs og kan ikke utelukkes for rofecoxib: nefrotoksitetet inkludert interstitiell nefritt og nefrotisk syndrom, levertoksitetet inkludert leversvikt. **Overdosering/Forgiftning:** Enkelt doser opp til 1000 mg og doser opp til 250 mg/dag i 14 dager gir ingen signifikante symptomer på overdosering. Ved overdose igangsettes vanlige støttetiltak f.eks. fjerning av uabsorbert materiale fra mage/tarmkanalen, klinisk overvåking og igangsetting av symptomatisk behandling hvis nødvendig. Rofecoxib kan ikke dialyseres ved hemodialyse. Det er ukjent om rofecoxib kan dialyseres ved peritonealdialyse.

Oppdatert: 12.07.02

Pakning og priser: 12,5 mg tablett: Enpac: 7 stk. kr. 100,60, 28 stk. kr. 321,70, 14 stk. kr. 174,60, 98 stk. kr. 1 041,30. Endose: 50 stk. kr. 548,00. HDPE boks: 30 stk. kr. 342,30, 100 stk. kr. 1 061,90. **25 mg tablett:** Enpac: 7 stk. kr. 103,00, 14 stk. kr. 179,40, 28 stk. kr. 331,10, 98 stk. kr. 1 073,70. Endose: 50 stk. kr. 564,50. HDPE boks: 30 stk. kr. 352,30, 100 stk. kr. 1 094,90 (pr. 7.april 2003).

T: 17, 35

Annonsér i Utposten
Abonner på Utposten

Annonsér i Utposten
Abonner på Utposten

Annonsér i Utposten
Abonner på Utposten

Annonsér i Utposten
Abonner på Utposten

Annonsér i Utposten
Abonner på Utposten

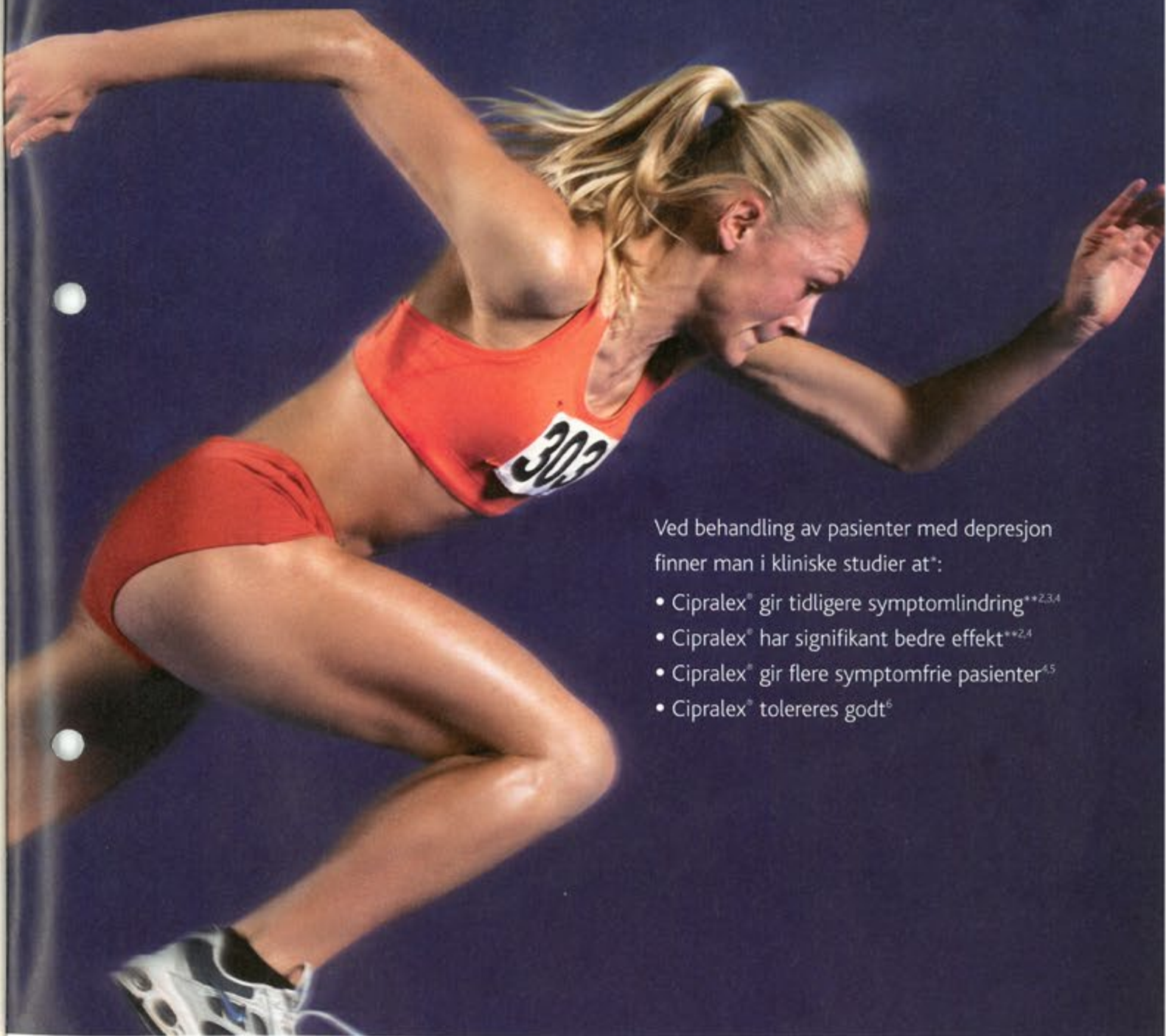
Annonsér i Utposten
Abonner på Utposten

Annonsér i Utposten
Abonner på Utposten

se s. 40 og s.41

Cipralex®

Rask, effektiv, selektiv^{1,4,7}



Ved behandling av pasienter med depresjon finner man i kliniske studier at*:

- Cipralex® gir tidligere symptomlindring**^{2,3,4}
- Cipralex® har signifikant bedre effekt**^{2,4}
- Cipralex® gir flere symptomfrie pasienter^{4,5}
- Cipralex® tolereres godt⁶

*Placebokontrollerte studier hvor Cipramil®(citalopram) er inkludert som aktiv kontroll. **Bedre effekt enn placebo og Cipramil® målt i uke 1 og 8 (OC-analyse)

For preparatomtale og referanser se side 34.

www.cipralex.com

Lundbeck  **Cipralex**
escitalopram



10-04-VIOXX-03-SCA/N-1320-00-7

VIOXX[®]
(rofecoxib, MSD)**- EFFEKTIV¹****- ENKEL****- ÉN GANG DAGLIG****- Refusjon¹ på § 9.17 og 35**

* Følles for refusjon av coxib'er på §9 er et minst ett av nedenforstående kriterier skal foreligge:

- Pasienten har tidligere hatt et behandlingstrengende 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 allmenntilstand



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 preparatbrosjyren.