



## Innhold:

Leder: På tynn is? Av HELEN BRANDSTORP	s 1
Utpostens dobbelttime. Intervju med Ellen B. Pedersen Av ANDERS SVENSSON	s 2
Skal allmennleger kunne utføre otracheal intubasjon? Av GUTTORM BRATTEBØ OG GEIR ARNE SUNDE	s 6
Lopper som angriper folk Av REIDAR MEHL	s 9
Neste pasient er utviklingshemmet Av IVAR MEHLE	s 12
Om psykisk utviklingshemmede og virkningen av HVPU-reformen 13 år etter IVAR SKEIE INTERVJUER GEIRMUND SKEIE	s 16
Allmennlegen må være en aktiv akuttmedisinsk ressurs! Av MADS GILBERT	s 22
Distriktsmedisinske sentre Av KARSTEN KEHLET	s 29
Kravspesifikasjoner til den framtidige distriktslegen! Av FRODE FORLAND	s 33
Den distriktsmedisinske raketten Av ANDERS SVENSSON	s 38
Faste spalter	s 40

# utposten

**Kontor:****RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim  
Tlf. 63 97 32 22. Fax 63 97 16 25  
Mobil: 907 84 632  
E-mail: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

**Jannike Reymert***Koordinator*

Skogstien 16, 7800 Namsos  
Tlf: 74 27 33 50. Faks: 74 27 54 10  
E-mail: jannike.reymert@c2i.net

**Helen Brandstorp**

Lyngveien 11, 9845 Tana  
Tlf. priv.: 79 82 82 91  
Tlf. jobb.: 78 92 55 00  
Mobil: 991 52 115  
E-mail: helenbra@hotmail.com

**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 Straumsjøen  
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

**Forsideill: Eur J Anaesth**

Layout/ombrekning: Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk: PDC Tangen

Du finner Utposten på  
[www.uib.no/isf/utposten](http://www.uib.no/isf/utposten)

# På tynn is?

# V

i sindige frontkjempere er eksperter i å ha is i magen på pasientenes vegne. Tiden er et viktig diagnostisk kriterium. Vi venter gjerne og ser, når det føles trygt. Vi går sågar på is, – ofte på tynn is. Det er hvor tynn is du vil risikere å gå på som avgjør om du trives langt fra sykehus eller ei, hevder Toralf Hasvold i Tromsø. Mer fra ham i vår reportasje fra Sommarøya-konferansen om Distriktsmedisin. Og mye mer distriktsmedisinstoff ellers i bladet.

På denne tiden av året går isen i Tanaelva. Det er tradisjonelt det viktigste som skjer på vårsommeren her. Begivenheten samler mye folk, ofte midt på natten med de første strålene fra midnattssola som eggende ramme. Isgangen åpner elva for tanaværingene som har slitt med laksefeber siden påske. Isen smelter først oppe i Karasjohka (johka = elv), og vann og is føres med sterk strøm til et smalt punkt, Storfossen, hvor det korker seg. Her dannes en naturlig, midlertidig demning. Telefonene gløder når isgangen nærmer seg. Biler kjører utålmodig opp og ned elvedalen, mange mil hver vei. Folk samler seg på både norsk og finnsk side av elva for å oppleve det spennende øyeblikket da demningen brister og en stor bølge setter massene i bevegelse. Store isblokker kan presses helt opp på E6'en, langt inn på campingplassen ved den berømte fiskeplassen. Det drønner og det smeller.

Vi liker spenningen og vi liker at det plutselig skjer noe voldsomt. Spenningen utløses. Forutsatt at vi selv er i akseptabel trygghet. Før lekte barna på elva i denne tiden. Hopping på isflak var arti', – og farlig. Det er for farlig i våre dager. Ingen barn gjør det lenger. Det er ikke akseptabelt. Det er for utrygt.

Noen ganger skal man altså ikke ha is i magen. Da skal man heller holde hodet kaldt. I vårt fagfelt er dette viktig når det virkelig haster. To anestesileger skriver i *Utposten* denne gang for å hjelpe oss til trygghet innen akuttmedisin. Mads Gilbert har irritert på seg dyktige kolleger ved å spissformulert si at norske allmennleger ikke kan akuttmedisin. Det stemmer selvfølgelig ikke. Børre i Mehamn, Risten i Alta, Tom i Vadsø, Amund Peder i Karasjok er lokale leger som gjør glimrende jobb i team, – etter trening. De bygger sterke lokale ledd i overlevelseskjeden. Men det er et tankekors å vite at det kan stå et traumeteam klart på lokal-sykehuset og se ambulansespersonellet kommer inn alene med en skadet pasient uten at primærlegen engang har brydd seg om å rykke ut. Slik praksis er som å sende andre alene ut på råtten is. Det er ikke spennende, det er dumt, synes jeg.

«Hvor er alle heltene...» skriver Frode Forland i sin artikkel om «Distriktslegen», og han savner dem ikke. Legen er ikke lenger en omnipotent og ensom helt, men jobber sammen med andre. Det er de fleste enige i. Du kan våge deg ut på ganske tynn is dersom du har noen som holder fast i deg fra land, gjerne flere i en kjede. Det kan være trygt å ha ei hand å holde i ... og ganske kjekt også.

Helen Brandstorp



Utpostens  
dobbeltime

Ellen B.  
Pedersen

INTERVJUET AV ANDERS SVENSSON

Ellen B Pedersen er en kvinnelig «distriktslege» og dersom «distriktsleger» er en truet art må jo kvinnelige «distriktsleger» være nær utryddelse.

Hun er ikke gammel Ellen, men hun har arbeidet og bodd i Øksnes i en «ung mannsalder». I mer enn 20 år har hun delt bygda med sine pasienter.

Hun har sett de store reformene i primær-

helsetjenesten. Kommunchelsereformen i 1984 og innføringen av Fastlegereformen i 2001. Utposten besøkte henne for å finne ut om det fortsatt er liv i dama.

Ellen studerte i Oslo. Når hun var ferdig med studiene fikk hun turnusplass i Brøstabotn i Troms. Dit ville hun ikke. Hun ville til Øksnes, en fiskerikommune i Vesterålen med 4500 innbyggere, der mannen hadde fått arbeid som tannlege.

Hennes ankomst til Øksnes i mars 1980 er en klassisk legehistorie fra distrikts-Norge. En slik historie som fortelles ved middager i Oslo 25 år etterpå. Hun møtte kommunelegen i døren til legekantoret. Han beklaget at han ikke hadde mulighet til å snakke noe særlig med henne. Og så dro han, og forlot Ellen alene med et tomt legekantore uten personell og utstyr.

«Jeg gikk to-delt vakt. Den andre turnuslegen drog ved St. Hans tider, og da var jeg alene i seks uker. Vi kjøpte oss en liten båt og i den satt jeg på kveldene for å komme meg ut. Jeg ringte til Fylkeslegen og forklarte at dette var uforutsvarlig. Han svarte enkelt at 'vi har jo ingen å sende til deg'»

Det kom etter hvert flere leger til bygda, heldigvis. Men alle har dratt – etter kortere eller lenger tid. Ellen har blitt «Stått han av» som man sier her oppe. Ellen er fra Bergen. Men det er veldig lite igjen av Bergen i henne, unntatt dialekten da. Hun har blitt Vesteråling i løpet av disse årene. Dr Ellen for pasientene, Ellen B Pedersen i offisielle sammenhenger.

### Om tilgjengelighet

Jeg møter Ellen hjemme hos henne, i hennes arbeidsrom. Det ser ut som en studenthybel. Et skrivebord, belemret med papir, to datamaskiner, og en noe luggen sofa. Det er en studenthybel – for Ellen studerer Folkehelsevitenskap ved Universitetet i Tromsø. Hun har ikke hatt tid til å bli spesialist i allmennmedisin men spesialist i samfunnsmedisin skal hun nå endelig bli.

Vi sitter i hennes «studenthybel» og snakker. Vi snakker om det å være lege i en liten bygd, og om det å være kvinnelig lege i en liten bygd. Ellen har tre barn. Den eldste er 21 år, den yngste 11. Hun forteller at barna har vokst opp med en mor som alltid er på arbeid.

«Familien min har alltid vært klar over at jobben min kommer først. Det har blitt en del av livet deres at mamma er i sykebesøk. Jeg har jobben med meg overalt. Telefonen ringer ofte på kveldstid. Jobben min trenger langt inn i familiens private liv. Jeg har hatt ungene med meg overalt. De satt ofte i bilen og ventet. Og ble foret med mye godteri.»

Som en bekreftelse fra høyere makter ringer mobiltelefonen:

Hun ser hvem det er som ringer og sier:



«Nå ringer mora til en av missbrukene mine – må bare høre hva det gjelder».

Hun setter handsfree-pluggen i øret sitt. Selvsagt må hun ha handsfree, for samtidig som hun snakker plukker hun i papirene som ligger på bordet. Det er ikke bare Folkehelsevitenskap hun arbeider med: Der ligger noen sykemeldinger og trygdepapirer også. Kvinnelig simultankapasitet? Hun snur seg fra meg og snakker med pasienten en stund.

Det er nok mange som baker kake til dr Ellen, tenker jeg

Når hun er ferdig ler hun unnskyldende.

*Tar du takst for dette? spør jeg*

Hun ser fornærmet ut, fnysrer litt, og så smiler hun.

«Jeg har begynt å være sur og avvisende når pasienter ringer hjem til meg. Jeg har ikke mer enn en telefonsamtale per dag. For et par år siden var det helt andre forhold. Det er noen få som enda ikke skjønner det. Der var en pasient forleden som ringte hjem til meg på søndag formiddag og sa at 'jeg ringer til deg for dette kan jeg jo ikke hefte legevakta med'».

Ellen er tilgjengelig, for alle. Og nå skjønner jeg også hvorfor Ellen alltid er forsinket, ikke så sein at det er uhøflig men alltid litt sein. Det er alltid en telefon som ringer, alltid noen som står i døra og trenger hjelp. Dr Ellen er der, for sine pasienter og for sine unge kolleger.

«Jeg har valgt det selv. Jeg gjorde et valg i livet når jeg ikke visste konsekvensene av det. Jeg tenkte jo aldri at livet mitt skal være her i Øksnes.»

Mange sier at det å være lege i en liten bygd gjør at det er vanskelig å leve et normalt liv – at legerollen følger en uansett. Ellen er ikke enig.

«Jeg føler meg på ingen måte sosialt isolert. Jeg er engasjert i politikken, i barn og skoleaktiviteter. Jeg har nære venner som jeg kan stole på og snakke med. De skjønner at jeg ikke er lege hele tiden. Hvis jeg er sammen med dem

oppfatter jeg meg ikke som lege. Da er jeg mor, kompis, venn. Mine venner respekterer dette.»

## Om jenter og snille menn

*Er det forskjell på kvinner og menn sin rolle?*

«Ja. Jenter har en annen faglig interesse. De blir lett engasjerte i forhold til sammensatte problemstillinger. De suger til seg sosialmedisinske pasienter.»

«Hva gjør at jentedoktorer er lett å fange inn i en allmennmedisinsk altomfattende arbeidssituasjon?» spør hun seg selv. Etter en tankepause kommer det: «Allsidigheten. Vi har med familier og unger å gjøre. Det gir mulighet til engasjement. Vi jenter spesielt, har lett for å tro at vi er uunnværlige. Mannfolk har lettere for å si at 'nu må dere ordne opp'. Mannfolk er flinkere å si i fra at andre må være tilstede. Men jeg liker ikke den voldsomme fokuseringen på kvinner, at vi har det verre, at vi lider, og isolerer oss. Jeg lider på ingen måte i rollen min.»

«Og jeg føler meg som sagt på ingen måte sosialt isolert, men samtidig har jeg en alenerolle fordi jeg vet alt om alle. Jeg må passe meg for hva jeg synes, mener og drikker og hva jeg snakker om.»

«Jeg trives med å være lege, med galskapen som kommer med. Og så har jeg en snill mann.»

*Er en snill mann en forutsetning for å være kvinnelig lege på bygda?*

Jeg er absolutt, udelt enig i at en snill man er forutsetning for å være allmennpraktiker i distriktene, eller alene og barnløs. Nå har jeg jobbet i 20 år og møtt mange kolleger – ingen barnefamilier. Alle barnefamilier har dratt. Ingen småbarnsfamilier har blitt over tid.







Nei det er ikke sant. En mannlig kollega var her en periode, men han hadde hjemneværende kone, og en kvinnelig kollega men hun hadde hjemneværende mann!

*Så da må jo rekrutteringsgrunnlaget i allmennpraksis i distriktene være tynt?*

Hun tenker seg om: «Fortiden får vi ikke inn i fremtiden. Nye unge jenteleger vil ikke ha det sånn. De vil ha en ordinær arbeidsdag, gå hjem på ettermiddagen og sove om natta. Og da må vi ha interkommunal legevaktsentral og mange nok leger på dagtid for å ha alminnelige arbeidsdager. Det er eneste reelle muligheten for distriktsmedisin.»

### **Om studenter og fremtidens leger**

Ellen har veiledet turnusleger i en kvart sekel. Siden 1990 har hun samarbeidet med Universitetet i Tromsø og hatt femteårsstudenter i praksis på legekontoret. Det har blitt mange etter hvert.

*Er de unge studentene annerledes nå?*

«Det er utrolig hva som har skjedd. Studentene er mer usikre i forhold til fag og utfordringer. De har større behov for oppfølging. De ønsker mer fritid og har andre prioritinger. Dette er en endring som har skjedd langsomt over tid. Jeg er redd for at vi får ut en horde med nyutdannede akademikere uten erfaring.»

Men Ellen ser ikke så mørkt på det likevel. Til tross for rekrutteringsvanskene som hun og andre leger i distriktene opplever, føler hun at det er muligheter.

«Fremtiden er god. Mange studenter har lyst på allmennmedisin. At de velger det bort har med arbeidsbelastning og ansvar å gjøre. Hvis vi er mange kolleger så kanskje det ikke blir så skummelt likevel. Det er den bøtten da.»

Hun mener den allmennmedisinske bøtten som er full. Ellen sin bøtte må da være veldig stor...

### **Om samfunnsengasjement og legerollen**

Ellen mener at vi som leger må bli klar over at vår kunnskap og innflytelse også innebærer at vi er forpliktet til å ta et ekstra ansvar for utviklingen, både lokalt og nasjonalt. Dette ønsker hun å lære sine studenter og turnusleger.

«Vårt ansvar i veiledningssammenheng går også på lokalsamfunnsengasjement. Hele vår tenking må formidle at samfunnsengasjement er en viktig del av det å være lege. Vi må ikke bli private aktører som behandler enkeltpasienter. Jeg liker den gamle ånd at distriktslegen har et lokalsamfunnsengasjement. Jeg tror vi skal holde det i hevd. Vi skal kjempe for at legen på landsbygda skal være synlig og tilstede.»



Dette kjemper hun for, og Ellen har tatt skrittet inn i utdanningsmiljøene. Siden 1992 har hun vært sensor for allmennmedisin i Tromsø.

«Faget allmennmedisin er et fag der vi som er gamle yrkesutøvere må inn i Universitetsmiljøene. Det er infiltrasjonstankene jeg har. Men det er klart jeg må være litt forsiktig med mine infiltrasjonstanker. Jeg har jo akkurat fått tilbud om vikariat på UiTø og neste uke skal jeg opp og undervise om skulder og nakke for studentene.»

Ellen lever som hun lærer. Hun har vært kommunestyre-representant for SV i 20 år, sittet i fylkestinget i åtte år og ble Hålogalandssykehusets første styreleder. Har denne kvinnen ikke hørt om tidsklemmen, tenker jeg.

*Hva er det som har fått deg til å påta deg de offentlige vervene dine?*

«Det var mange lokalsamfunnsutfordringer. Jeg følte jeg var nødt til å være tilstede der det skjedde noe. Dersom du tenker at 'kan ikke alle andre gjøre det som du trur du kan' er det ingen som gjør noe. Jeg tror at vi som allmennpraktikere har med alle sider av livet å gjøre og at vi har et ekstra ansvar for å være tilstede.»

*Arrogant?*

Ja, innrømmer hun.

### Om primærlegetjenestens rolle i utviklingen av fremtidens helsetjeneste

Ellen var styreleder i Hålogalandssykehuset de første turbulente årene. Det var da Helse Nord ville omstrukturere akuttkirurgisk beredskap og legge ned fødeavdelingene ved de små sykehusene i regionen. Hun fikk mye kjeft både av kolleger og media. Hun er nå styremedlem i Nordlandssykehuset.

*Hvorfor fikk du jobben som styreleder?*

«Jeg ble spurt og takket ja,» sier hun enkelt.

*Hadde det noen betydning at du var allmennlege i din rolle som styreleder?*

«Jeg opplevde aldri at primærhelsetjenesten hadde konkret gjennomslag, men at jeg som formidler fra grasrota har hatt noe å komme med. Jeg har fått formidlet legene sine behov, og at vi er en nødvendig faktor å høre på. Jeg har vunnet respekt for primærhelsetjenesten.

Vi er nødt til å være tilstede hvis vi vil være med å påvirke, selv om vi ikke ser konkrete resultater. Det blir litt som i det politiske liv – i det øyeblikk vi blir tause har vi tapt.»

Det har blitt mørkt nå. Den yngste skal hentes om fem minutter. Det rekker hun ikke, tenker jeg. Alltid litt sein, men aldri for sein. Tenker jeg. Hun tar mobilen og ringer sin sønn. Hva gjorde denne kvinnen før mobiltelefonen ble oppfunnet?

Det er åpenbart at vår samtale nå nærmer seg slutten.

Hun sammenfatter selv:

«Jeg har fått nok av ransakelse nå. Kanskje skulle man tenke mer på disse sakene oftere. Men jeg tror ikke jeg er en gjennomsnittlig jentedoktor.»

Neppe noen gjennomsnittlig jentedoktor, tenker jeg når jeg kjør hjem. Neppe noen gjennomsnittlig doktor i det hele tatt.





# Skal allmennleger kunne utføre endotracheal intubasjon?

AV GUTTORM BRATTEBØ OG GEIR ARNE SUNDE

I mange akuttmedisinske situasjoner kan det være aktuelt å sikre pasientens luftveier ved hjelp av endotracheal intubasjon. Dette gjelder både i sykehus og under den prehospitalt behandlingsfasen. Denne prosedyren krever imidlertid både avansert utstyr og kompetanse for å kunne utføres sikkert, og i noen tilfeller kan resultatet for pasienten bli dårligere enn om intubasjon ikke ble forsøkt. I de senere år har det blitt reist spørsmål om dette er et behandlingstiltak som man skal forvente at ambulanspersonell skal kunne utføre (1). De samme betenkeligheter gjelder etter forfatternes mening allmennleger. I denne artikkelen vil vi argumentere for dette syn, samtidig som nye og mindre invasive alternativer for luftveishåndtering presenteres.

## Innledning

Tracheal intubasjon blir ofte omtalt som «gullstandarden» for luftveissikring hos pasienter med akutte medisinske og kirurgiske tilstander. Spesielt gjelder dette bevisstløse pasienter som for eksempel har hodeskader eller forgiftninger, der de ikke selv kan holde luftveiene åpne eller beskytte de nedre luftveier mot oppkast eller blødning. Det samme gjelder også i forbindelse med gjenoppliving av hjertestanspasienter der intubasjon inngår som et viktig tiltak. Imid-



Bruk av «pocket-maske» med nippel for ekstra oksygen er en enkel måte å sørge for adekvat oksygenering og ventilasjon hos alvorlig syke eller skadde pasienter. FOTO: GUTTORM BRATTEBØ

lertid ble det i retningslinjene som ble publisert i 2000 nevnt at dette tiltaket bare bør utføres av personell som har nødvendig erfaring, og at slikt personell må sørge for å holde kompetansen ved like ved regelmessig utførelse av prosedyren eller ved trening (2). Man anslo også at det var behov for minst 6–12 intubasjoner årlig for å opprettholde denne minimumskompetansen.

Dette betyr sannsynligvis at ingen allmennleger i Norge gjennom sin vanlige legevaktjeneste vil kunne ha mulighet til å oppnå dette. I alle fall er dette tilfelle dersom man antar at det bare vil være ved behandling av hjertestans at man får benyttet prosedyren. Dette fordi at dersom en pasient som ikke har hjertestans skal intuberes så betyr det i de aller fleste tilfeller at man må gi pasienten sterke smertestillende og sederende medikamenter, og kanskje til og med muskelavslappende stoffer. Dersom man i en slik situasjon ikke klarer å intubere pasienten likevel vil resultatet kunne bli katastrofalt.

## Problemene med intubasjon

Problemene med intubasjonsprosedyren i utrente hender utenfor sykehus er flere.

Det er velkjent at tuben noen ganger ikke blir korrekt plassert i luftrøret, selv om den som utfører intubasjonen tror dette. En amerikansk studie fra 2001 fant således at hos 108 akuttprosienter som hadde blitt intubert av såkalte «paramedics» (spesialutdannet ambulanspersonell), var 27 (25 prosent) feilplasserte (3). Bruk av capnograf eller annet engangs-utstyr for påvisning av CO<sub>2</sub> vil til en viss grad kunne redusere dette, men uansett viser studien at problemet med feilintubasjoner ikke er lite.

Det er også en kjensgjerning at det tar litt tid å finne frem utstyr og gjennomføre selve intubasjonsprosedyren, og at fokus lett kan forskyves bort fra andre behandlingstiltak i denne perioden. Særlig gjelder dette i de tilfeller hvor man får problemer med å få tuben på plass. Dermed kan pasientens tilstand ytterligere forverres fordi man glemmer å oksygenere pasienten, eller at man gjør et opphold i brystkompresjonene under hjerte-lunge-redning.

Videre er det ikke uvanlig at man kan påføre pasienten skade under selve laryngoskopian eller intubasjonen. Dette er for eksempel tannskader, slimhinnerifter i svelg og strupe, og skader i selve strupen.

## Hvilke alternativer finnes?

Det er ikke mangel på en endotracheal tube som tar livet av pasienten, men mangel på oksygen og adekvat ventilasjon. Derfor bør man fokusere på dette i stedet, noe som betyr at bruk av enklere og ikke-invasive hjelpemidler for oksygenering og ventilasjon bør velges. En enkel ansiktsmaske av type «pocket-maske» med nippel for tilførsel av ekstra oksygen, er et utmerket hjelpemiddel eventuelt sammen med svelgtube (illustrasjon 1). Det er lettere å holde tett maske over ansiktet på pasienter med skjegg eller som mangler tenner med en slik maske enn med maske og bag. Det er imidlertid slik at man må øve på å bruke dette hjelpemiddelet, fordi det å assistere ventilasjonen på en bevisstløs pasient også krever øvelse. Neste hjelpemiddel er maske og bag-ventilasjon. Dette er derimot en prosedyre som krever mer øvelse for å beherske, og som er vanskelig å bruke under overflyttingen av pasienter til for eksempel ambulansen. Denne teknikken krever også at utstyret er satt sammen på rett måte, at reservoiret er koblet på, og at de mange enveis-ventilene fungerer.

Ideelt burde vi ha et hjelpemiddel som er mindre invasivt enn intubasjon og som egner seg for transport. Dette bør være sikkert og enkelt å bruke, uten behov for medikamen-



Her sees ventilasjon med maske/bag som må øves for å holde masken rett på plass og tett. FOTO: GJTTORM BRATTEBO

ter. Videre bør det gjerne kunne benyttes flere ganger, ikke være for kostbart og helst være av typen «one-size-fits-all». Finnes så dette hjelpemiddelet?

## Larynxmasken

Den såkalte larynxmasken har vært benyttet i prehospital akuttmedisin i flere år (4). Sammenlignet med en endotracheal tube vil larynxmasken gi like god ventilasjon, selv om den ikke beskytter de nedre luftveier i samme grad. Den krever heller ikke laryngoskopi ved innlegging, fordi den plasseres blindt ned i svelget på pasienten (illustrasjon 3). Det er heller ikke behov for å bøye hodet bakover under innleggingen, noe som er en fordel hos pasienter med mulig nakkeskade eller manglende mulighet for å åpne munne godt. Et problem er imidlertid at de fleste vil ha behov for å bli kjent med bruken av dette hjelpemiddelet, for eksempel ved bruk under anestesi i sykehus hvor larynxmasken benyttes hyppig.

Larynxmasken som plasseres blindt ned i svelget på pasienten, og som gir god mulighet for å ventilasjon gjennom larynxåpningen.

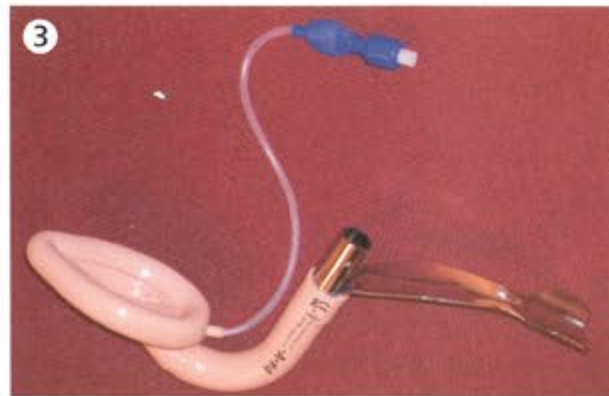


FOTO: GJTTORM BRATTEBO





Pasienten er intubert og blir ventilert.  
For avansert for primærhelsetjenesten? FOTO: LASSE FOSSEDAL

### Larynxtuben

Larynxtuben er nok et hjelpemiddel som har kommet på markedet de senere år (5). Dette er en tube som er lukket i den distale enden og som har to cuffer som mer eller mindre forseglar svelget over og under larynxåpningen (illustrasjon 5). «Tuben» plasseres i likhet med larynxmasken blindt i svelget på pasienten. I tillegg finnes det et sideløp der man kan plassere et duodenal-sonde i øsofagus på pasienten og på den måten avlaste ventrikkelen og dermed redusere faren for aspirasjon av ventrikkelinhold til de nedre luftveier. Det samme gjelder for larynxmasken. Når det gjelder klinisk bruk under prehospitalt forhold synes det også som om larynxmasken og larynxtuben fungerer like godt. Det finnes også en variant av larynxmasken som muliggjør blind endotracheal intubasjon (6). Det er imidlertid vår erfaring at dette krever forholdsvis lang erfaring i bruk av den vanlig larynxmasken for at dette skal fungere godt. Nylig ble det også presentert erfaringer med nok et forholdsvis enkelt «device» for blind intubasjon, men det mangler foreløpig større kliniske erfaringer fra bruk av dette utstyret (7).

Larynxtuben plasseres omtrent på samme måte som larynxmasken i svelget på pasienten.



### Bør bruk av larynxtube eller larynxmaske erstatte intubasjon prehospitalt?

I Bergen har vi valgt å introdusere larynxtuben som det hjelpemiddelet som ambulansetjenesten skal benytte ved behandling av hjertestanspasienter. Dette skyldes at vi vurderte det som enklere å lære opp mannskapene i bruken av dette hjelpemiddelet. For å få personlig delegering til å benytte larynxtuben må mannskapene vise at de kan plassere den korrekt på en dukke som kan intuberes (fordi svelget på disse dukkene er laget for vanlig laryngoskopi), etter en forholdsvis kort stund med øvelse. Det har så langt ikke vært rapportert om hendelser som skulle tyde på at dette ikke fungerer etter intensjonen.

### Konklusjon

Det er klart at uansett hvilken metode man benytter for å håndtere problemene med oksygenering og ventilasjon hos akutt pasienter, så må man beherske utstyret og prosedyren. Det betyr at man ikke bare kan ha en kort introduksjon, men også drive kontinuerlig trening, helst sammen med den ambulansetjenesten som man skal arbeide sammen med under reelle forhold. Etter vår mening bør det derfor ikke forventes at allmennleger skal utføre endotracheal intubasjon under prehospitalt forhold. Det finnes andre alternative prosedyrer som egner seg i mye større grad, og som er betydelig enklere å opprettholde kompetanse i.

### Referanser:

1. Brattebø G. Advanced airway management in the ambulance setting: Time to replace or hide the laryngoscope and endotracheal tube? *Scand J Trauma Emerg Med* 2003; 11(3): 133-4.
2. American Heart Association. Advanced Cardiovascular Life Support Part 6: Section 1: Introduction to ACLS 2000: Overview of Recommended Changes in ACLS From the Guidelines 2000 Conference. *Resuscitation* 2000; 46: 103-7.
3. Katz SH, Falk JL. Misplaced endotracheal tubes by paramedics in an urban emergency medical services system. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 32-7.
4. Grantham, Phillips G, Gilligan JE. The laryngeal mask in prehospital emergency care. *Emerg Med* 1994; 6: 193-197.
5. Genzwuerker HV, Finteis T, Hinkelbein J, Krieter H. The LTSTM (Laryngeal Tube Suction): a new device for emergency airway management. *Scand J Trauma Emerg Med* 2003; 11(3): 125-31.
6. Kapila A, Addy EV, Verghese C, Brain AJ. Intubating laryngeal mask airway: A preliminary assessment of performance. *Br J Anaesth* 1995; 75: 228-9.
7. Tjong Joe Wai P. A new device to facilitate blind endotracheal intubation. *Eur J Anaesth* 2003; 20(S30): 170-1.

Guttorm Brattebø / Geir Arne Sunde  
Akuttmedisinsk seksjon, Kirurgisk Serviceklinikk  
Haukeland Universitetssykehus, 5021 Bergen  
Korrespondanse: guttorm.brattebo@helse-bergen.no

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



# LOPPER

## som angriper folk

AV REIDAR MEHL

Våren er loppetid. Jeg tror at de fleste her i landet blir bitt av lopper hvert år, og da spesielt om våren, når loppene «våkner av vinterdvalen» og skal finne seg vertsdyr. Det er massevis med lopper ute i skog og mark uten at folk merker det. Mange tenker ikke over at de har blitt angrepet av lopper når de etter en skogstur har fått insektbitt på steder som er dekket av klær. Men loppene kan bli plagsomme når de kommer fra fuglereir eller dyrebol i hus og hytte og angriper folk over lengre tid.



**Reidar Mehl**

er cand. real i zoologi og arbeider ved avdelingen for skadedyrkontroll ved Folkehelseinstituttet.

I forbindelse med påskeferien får Folkehelseinstituttet hvert år mange telefoner og brev om insektstikk særlig på beina og rundt midjen. Dette er typiske bittsteder for fuglelopper. I de tilfeller hvor loppene er fanget og sendt inn for identifisering, så har det oftest vært fugleloppa *Ceratophyllus gallinae* som har angrepet.

### Generelt om lopper

Loppene er en egen insektorden, Siphonaptera, med over 2000 beskrevne arter og underarter. I Norge er det påvist 60 arter og underarter og av disse er 20 knyttet til fugler mens 40 lever på pattedyr.

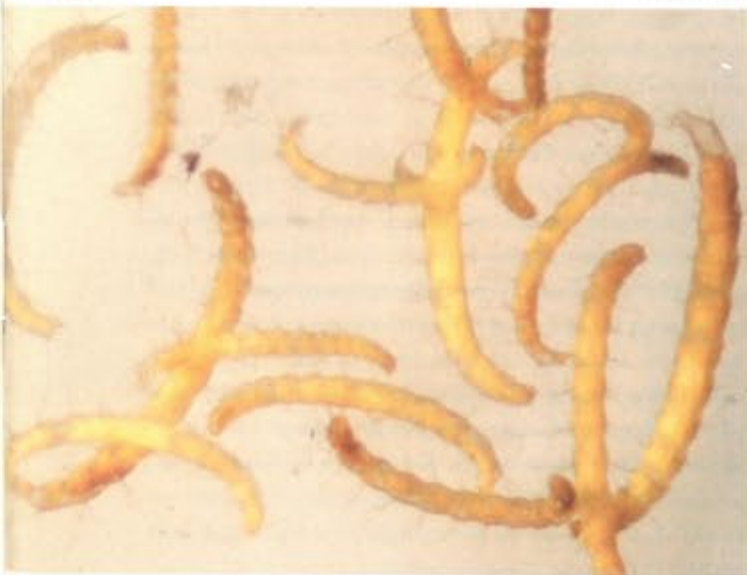
Loppene er små insekter, vanligvis to til fire mm lange. Kroppsbygningen er sterkt tilpasset parasittisk levevis. Kroppen er flat og sammenpresset fra sidene. Antennene er korte og kan legges inn i fordypninger på hodets sider. Vinger mangler helt. Hode, forbryst og andre kroppsledd kan ha kraftige kam-lignende rekker av omdannede hår som hjelper til med å forankre insektet i vertsdyrets pels og fjærham. Munndelene er korte, tynne sugeredsdeler. Loppene er brune og fargen varierer fra lysebrun til nesten svart.

Larvene er gulhvite, benløse marker med brun hodekapsel. De har rekker med spredte, lange hår langs kroppen.

### Livssyklus

Eggene legges i vertsdyrets pels eller i vertens reir, bol eller på liggeplassene. Larvene utvikler seg på disse stedene og spiser organiske partikler. Blodrester fra de voksne loppenes halvfordøyde ekskrementer er viktig for mange arters

Loppelarver



larveutvikling. De utvikle larvene spinner en kokong som er kamuflert med partikler på utsiden. Larven forpupper seg i kokongen og utvikler seg til en voksen loppe. Den ferdige loppa kan bli liggende lenge i kokongen, f.eks. overvintre, før den etter de riktige stimuli kryper ut. Alle lopper suger blod fra fugler eller pattedyr.

### Vertstilknytning

De enkelte loppeartene er mer eller mindre strengt knyttet til bestemte grupper eller spesielle arter vertsdyr. Det kan være til en art, en slekt, en familie eller en økologisk gruppe vertsdyr. Selv om mange loppearter kan forplante seg bare hos sine spesielle vertsdyrarter, så kan de i varierende grad også finnes på og sugе blod av andre dyr.

Noen loppearter har et meget vidt vertssvalg og kan forplante seg i reir og bol med tilfredsstillende miljø og er ikke så avhengige av vertens systematiske plassering. Til denne gruppen hører de loppene som oftest angriper mennesker og husdyr. Hverken mennesket eller andre Primater har egne, spesielle loppearter.

### Lopper på mennesker i gammel tid

Det er sparsomt med opplysninger om lopper i Norge fra eldre tider.

Eilert Sundt antok at minst tre loppearter angrep mennesker i Norge: «menneskeloppe», en loppeart på hunden og en art på høns. De to sistnevnte artene mente han angrep menneske nå og da og ganske flyktig. Ingen lopper er oppbevart og sikkert artsbestemt fra denne tiden.

### Lopper på mennesker i nyere tid

Menneskeloppe *Pulex irritans* var antagelig vanlig over det meste av landet i tidligere tider, men vi har bare noen få verifiserte funn. De er fra både husdyr og mennesker. Det siste funnet er fra 1948. Vi regner nå denne loppe som utdødd i Norge.



Han-menneskeloppe

I 362 prøver av lopper som hadde angrepet mennesker i perioden 1969–1986, fant jeg fugleloppe *C. gallinae* i 78 prosent av prøvene, ekornloppe *Monopsyllus sciurorum* i seks prosent, rotteloppe *Nosopsyllus fasciatus* i seks prosent, pinnsvinloppe *Archaeopsylla erinacei* i to prosent og grevlingloppe *Paraceras melis* i to prosent av prøvene. Til sammen fant jeg 17 loppearter på mennesker i Norge.

De tropiske rotteloppene av slekten *Xenopsylla*, f.eks. *X. cheopis*, er meget effektive vektorer for pest fra gnagere til menneske. De finnes i mange varme og tempererte land, men er ikke påtruffet i Norden.

### Høseloppe/fugleloppe

– *Ceratophyllus gallinae*

På mennesker er det fugleloppe *C. gallinae* som dominerer med lopper fra rotte og ekorn som nummer to og tre. Fugleloppe *C. gallinae* finnes hos mange fuglearter, men lever også i hønsehuse og har derfor fått navnet høseloppe både på norsk og latin. Denne loppe foretrekker tørt reirklima og er særlig vanlig i reir i hule trær, i fuglekasser, under takstein og i lufteventiler hos stier, meiser, gråspurv osv. Den kan formere seg og gjøre stor skade i minkgårder og er den vanligste loppe også på hund og katt. Formering er også påvist i ekorn- og kattebol.

Høseloppe er to til tre mm lang og brunsvart som de fleste fuglelopper. Loppe er sammentrykt fra sidene slik at de seks beina synes å være festet på den ene siden av kroppen. Den kan hoppe seks til åtte cm høyt og 10–15 cm langt.

### Livssyklus

Eggene legges og larvene utvikler seg i fuglereirene om våren og forsommeren mens reiret er bebodd. Larvene er opp til fem mm lange marker. De forpupper seg i en kokong som er spunnet fast til reirmaterialene. Kokongen er kamuflert med rusk og er vanskelig å oppdage. Puppene utvikler seg til ferdige lopper i løpet av sommeren eller høsten, men blir liggende i kokongen til neste vår.

Når varmen kommer om våren, kryper loppene ut av kokongene og ut mot inngangen til reiret f.eks. rundt hullet utenpå en fuglekasse. Her står de ferdige til sprang og venter på en ny fugl fra mars til juni. Det kan være flere hundre lopper i et reir. Loppene vil hoppe mot fugler, mennesker og katter som forstyrrer reirplassen. Lopper som bommer på vertsdyret vil havne på bakken under reiret og står der og venter på vertsdyr. Slike lopper vil angripe på beina. Katter får ofte lopper på seg og tar dem med inn i huset hvor de går av på kattas liggeplass for så å angripe mennesker.



Dersom det om våren ikke kommer fugler til reiret, vil loppene begynne å spre seg til omgivelsene. De kan gå oppover trestammer og vegger, eller hoppe og samle seg på bakken under reiret. De kan komme inn i hus gjennom sprekker ved vinduer og gjennom ventiler eller ramle ned på klær som henger til lufting.

Fuglelopper finnes sjelden og i lite antall på selve fuglen og nesten bare om våren i spredningstiden. De oppholder seg i kort tid på fuglen for å suge blod og finnes ellers i store mengder i reiret. Den samme oppførsel synes å gjelde ved angrep på mennesker, hunder og katter. De går gjerne av personen eller dyret og finnes ofte i senger, soveposer og på dyrets liggeplasser.

### Årstidsopptreden på mennesker

Fugleloppa biter mennesker hovedsakelig fra slutten av mars til begynnelsen av juni med en stor topp fra midten av april til midten av mai. Det er en liten topp igjen i september–november.

### Bittsteder på kroppen

Loppene biter særlig i linninger, rundt midjen og ankene, hvor klær og sokker strammer. Bittmerkene står ofte i grupper eller rekker. Loppene er vanskelige å finne på kroppen og i klærne, men finnes oftere i senga eller i soveposen, særlig på hytta i påsken når man legger seg med klær på.

Det er stor individuell variasjon med hensyn på hudreaksjonen på loppebitt. Noen får store merker, andre ingen. Når en familie plages av loppebitt, er det ofte bare noen av personene som får bittmerkene. Dette kan enten skyldes at bare disse personene reagerer allergisk på bittene eller at bare disse personene kommer i kontakt med spredningsstedet f.eks. en seng under en ventil med fuglereir.

Det er ikke kjent sykdomsoverføring med fuglelopper til mennesker her i landet.

### Bekjempelse

Høseloppa tåler ikke oppvarmet innendørsklima og tørker inn og dør i løpet av en til to uker. Derfor er bekjempelse unødvendig om en får med seg noen lopper hjem. Det blir bare en omgang med bitt og loppene vil ikke formere seg. I kjellere og uoppvarmete hytter overlever de lengre.

I tilfeller hvor det stadig kommer nye bitt, må en forsøke å finne årsaken til loppeplagen og fjerne sprednings- eller formeringsmulighetene. Når reiret er funnet, fjernes dette. Sprøyt med insektmiddel, sprayboks, på stedet før og etter fjerningen og på gulvet eller bakken under reiret. En bør forhindre at fugler kan bygge reir på dette stedet senere.

Støvsuging er mest effektivt for fjerning av lopper i senger og andre steder inne i hus. Ventiler og sprekker som fører inn fra reiret, kan sprøytes med et insektmiddel. Sprøyting av større deler av huset eller hagen er unødvendig og frarådes. I hagen kan det være nødvendig å sprøyte på bakken i en liten omkrets under et reir.



Fugleloppe

Lopper i klær kan fjernes ved at klærne legges i fryseboks noen timer. Døde og kuldestive lopper kan ristes ut over et papir eller over badekaret. Det er tilstrekkelig å riste sengetøy og sovepose for fjerning av lopper i senga.

Så lenge reiret er bebodd, har det liten betydning som spredningssted, men reirmaterialene bør fjernes så snart ungene har flydd ut. Ved fjerning av reir og rengjøring av fuglekasser bør en bruke regnklær. Loppene preller da av. En kan også gjøre rent i kaldt vær om vinteren. Ta reirmaterialene rett i plastposer og brenn dem. De kan ellers bli spredningssteder.

Smittekilder er fuglereir som var bebodd våren før angrepet. Størst betydning har reir i ventiler, inne i vegger, under takstein osv. hvorfra loppene kan vandre inn i rommene gjennom sprekker. Loppene kan også hoppe eller ramle fra reirstedet og ned på bakken, verandaen, sengeklær som luftes eller ned på personer som soler seg i hytteveggen. Folk og dyr som ferdes under et reir om våren og forsommeren, vil kunne få lopper på seg fra bakken. Dette er den vanligste smitteåten fra fuglekasser. Andre smitteåter er ved spredning av høsemøkk med lopper, ved rengjøring av fuglekasser hvor reiret kastes på bakken, ved spredning av bolmateriale fra minkgård, og ved at reir tas inn i hus. Hunder og særlig katter bærer ofte fuglelopper med seg inn i huset hvor de sprer seg og biter mennesker.

### Insektmidler

Insektmidler som anbefales til bruk i hus inneholder pyretrum eller pyretroider f. eks. permetrin. Det finnes flere preparater med slike midler. Disse midlene er lite giftige for folk og pattedyr, men er meget giftige for akvariefisk. Pyretrum brytes raskt ned av sollys.

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](mailto:anders.svensson@bo.nhn.no)



Utposten trykker i dette nummeret to artikler om «retardasjonsmedisin»– medisin relatert til psykisk eller intellektuell utviklingshemning. De psykisk utviklingshemmede teller som gruppe 80 000 mennesker i Norge, og en mindre del av disse er dypt mentalt utviklingshemmet, med intet eller svakt utviklet språk, og spesielle kommunikasjonsvansker. I 1991 ble ansvarsreformen gjennomført, særomsorgen for de psykisk utviklingshemmede (HVPU) ble nedlagt, og ansvaret for denne gruppa ble ført over til kommunene. Etter hvert er også de fleste av brukerne flyttet tilbake til sine primærkommuner. Dette har ført til at primærlegene har fått et større ansvar for disse pasientene. Etter innføringen av fastlegesystemet i 2001, har alle – også de psykisk utviklingshemmede – sin fastlege med en helhetsansvar for pasientens helseproblemer. De aller fleste av oss vil ha pasienter i denne gruppa på listene våre. Dette gjør at vår – fastlegenes – kompetanse i forhold til disse pasientene bør bedres. Overlege Ivar Mæhle gir i sin artikkel et innspill om hvordan man skal forholde seg ved utredning av endret atferd hos dypt utviklingshemmede og avdelingsoverlege Geirmund Skeie kommenterer hvordan helsetjenesten for denne pasientgruppa har utviklet seg i åra etter ansvarsreformen.

Ivar Skeie, red.

## *Neste pasient er utviklingshemmet* AV IVAR MÆHLE

Der er ca. 80 000 utviklingshemmede i Norge. De fleste er utviklingshemmet i lett grad og byr ikke primærhelsetjenesten på de største utfordringene. Noen er mer utviklingshemmet, har store kommunikasjonsvansker og en betydelig variasjon og kompleksitet i funksjonsnivå, atferd og sykdomspanorama. De ledsages gjerne til konsultasjonen av nærpersoner med betydelig erfaring og innsikt i deres væremåte, men av og til også med diagnostiske hypoteser, krav om undersøkelser og behandling som kan gjøre deg uglad.

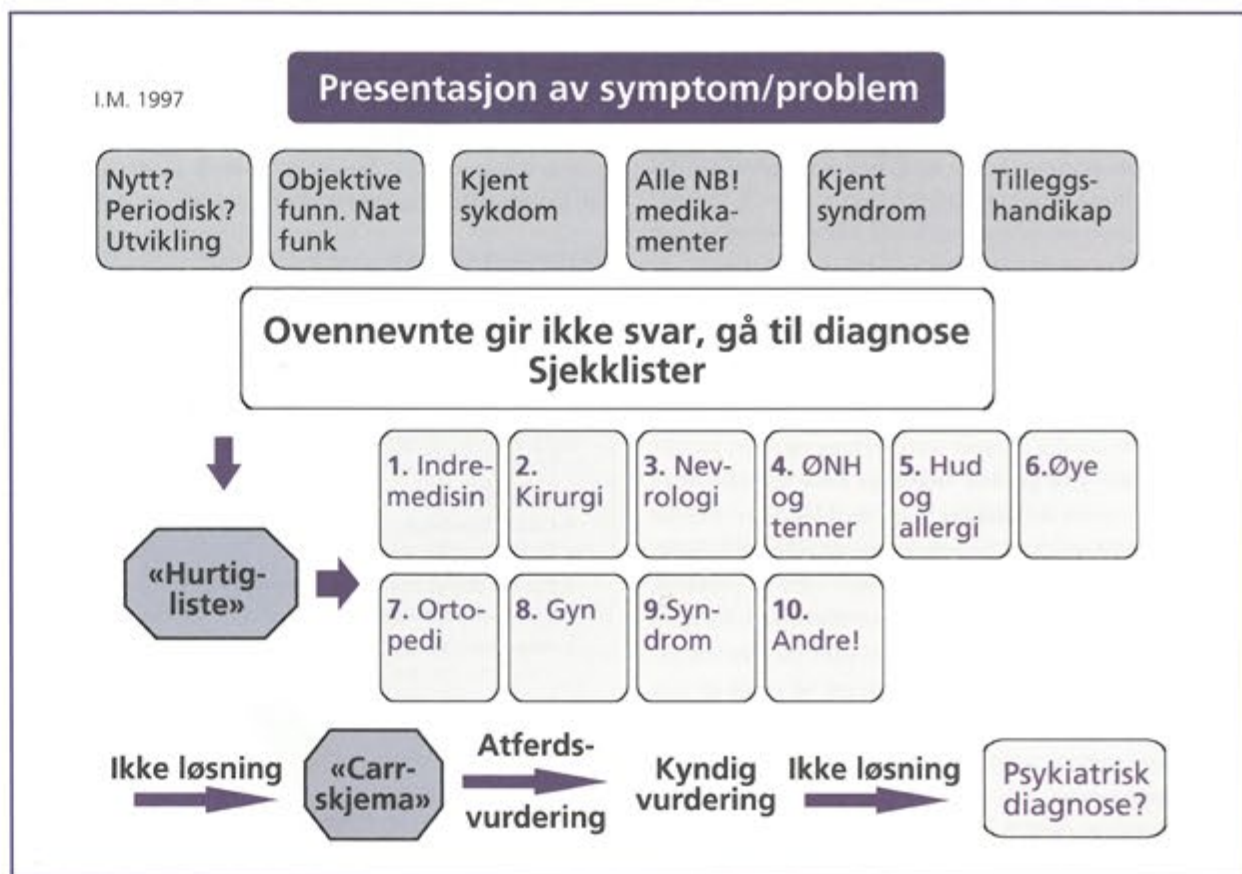
De fleste konsultasjoner gjelder enkle ting. Noen ganger er imidlertid problemet atferd som forstås som en psykiatrisk tilstand. Det er da du innimellom kan ha nytte av det som står nedenfor.

### **Ivar Mæhle**

Ivar Mæhle er overlege i 50% stilling i Habiliteringstjenesten ved Haukeland universitets-sykehus. Han har mange års erfaring i arbeid med utviklingshemmede og bruker den andre halvpart av sin arbeidstid som konsulent for en rekke habiliteringstjenester rundt i landet. Han har utdanning som nevrolog, men har ikke hentet ut spesialiteten, manglet administrasjonskurs.

Det finnes ingen enkle tester, blodprøver eller andre undersøkelser som direkte bekrefter en psykiatrisk diagnose. Psykiatriske diagnoser kan bare stilles når en har utelukket en rekke andre tilstander som kan gi liknende symptomer eller avvik. Det viktigste verktøy for å diagnostisere psykiatriske tilstander, er det personen selv forteller.

Mennesker med kommunikasjonsvansker står alltid i fare for å bli feiltolket. Vi blendes av førsteinntrykket og kan bli styrt inn i et spor av omgivelsenes diagnostiske vurderinger. Det er fristende å ta snarveien fra et psykiatrisk liknende symptom til en psykiatrisk diagnose, med påfølgende behandling. Noen ganger treffer vi riktig, noen ganger er diagnosen feil, behandlingen uvirksom eller direkte skadelig.



På grunn av behandlingens uspesifikke karakter, kan det ta tid før feilene avdekkes. Konsekvensen er at plager forlenges og tid og ressurser går med for å rette opp følgene av snarveien som viste seg å være en blindvei.

### Frontallapp-modellen, en nyttig forståelsesramme?

Frontallappene utgjør ca 40 prosent av hjernens volum og har med kontroll, vurderinger, valg og iverksettelse av program for atferd. Frontallappene har med vår oppførsel å gjøre og er målområde for oppdragelse og sosial læring. Her dannes styreprogrammer for iverksettelse av riktig atferd til rett tid og i rett situasjon.

Skader eller funksjonsforstyrrelser i frontallappene medfører nedsatt dømmekraft og planleggingsevne, urealistiske ambisjoner og begrenset innsikt. Avhengig av lokalisasjon, sees forskjellige kombinasjoner av dårlig impuls kontroll med ukritisk eller aggressiv atferd, eller tiltaksløshet og manglende evne til å omstille seg og endre fokus og strategi når det behøves.

Utviklingshemming er oftest et resultat av en diffus hjerne-skade, og frontallappene er alltid rammet. Frontallappene er også involvert ved psykiatriske tilstander som depresjon, schizofreni, manisk depressiv lidelse, tvangslidelser, Tourette syndrom, hyperaktivitet og demens. Geografisk sam-

lokalisasjon medfører at det kan være en betydelig overlapning av symptomer som skriver seg fra nokså ulike prosesser. Frontallappens kapasitet bestemmer evnen til psykisk likevekt. Blir stimuli for sterke, overstimulering, klarer frontallappene ikke holde balansen og kan begynne å svinge mellom forskjellige sinnstemninger og eventuelt iverksette et u hensiktsmessig atferdsprogram. Om frontallappene har et utilstrekkelig antall styreprogram for atferd, kan et uegnet program bli iverksatt når personen blir stilt ovenfor oppgaver eller krav han eller hun ikke mestrer eller forstår. Atferden kan da bli bisarr og uforståelig for andre. En understimulert frontallapp kobler ned, og personen hengir seg til indre atferd som for eksempel selvstimulering som rugging etc.

### Differensialdiagnose

Mange sykdommer har direkte og indirekte påvirkning på hjernen og tilstander som gir smerte eller ubehag kan føre til at det iverksettes programmer med uønsket atferd, særlig hos personer med nedsatt evne til å forklare eller finne mer adekvate løsninger på å fjerne ubehag.

Det er derfor rimelig å starte med en nøyaktig biologisk gjennomgang, fordi et funn her kan være løsningen som gjør videre utredning unødvendig. Hopper en forbi dette trinn, kan en arbeide i årevis med å atferdsendre eller psy-



kiatrisk medisinere en betennelse, en svulst, epilepsi, forstoppelse for å nevne noen tilstander.

Man finner bare det man leter etter, og flytediagrammet vist på forrige side er ment som en hjelp til å strukturere vurderingene.

### Rammen for undersøkelse

I de fleste tilfelle går det meste helt problemfritt i en avslappet atmosfære. Enkelte ganger må du kanskje undersøke uten hvit frakk, i personens vante omgivelser, for i det hele tatt å komme i posisjon. Ofte må du de første gangene greie deg med dine hender og øyne som verktøy og noen ganger må du nærme deg gradvis sidelengs uten å ta for mye øyeblikkelig kontakt mens du snakker rolig med ledsager. Får du massert nakken en stund, kan du gjerne gå videre. Blodprøver

**Enkelte ganger må du kanskje undersøke uten hvit frakk, i personens vante omgivelser, for i det hele tatt å komme i posisjon**

kan være et problem, om det forberedes for mye. Prinsippet for gradvis tilnærming til tannlege kan brukes: Det er litt vanskelig, men du klarer det! Etterpå, uansett hvor dårlig det gikk: Det var litt vanskelig, men du var flink og klarte mye!

### Nytt eller periodisk?

Mange utviklingshemmede er historieløse i forhold til egne sykdommer. Av og til er det nødvendig å innhente gamle epikriser.

**Naturlige funksjoners** eventuelle sammenheng med symptomene kan avdekkes gjennom bruk av **transparentregistreringer**. Dette kan nærpersonene stå for med følgende veiledning. Kopier en kalender med seks måneder over på transparenter. Ta seks til ti kopier, gjerne lasertransparenter. *Ett tema* for hver transparent, menstruasjon, avføring, søvn, humør, selvsykdom osv. *Enkle registreringer*, ett kryss er lite og fem kryss er mye. Bruk forskjellige halvtykke tusj-farger, og sørg for at de er permanente så blekket ikke sklir utover. *Fokuser på sammenhenger*. Er det sammenheng mellom atferdsproblemer og for eksempel forstoppelse eller premenstruell tensjon? Legg transparenter oppå hverandre i alle slags kombinasjoner.

**Naturlige funksjoners eventuelle sammenheng med symptomene kan avdekkes gjennom bruk av transparentregistreringer**

### Medikamenter

Forbausende mange medikamenter påvirker sentralnervesystemet. Finles felleskatalogen på alle aktuelle medikamenter. Enkelte ganger ligger svaret i interaksjonene. Forhør deg om pasienten spiser andre potensielt kjemisk aktive substanser som naturmedisin, buskvekster, sigarettstumper og lignende.

## SYNDROM

En rekke syndrom har avvikende atferd knyttet til seg. Dersom pasienten har et syndrom er det viktig å kjenne til om syndromet er forbundet med bestemte medisinske tilstander eller atferd som nevnt.

Eksempler:

- **Down syndrom:** Hjerne, hørsel, syn, hud, overvekt, stoffskifte, depresjon demens.
- **Prader Willy:** Overvekt og umettelig appetitt som må begrenses. Rigid væremåte.
- **Angelman syndrom:** Hyperaktiv, glad, få ord, ataktisk gange, fascinasjon av vann, plastikk og spill. Ofte epilepsi og autistiske trekk.
- **Williams syndrom:** Titten Tei-utseende, verbal og høflig, diverse medisinske tilstander, fare for overvurdering og utnyttelse. Mye angst.
- **Marfanoide syndrom:** lange, tynne, lange armer, uten hjerte- og synsvansker som ved Marfans syndrom. Betydelig aggressive og psykotiske med liten effekt av medikasjon.
- **Smith Mageni syndrom:** Ekstreme søvnevansker, forsinket språkutvikling, selvsykdom og aggresjon. Sære former for atferd som hår- og negleuttrekning og å putte gjenstander inn i naturlige åpninger.
- **Lesch-Nyhan syndrom:** Sjeldent syndrom med urinsyre gikt og ekstrem tvangsmessig selvsykdom og aggresjon, spesielt biting. De er redd seg selv.

### Tilleggshandikap

20 prosent av alle utviklingshemmede har **epilepsi**. Epilepsien er ofte lokalisert flere steder i hjernen slik at de har flere typer anfall. Ofte blir de ikke anfallsfri, tross grundig medikamentutprøving.

Epilepsi er den store imitator og vi må alltid spørre om en atferd kan skyldes epilepsi. Former for frontallappsepilepsi kan gi sær atferd og ved temporallapps-epilepsiene kan vi innimellom, etter noen år, se psykotiske symptomer som bedres eller faktisk forverres når anfallskontrollen bedres.

**Autisme** er ingen barnesykdom og autistiske væremåter kan forvirre dersom en ikke kjenner til denne tilstanden. Autister har ofte større hjerne og flere, men mindre hjerne-celler enn andre. Vanlige mennesker klarer seg med to store hjerne-cellehenfall, i fem års alder og i fjorten års alder. Autisten må ha en tredje opprydning.



Noen ungdommer med autisme får en periode med betydelig psykiatrisk ustabilitet på slutten av tenårene som følge av det vi kan kalle den tredje hjernedød, opprydding av overskytende nevroner.

Cerebral parese, syns- og hørevansker gir også spesielle differensialdiagnostiske utfordringer.

**Hurtiglisten 10 på topp består av de 10 vanligste tilstander som ofte er involvert i symptomer i denne pasientgruppen: Epilepsi, ørebetennelse, bihulebetennelse, tannproblemer, stoffskifte, reflux, forstoppelse, urinveisinfeksjon, akatisier og for trange sko!**

De 10 sjekkpunktene består av diagnoser som jeg selv og andre leger har opplevd er blitt forvekslet med psykiatrisk sykdom. Du tar standpunkt til om en tilstand er utelukket, mulig, bør utredes eller er sikkert til stede, og om tilstanden i så fall kan forklare hele eller deler av symptomene.

Dersom biologiske forhold ikke gir svaret, blir neste punkt en analyse av atferdens forutsetninger og forsterkningsbetingelser. Blant annet MAS (Motivation Assessment Scale) kan være et nyttig verktøy her. Er atferden fortsatt helt eller delvis uforståelig går du videre med psykiatrisk vurdering.

### Psykiatri ?

Angivelig forekomst av psykiatriske vansker blant utviklingshemmede varierer i ulike undersøkelser mellom 10 og 80 prosent! De store forskjellene skriver seg hovedsakelig fra om man inkluderer utfordrende atferd som psykiatrisk tilstand eller ikke.

Enkelte symptomer ved autisme kan ha en ytre likhet med schizofreni men med helt forskjellig funksjon.

Synshallusinasjoner er i 90 prosent av tilfellene uttrykk for en organisk tilstand, mens hørselshallusinasjoner har en større diagnostisk verdi i forhold til psykiatrisk sykdom. Også ved hørselshallusinasjoner er der flere organiske alternativer. Eksempelvis opplever alle døve hørselshallusinasjoner og alle blinde synshallusinasjoner. Psykose foreligger når du ikke klarer å skille mellom hallusinasjoner/vrangforestillinger og virkelighet. Vi kan, dersom vi blir synshal-

lusinert, oppklare situasjonen ved at hallusinasjonen kommer og går når vi lukker eller åpner øynene. Mangler vi denne resonnerende evne, kan situasjonen bli skremmende.

### Depresjoner og mani

Dette er tilstander med arvelige element, familieanamnese er viktig. Biologiske variabler som søvnmønster, spise og appetittendringer, endringer i motorisk og verbal aktivitet, nyoppstått eller endret selvskadning, symptomer som gråt, tilbaketrukkethet etc. gjør det mulig å stille disse diagnosene uansett funksjonsnivå. Sovner har utarbeidet nyttige kriterielister for affektiv lidelse hos utviklingshemmede.

Hebefren schizofreni er en frontallappsykdom. Når sykdommen har vart noen år fungerer pasienten ofte som en lett psykisk utviklingshemmet med reduserte dagligdagse ferdigheter. De «negative» symptomer ved «utbrent schizofreni» er en følge av frontallappskaden. Kjennskap til sykdomsprosessen er nødvendig for diagnostikk. Forekomsten av schizofreni kan være tre prosent blant utviklingshemmede. Det antas at diagnosen ikke kan stilles med sikkerhet ved IQ under 45.

Mange undersøkelser har vist at opptil 30–50 prosent av voksne utviklingshemmede får nevroleptika. Mange har ikke en diagnose som tilsier slik behandling.

Nevroleptika reduserer kognitive ferdigheter og pasifiserer. Samtidig gir de risiko for nye hjerneskader i form av tardive dyskinesier og tardive akatisier. Tardive akatisier er en atferdsmessig senbivirkning av nevroleptika, med motorisk uro, kribling i beina, pasienten føler seg miserabel og ulykkelig og atferden beskrives ofte som psykotisk eller hyperaktiv. Tilstanden dekkes over av nevroleptika og framkommer gjerne kort tid (innen 14 dager) etter dosereduksjon eller seponering, og kan være irreversibel. Ofte blir tilstanden misforstått som en bekreftelse på psykiatrisk sykdom og nødvendigheten av nevroleptikabehandling. Tidsrelasjonen hjelper oss å skille mellom bivirkning og tilbakefall.

Tardive akatisier kan scores ut på et skjema som heter TDAK. Bruk av dette skjemaet under omlegging av medikasjon kan forhindre de altfor vanlige omleggingskatastrofene.

Også utviklingshemmede kan få psykiatrisk sykdom. Det er like galt å unnlate å stille en psykiatrisk diagnose når den er der som det er å behandle en psykiatrisk tilstand som ikke er der.

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

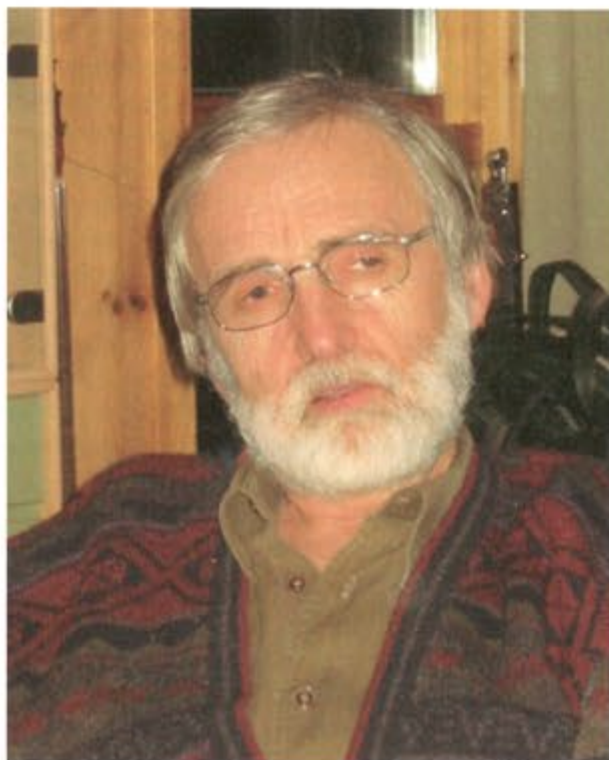
# PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE

## – hvordan er omsorgen og helsetilbudet 13 år etter ansvars/HVPU-reformen?

IVAR SKEIE INTERVJUER GEIRMUND SKEIE

Det er gått 13 år siden ansvarsreformen – eller HVPU-reformen som den gjerne ble kalt – ble gjennomført. Ansvaret for helse- og omsorgstjenesten for de psykisk utviklingshemmede ble ved denne reformen overført fra den statlige særomsorgen – HVPU – til kommunene. Utposten har snakket med Geirmund Skeie (GS), en av de sentrale legene innenfor norsk retardasjons- og habiliteringsmedisin de siste 25 åra, om hvordan helsetjenesten for denne gruppa er i dag, og hvor de store utfordringene framover ligger i ei tid med sterk forvandling i helsetjenesten. Innen allmennmedisinen er det en «honnørparole» at man skal «gi mest til dem med de største behov», og det er åpenbart at de psykisk utviklingshemmede er en av gruppene med store og sammensatte behov for helsetjeneste.

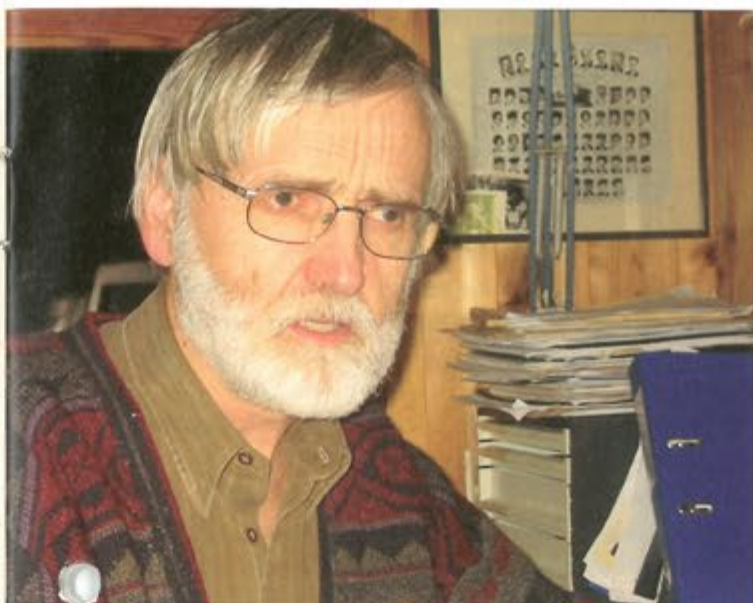
Hvordan møtes disse behovene i dag?



UTPOSTEN: Ved innføringen av reformen i 1991 forelå det dels skepsis og dels optimisme. Mange var engstelige for at kommunene ikke ville være i stand til å bygge opp et omsorg- og tjenestetilbud som ville fungere like godt som den tidligere særomsorgen. Samtidig var det stor tilslutning til tanken om at alle, uansett funksjonshemming eller ei, har rett til levekår som legger til rette for utvikling, selvstendigjøring og deltagelse i samfunnet under så normaliserte betingelser som mulig ut fra den enkeltes forutsetninger. Har erfaringene i ettertid gitt skeptikerne eller optimistene mest rett?

Først vil jeg nevne at noen av de største forkjemperne – både når det gjelder initiativ til og gjennomføring av ansvarsreformen – var å finne blant de pårørende. Spesielt er NFPU (Norsk forbund for psykisk utviklingshemmede) [nåværende NFU – Norsk forbund for utviklingshemmede] å nevne. På organisasjonsnivå oppsto det imidlertid i denne brytningsperioden en utbrytergruppe som dannet sitt eget forbund, LUPE (Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende), og som var motstandere av en full avvikling av institusjonsomsorgen. Mange av de pårørende som var direkte involvert var på en helt naturlig måte usikre. Man visste hva man hadde og ikke så mye om det man skulle få.





Kommunenes overtagelse av primær oppgavene representerte et betydelig samfunnmessig løft. I tillegg til at de som bodde på institusjoner skulle etablere seg på nytt, ble kommunene også pålagt å kartlegge behovet for og, ut fra en slik kartlegging, å etablere tilbud til dem som fortsatt bodde hjemme hos foreldrene selv om de var kommet opp i voksenalder.

Det var også lagt til rette for økonomiske virkemidler slik at kommunene hadde reell handlekraft for de løft som trengtes. Dette skjedde hovedsakelig ved at det ble gitt gjennomsnittlige og standardiserte overføringsbeløp per person. De aktuelle beløpene ble lagt inn i overføringene til kommunene over statsbudsjettet uten formelt å være øremerkede.

Både bedømt ut fra størrelsen på det samlede økonomiske løftet og ut fra levekårsundersøkelser som er gjort i ettertid, innebar reformen et betydelig løft i levekår/livskvalitet for de fleste som flyttet ut fra institusjon. Undersøkelser som ble gjennomført for noen år siden har i grove trekk vist at bedring har funnet sted for rundt 2/3 vedkommende. For de resterende var situasjonen, så vidt jeg husker, om lag uendret for 1/3 og forverret for 1/3.

Etter mitt skjønn er det grunnlag for å hevde at utviklingen i løpet av de siste par år, vel ti år etter reformen, gir atskillig mer grunn til bekymring enn det utviklingen i de første omstillingsårene etter reformen gjorde, den tids turbulens til tross. Pionérfasen, og kanskje mye av storsamfunnets interesse og til dels «glød» med den, er over. Det blir et spørsmål hvorvidt den tematiske «trofastheten», avgjørende i det lange løp, fra politisk og byråkratisk hold fortsatt står ved lag. Det kan i dag reises spørsmål ved kommunenes evne til å igangsette nyetableringer etter hvert som nye brukere mel-

der seg på, og kommunenes evne til å opprettholde standarden på de tilbud som gis. Spørsmålene blir etter hvert mange og går ut over rammen for et intervju som dette. Fra statens side er det nylig gitt signal om at Kommunal og regionaldepartementet i 2004 skal ta initiativ til en undersøkelse om boliger som tilbys utviklingshemmede, om kommunenes og brukernes erfaringer knyttet til disse og om økonomiske kostnader knyttet til bolig- og tjenestetilbudene.<sup>1</sup>

*UTPOSTEN: Hvordan har du inntrykk av at det tverrfaglige omsorgs- og behandlingstilbudet for de psykisk utviklingshemmede fungerer i kommunene? Er det bare miljøarbeider-tjenesten som er engasjert, eller er også andre deler av helse- og omsorgstjenesten med, for eksempel psykiatriske sykepleiere og primærleger?*

Bildet er nok svært variabelt. Det kan ofte oppleves slik at det er for tette skott mellom sektorer og instanser i kommunene hva enten organiseringen av disse går etter tradisjonelle eller nykonstruerte skillelinjer. Helsetjenesten kan stå i fare for i for stor grad å komme i en «på siden posisjon» i forhold til den øvrige tiltaksjeden. Et eksempel på dette, siden du spør nettopp om det, vil være at tjenesteapparatet i førstelinjen, noe som for øvrig også er situasjonen i andrelinjen, har vanskelig for å favne situasjoner som innebærer en kombinasjon av intellektuell funksjonshemming og psykiatrisk problematikk. Derfor vil en som oftest finne at psykiatriske sykepleiere i kommunene er lite involverte selv om unntak fins.

Utøvere av helsetjeneste, ikke minst legene, vil ha viktige roller å utøve, ikke bare som behandlere, men også som sentrale informatorer og rådslagningspartnere i det tverrfaglige samarbeidet som er forutsatt skal finne sted. Helsepersonellets bidrag vil i mange situasjoner kunne ha avgjørende betydning for den enkeltes livskvalitet.

Det er viktig at samarbeid mellom instanser baserer seg på rimelig utviklet og gjensidig kunnskap om hverandres arbeidsfelt og respekt for hverandres arbeidsbetingelser. Sist, men ikke minst, er det også viktig at det foreligger en felles forståelse for at hver enkelt skal ta del med sitt bidrag i et hele og ikke ha ansvar for å komme med alle løsninger alene. Leger står nok fortsatt noe utsatt til for at slike forventninger kan bli lagt på dem. Den bør inneholde uansett for mange staur hva enten den er selvpålagt eller, som vanligere er, plassert på dem av andre.

Etter 'Forskrift om habilitering og rehabilitering' og 'Forskrift: Individuelle planer' forutsettes «på tvers arbeid». Hver enkelt klient skal ha en individuell koordinator innenfor det kommunale tjenesteapparatet og denne vil

<sup>1</sup> Stortingsmelding 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmede barrierer-

også, gjennom sitt ansvar for at det foreligger en rimelig helhet i tjenestetilbudet til den enkelte, ha et ansvar for at helse-tjenestene blir involvert. Helsetjenesten bør være seg bevisst at mennesker med psykisk utviklingshemning trenger en helsetjeneste som er aktivt oppsøkende og forebyggende.

UTPOSTEN: *Er det mye ensomhet blant de psykisk utviklingshemmede?*

Ja, og i alle fall for mye.

Der er tankevekkende å tenke noe systematisk gjennom hva 'ensomhet' er.

Først vil jeg trekke fram 'ensomhet blant flere' som et karakteriserende utsagn som kan passe på tilværelsen til personer med svært svekket kontaktevne som følge av selve funksjonshemningen. Det kan dreie seg om personer med klinisk bilde av djup/ alvorlig utviklingshemning eller av alvorlig autisme. Dette vil være personer som store deler av sin våkne tid trenger hva jeg vil kalle sosialt og opplevelsesmessig påfyll. Jeg har nær sagt, i spissformulering tilpasset dagens innsparingstider, behov for å presisere at det er snakk om påfyll av en ganske annen karakter enn det som på det fysiske plan kommer en til gode i glass, på fat eller, og ikke minst for dem det her gjelder, på skei.

Jeg vil, som det andre karakteriserende utsagn, trekke fram 'ensomhet alene'. Dette bør være et entydig begrep. Det er viktig å ha oppmerksomhet på at utstrakt alenetilværelse generelt sett er lite ønskelig for mennesker med psykisk utviklingshemning. (Fallgropen i den andre ytterlighet vil selvsagt være et påtvunget fellesskap idet retten til privatliv, fysisk som sosialt, også utgjør et fundament.)

En kan bli skremt av hvordan en noen ganger kan komme over situasjoner hvor personer innenfor den svaktfungerende kategorien jeg nettopp omtalte, i tillegg til å være 'ensomme blant flere' også må tilbringe uforholdsmessig mye tid fysisk alene. Alenetilværelse på dagtid bør for disse personene fagetisk sett bare være begrenset til kortere «hvile- og fred»-perioder. Kvaliteter i sosialt samspill og i opplevelser vil være avhengig av hvilke personellmessige og rent fysiske rammer som gis. Etter min vurdering tilsier de verste tilfellene at tiden trolig snart igjen er inne for – i ærlighet – å pusse støvet av termen «oppbevaring» etter at dette begrepet i norsk debatt på dette feltet har fått ligge i fred i en tiårsperiode.

I fare for å havne i ensomhet er også en annen gruppe og denne er tallmessig langt større. Den utgjøres av et ikke ubetydelig antall personer med lettere grader av psykisk utviklingshemning. Disse vil kunne ha et funksjonsnivå som

gjør at de i rimelig grad mester dagliglivets krav til praktiske ferdigheter. Hjelpeapparatet blir besnæret, for å bruke et alderdommelig men ganske så treffende uttrykk, og evner ikke å fange opp den sosiale hjelpeløsheten som kan foreligge. Det kan følgelig bli lagt opp til singelløsninger som innebærer at svært begrensede støttetjenester blir den enkelte til del. Ensomhet blir fort en konsekvens.

**Ønskemålet om økonomisk besparelse innenfor offentlig tjenesteyting er nok ofte en bakenforliggende drivfaktor som bidrar i samme retning.**

UTPOSTEN: *Hvordan fungerer fastlege systemet i forhold til denne gruppa?*

Innføringen av fastlegeordningen, bedømt ut fra erfaringer i «eget» fylke, opplever jeg har vært et positivt steg. Ordningen gir rom for kontinuitet som langt på veg vil være en forutsetning for at legen får opparbeidet seg tilfredsstillende kjennskap til den enkelte. At fastlegeordningen gir rom for deltagelse i tverrfaglig arbeidsform merkes også som et positivt element og vil forhåpentligvis medvirke til at avstanden mellom helsetjenesten og tiltakskjeden for utviklingshemmede, som jeg allerede har berørt, gradvis blir mindre.

Et helt ferskt europeisk manifest om grunnleggende standarder for helsetjeneste overfor mennesker med psykisk utviklingshemning (intellektuell funksjonshemning), og som jeg har fått anledning til å være med på utviklingen av, trekker fram noen forutsetninger for tilfredsstillende allmenne helsetjenester.

Det må blant annet være adgang til å bruke mer tid til konsultasjoner, hva enten disse finner sted i helsetjenestens lokaler eller ved hjemmebesøk. Klienten må kunne motta tilstrekkelig hjelp til å kunne formidle seg. Klienten må motta, på en forståelig måte, informasjon av helsemessig karakter og informasjon om hvordan man kan fremme utvikling av god helse. Denne informasjonen må også være tilgjengelig for familie og tjenesteytere.

Forutsetning for at helsepersonell (inklusive leger) i de allmenne helsetjenestene skal kunne ha god handlingskompetanse er videre at den enkelte lege bl a. utvikler holdninger og kommunikasjonsmessige ferdigheter, har lett tilgang til informasjonsmateriell og til å få råd og veiledning fra spesialiserte kolleger uten at det støter på ekstra finansielle, praktiske eller lovmessige barrierer.

Hvordan disse forutsetningene skal nås reiser mange spørsmål av både faglig og organisasjonsmessig art og som man i fellesskap må stille seg og ta fatt på løsningen av.



UTPOSTEN: *Tar fastlegene gjennomgående ansvar for disse pasientene?*

I alt overveiende grad – ja.

UTPOSTEN: *Hvordan går det med denne sektoren når kommunebudsjettene strammes inn og slankes? Forholdet mellom tidligere øremerkede statsmidler og nåværende friere stilling i kommuneøkonomien, kan du si litt om finansieringsordningen og utviklingstendenser her?*

Dette er kjernespørsmål på systemnivå. Økonomioverføringene til kommunene var, som jeg allerede har nevnt, ikke øremerket ved det formelle reformtidspunktet heller. Overføringssummer fra stat til kommune etter 1991 har i noe forskjellig utforming først og fremst vært basert på antall individer og beløp er lagt inn i de allmenne overføringene til kommunene. Dagens hovedordning er at kommunene årlig rapporterer nominelt inn til Sosial- og helsedirektoratet hvor mange personer de formelt har gjort enkeltvedtak på etter helse- og sosiallovgivningen. Det skilles mellom personer under 16 år, som (i 2003) hver utløste 63 000 kr, og personer over 16 år og som utløste 410 000 kr. Begge beløpene er fra statens side antatte gjennomsnittsbetøp og løses ut uavhengig av kommunens reelle kostnader for hver enkelt.

I tillegg har det hele tiden vært ordninger som har vært gitt for å gi økonomisk grunnlag for å ivareta tilrettelegginger rundt ekstraordinært ressurskrevende klienter. Dette har tidligere vært skjønsmessige beløp, men fra og med 2004 av er ordningen omarbeidet og vil – uansett diagnose – gjelde i situasjoner hvor kommunen får netto utgifter som for den enkelte klient går utover 700 000 kr. Disse situasjonene skal nå også gjøres gjenstand for årlig rapportering og ordningen innebærer at staten refunderer ca. 80 prosent av kommunens nettoutgifter utover 700 000. For personer med psykisk utviklingshemning innebærer dette at ordningen trer i kraft først etter at utgiftene overstiger ca. 1 110 000 kroner i og med at den grunnleggende overføringssummen 410 000 kr (2003) ikke anses som nettoutgift for kommunen.

En tredje ordning utgjør de såkalte vertskommunetilskottene. Dette er overføringsbeløp som gjelder i noen definerte kommuner som gjennom reformen fikk stor tilgang på nye innbyggere ut fra at kommunen var vertskommune til store HVPU-institusjoner. Ordningen tar utgangspunkt i de gjenlevende av disse personene og beløpene varierer noe i størrelse fra kommune til kommune og de er større enn det allmenne overføringsbeløpet. Også for vertskommunetilskottene er det nå innført en årlig rapportering for å fange opp hvor mange som etter hvert faller fra og personene inngår selvsagt ikke i den ordinære rapporteringen.

Det er viktig å merke seg at beløpene i alle disse tre overføringsordningene legges inn i de allmenne overføringsrammene til kommunene. Disse ordningene er fra statens side ment som et økonomisk sikkerhetsgrunnlag for at personer med psykisk utviklingshemning skal kunne få tilstrekkelige tjenester. For å fange opp at det er stor variasjon i behov både individuelt og fra kommune til kommune er denne type rapportering som grunnlag for økonomistyring av stor verdi. Det reiser seg imidlertid fremdeles en rekke spørsmålsstillinger hvorvidt ordningene fungerer tilfredsstillende selv om forbedringer riktignok gjøres.

UTPOSTEN: *Ja, hvordan er virkeligheten ute i kommunene?*

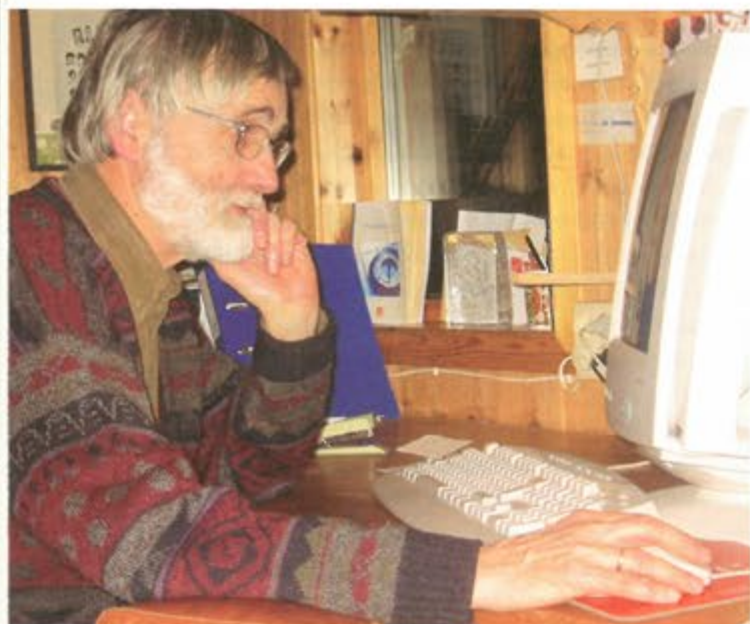
Hvorvidt kommunene innrapporterer korrekt er spørsmål nummer en. Ordningen er slik at kommunene skal kunne revideres slik at de ikke urettmessig rapporterer inn. Unnløtelser fra kommunenes side oppdages imidlertid ikke.

Etter min erfaring er det viktigere at offentlige myndigheter er villige til å danne seg et bilde av hvordan kommunene forvalter overføringsbeløpene. Det er ingen reviderende systemkontroll på at kommunale tjenester i realiteten når målgruppa forholdsmessig i samsvar med de beløpene som er kommet kommunene til del. **Jeg er redd for at den statlige og den kommunale virkelighetsoppfatningen ofte vil være svært så forskjellige.** En konklusjon er i alle fall at kvalitetssikring på praktiseringen av de ordningene som skal sikre det økonomiske grunnlaget, mangler. Vi er her inne på en storarena hvor sterke samfunnskrefter strides og jeg er redd for at særhensyn til en av de svakeste gruppene i samfunnet fort skyves tilside, et eksempel på at såkalt **indirekte diskriminering overfor psykisk utviklingshemmede** finner sted. Begrepet indirekte diskriminering er nemlig nå blitt introdusert for å karakterisere følger av beslutninger som allment tas i samfunnet og som indirekte, uten at det nødvendigvis er intensjonen, rammer diskriminerende.

Den nevnte gjennomgangen av den kommunale omsorgen i 2004 får en håpe vil være i stand til å framheve styrker, men også avdekke svakheter ved dagens rapporterings- og finansieringsordninger.

UTPOSTEN: *Habiliteringsteamene har nå gått over i helseforetakene slik resten av den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten har gjort. Hvordan går denne prosessen, og hvordan er det å være «liten og marginal» i omorganiseringens turbulens og kaos?*

Et stort felt å besvare. Fra statens side er signalene at habilitering og rehabilitering innenfor andrelinjetjenestene skal være et prioritert område. Alle regionale helseforetak skal utarbeide en habiliterings- og rehabiliteringsplan. Dette vil



fordre bevissthet innenfor hvert av de regionale helseforetakene på hva de spesialiserte habilitering- og rehabiliteringstjenestene har for funksjoner.

Helse Øst utarbeidet en slik plan høsten 2003. Helse Sør skal gjøre det samme og en prosjektleder skal være oppnevnt og arbeidet i gang. Helse Vest skal ikke ha startet dette arbeidet. I Helse Midt er det utarbeidet et foreløpig utkast til disposisjon for en slik plan. I Helse Nord skal en handlingsplan ha blitt ferdigstilt på slutten av 2003. De regionale helseforetakene må nok være påpasselig framme for å sikre at de underliggende helseforetakene ivaretar habiliteringsfeltet. De har en mer framskutt posisjon overfor helseforetakene enn det de sentrale statlige organ tidligere hadde overfor fylkeskommunene. Av den grunn vil de tro-

lig i sterkere grad «eie» ansvaret for å få gjennomført aktuelle endringer.

Helsereformen skjer i et spenningsfelt mellom mange og tildels ganske forskjellige kulturer og det ligger potensialer for mang en konflikt og lurer. På det honnørmessige plan vil habilitering inngå blant prioriterte oppgaver. Samtidig er det økonomiske drivkrefter som fort vil skyve slik virksomhet til side som lite regningssvarende ut fra takstsystemer og andre økonomiske insentiver. Tjenestene bedømmes fort som lite regningssvarende. «Kronikere» lønner seg ikke. Det økonomiske hardkjøret innenfor helseforetakene kan innebære beslutninger som også vil kunne karakteriseres som indirekte diskriminerende i sin natur, ut fra den definisjonen jeg ga tidligere.

Habilitering utgjør ingen medisinsk spesialitet. Det har alltid vært vanskelig å rekruttere leger. Innenfor habiliteringstjenestene for voksne var det høsten 2002 ca. 16 legeårsverk på landsplan. Det sier seg selv at dette vanskeliggjør tjenestenes ivaretagelse av medisinske aspekter og samspillet med øvrig helsetjeneste både innenfor øvrig spesialisthelsetjeneste og i forhold til helsetjenestene i kommunene. Slik jeg oppfatter det, ligger det nå innenfor foretaksstrukturen bedre til rette for avansert fagutvikling enn det tidligere gjorde innenfor fylkeskommunal administrasjon. Dette gjelder innenfor hele habiliteringsfeltet noe som, i tillegg til de tjenestene selve habiliteringstjenestene utøver, også vil omfatte koordinerte innsatser fra øvrige spesialisthelsetjenester. Utfallet er imidlertid avhengig av hvilke drivkrefter innenfor helseforetakene som blir toneangivende i utviklingen. Talsmenn og voktere av kvalitet vil fortsatt trenge og at noen baserer sine synspunkter primært ut fra brukernes behov.

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

## Til deg som har vært på Villa Sana

Vi er to forskere, som ved hjelp av samtale ønsker å belyse Villa Sanas betydning for noen av de leger som har mottatt veiledning eller deltatt på Villa Sanas kurs.

Kunne du tenke deg, å hjelpe er vi meget takknemlige om du tar kontakt med en av oss. Full anonymitet er en selvfølge!

Vigdis Moe Christie  
(sammfunnsforsker, forfatter av boken «Syk lege»)  
Tostrup Terrasse 9, 0271 Oslo  
Tlf 22 44 73 85 (eller 22 85 05 50)

Bodil Nielsen  
(lege, forfatter til boken «Lægen som patient»)  
Johs Buchholtzvej 3, 7600 Struer, Danmark  
E-mail: [bodilmn@tdcadsl.dk](mailto:bodilmn@tdcadsl.dk)



# Med Twinrix® inn i fremtiden!

Fremtidig reiseaktivitet avgjør  
valg av vaksine i dag



– en «reiseforsikring» som varer lenge\* .....

**Twinrix®**  
Verdens første hepatitt A og B vaksine

Se preparatomtale side 28

# Allmennlegen må være en aktiv akuttmedisinsk ressurs!

– er norske allmennleger engasjerte og motiverte for prehospital akuttmedisin?

AV MADS GILBERT

Vil norske allmennleger lede de lokale akuttmedisinske teamene, eller er nye faggrupper i ferd med å overta allmennlegens medisinske funksjoner i akuttsituasjonene? Har allmennlegene en klar fagpolitikk på dette feltet? Standarder?

Krav til kompetanse, trening og utstyr? Skal norske allmennleger fortsatt rykke ut ved akutt livstruende skade og sykdom – eller bli bokstavelig talt forbigjort av mer motiverte ambulansefagfolk og overflydd av mer motiverte akuttmedisinere fra sykehusene? Hvor går grensene for ansvaret og motivasjonen for oppgavene?

Prehospital akuttmedisin har utviklet seg kraftig de siste 20 åra. Jeg har fortsatt grafiske minner som ung akuttintressert kommunelege i Karlsøy kommune i Troms på midten av 70-tallet: «Ho Aud» på den velfungerende, døgnbemanna manuelle telefonsentralen på Hansnes varslet meg presist om sannsynlig hjertestans i nabobygda. Vi rykket ut alt remmer og tøy kunne holde, distriktslegen og den enmannsbetjente ambulansen med «han Svein». Vi startet hjerte- lungeredning, og jeg intuberte. Så av gårde. Jeg alcine bak med pasienten, Svein sjåfør foran, i vill fart for å nå ekstraferga over Kvalsundet. Vi måtte til byen for å nå den viktigste behandlingsressursen: Defibrillatoren. Den fantes bare der, på sykehuset – som ellers i landet «på den tida». Pasienten var selvsagt stein død da vi ankom «Mottagelsen» på Sentralsykehuset i Tromsø. Hvorfor? Fordi vi var organisert slik at vi måtte tape kampen mot klokka. Vi nådde den livgivende defibrillatoren håpløst seint, omlag



**Mads Gilbert**

Prof. dr. med  
Avdelingsleder  
Akuttmedisinsk avdeling  
Universitetssykehuset Nord-Norge  
mads.gilbert@unn.no

to timer etter hjertestansen. Futilt? Kanskje det. Men «systemene» gjorde sitt beste, både fagpersonell og logistikk. Til lite annen nytte enn at familien var sikre på at «alt ble gjort». Mager trøst, men viktig nok. Vi visste ikke da hvor viktig tiden var – fra ventrikkelflimmeren startet – til første støt med defibrillatoren. Vi hadde mager forskning å lene oss på, og det meste av akuttbehandling var lokalisert på sykehusene.

I dag er det selvsagt at ambulansene i Karlsøy kommune har avanserte, datastyrt halvautomatiske defibrillatorer og sertifisert fagpersonell som kan sin hjerte-lungeredning (HLR), avansert HLR (A-HLR) inklusive tidlig defibrillering i tråd med nasjonale retningslinjer (1). De kan vengkanylere og bruker «protokoll»-medikamenter adrenalin og atropin ved hjertestans på stående delegering fra lege, og de behersker bruk av andre viktige akuttmedikamenter. Ambulansefagfolkene varsles kjapt sammen med vakthavende kommunelege fra døgnbemanna fagsentraler på et eget radionett. Det tas som en selvfølge at kommunen har døgnkontinuerlig tilgang til topp utstyr i de tomannsbetjente ambulansebilene, og til offentlig ambulanshelikopter fra Statens Luftambulans med redningsmann og anestesilege i Tromsø. Ambulansepersonellet kan gjennomføre prehospital trombolyse (PHT) ved akutte ST-elevasjon myokardinfarkt (STEMI), og de behersker forutsetningene for denne behandlingen: Ta opp en sykehistorie, registrere og sende et 12-avlednings EKG til AMK og kommunelege, gi grunnbehandling («MONA»: morfin, oksygen, nitro, ASA). Alt dette hjemme hos pasienten med eller uten



allmennlegen i vakt tilstede. Ambulansepersonellet behersker grunnleggende undersøkelsesteknikk og stabiliserende innsats ved akutte skader (PHTLS). De tar lederoppgaver som «operativ leder sanitet» (OPS) på ulykkessteder og samhandler effektivt med politiet. De bruker samme hastegrader og samme grunnleggende terminologi som ambulanspersonell i Bergen og Mehamn fordi de kan sin «Indeks». Karlsøy kommune 2004 har et «prehospitall akuttmedisinsk system».

Mange nye forkortelser? Ja, det har faktisk utviklet seg en ny nomenklatur for det nye fagfeltet prehospital akuttmedisin som kan brukes både inkluderende og ekskluderende. Noen av de mest aktive pådriverne for en styrket prehospital akuttmedisin var allmennlegene selv. Nok å nevne Jens Moe som gjennom eget klinisk og organisatorisk arbeid la grunnlaget for det som seinere skulle bli den landsomfattende Statens Luftambulans, og allmennlegene i Nordkapp kommune som var de første til å tilby prehospital trombolysse til pasienter med akutte hjerteinfarkt.

### Tenkningen:

#### Team, tempo, trygghet og kvalitet

Det har vært et dramatisk skifte i tenkingen rundt prehospital akuttmedisin siste tiår. Stikkord for denne utviklingen er vitenskapelig begrunnede behandlingstiltak, «tidsvindu», tverrfaglige *team*, *tempo*, *trygghet* for ivaretagelse og *kvalitet*. Fokus er nå på dynamiske, samhandlende «akuttmedisinske kjeder» eller «overlevelseskjeder». Det som mest kjennetegner slike «kjeder» eller akuttmedisinske systemer er at de skal være forutsigbare systemer, ikke personavhengige. De skal bygge på faste nasjonale og internasjonale konsensusbaserte faglige retningslinjer og lokale systembøker, robust dokumentasjon av hver enkelt pasientsituasjon, ha klare faglige ansvarsforhold og fungerende system for avviksmeldinger. De skal levere behandling som i størst mulig grad er bygget på vitenskapelige, konsensusbaserte anbefalinger. Er norsk allmennmedisin med på denne utviklingen?

Livreddende behandlingstiltak er «flyttet» stadig lengre fram til pasienten der sykdom eller skade oppstår. Det utvikles stadig nye strategier for skadebegrensende tiltak som «kjøper tid», før definitiv behandling på sykehus. Kampen om klokka er kraftig skjerpet, og de ulike leddenes tidsbruk dokumenteres med sekunders nøyaktighet i AMK-sentralenes datasystemer.

Allmennlegene har sin selvsagte plass som ledere i disse systemene – hvis de vil og hvis de tar faglig ansvar for egen kompetanse i akuttmedisin og ledelse. Allmennlegene er også svært viktige for de strukturelle oppgavene som må lø-



Allmennleger trener, for erfaring mangler – heldigvis.

ses og skjottes for å få gode lokale systemer. Stikkord er opplæring, delegering og sertifisering av personell som skal fungere som «legens medhjelper», helsepolitisk aktivisme for å bedre ambulanssystemene og sikre god akuttberedskap på lokalsykehusene.

### Team

Tiden for den paternalistiske, antatt omnipotente legen er ute. Teambasert samhandling på tvers av profesjoner og kompetanse basert på tverrfaglig respekt er svaret på varierte og krevende utfordringene i prehospital akuttmedisin. Ambulansefagfolk og allmennlege sammen med pleiepersonell på lokal legevaktssentral/sykestue/ legekontor – ved behov supplert med akuttmedisinere fra nærmeste sykehusbase – jobber best i team med en tydelig ledelse. Mye henger igjen av gamle oppfatninger om at teoretisk kunnskap lett omsettes i god klinisk praksis i akutsituasjoner – bare legen «kan nok». Slik er det ikke.

God ledelse av teamet er forutsetning for mobilisering av det enkelte teammedlemmets teoretiske kunnskap, og fragmentert innsats fra enkeltpersoner gir tidstap, frustrasjon og dårlig sluttresultat (2). Teamtrening for akutt samhandling er lite utviklet både på sykehus og i primærmedisinen. Bare halvparten av norske akuttstusykehus driver slik trening regelmessig (årlig) (3). Enkelte distrikt har startet arbeidet med teamtrening i format av «BEST»-konseptet («Bedre og Systematisk Traumebehandling») for trening av tverrfaglige team (4–5).



Vi har gjennomført omfattende trening av prehospitalt tverrfaglige team på lokalsamfunnsnivå i fattige land med en enkel opplæringsmodell og en enkel lærebok i prehospital akuttmedisin (6). Opplæringen resulterte i velfungerende lokale innsatsteam som kan takle de vanligste livstruende akuttmedisinske utfordringene. Resultatet er en dramatisk reduksjon i dødelighet ved alvorlige skader i områder med svakt utbygde akuttmedisinske systemer og lange avstander til akuttstykhus (7). Kanskje slik tverrfaglig teamtrening bør etableres i norsk allmennmedisin for styrking av prehospital akuttmedisin?

### Tempo

I livstruende akuttsituasjoner er tiden en godt dokumentert kritisk faktor. Ved bevisstløshet må luftvegskontroll iverksettes umiddelbart og følges opp av kvalifisert personell snarest.

Ved andre akutte luftvegsproblemer er «tidsvinduet» sekunder til minutter. Ved ventrikkelflimmer (VF) reduseres overlevelsesmulighetene med 10 prosent for hvert minutt som går før det første DC-støtet gis (8); ved akutt myokardinfarkt er de første 90 minuttene avgjørende for maksimal effekt av reperfusjonstiltak (trombolyse, PCI) (9–10); ved alvorlige skader må livreddende stabiliserende tiltak iverksettes straks og skadebegrensende kirurgi i løpet av de første 30 minuttene ved ukontrollert blødning i kroppshulene (11). Skal vi møte slike tempokrav, kreves det effektive varslings- og responssystemer. Allmennlegen må kunne de medisinske prinsippene, rekkefølgen av tiltak, beherske de praktiske ferdighetene, kunne lede – og derfor ha trent sammen med de andre i teamet som skal jobbe sammen! Tverrfaglig tillit må erfares gjennom trening, virkelig innsats og oppsummeringer. Planer er ikke nok.

Prehospitalt responstider i akuttsituasjoner varierer betydelig mellom byer og distrikter. Få kommuner oppfyller Helsedepartementets krav til prehospitalt responstider (tiden fra innringer slår nødnummer 113 til ambulansen er fremme). Forsinkelsene kan være til dels betydelige (12). Kortere responstider for ambulanse og allmennlege har større effekter på overlevelsen ved for eksempel hjertestans enn utplassering av «publikumshjertestartere» (13–14). Prisverdige, men få, erfaringer med forsøk på «tempogevinst» der kommuneleger driver opplæring av lekfolk i spredt befolka områder er publisert (15).

### Trygghet

Gode lokale akuttmedisinske systemer er ett av flere viktige sosiale nettverk befolkningen har behov for. Trygghet for ivaretagelse i akutte situasjoner forutsetter at lekfolk er trent i førstehjelp, vet hvor de skal varsle og vet at de får

rask hjelp når de trenger det. Uansett utfall av en akutt hendelse, vil familie og lokalsamfunn forvente rask og fagmessig respons fra allmennlege og resten av det lokale akuttmedisinske teamet.

Alle i det lokale akutteamet må være trygge på egne ferdigheter og roller for å yte optimalt i situasjonen. Kvaliteten på den primære akuttmedisinske innsatsen er sårbar fordi akuttsituasjonene ikke er veldig hyppige i den primærmedisinske konsultasjonshverdagen. Desto viktigere er det derfor å ha robuste og veltrente lokale systemer med klar rollefordeling som sikrer at prosedyrer iverksettes uten tidstap, med tydelig ledelse og god kvalitet.

Mange norske allmennleger føler seg utrygge på akuttmedisinske prosedyrer og utfører dem sjelden. I en undersøkelse hadde halvparten av allmennlegene satt færre enn fem intravenøse kanyler siste 12 mnd., 20 prosent hadde ikke utført noen av de undersøkte prosedyrene (ventilering med bag/maske, defibrillering, håndtering av rygg- og multi-traumatiserte pasienter) (16). Økt trygghet kan lett oppnås gjennom regelmessig samtrening av slike praktiske ferdigheter. Mange kommuner har sporadisk tverrfaglig samtrening for innsats i ulike ulykkesituasjoner, noen øver på innsats ved for eksempel hjertestans. Tverrfaglige teamøvelser med ulike akutt-scenarier bør være minst like selvfølgelige og regelmessige som obligatoriske brannøvelser.

Vi har drevet teamfokusert teamtrening av allmennleger med fokus på Region Nord de siste 25 år i regi av Legeforeningens videre- og etterutdanning, men først i år ble det publisert «knoppsskyting» i form av systematisk lokal teamtrening der allmennlegen tar lederansvaret (17). Kanskje slike kursopplegg eksklusivt for allmennleger er feil? Bør tverrfaglige, lokale kurs være reglen og ikke unntaket?

### Kvalitet

Det er lite forskning på norsk prehospital akuttmedisin i en distrikts- eller allmennmedisinsk kontekst. Vi vet at pasientene i konsultasjons-situasjonen verdsetter den nære, lyttende og personlige legen der følelsen av ikke å måtte skynde seg betyr mer enn antall minutter hos legen (18). Vi vet ikke hvilke tilsvarende kvalitative forventninger befolkningen har til allmennpraktikeren i akuttsituasjoner. Vi må kunne anta at folk venter at legen skal være kunnskapsbasert, handlingsorientert og lede arbeidet på en trygg måte. Eller har befolkningen denne forventningen mest til ambulanspersonell og «flygende marer» – dvs. anestesileger som klaprer inn med ambulanshelikopter?

Vi vet også for lite hva som er best medisinsk praksis i livstruende akuttsituasjoner. Bortsett fra retningslinjer for en-



kelte «standardiserte» akuttsituasjoner som hjertesans (VF), er det forbausende lite ekstakt og kunnskapsbasert kunnskap om hvilke typer trening, utstyr og oppgavefordelinger som gir best kvalitet (19). Det er svært få randomiserte, kontrollerte studier av allmennpraktikerens rolle og behandlingsvalg i ulike akuttsituasjoner og prehospital akuttmedisinsk forskning etterlyses (20). De fleste prehospital studiene belyser kvalitetsvariabler for ambulanspersonell, «paramedics», spesialambulanser og legebemannete ambulanser med akuttmedisiner eller anestesilege som rykker ut fra sykehus. Mye av denne litteraturen kommer fra land der allmennlegene normalt ikke har den typen prehospital ansvar som i Norge. Allmennlegene behersker neppe standardene godt nok, og må passe seg for ikke å bli det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden (21–22). Vi trenger mer forskning på relevante norske forhold – i regi av allmennlegene.

### Struktur: utfordrende endringer

Det er ikke bare den faglige basisen som har utviklet seg. Prehospital struktur har også utviklet seg kraftig:

- Utvikling av nasjonale og internasjonale konsensus- og evidensbaserte faglige anbefalinger og praktiske behandlingsstandarder for mange akuttmedisinske sykdoms- og skadetilstander basert på anerkjente internasjonale standarder (23).
- Etablering av medisinsk nødmeldetjeneste med nødnummer 113, legevakt-sentraler (LV-sentraler) og akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler).
- Etablering av et nasjonalt helse-radionett med forskriftsmessig plikt for vakt-havende lege i legevaktsdistriktet til å bære og kunne bruke helse-radio hele døgnet. Dette åpner for tettere, kjappere og bedre samhandlingsmønstre i akuttsituasjoner – hvis vaktlegen bruker helse-radio, vel og merke.
- Nasjonal «programvare» for håndtering av medisinske nødsituasjoner i «Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp» skal sikre likeverdig behandling og tastsetting av hastegrad uavhengig av hvem som ringer og hvor det ringes til (AMK- eller LV-sentral).
- Sykehusreformen forankret ambulansetjenestene i de akuttmedisinske miljøene på sykehusene ved at hvert helseforetak nå skal ha en medisinsk systemansvarlig for de prehospital akuttmedisinske systemene (ambulans- og nødmeldetjenesten)
- Trass i stor motstand gjennomfører de enkelte helseforetakene tildels hardhendt sentralisering av lokalsykehusenes akuttberedskap og kalkulerer med at kommuneleger i vakt og ambulansesystemene skal kompensere for bortfall av denne akuttberedskapen.
- Akuttmedisinen kan generaliseres langt mer, men tendensen er spesialisering. Helsemyndighetene krever for eksempel nå at man må være spesialist i anesthesiologi for å forskrive ketamin (Ketalar®) til egen praksis, til tross for at dette er det sikreste, mest anvendelige og mest «fysiologiske» analgetikum/anestetikum allmennlegene kan bruke på skadepasienter (7).

Tross rivende faglige og strukturelle utviklingen, en snart seks år gammel NOU om akuttmedisinsk beredskap og en Stortingsmelding om samme viktige tema, har de sentrale helsemyndighetene enda ikke klart å ferdigstille en avklarende forskrift for prehospital akuttmedisin (24–25). Dermed blir mange sittende på gjerdet og vente mens ting skjer usystematisk og ustrukturert. Det er det motsatte av et kvalitetssystem og stikk i strid med målene om ensartede standarder og lik struktur på landsbasis.



## Nye faggrupper utfordrer allmennlegene

Stadig nye faggrupper utvikler akuttmedisinsk kompetanse og akuttmedisinske kvalitetssystemer. Vi har få felles møteplasser for disse faggruppene og enda færre felles planer og mål med klar ansvarsdeling. Tilfeldighetene rår. Diskusjonen går i mange miljøer, og et tilbakevendende tema er allmenn-legens plass i de prehospital akuttssystemene. Nye grupper har skaffet seg ny kompetanse og har planer for framtida:

- Ambulansepersonell er ikke lenger «sjåfører», men fagmedisinsk personell med til dels betydelige kompetanse, høye ambisjoner og seriøse planer for egen fagutvikling. Nylig ble det første nasjonale, høgskolebaserte etterutdanningstilbudet for ambulansepersonell etablert som forsøksordning («Paramedicutdanningen» på Høgskolen Lillehammer, se: <http://paramedic.hil.no/#>). Målet er regionale høgskoletilbud for paramedicutdanning i hele landet.
- AMK-operatørene skolerer seg og følger nasjonale standarder for fastsetting av hastegrader, telefonråd til innringer og prehospital responsmønstre.
- I mange områder har ambulansepersonell delegert myndighet fra lege til å gjennomføre behandlingstiltak på et høyere nivå enn for eksempel sykepleiere på sykehjem eller i lokalsykehusenes akuttinntak.
- Det er innført både fagbrev og autorisasjonsordning for ambulansepersonell.
- Redningsmenn i den statlige nasjonale luftambulansetjenesten skaffer seg bred kompetanse og skal i løpet av kort tid ha samme faglige kompetanse som ambulansefagarbeidere.
- Mange «prehospital akuttssystemer» jobber systematisk med utvikling av kvalitetssystemer med grundig dokumenterte «systembøker» der prosedyrer og handlingsmønstre er fastlagt og revideres regelmessig. Dette skjer ofte i regi av de nye helseforetakenes «driftsorganisasjoner» for ambulans- og nødmeldetjenesten.
- Menneskelige faktorer (human factors) og lederskapskvaliteter har avgjørende betydning for kvaliteten på teamarbeidet i akuttsituasjoner. Uansett profesjonstilhørighet forventes at teamleder er vel trent ikke bare mht algoritmer og formalkunnskaper, men også gir teamet struktur og trygghet i akuttsituasjonen (26).
- Det arbeides med etablering av nasjonale registrerings-systemer som vil kunne måle systemkvalitet i form av overlevelse og sykkelighet etter livstruende hendelser («Utstein»-basert hjertestansregister, nasjonalt traume-register, nasjonalt hjerteinfarktregister)
- Det er etablert flere prehospital kompetansesentra både regionalt og nasjonalt, men stort sett drives disse av sykehusbaserte akuttmedisinere

Felles for mange av «ikke-legegruppene» er at de jobber svært strukturert med opplæring, systemforståelse, ledertrening og prosedyredisiplin. Tilsvarende systematisk trening savnes blant allmennleger.

## Seks forslag til enkle tiltak

For å komme i takt, utvikle samhandlingsrutiner og sikre allmennlegenes faglige lederskap i prehospital akuttmedisin, kan det være nyttig å etablere noen felles strukturer og møteplasser i lokalsamfunnet. Forslaget om «lokale akuttmedisinske team» som ble presentert i «Akuttmeldingen» var et reflektert forslag om å etablere et strukturert samspill mellom kommuneleger, fagpersonell på sykehjem og LV-operatører og lokalt ambulansepersonell (25). Lite har skjedd, og noe *må* skje. Her er noen enkle forslag til tiltak som burde kunne diskuteres og gjennomføres nasjonalt uten store investeringer for å heve kvaliteten på den prehospital akuttmedisinen:

1. Alle allmennleger med vaktansvar gjennomfører regelmessig praktisk akuttmedisinsk *teamentrening* og utstyrskontroll sammen med lokale LV-sentraloperatører, sykehjems-personell, legekontorets personell og ambulansepersonell – gjerne organisert av ambulansepersonell slik det gjøres bl.a. i Tana kommune (5). Treningen er obligatorisk og dokumenteres. Vikarer må gjennomgå trening før selvstendig vaktansvar.
2. Allmennleger *sertifiseres* årlig minst i standard AHLR-rutiner sammen med ambulansepersonell i tråd med den nasjonale kursmodellen (27).
3. Det utvikles en kursmodell for *tverrfaglige*, årlige kurs i prehospital akuttmedisin med spesielt fokus på distriktskommuner med lang avstand til sykehus. Kursene kan med fordel gjennomføres for hvert enkelt akuttsykehus sitt lokalsykehusområde.
4. Hvert legevakt-distrikt har et eget *tverrfaglig råd* for akuttmedisin som har ansvar for lokale rutiner, systembøker og regelmessig gjennomgang av akuttsituasjoner som har vært i distriktet.
5. Aplf / NSAM etablerer et eget *forskningsutvalg* for prehospital akuttmedisin finansiert av Helsedepartementet og Legeforeningens kvalitetsmidler.
6. Det arrangeres en egen nasjonal, årlig *kongress* i prehospital akuttmedisin – eller kanskje bedre: «Distrikts-akuttmedisin».

## Framtida: Allmennlegen – på veg ut eller inn?

Det er ikke tilgjengelig dokumentasjon som kan belegge påstanden om at mange allmennleger vegrer seg mot å engasjere seg faglig og fagpolitisk i prehospital akuttmedisin. Likevel er det en klar tendens til at mange kolleger i allmennmedisinen vegrer seg for å ta en aktiv og oppsøkende rolle i forhold til nye utfordringer i akuttmedisinen. Det er



lett å skjønne at travle kontordager og nye krevende administrative oppgaver spiser av overskudd til egentrening, lederutvikling og teambygging i eget lokalmiljø. Når fagpersonell i ambulansetjenesten villig påtar seg stadig flere oppgaver, og AMK sender sykehusbaserte spesialressurser før allmennlegen får tid til å reagere, er det selvsagt lett å resignere.

Mange allmennleger tar likevel et aktivt ansvar for lokale akuttmedisinske systemer. Mange, kanskje spesielt unge, allmennleger er entusiaster og pådrivere for utvikling av lokale akuttmedisinske kvalitetssystemer. Dessverre ofte ganske alene som «ensomme svaler». De holder seg oppdaterte, passer på at rutiner utvikles, fungerer og følges, tar ansvar for medikamentopplæring og formell delegering til områdets ambulanspersonell. De stiller opp i akuttsituasjoner og fungerer som gode ledere for det «lokale akuttmedisinske team». De organiserer psykososial støttearbeid og tar vare på egne fagfolk etter innsats. Og på seg sjøl, får vi håpe.

### Tar dere utfordringen?

Det er viktig at norsk allmennmedisin nå bestemmer seg for å spille en ledende rolle i dette fagfeltet. Allmennlegen – som oftest er den geografisk nærmeste legeressursen – er en viktig forutsetning for bygging av kvalitetsteam for påregnelig kjapp og fagmessig prehospital innsats i lokalsammenheng. Slik innsats redder liv og leveår. Befolkningens tillit til helsevesenet måles blant annet etter funksjon i kritiske situasjoner. Det kan godt gå dårlig, men systemene må fungere. Det kravet stiller befolkningen med rette.

Tar allmennlegene utfordringen eller skal oppgavene overtas av nye høyspesialiserte legegrupper og ambulanspersonell?

*Saken omtalt i rammen nederst på siden vakte nylig oppmerksomhet i media fordi Helsetilsynet mente den aktuelle tilsynslegen ved et sykehjem ikke gjorde nok for å ta ansvar både for undersøkelse og behandling av en pasient med pustevansker. Spesielt fokuserer de andre teammedlemmene fraværet av ledelse. Det er flere syn på allmennlegens oppgave og ansvar i det lokale akuttmedisinske teamet, og det er lett å forstå at mange fristes til å overlate ansvaret for akuttsituasjonene i stadig større grad til ambulansfagfolkene som sjøl tar et betydelig ansvar for egen kompetanse og vedlikehold av ferdigheter.*

*Noen – kanskje mange – mener at akuttmedisinen ikke er kvantitativt viktig i en travelt primærmedisinsk hverdag. De tar seg ikke tid til egen faglig oppdatering og glemmer snart å «spille piano». Ferdigheter svekkes i prosedyrer som basal og avansert gjenoppliving, luftvegskontroll og venekanylering. De kjenner ikke etablerte algoritmer og behandlingsstandarder. Motivasjonen for aktiv ledelse av akuttinnsats styrkes ikke av dette.*

### Referanser

1. Lexow K, Skogvoll E, Sude K, Steen PA. Nye retningslinjer for basal og avansert hjerte-lunge-redning av barn og voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122:282–4
2. Marsch S, Müller C, Marquardt K et al. Human factors affect the quality of cardiopulmonary resuscitation in simulated cardiac arrests. Resuscitation 2003;
3. Brattebø G, Wisborg T. Organisering av traumemottak ved norske sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121:2364–7
4. Brattebø J, Brattebø G, Wisborg T, Lønn R, Pillgram-Larsen J, Brønstad A. Hvordan øve kirurgiske team i skadebegrensende kirurgi? Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121:1513–5
5. Brandstorp H. Personlig meddelelse
6. Husum H, Gilbert M, Wisborg T. Save Lives Save Limbs. Penang, Malaysia: Third World Network 2000 (Boka kan bestilles fra Tromsø Mineskadesenter på [www.traumacare.no](http://www.traumacare.no))
7. Husum H, Gilbert M, Wisborg T, Van Heng Y, Murad M. Rural Prehospital Trauma Systems Improve Trauma Outcome in Low-Income Countries: A Prospective Study from North Iraq and Cambodia. J Trauma. 2003;54:1188–1196

## Tilsynet krever ledelse og aktiv handling

Handlingslamme og passiv, slik karakteriserer både tilsette ved Årdal sjukeheim og ambulanspersonell legen si framferd. Då ein pasient fekk pustevanskar la pleiepersonellet pasienten i stabilt sideleie med oksygentilførsel. Tilsynslegen blei oppringt og bedt om å komme. Til helsetilsynet forklarer legen sjølv at han auka oksygentilførselen og brukte munn til munn-metoden. Han tok blodtrykk og målte pulsen. Då pasienten blei borte for dei, seier legen han starta hjertekompresjon, og sidan overlet han dette til ein sjukepleiar.

### Gjorde ikkje nok

Men dei tilsette er svært misnøgdde med korleis legen takla situasjonen. Dei fortel han berre såg på og ikkje sette i gang akutt behandling. Ein av dei tilsette oppfatta legen som handlingslamme, og ambulanspersonellet er ikkje mindre

nådige. Dei skriv at pasienten ikkje hadde frie luftveggar då dei kom, og at det ikkje blei gitt munn til munn. Også dei seier legen var passiv, og at han ikkje gav instruksar. Då pasienten fekk hjertestans og ambulanspersonellet starta gjenoppliving, var legen igjen passiv. Dei meiner legen ikkje utførte nødvendige og livreddande tiltak.

### Fleire klagar

Som einaste lege på staden hadde tilsynslegen det overordna ansvaret, og skulle straks ha gitt den hjelpa det var behov for. Helsetilsynet vil ikkje seie legen handla uforsvarleg, men meiner han ikkje tok nok ansvar for undersøking og behandling av pasienten.

Kilde: [http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/nrk\\_sogn\\_og\\_fjordane/3658237.html](http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/nrk_sogn_og_fjordane/3658237.html)



8. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 1652-8.
9. Rawles JM. Quantification of the benefit of earlier thrombolytic therapy: five-year results of the Grampian Region Early Antistreptase Trial (GREAT). *J Am Coll Cardiol* 1997; 30: 1181-5.
10. Boersma E, Maas ACP, Deckers JW, Simoons ML. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet* 1996; 348: 771-5.
11. Lecky F, Woodford M, Yates DW. Trends in trauma care in England and Wales 1989-97. *Lancet* 2000; 355: 1771-5.
12. Holtan Folkestad E, Gilbert M, Steen-Hansen JE. Når det haster - prehospitale responstider i Vestfold og Troms I 2001. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 324-8.
13. Pell JP, Sirel JM, Marsden AK, Ford I, Cobbe SM. Effect of reducing ambulance response times on deaths from out of hospital cardiac arrest: cohort study. *BMJ* 2001; 322: 1385-8.
14. Rørtveit S, Meland E. Utplussing av hjertestartarar - nyttar det? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 316-9.
15. Rørtveit S, Meland E. Hjertestartargrupper med lekfolk i spreiddbygd område. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 320-1.
16. Wisborg T, Brattebø G. Confidence and experience in emergency medicine procedures. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19: 99-100.
17. Thesen J, Mosevoll TD, Malterud K. Hjerte-lunge-redning i kommunehelsetjenesten - enkelt program for opplæring og vedlikehold. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 322-3.
18. Steine S, Finset A, Lærum E. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 349-53.
19. Lewis RJ. Prehospital care of the multiple injured patient. The challenge of figuring out what works. *JAMA* 2004; 291: 1382-4.
20. Loumann Nielsen S, Lippert FK. Præhospital og akutmedicinsk forskning - en nødvendighet med vanskelige vilkår. *Ugeskr Læger* 2003; 45: 4283.
21. Bjørshol CA. Ferdigheter i basal hjerte- lunge-redning. En undersøkelse blant helse- og redningspersonell utenfor sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 508-11.
22. Lexow K. Uønsket hjertedød - en utfordring! *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 781.
23. European Resuscitation Council. International guidelines 2000 for Cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. *Resuscitation* 2000; 46: 1-448.
24. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1998: 9. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998. (<http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/utredninger/NOU/030005-020022/index-dok000-b-n-a.html> (11.9.2002).)
25. St.meld. nr. 43. (1999-2000). Om akuttmedisinsk beredskap. (<http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/stmeld/030001-040003/index-dok000-b-n-a.html> (11.9.2002).)
26. Cooper S, Wakelam A. Leadership for resuscitation teams: «Lighthouse Leadership». *Resuscitation* 1999; 42: 27-45.
27. AHLR. Norsk grunnkurs i avansert hjerte-lunge-redning. Norsk Resuscitasjonsråd

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

# Twinrix

Verdens første vaksine mot hepatitt A og hepatitt B

## C Twinrix Paediatric - GlaxoSmithKline-

### C Twinrix Voksen - GlaxoSmithKline-

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA), (adsorbent).

ATC-nr.: J07B C20

**INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Twinrix Paediatric:** 0,5 ml inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 360 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HB<sub>Ag</sub>) 10 µg, aluminiumfosfat 0,2 mg, aluminiumhydroksid 25 µg, formaldehyd maks. 50 µg, neomycinsulfat maks. 10 nanogram, natriumklorid 4,5 mg, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksietanol 2,5 mg.

**INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Twinrix Voksen:** 1 ml inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 720 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HB<sub>Ag</sub>) 20 µg, aluminiumfosfat 0,4 mg, aluminiumhydroksid 50 µg, formaldehyd maks. 0,1 mg, neomycinsulfat maks. 20 nanogram, natriumklorid 9 mg, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksietanol 5 mg.

**Indikasjoner: Twinrix Paediatric:** Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune barn fra 1 år t.o.m. 15 år som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Twinrix Voksen:** Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune voksne og ungdommer, 16 år og eldre, som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon.

**Dosering: Twinrix Paediatric:** Til barn og ungdommer fra 1 år t.o.m. 15 år anbefales doser à 0,5 ml. **Twinrix Voksen:** Til ungdommer og voksne, 16 år og eldre, anbefales doser à 1 ml. Standard skjema for primær-vaksinasjon med Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen er 3 doser. 2. dose gis 1 måned etter 1. dose, og 3. dose 6 måneder etter 1. dose. Når avreise er forventet minst én måned etter påbegynt primær-vaksinasjon, men uten at det er nok tid til å fullføre standard skjemaet for primær-vaksinasjon, kan de 3 dosene Twinrix Voksen gis til voksne etter følgende hurtigsjema: 2. dose gis 7 dager etter 1. dose, og 3. dose 21 dager etter 1. dose. Når dette skjema benyttes anbefales en 4. dose 12 måneder etter 1. dose. Det anbefalte skjemaet bør følges. Når vaksinasjonen er påbegynt, bør den sluttføres med samme vaksine. Behovet for en booster-dose med hepatitt A- og B-vaksine hos friske individer som har fullført vaksinasjons-skjemaet er enda ikke helt fastlagt. Hos individer som eksponeres for hepatitt B-virus, f.eks. hemodialysepasienter eller pasienter med nedsatt immunforsvar, bør et beskyttende antistoffnivå >10 IE/liter sikres. Retningslinjer for booster-vaksinasjon mot hepatitt A er basert på antagelsen om at antistoff er nødvendig for beskyttelse. Antistoff mot hepatitt A-viruset er beregnet til å vare i minst 10 år. Vaksinen er beregnet til intramuskulær injeksjon, i overarmsmuskelen (deltoidområdet) eller anterolateralt i låret hos små barn. Intradermal injeksjon eller intramuskulær injeksjon i glutealmuskelen skal unngås. Til pasienter med trombocytopeni eller blødnings-sykdommer kan vaksinen unntaksvis gis subkutan selv om dette kan gi suboptimalt immunsvær. **Må ikke injiseres intravaskulært.**

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for vaksinsens komponenter. Tegn på overfølsomhet etter tidligere vaksinasjon med Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen eller monovalent hepatitt A- eller hepatitt B-vaksine. Vaksinasjon skal utsettes ved akutt sykdom med høy feber.

**Forsiktighetsregler:** Pasienter kan være innenfor inkubasjonsstadiet for hepatitt A- eller hepatitt B-infeksjon ved tidspunktet for vaksinasjon. Det er ikke kjent om vaksinen beskytter mot hepatitt A og hepatitt B i slike tilfeller. Anbefales ikke som profylakse etter eksponering. Hemodialysepasienter, personer med nedsatt immunforsvar og pasienter som får immunsuppressiv behandling oppdr. ev. ikke adekvate antistofftitre etter primær-vaksinasjon. Disse pasientene kan derfor behøve flere vaksinedoser. Adekvat respons kan likevel utløse hos immunsvekkede pasienter. Hensiktsmessig medisinsk behandling og overvåking skal alltid være lett tilgjengelig ved vaksinasjon i tillegg til sjelden anafylaktisk reaksjon skulle oppstå etter injeksjon av vaksinen. Raster av tomersal, som gjenfinnes i vaksinen, kan medføre sensitivitetreaksjoner.

**Interaksjoner: Twinrix Paediatric:** Det anbefales ikke at vaksinen gis sammen med andre vaksiner. **Twinrix Voksen:** Vaksinen kan gis samtidig med andre vaksiner dersom forskjellige sprøyter og ulike injeksjonssteder benyttes.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Effekten på fosterets utvikling er ikke undersøkt, men da dette er en inaktivert vaksine forventes det ingen skade på fosteret. Bar bare gis under graviditet dersom det foreligger en uttalt risiko for hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. Overgang i morsmelk: Det foreligger ikke opplysninger om effekt på barn til ammende mødre. Kombinasjonsvaksinen skal derfor brukes med forsiktighet hos ammende kvinner.

**Bivirkninger:** Vanligst er forbigående smerte, rødme og hevelse på injeksjonsstedet. *Hypipye (>1/100):* Tretthet, hodepine, sykdomstølelse, kvalme. *Sjeldne (<1/1000):* Feber, brekninger. Svært sjeldne tilfeller av følgende uønskede hendelser er sett i tidsmessig sammenheng med vaksinasjonen: Blod: Trombocytopeni, trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, apettitløshet, diaré, mavesmerter. Hud: Utslett, kløe, urticaria. Lever: Patologiske leverfunksjonsverdier. Neurologiske: Krampor. Sirkulatoriske: Synkope, hypotensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer (feber, frysninger, hodepine, myalgia, artralgi), tretthet, svimmelhet, parestesi, allergiske reaksjoner, inkl. anafylaktiske og anafylaktoide reaksjoner og overfølsomhetsreaksjon lignende serumsyke. Etter omfattende bruk av de monovalente vaksiner mot hepatitt A og/eller hepatitt B, er i tillegg følgende uønskede hendelser rapportert svært sjelden i tidsmessig sammenheng med vaksinasjon: Hud: Eksudativ erythema multiforme. Neurologiske: Tilfeller av perifer og/eller sentrale neurologiske forstyrrelser som kan omfatte multipel sklerose, optikusneuritt, myelitt, facialisparese, polyneuritt som f.eks. Guillain-Barré syndrom (med ascenderende paralyse), meningitt, encefalitt, encefalopati. Sirkulatoriske: Vaskulitt.

**Egenskaper:** Klassifisering: Kombinasjonsvaksine av renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B-virus overflateantigen (HB<sub>Ag</sub>), separat adsorbent til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulturer. HB<sub>Ag</sub> er fremstilt av gjæreller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Det er påvist antistoffer mot hepatitt A-virus hos ca. 89% (Twinrix Paediatric) og ca. 94% (Twinrix Voksen) av de vaksinerte 1 måned etter 1. dose og hos 100% 1 måned etter 3. dose (dvs. 7. måned). Antistoffer mot hepatitt B-virus er påvist hos ca. 67% (Twinrix Paediatric) og 70% (Twinrix Voksen) etter 1. dose og 100% (Twinrix Paediatric) og ca. 99% (Twinrix Voksen) etter 3. dose. Ved bruk av hurtigsjemaet for primær-vaksinasjon av voksne er andelen som er seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus 100%, 99,5% og 100% etter hhv. 1, 2 og 3 måneder etter den 1. dosen. Beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus etter 3. dose er påvist hos 82% etter 1 uke og hos 85% etter 5 uker. 3 måneder etter 1. dose er beskyttelsesgraden mot hepatitt B 95,1%. 1 måned etter den 4. dosen hadde alle vaksinerte beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus, og alle var seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus.

**Oppbevaring og holdbarhet:** 2-8°C. Beskyttet mot lys. **Må ikke fryses.** Destruer vaksinen dersom den har vært utsatt for frost.

**Andre opplysninger:** Ved lagring oppstår det et bunnfall og en supernatant. Vaksinen skal ristes godt til en nesten gjennomsiktig, hvit suspensjon og kontrolleres visuelt med tanke på fremmedlegemer og/eller fysiske forandringer for bruk. Vaksinen skal destrueres hvis den ser annerledes ut. Vaksinen skal ikke blandes med andre legemidler (inkl. vaksiner) i samme sprøyte.

**Pakninger og priser: Twinrix Paediatric:** Endosesprøyte: 0,5 ml kr 251,20. **Twinrix Voksen:** Endosesprøyte: 1 ml kr 398,00, 10 x 1 ml kr 3673,20. Priser av 01.2004

\* P van Damme et al. Hepatitis A booster vaccination: is there a need? *The Lancet* 2003; 237: 1065-71



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo  
Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 [www.gsk.no](http://www.gsk.no)



# DISTRIKTSMEDISINSKE SENTRE

## *Vår felles gjøkunge eller institusjon for samhandling, innovasjon og nytenking?*

AV KARSTEN KEHLET

allmennlege i Lenvik og prosjektleder

**Prosjekt Distriktsmedisinsk senter i Midt-Troms er et prosjekt som skal sikre befolkningen i Midt-Troms tilgang til et bredt spekter av helsetjenester. Prosjektet tar sikte på at det etableres et godt utvalg av tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunchelsetjenesten og at det etableres samarbeidsløsninger på en rekke områder mellom flere av de ti kommuner.**

Noen av de vesentligste utfordringer i prosjektet er knyttet til geografiske og infrastrukturelle forhold i regionen:

1. Prosjektet strekker seg mot 10 kommuner, med betydelig forskjell i størrelse, befolkning og næringsgrunnlag.
2. Disse ti kommuner dekker et areal på nesten 10 000 km<sup>2</sup>.
3. Befolkningsgrunnlaget er ca 33 500 innbyggere.
4. Kommunene benytter sykehus fra to forskjellige helseforetak og har to forskjellige sykehus som sitt primærsykehus.
5. Det eksisterende tilbud innen spesialisthelsetjenesten skal fortsette. Tilbudet skal være komplementært og ikke kompetitivt i forhold til allerede eksisterende tilbud.

Prosjektet omfatter altså mange kommuner med en relativt stor samlet befolkning. Nærmeste sykehus er enten i Narvik, Harstad eller Tromsø. Området er det området i landet med så stor befolkningsgrunnlag som har lengst avstand til nærmeste sykehus.

Spesialisthelsetjenestetilbudet innen for dette område er representert ved:

1. Troms Militære Sykehus (TMS) som betjener det militære samfunn i Indre Troms, men i tillegg har en betyde-

lig poliklinisk aktivitet for den sivile befolkning, spesielt innenfor det kirurgiske fagområde.

2. På Finnsnes er etablert Områdegeriatrisk tjeneste (OGT) som driver geriatrisk utredning og rehabilitering.
3. Der er også Fødestua som har ca 100 fødsler årlig. Begge disse institusjoner mottar pasienter fra samme 10 kommuner som DMS strekker seg mot.
4. En privatpraktiserende ØNH-lege har kontordag hver 14. dag på Finnsnes.

Det har i regionen vært betydelige problemer med å rekruttere helsepersonell spesielt til de små kommuner. Prosjektet tar sikte på etablering av et DMS vil bidra til å sikre rekruttering og stabilisering av primærleger og annet helsepersonell.

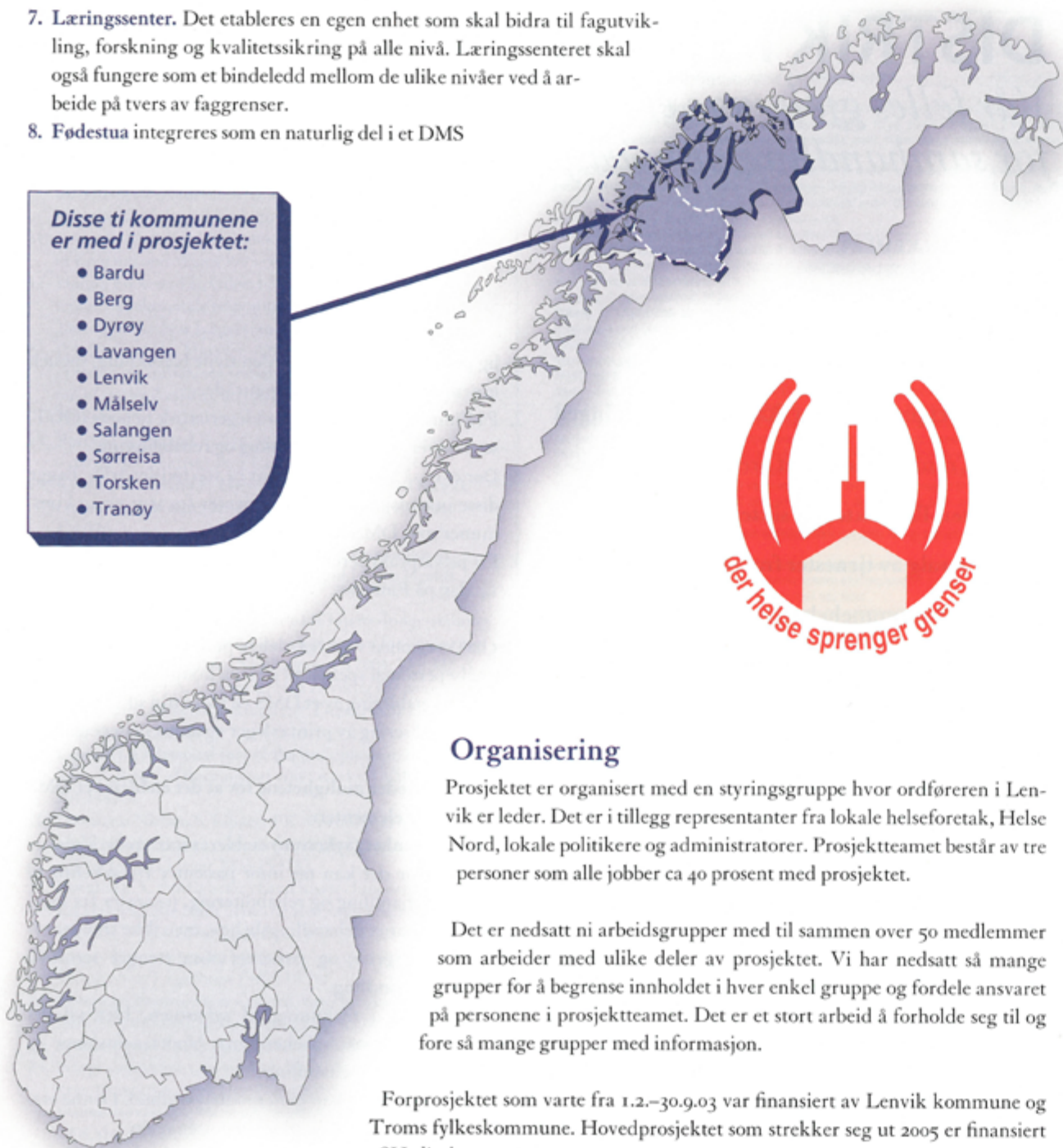
**Prosjektet utreder mulighetene for at det etableres et DMS med følgende elementer:**

1. Sengepostenhet (sykestue) etableres som en utvidelse av OGT, hvor det kan tas imot pasienter fra sykehus til fortsatt behandling og rehabilitering, pasienter fra legevakt som har et behandlingsbehov, men ikke trenger sykehusinnleggelse, og pasienter som trenger terminal pleie og behandling.
2. Dagavdeling i tilslutning til sykestuen. Her vil det kunne gis cytostatikabehandling, blodtransfusjoner og eventuell annen behandling.
3. Dialyseenhet som kan gi hemodialysetilbud. Denne etableres også i tilslutning til sengepostenheten.
4. Interkommunal legevaktsentral. Det arbeides med å etablere et legevaktsamarbeid mellom seks kommuner som i dag har fire legevaktdistrikter.
5. Spesialistpoliklinikk. Poliklinikken betjenes av spesialister fra sykehus eller eventuelt privatpraktiserende spesialister. Det tas sikte på å utnytte erfaringene fra Alta med en fleksibel utnyttelse av lokaliteter.
6. Interkommunal offentlig legestilling. Det utredes muligheten for etablering av en interkommunal offentlig legestilling, som kan ivareta funksjoner innen miljørettet helsevern, smittevern og eventuelt andre samfunnsmedisinske områder.

7. Læringscenter. Det etableres en egen enhet som skal bidra til fagutvikling, forskning og kvalitetssikring på alle nivå. Læringscenteret skal også fungere som et bindeledd mellom de ulike nivåer ved å arbeide på tvers av faggrenser.
8. Fødestua integreres som en naturlig del i et DMS

**Disse ti kommunene er med i prosjektet:**

- Bardu
- Berg
- Dyroy
- Lavangen
- Lenvik
- Målselv
- Salangen
- Sorreisa
- Torsken
- Tranøy



## Organisering

Prosjektet er organisert med en styringsgruppe hvor ordføreren i Lenvik er leder. Det er i tillegg representanter fra lokale helseforetak, Helse Nord, lokale politikere og administratorer. Prosjektteamet består av tre personer som alle jobber ca 40 prosent med prosjektet.

Det er nedsatt ni arbeidsgrupper med til sammen over 50 medlemmer som arbeider med ulike deler av prosjektet. Vi har nedsatt så mange grupper for å begrense innholdet i hver enkel gruppe og fordele ansvaret på personene i prosjektteamet. Det er et stort arbeid å forholde seg til og fore så mange grupper med informasjon.

Forprosjektet som varte fra 1.2.–30.9.03 var finansiert av Lenvik kommune og Troms fylkeskommune. Hovedprosjektet som strekker seg ut 2005 er finansiert av SH-direktoratet.

## Utfordringer

### Interkommunalt samarbeid

De fleste som har jobbet med interkommunalt arbeid vet at dette er komplisert og tidkrevende. Å få til et samarbeid mellom 10 kommuner kan virke som en umulig oppgave. Når vi har valgt å la DMS rette seg mot så mange som 10 kommuner, er bakgrunnen den erfaring vi har fra OGT og Fødestua. Disse to institusjoner har ved faglig godt arbeid og oppsøkende virksomhet, etablert en posisjon i kommunene som viser at interkommunalt arbeid er mulig hvis kvaliteten på tjenestene holder mål.



Etablering av et interkommunalt DMS er en desentralisering av visse tjenester (spesialistpoliklinikk, sengepostenhet, dialyse) og en sentralisering av andre tjenester (legevaktssentral og interkommunalt legevakt). Kontinuerlig informasjon er en vesentlig faktor for å sikre et interkommunalt samarbeid, og både de desentraliserende og de sentraliserende elementer i DMS må ha som grunnlag et faglig fundament som medfører en forbedring av tilbudet til befolkningen.

### Faglig og administrativ forankring

Fødestua og OGT har som mange andre desentraliserte spesialisthelsetjenester og sykestuer hatt sin administrative forankring i kommunene, mens de er finansiert av helseforetakene. Rapporten fra SH-direktoratet fra 2002 om Fremtidens desentraliserte spesialisthelsetjeneste presiserer at desentraliserte spesialisthelsetjenester, som spesialistpoliklinikk eller sengepost, skal være faglig forankret i spesialisthelsetjenesten. Hvordan sikrer man at sengeposten bibeholder det beste fra «sykestua» samtidig som denne forankring legges til grunn? Hvordan fastholder man og videreutvikler et nært samarbeid med fastleger og hjemmetjeneste i de involverte kommuner?

En modell er at fastleger i vertskommunen har det daglige ansvar for visitt, evt supplert med videokonferanse med spesialist fra ansvarlig avdeling eller visitt i forbindelse med at spesialist har konsultasjoner på spesialistpoliklinikken.

### Finansiering

Til tross for at SH-direktoratet tydelig plasserer det faglige ansvar for den desentraliserte spesialisthelsetjenesten på foretaksnivå, er man ikke like tydelig i sin plassering av det økonomiske ansvar for tjenestene. I en periode med åpne økonomiske utfordringer for helseforetakene er det i seg selv en betydelig utfordring å presentere et prosjekt som medfører en aktivitetsøkning i en region, selv om dette prosjektet vil ivareta en vesentlig del av de problemer som vi vet vil komme, ikke minst som følge av befolkningsutviklingen. Løsninger av finansieringen, både investeringsmessig og driftsmessig, er en av de største utfordringer prosjektet står overfor i dag.

### Teknologi

Desentralisert dialyse uten teledialyse er uaktuelt i dag ved etablering av et nytt tilbud. Økt bruk av videokonferanse kan være et brukbart telemedisinsk hjelpemiddel. Mer spe-

sifikke telemedisinske tjenester vurderes, men de to ovennevnte tjenester anses for de mest aktuelle for vårt prosjekt.

### Informasjon

Jevnlig informasjon er vesentlig for å unngå at det oppstår misforståelser eller ryktespredning. Vi har startet med å sende ut nyhetsbrev og skal opprette egen hjemmeside. Vi har i løpet av for- og hovedprosjekt vært to turer rundt til alle kommuner og informert. Dette er en nyttig, men arbeidskrevende måte å informere på og ikke mulig å gjennomføre i det omfang som kunne være ønskelig. Bruk av nettbasert kommunikasjon gjør det mulig med hyppigere informasjon som samtidig når flere.

### Glød

Vårt prosjekt samler en rekke forskjellige institusjoner under en paraply. Hvordan sikrer man at denne institusjon har glød og vilje til kontinuerlig utvikling og samarbeid? Under oppbygging av en ny institusjon er mulighetene for å implementere holdninger som preger institusjonen fremover sannsynligvis større enn hvis man forsøker å endre en bestående institusjon. Holdninger preget av samhandling, dynamikk, innovasjon, nytenkning og grensesprengning bør inngå i prosjektet og bør videreføres etter prosjektet er avsluttet. Hvordan dette skal gjøre best mulig er noe prosjektteamet kontinuerlig arbeider med.

### Veien videre

Fortsatt arbeid med å sikre oppslutning om prosjektet både lokalt og sentralt samtidig som innholdet faglig og organisatorisk må avklares, er store og vesentlige arbeidsoppgaver som venter.

En kontinuerlig vurdering og evaluering av spesielt informasjonsflyten til samarbeidende kommuner, helseforetak og sentrale myndigheter er særdeles vesentlig. Hvis ikke DMS skal fremstå som den gjøkunge som ingen vil ta ansvar for må innholdet defineres ikke av en institusjon, men av en rekke institusjoner som samlet er med på å definere innhold, organisering og struktur.

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



BARDU



BERG



DYRØY



LAVANGEN



LENVIK



MÅLSELV



SALANGEN



SØRREISA



TORSKEN



TRANØY



**C VIOXX "MSD"**

Antiflogistikum

ATC-nr: M01AH02

**T MIKSTUR, suspensjon 5 mg/ml: 1 ml inneholder:** Rofecoxib 5 mg, sorbitol 300 mg, natriumpropylparahydroxybenzoat (E 219), natriumpropylparahydroxybenzoat (E 217), hjelpestoffer, rensel vann, Jordbærsmak.

**T TABLETTER 12,5 mg og 25 mg: Hver tablett inneholder:** Rofecoxib 12,5 mg, resp. 25 mg, laktosemonohydrat 40 mg, resp. 79,3 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult jernoksid (E 172).

**Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av artrose eller reumatoid artritt.

**Dosering:** Kan tas med eller uten mat. 5 ml av 5 mg/ml mikstur, 25 mg rofecoxib. Voksne: Anbefalt startdose er 12,5 mg 1 gang daglig. Noen pasienter kan ha tilleggs effekt ved å øke dosen til 25 mg 1 gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 25 mg. Reumatoid artritt: Anbefalt dose er 25 mg 1 gang daglig. Det er ikke sett signifikant tilleggs effekt ved å øke dosen til 50 mg 1 gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 25 mg. Bør ikke brukes sammen med andre legemidler som inneholder rofecoxib. Eldre: Forsiktighet bør utvises når den daglige dosen økes fra 12,5 mg til 25 mg. Lavest anbefalt dose bør benyttes. Nedsatt nyrefunksjon: Dosejustering er ikke nødvendig hos artrosepasienter med kreatininclearance 30-80 ml/minutt. Begrenset informasjon om artrittpasienter med kreatininclearance 30-80 ml/minutt. Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering er nødvendig hos pasienter med mild leverinsuffisiens (-Child-Pugh score=5-6). Hos pasienter med moderat leverinsuffisiens (-Child-Pugh score 7-9) bør ikke den laveste anbefalte dosen på 12,5 mg 1 gang daglig overskrides. Klinisk erfaring er begrenset, særlig hos pasienter med moderat leverinsuffisiens, og forsiktighet bør utvises. Preparatet er ikke indisert for bruk til barn.

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktivt mavesår eller gastrointestinal blødning. Inflammatorisk mave/tarm sykdom. Avorlig leversykdom (-Child-Pugh score >9). Beregnet kreatininclearance <30 ml/minutt. Pasienter som tidligere har utviklet symptomer på astma, akutt rhinitt, nasale polypper, angioneurotisk ødem eller urticaria ved bruk av acetylsalisylsyre eller andre ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs). Avorlig hjertesvikt. Graviditet i 3. trimester og amning.

**Forsiktighetsregler:** Reduksjon i prostaglandinsyntesen hos pasienter med nedsatt renal gjennomblødning 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. Væskeretensjon, ødem og hypertensjon synes å være doseavhengig og øker ved kronisk bruk og ved høye terapeutiske doser. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med hjertesvikt i anamnesen, venstre ventrikkel dysfunksjon, hypertensjon eller ødem. Disse pasientene bør starte behandlingen med laveste anbefalte dose. Som en følge av manglende effekt på blodplater, kan ikke selektive COX-2-hemmere erstatte acetylsalisylsyre som kardiovaskulær profylakse. Fordi rofecoxib ikke hemmer blodplateagregering, bør blodplatehemmende behandling ikke avsluttes, men vurderes hos risikopasienter og pasienter som har eller har hatt kardiovaskulære eller andre trombotiske hendelser, dersom dette er indisert. Som en følge av den farmakodynamiske profilen til selektive COX-2-hemmere nevnt ovenfor, bør det utvises forsiktighet hos pasienter som har eller har hatt iskemisk hjertesykdom. Hensiktsmessige tiltak bør iverksettes og avslutning av behandlingen med rofecoxib bør vurderes dersom det finnes kliniske bevis på symptomatisk forverret tilstand hos disse pasientene. Hos pasienter med cerebrovaskulær sykdom i anamnesen bør det også tas hensyn til at selektive COX-2-hemmere ikke har blodplatehemmende aktivitet. Oppfølging er viktig ved bruk hos eldre og pasienter med nedsatt nyre-, lever- eller hjertefunksjon. I kliniske studier utviklet noen pasienter med artrose eller reumatoid artritt, 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. Ved daglige doser høyere enn 25 mg, øker risikoen for gastrointestinale symptomer, uavhengig av PUB. Pasienter med symptomer og/eller tegn som tyder på leverdysfunksjon eller som har en unormal leverfunksjonsprøve, bør vurderes med hensyn på vedvarende unormale verdier. Ved vedvarende unormale leverfunksjonsverdier (3 ganger øvre normalgrense) bør preparatet sponeres. Rofecoxib kan maskere feber. Anbefales ikke til kvinner som prøver å bli gravide. Preparatet bør ikke brukes til barn da erfaring mangler.

**Interaksjoner:** Protonpumpen bør følges nøye når behandlingen med rofecoxib startes eller rofecoxibdosen endres hos pasienter som bruker orale antikoagulerende midler, pga. mulig økning i protrombintid. Hos pasienter som fikk kliniske doser rofecoxib sammen med warfarin er det rapportert økning i «International Normalized Ratio» (INR) som førte til avbrudd i warfarinbehandlingen, og i noen av tilfellene resulterte dette i at den antikoagulerende effekten opphørte brått. Samtidig bruk av høye doser av acetylsalisylsyre eller NSAIDs bør unngås. Kan gi beskjeden hemming av CYP 1A2 og beskjeden induksjon av intestinal CYP 3A4. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av legemidler som primært metaboliseres via CYP 1A2 (f.eks. teofyllin, amitriptylin) og legemidler som er substrat for CYP 3A4. Adskilt oppfølging av plasmakonsentrasjonen av teofyllin bør vurderes når behandling med rofecoxib startes eller endres hos pasienter som bruker teofyllin. Metaboliseres av cytochrom P-450 når stoffer som inducerer CYP er tilstede. Plasmakonsentrasjonen av rofecoxib reduseres ca. 50% ved samtidig bruk av rifampicin. Bruk av rofecoxib 25 mg bør vurderes ved samtidig bruk av substanser som inducerer hepatisk metabolisme. (j. M01A H02 rofecoxib)

**Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Kontraindisert i siste trimester av svangerskapet fordi rofecoxib kan føre til nedsatt reaktivitet og prematur lukning av ductus arteriosus. Bruk hos gravide er ikke studert i adekvate og godt kontrollerte kliniske studier. Bør derfor ikke brukes i de to første trimestrene av svangerskapet med mindre de potensielle fordelene for pasienten oppveier den mulige risikoen for fosteret. Anbefales ikke til kvinner som planlegger å bli gravide. Overgang i morsmelk: Ukjent: Rofecoxib skilles ut i melken hos rotter. Kvinner som bruker rofecoxib skal ikke amme.

**Bivirkninger: Høypige (>1/100):** Blod: Senkning av hematokrit. Gastrointestinale: Mavesmerter, halsbrann, ubehag i epigastriet, diaré, kvalme, dyspepsi. Hud: Pruritus. Lever: Økning i ALAT og ASAT. Neurologiske: Svimmelhet, hodpine. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Øvrige: Ødem, væskeretensjon. **Mindre høypige:** Blod: Nedgang i hemoglobin, erytrocytter og leukocyter. Gastrointestinale: Forstoppelse, sår i munnhulen, bråkninger, gassdannelse/oppblåst mage, sure oppstøt. Hud: Utslett, atopisk dermatitt. Hørsel: Tinnitus. Lever: Økning i alkaliske fosfataser. Luftrør: Dyspné. Metaboliske: Vektøkning. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper. Neurologiske: Insomnia, søvnighet, vertigo. Psykiske: Depresjon, nedsatt mental klarhet/irrværhet. Urogenitale: Økning i BUN og serumkreatinin, proteinuri. Øvrige: Asteni, tretthet, brystmerter. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Peptisk ulcer, gastrointestinal perforasjon og blødning (hovedsakelig hos eldre pasienter), gastritt, forverret inflammatorisk tarm sykdom, pankreatitt. Hud: Alopeci, fotosensitivtetsreaksjoner, bivirkninger i slimhinne og avorlige hudreaksjoner inkl. Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse. Lever: Hepatotoksisk inkl. hepatitt med eller uten gultst, leversvikt. Luftrør: Bronkospasme. Neurologiske: Parestesier, aseptisk meningitt. Psykiske: Engstelse, forvirring, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Hjertesvikt, hjerteinfarkt, cerebrovaskulær hendelse, hypertensiv krise. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Hyperkalemi, nedsatt nyrefunksjon inkl. nyresvikt, vanligvis reversibel når behandlingen stoppes, interstisiell nefritt, forstyrrelser i menstruasjonen. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. angioødem, urticaria, anafylaktiske reaksjoner inkl. angioødem, urticaria, anafylaktiske reaksjoner og vaskulitt. Nefrotisk syndrom er blitt rapportert i forbindelse med bruk av NSAIDs og kan ikke utelukkes for rofecoxib.

**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 overdosering vises vanlige støttiltak f.eks. fjerning av uabsorbert materiale fra mave-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.

**Andre opplysninger:** Miksturen ristes godt før bruk.

Sist endret: 28.11.2003

**Pakninger og priser (pr. 01.02.2004):**

2,5 mg/ml mikstur: 150 ml flaske, kr 384,50. 5 mg/ml mikstur: 150 ml flaske, kr 392,50.  
12,5 mg tablett: 7 stk epac kr 108,20, 28 stk epac kr 351,20, 98 stk epac kr 1143,80, 50 stk endose, kr 600,30, 30 stk hdpe boks kr 373,80, 100 stk hdpe boks kr 1166,50.  
25 mg tablett: 7 stk epac kr 112,20, 28 stk epac kr 366,60, 98 stk epac kr 1197,80, 50 stk endose kr 627,80, 30 stk hdpe boks kr 390,30, 100 stk hdpe boks kr 1221,60.

T: 17), 35c).

Referans: 17) og 35c): Minst ett av nedenforstående kriterier skal foreligge:

1. Pasienten har tidligere hatt et behandlingstregende magesår eller annen avorlig gastrointestinal bivirkning.
2. Pasienten behandles samtidig med steroider, DMARDs eller andre legemidler som klart øker risikoen for, eller alvorlighet av gastrointestinale bivirkninger.
3. Pasienten har betydelig nedsatt allmentilstand.



MSD (Norge) AS, Solbakken 1, Postboks 458 Brakerøya, 3002 Drammen  
Tlf. 32 20 73 00, Telefax 32 20 73 10, www.msd.no

**C VIOXX AC "MSD"**

Antiflogistikum

ATC-nr.: M01A H02

**TABLETTER 25 mg og 50 mg: Hver tablett inneholder:** Rofecoxib 25 mg, resp. 50 mg, laktosemonohydrat 79,3 mg, resp. 158,7 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult jernoksid (E 172).

**Indikasjoner:** Lindring av akutt smerte. Lindring av smerte som skyldes primær dysmenoré.

**Dosering:** Voksne: Akutte smerter: Anbefalt startdose er 50 mg 1 gang daglig. Senere doser er 25 eller 50 mg 1 gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 50 mg. Primær dysmenoré: Anbefalt dose er 25 eller 50 mg daglig. Daglig dose bør ikke overskride 50 mg. Kan tas med eller uten mat. Bør ikke brukes sammen med andre legemidler som inneholder rofecoxib. Eldre: Forsiktighet bør utvises ved behandling av eldre. Lavest anbefalt dose bør benyttes. Nedsatt nyrefunksjon: Dosejustering er ikke nødvendig hos pasienter med kreatininclearance 30-80 ml/minutt. Skal ikke brukes dersom kreatininclearance er <30 ml/minutt. Barn: Rofecoxib er ikke indisert for bruk hos barn.

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktivt mavesår eller gastrointestinal blødning. Inflammatorisk mave/tarm sykdom. Pasienter med leversykdom. Beregnet kreatininclearance <30 ml/minutt. Pasienter som tidligere har utviklet symptomer på astma, akutt rhinitt, nasale polypper, angioneurotisk ødem eller urticaria ved bruk av acetylsalisylsyre eller andre ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs). Avorlig hjertesvikt. Graviditet i 3. trimester og amning.

**Forsiktighetsregler:** Reduksjon i prostaglandinsyntesen hos pasienter med nedsatt renal gjennomblødning 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. Væskeretensjon, ødem og hypertensjon synes å være doseavhengig og øker ved kronisk bruk og ved høye terapeutiske doser. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med hjertesvikt i anamnesen, venstre ventrikkel dysfunksjon, hypertensjon eller ødem. Disse pasientene bør starte behandlingen med laveste anbefalte dose. Som en følge av manglende effekt på blodplater, kan ikke selektive COX-2-hemmere erstatte acetylsalisylsyre som kardiovaskulær profylakse. Fordi rofecoxib ikke hemmer blodplateagregering, bør blodplatehemmende behandling ikke avsluttes, men vurderes hos risikopasienter og pasienter som har eller har hatt kardiovaskulære eller andre trombotiske hendelser, dersom dette er indisert. Som en følge av den farmakodynamiske profilen til selektive COX-2-hemmere nevnt ovenfor, bør det utvises forsiktighet hos pasienter som har eller har hatt iskemisk hjertesykdom. Hensiktsmessige tiltak bør iverksettes og avslutning av behandlingen med rofecoxib bør vurderes dersom det finnes kliniske bevis på symptomatisk forverret tilstand hos disse pasientene. Hos pasienter med cerebrovaskulær sykdom i anamnesen bør det også tas hensyn til at selektive COX-2-hemmere ikke har blodplatehemmende aktivitet. Oppfølging er viktig ved bruk hos eldre og pasienter med nedsatt nyre-, lever- eller hjertefunksjon. I kliniske studier utviklet noen pasienter med artrose eller reumatoid artritt, 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. Ved daglige doser høyere enn 25 mg, øker risikoen for gastrointestinale symptomer, uavhengig av PUB. Pasienter med symptomer og/eller tegn som tyder på leversykdom eller som har en unormal leverfunksjonsprøve, bør vurderes med hensyn på vedvarende unormale verdier. Rofecoxib kan maskere feber. Anbefales ikke til kvinner som prøver å bli gravide. Preparatet bør ikke brukes til barn da erfaring mangler.

**Interaksjoner:** Protonpumpen bør følges nøye når behandlingen med rofecoxib startes eller rofecoxibdosen endres hos pasienter som bruker orale antikoagulerende legemidler, pga. mulig økning i protrombintid. Hos pasienter som fikk kliniske doser rofecoxib sammen med warfarin er det rapportert økning i International Normalized Ratio (INR) som førte til avbrudd i warfarinbehandlingen, og i noen av tilfellene resulterte dette i at den antikoagulerende effekten opphørte brått. Samtidig bruk av høye doser av acetylsalisylsyre eller andre NSAIDs bør unngås. Kan gi beskjeden hemming av CYP 1A2 og beskjeden induksjon av intestinal CYP 3A4. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av legemidler som primært metaboliseres via CYP 1A2 (f.eks. teofyllin, amitriptylin) og legemidler som er substrat for CYP 3A4. Metaboliseres av cytochrom P-450 når stoffer som inducerer CYP er tilstede. Plasmakonsentrasjonen av rofecoxib reduseres ca. 50% ved samtidig bruk av rifampicin. Bruk av rofecoxib 25 mg bør vurderes ved samtidig bruk av substanser som inducerer hepatisk metabolisme. (j. M01A H02 rofecoxib)

**Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Kontraindisert i siste trimester av svangerskapet fordi rofecoxib kan føre til nedsatt reaktivitet og prematur lukning av ductus arteriosus. Bruk hos gravide er ikke studert i adekvate og godt kontrollerte kliniske studier. Bør derfor ikke brukes i de to første trimestrene av svangerskapet med mindre de potensielle fordelene for pasienten oppveier den mulige risikoen for fosteret. Anbefales ikke til kvinner som planlegger å bli gravide. Overgang i morsmelk: Ukjent: Rofecoxib skilles ut i melken hos rotter. Kvinner som bruker rofecoxib skal ikke amme.

**Bivirkninger: Høypige (>1/100):** Blod: Senkning av hematokrit. Gastrointestinale: Mavesmerter, halsbrann, ubehag i epigastriet, diaré, kvalme, dyspepsi. Hud: Pruritus. Lever: Økning i ALAT og ASAT. Neurologiske: Svimmelhet, hodpine. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Øvrige: Ødem, væskeretensjon. **Mindre høypige:** Blod: Nedgang i hemoglobin, erytrocytter og leukocyter. Gastrointestinale: Forstoppelse, sår i munnhulen, bråkninger, gassdannelse/oppblåst mage, sure oppstøt. Hud: Utslett, atopisk dermatitt. Hørsel: Tinnitus. Lever: Økning i alkaliske fosfataser. Luftrør: Dyspné. Metaboliske: Vektøkning. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper. Neurologiske: Insomnia, søvnighet, vertigo. Psykiske: Depresjon, nedsatt mental klarhet/irrværhet. Urogenitale: Økning i BUN og serumkreatinin, proteinuri. Øvrige: Asteni, tretthet, brystmerter. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Aplastisk anemi, pancytopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Peptisk ulcer, gastrointestinal perforasjon og blødning (hovedsakelig hos eldre pasienter), gastritt, forverret inflammatorisk tarm sykdom, kolitt, pankreatitt. Hud: Alopeci, fotosensitivtetsreaksjoner, bivirkninger i slimhinne og avorlige hudreaksjoner inkl. Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse. Lever: Hepatotoksisk inkl. hepatitt med eller uten gultst, leversvikt. Luftrør: Bronkospasme. Neurologiske: Parestesier, aseptisk meningitt. Psykiske: Engstelse, forvirring, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Hjertesvikt, hjerteinfarkt, cerebrovaskulær hendelse, hypertensiv krise. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Hyperkalemi, nedsatt nyrefunksjon, inkl. nyresvikt, vanligvis reversibel når behandlingen stoppes, interstisiell nefritt, forstyrrelser i menstruasjonen. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. angioødem, urticaria, anafylaktiske reaksjoner og vaskulitt. Nefrotisk syndrom er blitt rapportert i forbindelse med bruk av NSAIDs og kan derfor ikke utelukkes for rofecoxib.

**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 overdosering vises vanlige støttiltak f.eks. fjerning av uabsorbert materiale fra mave-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.

Sist endret: 26.11.2003

**Pakninger og priser (pr. 01.02.04):**

25 mg: Endose: 50 stk, kr 87,90, 10 stk, kr 149,00.  
50 mg: Endose: 50 stk, kr 635,80, Epac: 5 stk, kr 88,50, 10 stk, kr 150,40.



MSD (Norge) AS, Solbakken 1, Postboks 458 Brakerøya, 3002 Drammen  
Tlf. 32 20 73 00, Telefax 32 20 73 10, www.msd.no



# Kravspesifikasjonar til den framtidige distriktslegen!

AV FRODE FORLAND

avdelingsdirektør i Sosial og helsedirektoratet

Ein kravspesifikasjon er eit omgrep som vanlegvis vert nytta i samband med innkjøp og tilbod i It-sektoren. Kan eit slikt teknisk omgrep vere til nytte for å utmeisle forventningar til innhald i ein lite teknisk funksjon som den framtidige distriktslegen?

Underteikna vart bedd om å drøfte denne problemstillinga på eit seminar om distriktsmedisin på Sommarøy i mars – artikkelen byggjer på dette foredraget.

Ein kravspesifikasjon kan framstå som kjedeleg lesing for dei det ikkje gjeld, men kan vere svært interessant lesing for dei som har tenkt å legge inn tilbod i samband med eit oppdrag. For dei er dette som Bibelen. Det som står der er det som skal følgjast, og som ein er venta å rapportere på.

Ein kravspek er noko vi brukar for å skildre noko vi vil ha som vi ikkje har, noko framtidig. Kva er det vi vil ha i ein god framtidig distriktslege?

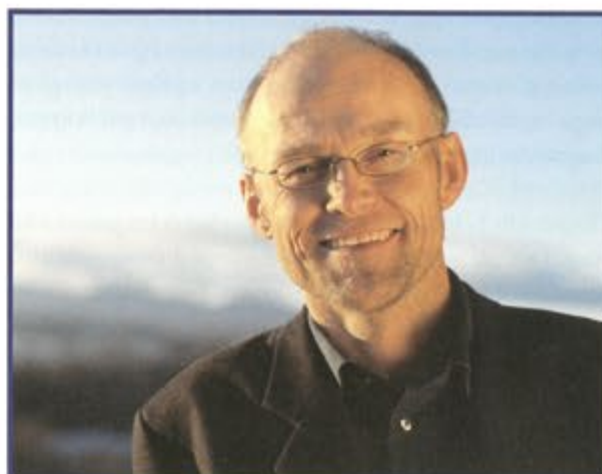


FOTO: TROND ISAKSEN

## Frode Forland

Avdelingsdirektør i Sosial- og helsedirektoratet i avdeling for retlingslinjer, prioritering og kvalitet. Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin. Tidlegare Utpostenredaktør og mangeårig kommunelege i Vest-Telemark, distriktslege i Zimbabwe, fagsjef i Statens helsetilsyn og fylkeslege i Telemark.

## Kva er så ein distriktslege?

Ordet distriktsmedisin og distriktslege er gjeninnført i nord – og kanskje litt også lenger sør! Den nye distriktsmedisinen er noko som skal finne sin form, noko som er i fred med å bli skapt gjennom drøftingar og tankar, gjennom erfaringar og refleksjon om det vi har – og om det vi treng som vi ikkje har – for å få ei god helseteneste i distrikta. Blant anna skjer dette gjennom dei drøftingane som har vore på dei distriktsmedisinske seminara på Sommarøy dei siste tre åra.

Eg tenkjer at omgrepet i denne samanhengen er eit verkemiddel for å skape noko nytt – ikkje berre eit omgrep, men eit innhald. Det er ikkje den framtidige kommunelegen eller fastlegen eller allmennpraktikaren ein vil drøfte, men den framtidige distriktslegen som truleg er noko nærare «den gamle distriktslegen», sidan det er i assosiasjonar knytta til den rolla at dette omgrepet enno har rotfeste.

Då blir det freistande å ta med seg Hans Børli ved inngangen til denne refleksjonen:

*det eneste materialet du finner  
til det nye byggverk  
er brokkene av det gamle*

*Alt det skapte  
er fanget i sitt bilde,  
Ormen er fremdeles orm  
når den gamle hamen smulder  
mellom tistlene* (frå diktet: til Dynamittardene)

Kanskje er det ikkje så ulikt dette ein kjenner på – at hamen av den gamle distriktslegefellen, som mange tykte var ei bra ordning, smuldrar bort mellom tistlar, mellom sentralisering, marknadstilpassing, innteningskrav, effektivitet, fragmentering og teknikk.

«Kor er alle heltane?» er det ein melankolsk bergensar som syng. Det var mange heltar i folks auge i den gamle distriktslegeordninga, og eg trur neppe at vi skal søkje ei ordning som drar opp eit tilsvarande framtidsscenario. Eg siterer i den samanheng frå ein erfaren kollega i Sosial- og helsedirektoratet, Kristin Refsdal:

Troen på at du, det *ene* mennesket, skal ha så god faglig kunnskap, observasjonsevne og evne til å kommunisere forståelig med alle typer mennesker, at du alene stort sett er nok for tusen eller to tusen personer, ja det er vel i beste fall en misforståelse. Legeyrket krever gode kunnskaper, et åpent sinn og gode evner til problemløsning. Samtidig er legen, enten som fastlege, kommunelege eller distriktslege, gjenstand for mekanismer som rammer oss alle: fastlåste oppfatninger, ønske om å mestre det meste og samtidig ofte i en isolert posisjon.

Gå bort fra tanken om den omnipotente distriktslegen (distrikthelten). Vedkommende er ingen lykke for distriktet. Tvert om, den som greier å tenke og utvikle samarbeid med andre deler av helsevesenet, ønsker å kvalitetsutvikle primærhelsetjenesten og bruke/etablere tilgjengelig informasjonsteknologi har mulighet for å kunne være en ressurs for kommunen.

Mitt forslag er at «distriktslegen» blir eit omgrep som bør reserverast for dei legar som arbeider i små og oversiktlege kommunar, som arbeider der dei bur, der dei blir attkjende som legen i bygda i alt dei tek seg føre. Ein blir altså ein slik lege med åra, til lenger ein har vore det ein stad, til meir blir ein det. Det er sjølvstendig ein svært upresis definisjon, men eg trur det er hensiktsmessig å tenkje slik – for det er jo det vi langt på veg vil – at han eller ho skal bli der, og bli det – altså distriktslege, og finne det fagleg og menneskeleg utviklande å vere i ei slik rolle. Altså ein dynamisk definisjon, ei rolle/ ein definisjon ein veks seg inn i. På denne måten vil det å vurdere kor mange distriktslegar vi har, og vere eit mål på om vi har lukkast i å tilrettelegge for eit slikt arbeid, eit slikt liv.

Eg hugsar då eg kjende meg litt som distriktslege for fyrste gong, på båten inn Hyefjorden i Nordfjord som turnuskandidat i eigen heimkommune. Kommunen rekvirerte eigen hurtigbåtskyss for meg. Eit kraftig symbol på at mi tid og min jobb var viktig for fellesskapet. Status og sjølvkjensle vaks med bølgiene som Hyefjord (båten heitte sjølvstendig også det) drog med seg innover langs dei steile strendene (no er det blitt veg dit og).

Ein er altså etter denne definisjonen bitte litt distriktslege når ein startar som turnuskandidat i distriktet og ganske mykje distriktslege når ein er som Elisabeth Swensen i Seljord, ikkje berre er attkjent som lege i bygda, men og i nabokommunane der ein har vaksamarbeid og truleg for hennar del – i heile Vest Telemark. Det er altså å vere ein form for lokalsamfunnskjendis. Det viktige spørsmålet blir sjølvstendig – kva skal ein fylle denne kjendisrolla med?

## Kva er det så vi vil ha?

Sosial- og helsedirektoratet har ingen planar om å setje distriktslegen ut på anbud! – men ein kunne jo prøve den tanken og, lage ein god kravspesifikasjon og sette tilbodet om distriktslegepraksis i Loppa ut for offentleg konkurranse. Kven kan levere billegast og best ut frå dei føresetnadene som kommunen skildrar? Eg kjenner ikkje til at ein slik modell er prøvd i norske kommunar, og truleg ville det vel med ei slik ordning og bli mange tilbydarar i sentrale strom og få der ein treng legane mest. Men, sjølv om Sosial- og helsedirektoratet ikkje har tenkt å setje distriktslegen ut på anbud i vanleg forstand, har vi som statleg myndighet stor interesse av at det blir ei god og stabil legedekning i distrikta. Støtte til nettverk og Senter for distriktsmedisin i Tromsø er ein måte å synleggjere dette på. Direktoratets arbeid med utvikling av innhald og organisering av distriktsmedisinske senter (DMS) er og eit forsøk på å styrke distriktsmedisin. Legetenesta i distrikta er grunnfjellet i den norske helsetenesta.

## Fastlegeordning, distriktsmedisin og prioritering

Fastlegeordninga er under kontinuerleg evaluering. Det er fleire rapportar som tyder på at fastlegeordninga har forbetra dekningsgrad og stabilisert lege/pasientrelasjonen i sentrale strom og i større byar og at mange legar er godt nøgde med ordninga (1). Men ordninga har ikkje hatt same funksjon for små og perifere kommunar. Frå Direktoratets foreløpige evaluering av ordninga kan ein trekke følgjande konklusjonar:

- Ordninga var meint som ein reform knytta til organisering, og ikkje innhald, mykje tyder på at organisasjonsendringa og har påverka innhaldet i allmenmedisinen



- Det allmenmedisinske offentlige legearbeidet i kommunane er blitt svekka – ikkje minst er dette tilfelle for helsefremjande og førebyggjande arbeid
- Stram kommuneøkonomi har ført til ein vridning bort frå offentleg legearbeid over til meir kurative oppgåver
- Ordninga har ikkje godt nok fanga opp problema til særskilde utsette grupper, kronikarar, rusmisbrukarar, innvandrarar m fl
- Reduksjon i tidstakst og innføring av eigenbetaling på telefonkonsultasjonar har ikkje støtta god allmenmedisinsk praksis
- Fastlegeordninga har ikkje stimulert til at legar tek meir del i tverrfagleg arbeid

Helsedepartementet har i samband med toårsevalueringa av fastlegeordninga uttalt at det i fase to også må bli ein innhaldsreform, og ikkje berre ein organisasjonsreform.

Rapporten frå BI (1) påviser det dei kallar ein svak incentiv-effekt i form av auka antal konsultasjonar og auka henvisningsrate til andrelinjetenesta. Dette er i samsvar med funn frå ein systematisk oversikt i Cochrane library frå 2002 (2). Rapporten frå BI fortel og om mindre tid brukt til offentleg legearbeid. Ein annan rapport frå Rokkansenteret i Bergen ser på legens rolle som advokat og portvakt i fastlegeordninga. Forfattarane finn her at legens rolle som portvakt er svekka i fastlegeordninga pga konkurranse om pasientane, ønske om å gjere pasientane til lags og ei økonomisk ordning som knyt legens inntekt direkte til antal pasientar.(3)

Etter sjølv å ha jobba i eit fastlønssystem og samanlikna eigen praksis med arbeid i eit stykkprissystem, meiner eg det er ein fare for at fastlegeordninga kan føre til: (4)

- Overforbruk av takstgenererande prosedyrar og undersøkingar
- Overforbruk av unyttige trygdeerklæringar
- Overforbruk av legekonsultasjonar, både som øyeblikkeleg hjelp og kontrollar
- Overforbruk av legetenester for pasientar med frikort og barn
- Overforbruk av dyre og dels unyttige undersøkingar i andre linje – ikkje minst i privat sektor, rtg institutt, lab, poliklinikkar
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og helsestasjon
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og den kommunale pleie- og omsorgstenesta
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og sjukehus

Tida vil vise om fastlegeordninga er dyr for storsamfunnet. Etter mitt syn set ordninga legane på harde etiske utfor-

dringar og den støttar ikkje godt opp under tanken om at folk flest best kan ta vare på eiga helse.

Det er distriktslegen si rolle å sjå til heilheten i dette bilete, ikkje berre å tenkje på pasientane på eiga liste, men og å sjå det kurative arbeidet i forhold til førebyggjande og det helsefremmande. Kva er kostnadene for distrikta med dagens fastlegeordning? Vikarstafettar med legar frå utlandet er framleis regelen i mange småkommunar. Kva er kostnadene for dei regionale helseforetaka (RHF)? Etter mitt syn er det allmenlegane som kanskje har den viktigaste rolla i forhold til prioritering av ressursar i RHF/HF strukturen – ei lita endring i henvisnings- og utredningspraksis for store diagnosegrupper – og kapasiteten er sprengt i neste ledd. Ein prosents auke i henvisningar frå allmenlegehald, fører til ein 25 prosents auke i talet på pasientar som sjukehusa må ta hand om! Allmenlegane si rolle i prioriteringssamanheng er i dag ikkje klargjort og ikkje omforent med prioriteringane i foretaksstrukturen. Sjukehusa skal følgje prinsippa i Lønning 2-utredninga og prioriteringsforskriften etter pasientrettighetsloven, og prioritere etter alvorlighet, nytte og kostnad/ nytte. I prioriteringsforskriften er det utleia slik:

Rett til nødvendig helsehjelp gjeld når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Det vil vere nyttig å drøfte desse kriteria også i ein allmenmedisinsk samanheng. Legane er og etter helsepersonelloven forplikta til å ta omsyn til samfunnet sine kostnader med dei prioriteringar dei gjer. I paragraf seks står det følgjande om ressursbruk: «Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.»

## Vi vil ha god kvalitet på tenestene

Formålet med fastlegeordninga var å sørge for god kvalitet på allmenlegetenesta. Formålet med distriktsmedisin er stabilisering av legedekning og kvalitetsforbetring av legetenesta i distrikta. Sosial- og helsedirektoratet har i dialog med fagmiljøa i sosial- og helsesektoren laga eit forslag til ein ny kvalitetsstrategi «...og betre skal det bli!» I dette avsnittet vil eg prøve ut kvalitetskjenneteikna i denne strategien på ein tenkt framtidig distriktslegemodell.

I den nye strategien for kvalitetsforbetring er kvalitetsomgrepet operasjonalisert slik: God kvalitet inneber at tenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge
- Er samordna og pregea av kontinuitet
- Involverer brukarane og gjev dei påverknad
- Utnyttar ressursane på ein god måte
- Er tilgjengelege og rettferdig fordelte

Prøvd på ein distriktslegemodell, kan dette lyde slik:

**Det er god kvalitet når ein distriktslege fattar beslutningar om førebygging, behandling og pleie som er basert på påliteleg kunnskap om effekt av tiltak**

Det er viktig at dei tiltak ein set i verk, har forventa effekt. Faglege vurderingar og beslutningar må bygge på relevant, påliteleg og oppdatert kunnskap og erfaring. Det er viktig at kunnskapen er lett tilgjengeleg og kan finnast når ein treng han. Kunnskap frå forskning og praksis må utnyttast til støtte for alle beslutningsprosessar i tenesta. Ein distriktslege må ha høve til kontinuerleg og tilrettelagt kompetanseoppbygging som samsvarer med dei oppgåvene han skal løyse. Det fins ei rekkje døme på tiltak som distriktslegar og andre allmennlegar har drive med som ikkje har vore godt dokumenterte og virkningsfulle, t.d. tilvising til rutinemessig fjerning av tonsillar og visdomstenner (5). Å gje råd om mageleie som sovestilling for spedborn er eit anna trist eksempel.

**Det er god kvalitet når risikoen for feil og uønska hendingar knytta til distriktslegen sitt arbeid er redusert til et minimum.**

Når ein arbeider med å førebygge uønska hendingar, er det viktig at ein ikkje leitar etter syndebukkar, men søker å finne årsakene til at uheldige hendingar skjer. Ein må identifisere feil og avvik i eit meldingssystem, og utnytte denne kunnskapen til å redusere faren for at det skal skje igjen. I ein distriktslegepraksis må ein balansere systemfokuset i forhold til den einskilde yrkesutøvar sitt ansvar. Ein bør kartlegge område der det er fare for svikt og iverksette nødvendige tiltak for å hindre at det skjer. Behandling og kontroll av pasientar som går på blodfortynnande medisinar er eit døme på eit område med fare for svikt. I perioden 1990 til 2000, er det rapportert 380 dødsfall i Noreg pga blødning relatert til warfarinbehandling (6).

**Det er god kvalitet når distriktslegen i sitt arbeid let pasienten/brukaren sine erfaringar og synspunkt påverke tenestene**

Det er avgjerande for god kvalitet at pasientane blir sett, ivarettatt og tatt på alvor. Med brukar meiner vi i denne samheng dei personar som mottar tenester direkte, eller indirekte som pårørande eller barn. Brukarar skal kunne medverke og ha påverknad både i planlegging av tenestene og i den einskilde konsultasjon/samtale. Brukarar som er aktivt involvert i beslutningar om eige liv og helse, har betre behandlingresultat og fungerer betre i kvardagen enn dei som ikkje er aktive. Det er samtidig viktig å vise respekt for dei som ikkje ønskjer å bli involvert i alle beslutningsprosessar. Brukarperspektivet inneber og at ein er lydhør og legg til rette for dei som ikkje sjølv kan eller ønskjer å gi uttrykk for sine behov. (I arbeid med førebyggjande tenester og kommunale oppgåver kan brukaren vere befolkninga eller ulike grupper i lokalsamfunnet eller kommunen).

**Det er god kvalitet når tiltaka i helse- og sosialtenesta er samordna og pregea av kontinuitet**

Distriktslegen har ei viktig oppgåve i å koordinere og samordne tenester for sine pasientar. Samordning og kontinuitet betyr at tenestene vert levert til rett tid, med eit minimum av venting, og med best mogeleg utnytting av ressursane. Ein føresetnad for dette er tydeleg fordeling av ansvar og oppgåver og samhandling på langs i ein tiltakskjede og på tvers av tenester og nivå. Individuell plan er eit døme på eit tiltak for å sikre samordning og kontinuitet. Praksiskonsulentordning er eit nettverk av allmennlegar som skal sikre og styrke samarbeidet mellom sjukehuset og helsetenesta i kommunane. (7)

**Det er god kvalitet når distriktslegen arbeider slik at ressursane blir utnytta til beste både for brukaren og samfunnet**

God ressursutnytting er å tilby rett teneste, til rett brukar, på rett måte og til rett tid. Ved val av tiltak må ein ta omsyn til kor alvorleg tilstanden er, brukaren sine behov, effekt og nytte av tiltaket, og ein må sjå dette i forhold til kostnadene. Eit fokus på god ressursutnytting må ikkje føre til rasjonalisering som går ut over kvaliteten. God kvalitet er effektivt. Det fins ei rekkje døme både på over- og underforbruk i helsetenesta som ikkje er god ressursutnytting. T.d. overforbruk av antibiotika ved infeksjonar i øvre luftveggar og underforbruk av betablokkarar ved koronar hjartesykkdom (8,9)

**Det er god kvalitet når ressursane i det samla tenestetilbodet er fordelte slik at alle har same høve til å oppnå eit godt resultat**



Rettferdig fordeling betyr at brukarar har lik tilgang på sosial- og helsetenester uavhengig av kjønn, sosial status og geografisk bustad. Rettferdig fordeling føreset prioritering av tenestene. Alle skal ha tilgang til nødvendige sosial- og helsetenester i forhold til sine behov. Ein viktig føresetnad er at tenestene er tilgjengelege og faktisk fins – at det faktisk er ein distriktslege eller fleire i kommunen! Dette inneber og blant anna fysisk tilgjenge og kulturell og språklig forståing. Det er i dag stor skilnad på stabiliteten i legedekninga i mange utkantkommunar i forhold til i sentrale strom.

## Distriktslegen og samfunnsmedisin

Ein viktig del av ein distriktslege sitt arbeidsområde er samfunnsmedisin. Distriktslegen har ein unik posisjon til å kunne forstå og forklare uhelse i sitt lokalsamfunn ut frå kjennskap til pasientane, dei sosiale forholda dei lever under og dei rammene som natur, arbeidsliv, kultur og politikk set for innbyggjarane. Distriktslegen er ikkje berre ein observatør i sitt lokalsamfunn, han tar stilling for dei svake og dei sjuke i samfunnet og skal opplyse kommunen om forhold som påverkar helsetilstanden i lokalsamfunnet. Distriktslegen er som samfunnsmedisinen normativ i si grunnhaldning.

Som samfunnsmedisinar skal distriktslegen:

- kartlegge og innhente kunnskapsgrunnlaget frå dei rette kjeldene – så omfattande som det er nødvendig.
- analysere og vege denne kunnskapen opp imot verdiar, politikk og ressursbruk, og legge dette fram ope og eksplisitt
- ta stilling, ved bruk av sitt beste skjønn, til denne kunnskapen i sitt arbeid og i den rådgjeving som han skal gje til dei folkevalde beslutningstakarane i lokalsamfunnet

### Tru på framtida?

Eg trur det er mogleg å selje ideen om den framtidige distriktslegen som ein attraktiv arbeidsplass for unge legar.

Etter å ha lest artiklane om to unge legar i utkant -Noreg i siste nummer av *Utposten*, er eg styrka i trua. (10,11) For å få dette til, må ein legge til rette for gode mentorordningar, rimelege vaktordningar, konkurransedyktige lønsforhold, faglege nettverk, og gode ordningar for etter- og vidareutdanning. God kvalitet i norsk helseteneste inneber at det er vel kvalifiserte legar der folk bur og arbeider!

Sosial- og helsedirektoratet vil støtte det vidare arbeidet knytta til Senter for distriktsmedisin i Tromsø som ledd i vårt arbeid på dette feltet. Det er viktig at røynsleane herifrå også kjem andre landsdelar til gode.

### Referanseliste:

1. Grytten J, Schau I, Sørensen RJ, Aasland OG; Fastlegereformen, Forskningsrapport BI, nr 11 –2003
2. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. In Cochrane Library, Issue 3, 2002, Oxford: Update Software.
3. Nordheim OF, Carlsen B. Legens rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordninga. Rokkansenteret, HEB, Notat, 19 – 2003.
4. Forland F. Det kostar å drive krambu. *Utposten* 7/8 2002; 6-10.
5. SMM-rapport Nr. 10/2003. Profylaktisk fjerning av visdomstenner. SINTEF
6. Breen AB, Vaskinn TE, Reikvam Å, Skovlund E, Lislevand H, Madsen S. Warfarinbehandling og blødninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 1835-7.
7. Sentralsjkehuset i Rogaland. Praksiskonsulentordninga ved Sentralsjkehuset i Rogaland. Internett . 24/8/2003.<http://praksis.sir.no/index.htm.3/9/2003>.
8. Blix HS. Antibiotikaforbruk i og utenfor helseinstitusjoner i Norge i 1998. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1731-4.
9. Gullestad L, Bjørnerheim R, Offstad J, Endresen K, Forfang K, Kjekshus J et al. Aktuell bruk av beta-blokkere ved koronar hjertesykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 24-8.
10. Utpostens dobbelttime: Marie Barlindhaug intervjuet av Helen Brandstorp. *Utposten* Nr.1 2004.
11. Dino Schlamp: Norsk allmennmedisin sett fra et utenlandsk perspektiv. *Utposten* Nr.1 2004.

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

UTPOSTEN  
– meldinger om og fra  
den gode primærmedisin

«Den moderne distriktslegen – rolle, forventninger og makt» var tema for den tredje, årlige konferansen om Distriktsmedisin. Konferansen fikk leger fra hele landet, fra Direktoratet, fra universitetsmiljøet og fra Helse Nord til å ta turen opp til Sommarøy, utenfor Tromsø, for å fortsette diskusjonen om framtidens helsetjeneste i Distrikts-Norge. Utposten var også tilstede.

# Den distriktsmedisinske RAKETTEN

AV ANDERS SVENSSON

I 2002 ble den første Sommarøykonferansen om Distriktsmedisin avholdt. Siden da har Distriktsmedisin blitt lansert som et begrep for legetjenesten i distrikts-Norge. To år har gått, et e-postnettverk er stablet på beina og Distriktsmedisin har sin egen webside – [www.distriktsmedisin.no](http://www.distriktsmedisin.no). Flere av deltakerne var med på den første konferansen og har siden deltatt i arbeidet med å finne en distriktsmedisinsk identitet og stemme. Stemningen på konferansen var preget av en viss utålmodighet og usikkerhet for fremtiden.

*«For to år siden skjøt vi opp en raket, i fjor så vi den fly i rommet og nå lurer jeg hvor den skal lande»*

(Helge Lund, kommunelege i både Os og Røros kommune)

I fjor var konferansen et kreativt verksted der deltakerne delte sine erfaringer og synspunkter. I år var programmet strammere med inviterte forelesere som beskrev den distriktsmedisinske virkeligheten og de utfordringer helsetjenesten i distriktene står foran.

## Sentralisering og desentralisering – samtidig

Første mann ut var Finn Henry Hansen. Han er strategi- og prosjektdirektør i Helse Nord og fortalte om sitt syn på samhandling mellom helseforetakene og primærhelsetjenesten.

«Det foregår parallelle sentralisering og desentraliserings-tendenser. Disse kommer til å få stor betydning for helsetjenesten i distriktene i fremtiden.» Han mente at vi må tenke mer i tiltakskjede og pasientforløp og fokusere på fleksible

organisatoriske nettverk. Dette er en utfordring, fremfor alt for distriktene der geografien og demografi stiller store krav til løsninger. «Noe vil skje i vår regi, noe vil skje i Erna Solberg sin regi.» Han poengterte at helseforetakene trenger en kollektiv aktør som de kan møte. Dette er for øvrig ikke spesielt for distriktene, men gjelder primærhelsetjenesten i hele landet.

## Distriktsmedisinsk senter – lys i gråsonen?

«Der er risiko for at gråsonen blir en ødemark» grunnet økonomiske problemer. Samarbeid må gi gevinster for alle, mente Finn Henry Hansen. I denne gråsonen befinner Karsten Khelet seg. Han planlegger et Distriktsmedisinsk senter på Finnsnes; hans planer og tanker om prosessen beskrives på s 29.

## Folkhelsearbeid – legen som inspirator

Beate Lupton var tidligere kommunelege i Båtsfjord. I april drar hun tilbake «hjem» for å bli assisterende fylkeslege. I begynnelsen av mars i år fikk hun Doktorgraden for sitt helsefremmende prosjekt med disputas nettopp i Båtsfjord. Hun hevder at all forebygging må ta utgangspunkt i befolkningen sine ønsker og på den måten sikre et aktivt, deltagende lokalsamfunn. Prosjektet kommer til å bli presentert i et senere nummer av *Utposten*.

## «Helten er død – leve klippen»

Eivind Merok, som er ansatt som kommunelege i Hasvik en uke i måneden, fremla sitt forslag til løsning av rekrutteringskrisen i kommuner langt fra allfarvei og sykehus.



Gjennom å knytte medisinstudenter til distriktsmedisin tidlig i studiet og bruke valgfrie perioder til å arbeide i en distriktskommune, gjør man det attraktivt og mindre skremmende å arbeide i utkant-Norge. I løpet av studietiden er det også mulig å arbeide med prosjekt knyttet til distriktsmedisin. Under turnustjenesten skal opplæringen fokusere på fire viktige momenter: Opplæring i akuttmedisin, arbeid med lokalsamfunnspsykiatri, ekstra opplæring i trygdemedisin, og lokalsamfunnskunnskap. Disse momenter krever naturlig nok en fast ansatt kommunelege med noenlunde kjennskap til de lokale forholdene. Eivind Merok beskriver denne lege som en klippe. «Helten er død – leve klippen». Men «klippen» må jo også komme noen steder fra...

Det snakket Toralv Hasvold, professor i samfunnsmedisin ved ISM i Tromsø, om. Han presenterte resultat fra en undersøkelse i Tromsø som viser betydningen av lokal tilknytning for å sikre god legedekning i Nord-Norge: For å få 100 leger til å arbeide i Nord-Norge må man utdanne 133 leger med nordnorsk bakgrunn i Tromsø, utdanne 518 leger uten nordnorsk bakgrunn i Tromsø eller 1333 leger i Oslo! «Klippen» må med andre ord rekrutteres lokalt eller regionalt.

#### «Han og hun skal bli der og bli det (distriktslege)»

Distriktsmedisinere kan man bare bli gjennom å arbeide i distriktene hevdet Frode Forland, tidligere kommunelege i Tinn kommune, nå avdelingsdirektør i Sosial og helsedirektoratet. «Han og hun skal bli der og bli det (distriktslege)»

Forutsetningen er da selvsagt at hun i det hele tatt kommer. For i fremtiden må det nok bli en hun. Nina Hellberg, som er student i Tromsø, har gjort et arbeid om medisinstudenters fremtidsplaner. Kjønn og tilhørighet er de viktigste kriteriene ved valg av fremtidig karrierevei. Kvinnelige avgangstudenter i Tromsø ønsker ikke å arbeide i distriktene, fortalte hun.

Når 70 prosent av medisinstudentene er kvinner står kommuner i distrikts-Norge innfor en enorm utfordring. Hvordan få kvinner å arbeide i distriktene? Hvordan få kvinner til å bli «klippen» som kan sikre god helsetjeneste i distriktene?

#### Kriterier for god distriktsmedisin – kommunal gulrot

Hvilke krav kan man stille til leger i distriktene. Hvilke forventninger kan man ha til denne klippen, – hun som skal bli der og bli det...

Frode Forland presenterte en kravspesifikasjon for den moderne distriktslegen. (se s. 33). En slik spesifisering kan oppleves som et ytterligere krav og nye forventninger til allerede utkjørte leger i distriktene, men kan også brukes for å sette fokus på legenes betydning for helsetjenesten i distriktene.

#### «Man tenker når man snakker»

«Man tenker før man snakker» sa Tore Dahl, distriktsmedisinere fra Brønnøy. «Og for å vite hva man tenker, må man snakke sammen. Derfor må man treffes.» Det mangler møteplasser for leger som arbeider i små kommuner i distrikts-Norge. Fylkesgrensene har i praksis blitt endret gjennom helseforetaksreformen, noe som gjør at Fylkeslegens naturlige rolle som nettverksdanner er blitt svekket. Det mangler en drivende kraft for å knytte kommuneleger og fastleger i småkommuner sammen og skape aktive, givende nettverk.

#### Nasjonalt senter med regionale koordinatorene – løsningen?

Når vi kom til konferansen var et Nasjonalt senter for Distriktsmedisin en mulighet. Siste dagen på konferansen viste det seg at senteret blir virkelighet. Nasjonalt senter for Distriktsmedisin etableres i Tromsø i sommer, med Toralf Hasvold som leder og Elisabeth Swensen som nasjonalkoordinator. Fem regionale koordinatorene skal sikre landsdekkende deltakelse og innflytelse.

Senteret skal møte utfordringene som distriktene står innfor: sentralisering, problemer med rekruttering og stabilisering og faglig isolasjon. Helsetjenesteforskning blir en viktig del av oppgavene. Nettverksarbeidet som allerede er begynt skal videreføres og utvikles. Kontakter med studenter er viktig for å sikre rekruttering, både til allmennpraksis og distriktsmedisin. Senteret skal også være en aktiv aktør i samhandling med sykehusforetakene, samt å utvikle internasjonale kontakter.

#### Vellykket landing

Raketten landet. I et Nasjonalt senter for Distriktsmedisin. I Tromsø. Fra Tromsø må det nå sendes opp nye raketter, som skal lande ute i riket, og skape nettverk, ordne møteplasser, skape klipper, sikre kvalitet og bedre samhandling med sykehusene. Nasjonalt senter for Distriktsmedisin kan skape energien som skal til for å snu den negative utviklingen. Men for at det skal skje må man lykkes med å skape landsomfattende deltakelse og engasjement.

– primærmedisin  
er ikke den samme uten  
UTPOSTEN

# Lyrikk

## En Lyrisk stafett

*I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!*

Tove Rutle – lagleder

Takk til Tor Carlsen for stafett-pinnen. Fra sommeren 2003 har jeg fått hjelp til å gjenopplive lyrikkinteressen som har ligget nedstøvet i altfor lang tid. Min kjære venn og kollega Arild Vedvik i Hurdal har gjennom en lyrikkring pr. e-post formidlet veldig mange vakre og meningsfulle dikt de siste månedene. I en turbulent periode av livet mitt har dette vært god medisin. Jan-Magnus Bruheim har vært i Utpos-

tens lyrikkspalte tidligere og har gode budskap. Følgende dikt dumpet ned i e-postkassen min en januar dag. Det har festet seg i bevisstheten og minner meg på betydningen av jevnlig å stoppe opp for ettertanke.

Med glede og forventning overlater jeg stafett-pinnen til Arild Vedvik.

Svein Gjelstad

## Den ansamme

AV JAN-MAGNUS BRUHEIM

*Han har ikkje stund til å stogge  
og ikkje tid til å sjå.  
Menneske som han møter  
dei ansar han aldri på.*

*Mangt har han å rekkje over.  
Det gjeld um å fara fort.  
Mykje var det å gjera.  
Det auka dess meir han fekk gjort.*

*Så lid det til endes med dagen.  
Han står der, studd over stav  
og spør: Kva har livet gjeve  
og kvar har det vorte av?*

*Slik jaga han gjennom livet  
utan å få det fatt.  
Ei glede sprang etter på vegen  
men nådde han aldri att*





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](mailto:ivskeie@online.no). Kast dere frampå, folkens!

Lærerike  
kasuistikker

## Et allmennmedisinsk lærestykke med ingredienser fra mange fagfelt

Det er vinter og det er rett etter frokost for vikarlegen som er kommet for en ukes hardkjør i distrikts- Norge. Hun er i gangen og skal ta på varm jakke for å nyte god tid og ren luft på vei til morgenmøtet med de andre kollegene. Ute snør det.

Da ringer vaktmobilen. Det er fra lensmannskontoret. De trenger hjelp til å fastslå hvor lenge en kvinne funnet ute har vært død. Det støkker i legen. – Død kvinne, hvem er det? Hun tenker umiddelbart på Liv Marie som har bekymret legene siste uker pga forverring av schizofrenien. – Det må ikke være henne!

I drosje kommer hun seg til stedet der politiet venter. En presenning ligger over liket, bare to nakne legger stikker ut. To tykke legger. – Liv Marie, tenker legen.

Hun stopper opp og kjenner hjertet slå raskt da presenningen trekkes til side. Det er Liv Marie... som hun hadde så mange fine samtaler med den foregående sommeren. Liv Marie som var godt voksen, hyggelig, meget intelligent og sosial. Gode replikker var et varemerke.

Nå er hun død og naken. Legen kjenner umiddelbar trang til dekke den kalde kroppen.

Samtidig er legen litt forvirret over å se at lensmannsbetjentene har tråkket rundt liket og laget masse spørsmål i snøen.

– Hvordan har de tenkt å sikre spor i etterforskningen? undrer hun.

Selv nærmer hun seg forsiktig og spør om lov for hver ting hun rører og hvert spor hun lager. Hun har lest mange kriminalromaner.

Oppdraget er å fastslå dødstidspunkt. Det er kanskje stivhet i kroppen, hun finner ikke dødsflekker.

– Hva kan man trekke av det? Huff, så vanskelig.

Vikarlegen kommer etter hvert til legekontoret og får anledning til å dele det tragiske med kollegene. Nesten sint i stemmen forteller hun om hvem som er funnet død. Alle reagerer.

– Nei, ikke henne! Alle kjenner Liv Marie.

– Var det mye snø på liket, spør en, for å få vite mer om dødstidspunktet.

– Temperaturen! sier plutselig vikarlegen. – Hvordan kan jeg få målt den? Hvis hun har frosset i hjel, må jeg vite temperaturen.

– Ambulansen har hypotermi-termometer. Ring dem!

To erfarne ambulanspersonell drar for å måle temperaturen. I mellomtiden kommer flere opplysninger frem. Vaktlegen kvelden før ble tilkalt da Liv Marie ble funnet bevisstløs og med lite klær på i egen leilighet av hjemmesykepleien. Blodsukkeret var under 1. Glucose intravenøst hjalp godt og hun ble helt bevisst,

klar og orientert da hun var kommet til sykestua. Liv Marie var inne i en dårlig periode psykisk. Alle visste det, og alle engstet seg; legene, hjemmesykepleien som var innom to ganger daglig, psykiatrisk sykepleier, legevaktsentralen som hadde hyppige samtaler og andre i nettverket til Liv Marie. Psyken var virkelig svært dårlig. Paranoiaen var åpenbar og leiligheten trengte ikke bare vask, den trengte sanering. Det med å ha lite klær på var også nytt det siste halve året.

Men kvelden før var det sukkersyken som var problemet. Liv Marie brukte insulin, og det hadde alltid gått bra. Tidligere samme dag hadde hun ringt hjemmesykepleien for å få de til å handle mat. Ettermiddagsvaktplanla innkjøp litt senere mot kvelden, men kjørte på en innskytelse en ekstra tur innom Liv Marie før handleturen. Det reddet livet til Liv Marie... for en stund. Legen på vakt ville legge inn Liv Marie på lokal-sykehuset for natten, men det var ikke lett.

– Et hypoglykemiafall som er kupert kan taes hånd om lokalt, var svaret. Det er lite vi kan tilby her. Legen følte seg ikke helt komfortabel med avgjørelsen og ringte to ganger for å få lagt pasienten inn. Pasientens psykiske tilstand gjorde ham usikker. Han følte han ble avvist og beholdt i stedet Liv Marie en stund på sykestua. Da det fremdeles manglet mat i Liv Maries leilighet, gjorde legen en avtale med henne om at hun kunne dra på butikken for å kjøpe mat. Hun måtte imidlertid være tilbake til kl 19.00. Da den avtalen ble holdt og det ikke var klare psykotiske trekk å finne, fikk Liv Marie dra hjem slik hun absolutt ville. En forsikring var at hjemmesykepleien skulle ta seg av insulinet fra da av og komme innom om morgenen for å sette det og ta en sjekk på pasienten.

Legekollegiet sitter fremdeles sammen den tunge morgenen. De utsetter pasienter og forstår at de må jobbe sammen om «krisen» som er oppstått.

– Hvorfor ble Liv Marie funnet bare en natt senere, naken ute i snøen? Var hun allikevel så psykotisk at hun hadde stormet ut naken?

– Skulle vi ha presset mer på tidligere i uken for å få henne inn på det psykiatriske sykehuset? Hun var der jo to uker rett før jul og var faktisk dårligere da hun kom tilbake.

– Var hun altså allikevel til fare for seg selv.

– Trappet vi ikke opp Haldolen raskt nok?

Tanken er mange mens kollegene diskuterer og igjen ringer telefonen. Det er politiet, de vil ha en diagnose.

– Kan hun ha frosset i hjel? – Jaaaa, eh, vi vet ikke... blir svaret. Så et spørsmål fra ambulansen.

– Hun har en temperatur på 34 grader, skal vi resuscitere?

– Ja! Start resuscitering og kom inn med henne! Vi kan ikke erklære noen for død som er kald. Varm og død, skal det være! 34 grader er dessuten ikke en temperatur man dør av.

Ambulansepersonellet intuberer og gjenopplivingsforsøk settes i gang ca en time etter at vikarlegen så pasienten første gang. Defibrilatoren viser asystole og verken atropin, adrenalin eller godt utført hjerte-lungeredning gir egenrytme. AMK-legen på lokalsykehuset hører både utenlandsk og svært engstelig ut på telefonen da en ringer for veiledning. HLR avsluttes etter 30 minutter.

Det blir en hektisk dag for alle ettersom hendelsen har gitt forsinkelser. Allikevel arrangeres en slags debrief etter endt arbeidsdag, for hjemmesykepleien og involverte leger. Søsteren til avdøde er hjemmesykepleier og møter. Det blir en vanskelig

samtale i et klima der «hun burde vært innlagt før» råder.

Liv Maries fastlege leder.

– Hun har jo hatt et hjerteinfarkt i 1995, sier søsteren plutselig.

– Har det noe med dødsfallet å gjøre? Datteren til Liv Marie var her i julen, hun mente at Liv Marie ikke kunne ha lenge igjen slik hun røkte og så sliten som hun så ut.

Patologen bekrefter den akutte hjertedøden etter en uke. De finner tre så potte tette koronarkar at patologen sier han ville spist Lipitor fra 20-års alder dersom han var i slekt med avdøde.

– Hvordan kunne hun ha gjort noe fysisk overhodet? spør han.

Pårørende informeres om dødsårsak og finner trøst i at Liv Marie ikke frøs i hjel. Hjelpeapparatet informeres. Mange har reagert på dødsfallet og roer seg med at hjertet sannsynligvis ville ha stoppet uansett.

## Mer bakgrunnsinformasjon

Et dypdykk i journalen gir noen tråder. Dykket blir dypt for Liv Marie har registrert 100 kontakter med legesenteret bare i 2003. Det er ikke færre for de foregående årene. Man finner et hjerteinfarkt fra '95. Det er ikke nevnt lenger når en kommer ut i år 2000. Infarkt blir nærmest glemt og ikke noe man tar hensyn til i vurderingene på vakttid. I 2000 blir hun henvist til koronarutredning og en finner usikre funn. Det blir noen turer til lokalsykehuset, før utredningen avsluttes uten koronar angiografi. Liv Marie bruker fast nitroglycerin og har faktisk oppsøkt lege flere ganger siste år for angina. Hver gang har EKG vært negativt og troponintest negativ. Pasienten har oftest konkludert selv med at det nok bare var angsten. Det kunne også være konklusjonen på telefonhenvendelser om brystmerter. Smertene forsvant med en beroligende prat. «Det er nok bare psykisk». Den siste levemåned var nitro- forbruket høyt, men pasienten forklarte det med at hun tok tablett i stedet for røyk. Psyken var jo dårlig. I løpet av høsten bytter Liv Marie fastlege uten at noen fraråder henne det. Vanlige oppsatte timer på dagtid var Liv Marie ikke flink til å møte til. Kontaktene var overveiende på vakttid og med tilfeldige leger.

### Diskusjon

Liv Marie var svært godt likt og svært god til å snakke for seg. Det var svært menneskelig å lytte mye til det hun sa og mente om egen helse. Det synes som om de fleste i helsevesenet gjorde det i stor grad og ikke stoppet opp lenge nok til å ta et profesjonelt overblikk på hennes helsetilstand. Dette til tross for at schizofrenien var kjent og gjorde det sannsynlig at hun i perioder ville ha et forvrengt bilde av virkeligheten og derfor ikke alltid kunne trekke gode konklusjoner om fakta.

Koronarutredningen i 2000 ble avsluttet tidlig. Forklarte Liv Marie koronarsymptomer med psykisk syke til kardiologene? Hørte også de mest på pasienten?

De multiple kontaktene relatert til schizofrenien tok både fastlegens tid og fokus, samt hjemmesykepleiens og psykiatrisk sykepleiers oppmerksomhet. Det var alltid noe «å rydde opp i» eller noe Liv Marie ville diskutere. Journalen ble svært lang og uoversiktlig.

- Kan Liv Maries forverring av psykisk tilstand allerede høsten 2003 ha vært koronart betinget?
- Kan økende angina ha gjort henne sykere psykisk, slik at brystmerter ble tolket paranoid av henne selv, – at noen var etter henne, som angst?
- Hvorfor tenkte ikke psykiaterne på det psykiatriske sykehuset på dette under innleggelsen rett før jul? Liv Marie hadde jo en kjent angina og var i høyrisikogruppen for forverring av koronarsykdommen.
- Var det anginaplagen som gjorde at hun følte seg varm og kledde av seg?

Var det til slutt sterke brystmerter opplevd som farlig forfølgning som gjorde at Liv Marie stormet ut grytidlig en morgen og falt om da hjertet stoppet ikke langt fra hjemmet. Da det fatale så hendte, var lokale tilpasninger valget til politiet. De ringte rett til legen, ikke til AMK og det tok tid før noen forstod at det hastet. Legen gjorde det hun blir bedt om og tenkte ikke på prosedyrer, slik ambulanspersonellet etter hvert gjorde. Var det nettopp klare prosedyrer vikarlegen skulle hatt i ryggmargen da Liv Marie ble funnet livløs? Umiddelbar HLR, fordi det er prosedyren, – uavhengig av vurderinger om det er noen vits eller ei? Temperaturen ble målt til 34 grader mer enn én time etter melding inn til politiet. Ingen viste hvor lenge Liv Marie hadde ligget livløs i snøen da hun ble funnet. Ingen vet hva temperaturen var da. Gjenoppliving begynte først en time etter melding til lege.



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!*

## Hvordan lese artikler?

Unge kolleger klager over mangel på tid til å lese det de synes de burde lese. Ingen har nok tid. Vi oversvømmes av faglig stoff. I spesialistutdanningen må vi lese for å identifisere oss med faget. Siden må vi lese for å opprettholde en god kompetanse. Og hvis vi vil skrive selv, må vi lese hva andre før har skrevet. Men hvordan få lest mest mulig på kortest mulig tid? Til et kurs for leger i psykiatrisk spesialistutdanning ble jeg utfordret til å fortelle hvordan jeg leser artikler. De leste artikler fra begynnelsen til slutten, samtidig som de krevde av seg selv at de også skulle lese kritisk. Det var ikke mange de rakk. Insuffisiensfølelsen var til å ta og føle på.

Slik leser ikke jeg. Når jeg leser et tidsskrift begynner jeg med å skimme innholdsfortegnelsen (som man kan få automatisk over internett fra de viktigste tidsskrifter). Finner jeg en tittel som interesserer, leser jeg **først konklusjonen i abstraktet**. Kommer den med noe virkelig nytt, leser jeg **innledningen til diskusjonen**. Der skal forfatterne fortelle hva som er det viktigste funnet og diskutere hvilke implikasjoner det har. Hvis jeg er interessert i en oppdatering av

kunnskapsstatus i det området som artikkelen handler om, leser jeg **starten på innledningen**. Mer leser jeg ikke, hvis jeg ikke skal referere til artikkelen i en egen artikkel.

Hva med den kritiske lesning? I den løpende lesning for å holde meg à jour, stoler jeg på at referee'ene i velrenommerede tidsskrifter har gjort jobben sin. Når jeg referer til andres artikler i mine egne artikler, leser jeg i hvert fall hele abstraktet, og gjennomgår artiklene kritisk med hensyn til metodikk og representativitet i forhold til min egen undersøkelse.

Noen av de unge kolleger syntes at de vitenskapelige artiklene var nærmest uleselige. De har helt rett. Kampen om spalteplass har ført til at hver setning inneholder et vell av informasjon. Ord er veid og veid. Kliniske erfaringer eller eksempler er fraværende. Det er ikke meningen at de skal leses fra begynnelsen til slutt av andre enn dem som forsker på det samme, snevre feltet. Vi andre kan trygt lese som for eksempel jeg gjør.

*Per Vaglum*

*Psykiater/professor ved Inst. for medisinske adferdsfag UiO.*

### Konklusjon

Liv Maries historie viser allmennmedisin slik det kan være, en blanding av mange fagfelt, – uoversiktlig og med mange aktører. Både følelser og fakta spiller inn.

Akuttmedisinen er heller ikke lett å putte inn i en bås eller prosedyre. Vårt lensmannskontor har vi etter dette instruert i å ringe 113 dersom minste mulighet for personskade eller død. Der møter de klare hoder og Norsk Index for medisinsk nødhjelp som vil veilede i situasjoner der forvirring kan være tilfelle, der følelser pga nærkjennskap kan forkludre tenkingen. Kanskje kan ett liv reddes en gang pga dette grepet.

Historien viser at somatikk «opp i dagen» lett oversees år psykiatrien blir blomstrende. To eller tre sykdommer på engang er vanskelig å se i sammenheng for både allmennleger, somatiske spesialister og psykiatriske spesialister.

Legevaktskontakter i stedet for kontroller på dagtid forstyrrer muligheten for oversikt for fastlegen. Kanskje er dette mest et problem på små steder der vaktlegene ofte gjør litt av fastleges oppgaver på vakttid. Slik praksis kan gi et falsk inntrykk av at pasienten blir godt ivaretatt. Omsorgsbiten var det ikke noe å si på i Liv Maries tilfelle, men det faglige overblikket manglet. Det er legens oppgave i det lokale behandlingstilbudet. Vi må være oss det bevisst slik at det ikke drukner i empati og positiv fortolkning på en kjær pasients vegne.

I ettertid har informasjon ut til hjelpeapparat og pårørende vært viktig for ro og fornyet tillit i bygda. Kanskje kan man ikke kreve at ting skulle vært gjort annerledes. Vi var mange som gjorde så godt vi kunne. Men man kan godt prøve å lære noe av historien!

*Dr. NN*



# OLAV GUNNAR BALLO

STILLING STORTINGSREPRESENTANT/KOMMUNELEGE ARBEIDSSTED OSLO/ALTA

FORBIFARTEN

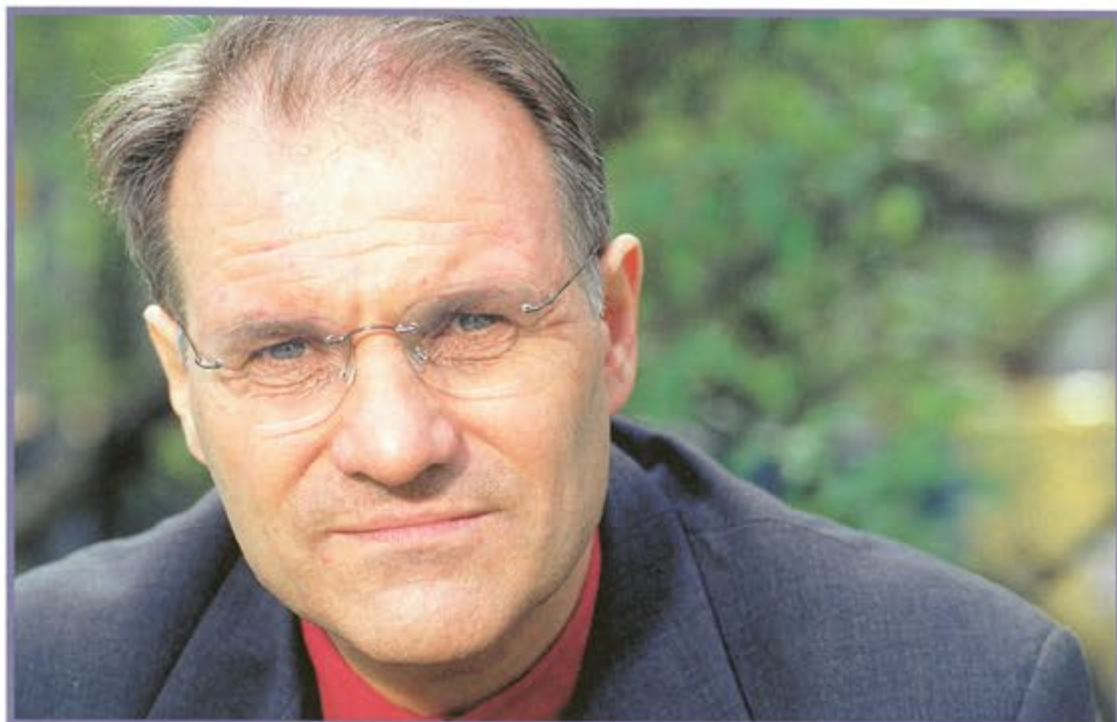


FOTO: SING MA WESTENHAY

## *Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?*

Kommunelege i Alta 1985–1997 /rådgivende overlege for RTV i Finnmark 1994–1997. Permisjon fra 1997). Nå stortingsrepresentant for SV/Finnmark. Innehaver av Finnmarksknappen som han returnerte Den norske lægeförening i protest mot ideen om at å arbeide i Finnmark er et offer

Når skjønte du at du var blitt lege?

Dagen etter eksamensfesten.

Hva gir deg mest glede i jobben?

Å høre andre si at det virker som om jeg bryr meg.

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

Gifte meg med Heidi Sørensen.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når både pasienten og jeg skjønner at jeg har forstått.

Når lo du på jobben sist?

Da John Alvheim sa til Dagbladet at jeg var en bølle. Han vet hva han snakker om.

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

Preimplantasjonsdiagnostikk. Fordi det er så langt.



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

Ta bedre vare på familien og på fritiden.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Helt frisk, og kun på jakt etter en dykkerattest.

Hva gjør du om fem år?

Angrer på at jeg sa ja til å bli helseminister.

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

Min søster, for å forklare henne at det er ikke jeg som bestemmer alt i SV.

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

1. Sikre meg forlenget kontrakt.
2. Komme i gang med SVs tannhelsereform.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Gratis abonnement til stortingsrepresentanter med legetlisens.

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

1. Betydelig bedret elektronisk tilgang til medisinsk informasjon.
2. Arbeidstiden går ned.

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

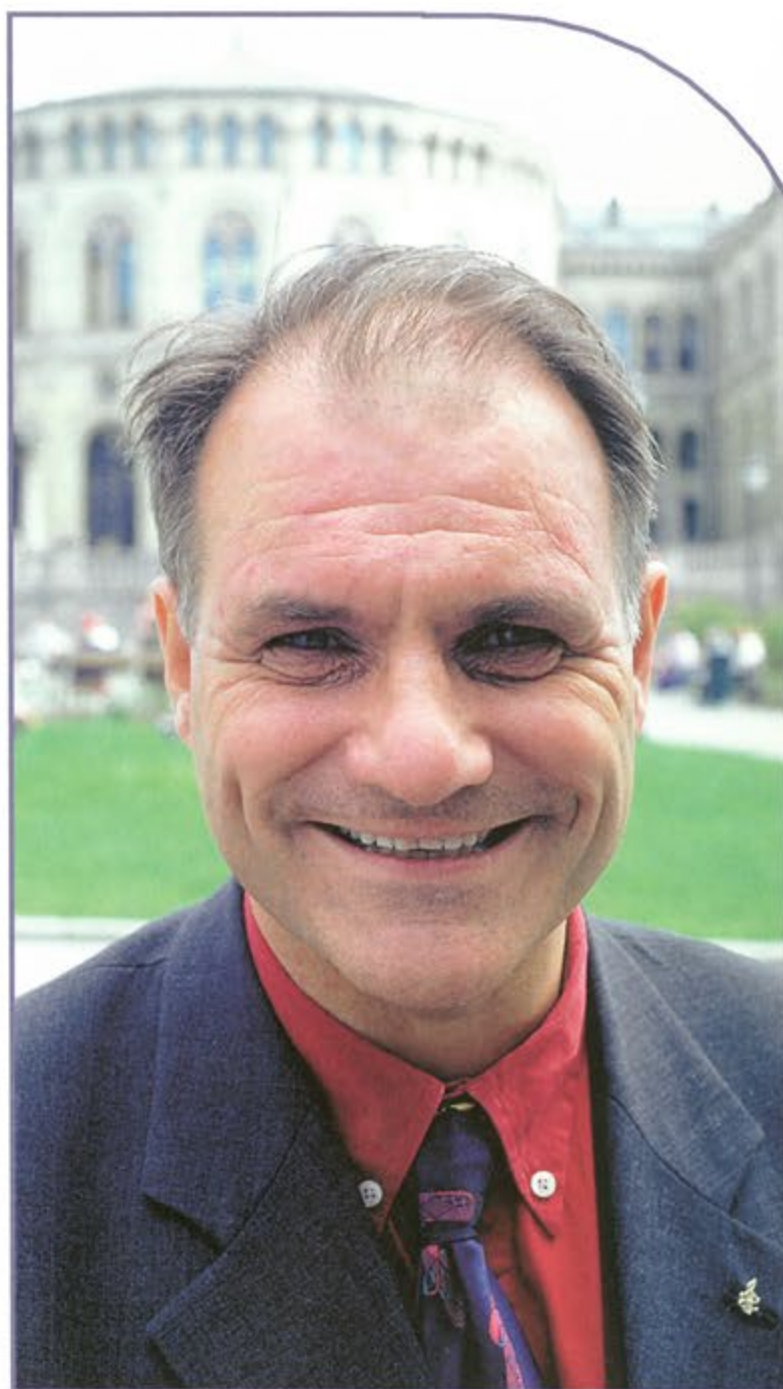
Skrive en bestselgerroman som gjør meg til multimillionær, og som gjør at jeg aldri trenger å tenke på gjenvalg.

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

Halvparten mener at jeg bør bli snillere, mens halvparten mener at jeg er for slem.

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

Hans Christian Bakke.



# ?RELIS

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuaavhengig 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

## Antihypertensiva og seksuell dysfunksjon

**Spørsmål til RELIS: Pasienter klager over seksuell dysfunksjon under behandling med blodtrykksmedisiner. Hvor hyppig forekommer slike problemer, og er det forskjell mellom medikamentene?**

Seksualfunksjonen medieres av det endokrine system, sentralnervesystemet, det perifere nervesystem og det vaskulære system (1,2). Seksuell dysfunksjon omfatter nedsatt libido, nedsatt seksuell tenning, ereksjonssvikt, utsatt eller opphevet ejakulasjon og forsinket eller manglende orgasme. Det endokrine systemet er ansvarlig for libido, først og fremst gjennom testosteron. Testosteron spiller en mindre rolle for erektil funksjon, men både libido og erektil funksjon svekkes av testosteronantagonisme som f.eks. når legemidler gir hyperprolaktemi. Sentralnervesystemet medierer seksualfunksjon ved mekanismer i cortex, hypotalamus og det limbiske system, som gir tenning. Legemidler kan stimulere eller hemme dette, og effekten kan være doseavhengig (f.eks. alkohol). Det perifere nervesystemet gir sensorisk informasjon gjennom det sakrale og torakolumbare autonome system. Mediatorer er f.eks. sympatiske (adrenerge) og parasympatiske (kolinerge) nervebaner. Legemidler og sykdommer (diabetes, alkoholisme, perifer nevropati) som reduserer denne informasjonen påvirker seksualfunksjonen. Nitrogenmonoksyd (NO) og syklisk GMP regnes som sentrale mediatorer i vasodilatasjon, og legemidler som hemmer syklisk nukleotid-fosfodiesterase 5 (PDE-5), og derved nivået av syklisk GMP, øker evnen til ereksjon.

Det er antydning at legemidler kan være årsak til 25 prosent av tilfellene av mannlig impotens (3). Mouluk og Hardy fant i en studie av seksuell dysfunksjon hos diabetikere at erektil dysfunksjon hos disse muligens først og fremst er relatert til høy alder og prevalens av makrovaskulær sykdom og ikke til hypertensjon eller antihypertensiva (4). Det vaskulære system er det som i størst grad påvirker erektil funksjon. Blodårene i corpus cavernosum har en rik tilførsel av både kolinerge og adrenerge nervefibre (2). Forstyrrelser i en av disse fysiologiske prosessene kan føre til tap av erektil funksjon.

Seksuell dysfunksjon er svært vanlig hos menn med kronisk koronar hjertesykdom og forekommer muligens hos så mange som 75 prosent (2). Hvorvidt det er alder og sykdom eller legemidler som er årsak, er ikke alltid lett å fastslå og dysfunksjonen kan også ha forskjellige patofysiologiske årsaker. En viktig årsak til impotens er forstyrrelse av vaskulær forsyning pga. aterosklerotisk kardiovaskulær sykdom som gir stivere årevegger.

Forholdet mellom erektil dysfunksjon og hypertensjon per se er dårlig klarlagt (2). Selv om koronar hjertesykdom i seg selv kan gi seksuell dysfunksjon, mener man at (enkelte) antihypertensiva også kan ha slik effekt. De fleste klasser av antihypertensiva er rapportert å påvirke seksualfunksjon, med sentralt virkende stoffer (alfametyldopa, guanetidin og klonidin), ikke-selektive betablokkere, spironolakton (kaliumsparende diuretikum) og tiaziddiuretika som de oftest impliserte. Insidens varierer først og fremst mellom klasser av antihypertensiva da effekten er basert på virkemekanisme, men kan også variere mellom virkestoffer. Eldre dokumentasjon kan også være noe mangelfull da både legemiddelvalg og dose for bl.a. tiazider og betablokkere har endret seg over tid.

Den store variasjonen i prevalens av seksuelle problemer av forskjellige legemidler (ikke bare antihypertensiva) rapportert i litteraturen skyldes sannsynligvis forskjeller i metodologi, f.eks. manglende kontrollgruppe, andre legemidler, aldersforskjeller i studiene og kulturelle og sosioøkonomiske forhold (5).

### Diuretika

Effekten på seksualfunksjon er omdiskutert (1). Tiaziddiuretika er kaliumkanalåpnere og gir dilatasjon av arterioler, dette er muligens også virkningsmekanismen ved tiaziduløst impotens. Det anslås at 10–20 prosent av pasienter som



bruker tiazider opplever seksuell dysfunksjon, men mye av dokumentasjonen stammer fra eldre studier der dosene var høye (2). Nå benyttes lavere doser slik at problemet muligens ikke er av like stort omfang. For spironolakton er det en doseavhengig effekt som skyldes legemidlets østrogene og antiandrogene egenskaper.

### Betablokkere

Betablokkere forventes å gi seksuell dysfunksjon pga. sin virkning på det sympatiske og vaskulære system (1,4). Effekten synes å være relatert til grad av betablokkade, lipidløselighet og selektivitet og synes å være mindre uttalt med stoffer som er mindre lipofile og mere kardioselektive som f.eks. atenolol og metoprolol (3). Flere mekanismer kan være involvert, f.eks. redusert sentral sympatisk aktivitet, redusert vasodilatasjon i corpus cavernosum, effekter på luteiniserende hormon og testosteronutskillelse, og mulige sederende og depressive bivirkninger av betablokkere (5). Dokumentasjonen spriker imidlertid og flere studier har ikke funnet noen sammenheng. I en meta-analyse av 475 artikler ble det funnet seks randomiserte, placebokontrollerte artikler (til sammen 15000 pasienter) hvor forekomst av seksuell dysfunksjon var analysert (6). Forekomsten var 21,6 prosent i betablokkergruppen og 17,4 prosent i placebogruppen. Økningen i seponering pga. seksuell dysfunksjon var imidlertid bare to per 1000 pasienter per år. Tidligere var behandlingsmål total betablokkade og da var nok problemet større enn i dag. Silvestri og medarbeidere har nylig undersøkt rapportering av erektil dysfunksjon hos pasienter som fikk betablokkere, om dette hadde sammenheng med kjennskap til dette som bivirkning og effekt av placebo (7). De fant at problemet stort sett var psykologisk da det forekom hyppigere hos de som kjente til at dette var en bivirkning og omtrent ikke-eksisterende hos de som ikke visste hvilket legemiddel de tok. Kjennskap til at legemidlet kunne gi seksuell dysfunksjon gjorde pasientene engstelige, og det mener forfatteren kan være årsak til problemene.

### Kalsiumkanalblokkere

Seksuell dysfunksjon er ikke rapportert å være noe problem med kalsiumkanalblokkere (1,2,3). Det kan imidlertid være forskjeller mellom de tre underklassene (dihydropyridiner, fenyalkylaminer og benzotiazepiner), avhengig av hvor de virker (3). Dihydropyridiner som f.eks. amlodipin og nifedipin, virker primært perifert og kan derfor i sterkere grad interagere med skjelettmuskulatur i bulboavernosus og glatt muskulatur i vas deferens og seminalvesikler. Dette kan blokkere transporten av semen til uretra og dermed forårsake vanskeligheter med ejakulasjon.

### ACE-hemmere

ACE-hemmere har ingen effekt på det autonome nervesystem og forventes derfor å ha liten effekt på erektil funk-

sjon. ACE-hemmere er vist å øke produksjon av NO (8), noe som kan tenkes å motvirke eventuelle negative effekter på erektil funksjon. Det stemmer også med klinisk erfaring. Seksuell dysfunksjon er ikke rapportert å være noe problem med ACE-hemmere.

### Angiotensin-II-antagonister

Det finnes hypoteser om at denne gruppen antihypertensiva kan bedre erektil dysfunksjon. Effekten kan, ihvertfall delvis, skyldes at de blokkerer angiotensin-II som man nylig har identifisert som en viktig mediator av detumescens (avsvelling) og derigjennom muligens erektil dysfunksjon (5). Også angiotensin-II-antagonister øker produksjonen av NO (9). Det må understrekes at vi har begrenset erfaring med angiotensin-II-antagonister i vanlig klinisk bruk.

### Andre

I denne gruppen finnes bl.a. sympatolytika som metyldopa, guanetidin og klonidin. Metyldopa har en dopaminlignende struktur og slik effekt er derfor forventet (1).

### Konklusjon

Nedsatt seksualfunksjon er svært vanlig hos menn med kronisk koronar hjertesykdom og forekommer muligens hos så mange som 75 prosent. Hvorvidt det er alder og sykdom eller legemidler som er årsak, er ikke alltid lett å fastslå og dysfunksjonen kan også ha forskjellige patofysiologiske årsaker. Dokumentasjonen for antihypertensivas påvirkning av seksualfunksjon er begrenset, men for enkelte klasser, som diuretika og betablokkere, kan virkemekanismen gi en fysiologisk forklaring. Godt kontrollerte dobbeltblinde placebokontrollerte studier gir lavere insidens enn andre kilder for bl.a. betablokkere og tiazider. Det er så langt ikke vist at angiotensin-II-antagonister er bedre enn f.eks. ACE-hemmere og enkelte kalsiumkanalblokkere. Sparsomme data tyder imidlertid på at blokkering av angiotensin-II kan føre til bedring i erektil funksjon.

### Referanser

1. Tomas DR. Medications and sexual function. *Clin Geriatr Med* 2003; 19: 553-62.
2. Keene LC et al. Drug-related erectile dysfunction. *Adv Drug React Toxicol Rev* 1999; 18(1): 5-24.
3. Drugglex® System. Drug consult. Drug-induced sexual dysfunction. MICROMEDEX® Healthcare Series Vol. 118 expires 12/03.
4. Mesalik PK, Hardy KJ. Hypertension, anti-hypertensive drug therapy and erectile dysfunction in diabetes. *Diabet Med* 2003; 20(4): 290-3.
5. Ferrario CM. Sexual dysfunction in patients with hypertension: implications for therapy. *J Clin Hypertens* 2002; 14(11): 424-32.
6. Ko DT, Herbert PR, Coffey CS et al. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. *JAMA* 2002; 288: 351-7.
7. Silvestri A, Galetta P, Cerquetani E et al. Report of erectile dysfunction after therapy with beta-blockers is related to patient knowledge of side effects and is reversed by placebo. *Eur Heart J* 2003; 24: 1928-32.
8. Gryglewski RJ, Swies J, Uraz W et al. Mechanisms of angiotensin-converting enzyme inhibitor induced thrombolysis in Wistar rats. *Thromb Res* 2003; 110: 323-9.
9. Kalinowski L, Matys T, Chabielska E et al. Angiotensin II AT1 receptor antagonists inhibit platelet adhesion and aggregation by nitric oxide release. *Hypertension* 2002; 40: 521-7.

*Kirsten Myhr, leder, cand.pharm., MPH*  
RELIS Øst legemiddelinformasjonssenter

*Odd Brørs, seksjonsoverlege, dr.med.*

Seksjon for klinisk farmakologi og toksikologi, Ullevål universitetssykehus



## BOK anmeldelser



# Lærebok og roman

Per Vaglum

*Revisjonen – en annerledes lærebok i psykiatri*

221 s. Paperback. Universitetsforlaget, 2004. Pris kr. 249,-  
ISBN 82-15-00513-6



Per Vaglum – psykiater og professor ved Institutt for adferdsfag ved UiO har skrevet en konspirasjon av lærebok og roman om legen Jørgen.

Jørgen – en ung og ambisiøs psykiater – blir bedt av den snart pensjonerte professoren ved universitetsklinikken om å være med å revidere den tradisjonsrike læreboka i psykiatri. «Så tenkte jeg at du kunne egne deg til å bli min etterfølger, til å føre læreboken videre framover, fortsatte professoren. Hva tror du om det?» Jørgen reiser på hytta for å finne arbeidsro til å jobbe seg gjennom kapittel for kapittel i psykiatrien, men i roen på fjellet fylles han av tvil; Skal den nye utgaven utelukkende bygge på evidensbasert og vitenskapelig materiale, slik han tror professoren forventer, eller må det gis rom for den mer humanistiske og relasjonelle forståelsen av menneskets psyke? Disse tanker blander seg med minner om pasienter som ikke passer inn i de vitenskapelige båsene og med minner fra egen oppvekst og egen personlighetsutvikling. De blander seg med syn på seg selv som lege, som fagmann og ektemann.

Jørgen gjennomgår et hovedkapittel i boka hver dag. Depresjoner, angstlidelser, psykoser, personlighetsforstyrrelser, rus. Slik føres leseren gjennom en presentasjon av de ulike diagnosegrupper og får, gjennom Jørgens revisjonsnotater, innblikk i motforestillingene til den vitenskapelig

dokumenterte kunnskap. Kan han presentere professoren for forslag til tilleggstekst som omhandler erfaringer, humanistiske aspekter og beskrivelse av pasienters uvitenskapelige, men personlige og ekte følelser? Boka beskriver altså psykiatrien på tre nivåer - den vitenskapelige, den humanistiske og den personlige, gjennom opplevelsen til en psykiater som gjenkjenner belastende personlighetstrekk hos seg selv.

Det er et friskt grep Vaglum gjør når han vil være både lærebokforfatter og romanforfatter i en og samme bok. Jeg synes imidlertid at psykiatridelen ikke er grundig nok behandlet til at denne boken bør omtales som en lærebok, og romanfiguren Jørgen er fascinerende, men ikke fengslende. Kombinasjonen gir imidlertid innsikt til ettertanke både om tvil og tro når det gjelder bruk av vitenskap i psykiatrien og når det gjelder legers egenutvikling og personlighet.

Nå har psykiatrien sin beskrivelse av denne siden av faget. Hvem skriver den neste boka? En øre-nese-hals-lege, en plastikk-kirurg eller en allmennmedisiner? *Ola Nordviste*

## Karl Evangs pris 2004

Karl Evangs pris er opprettet som en honnør til den tidligere helsedirektørens sosialmedisinske pionerinsats. Hensikten med prisen er å stimulere interessen og arbeidet for folkehelsen og sosiale forhold av betydning for denne.

Karl Evangs pris for 2004 gis til en person eller organisasjon som har gjort en særlig innsats for å fremme folkehelsen og sosiale forhold av betydning for denne, eller ved å bidra til en konstruktiv debatt om helse- og sosialpolitiske spørsmål.

Det er ingen forutsetning at vedkommende person eller organisasjon trenger å ha tilhørighet i helse- og sosialtjenesten. Det legges videre vekt på at innsatsen er aktuell, men innsats over tid kan også vurderes.

Prisen kan tildeles kandidater etter skriftlig søknad fra vedkommende selv, andre personer eller organisasjoner.

Prisen blir delt ut i anledning Karl Evangs fødselsdag 19.oktober.

Søknad eller anbefaling sendes innen 20.august 2004 til:

Statens helsetilsyn  
Avd.II  
Postboks 8128 Dep  
0032 Oslo

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse



# LA IKKE ALLERGIEN TA OVERHÅND!



## Økt effekt når du trenger det som mest. <sup>(1,2,3)</sup>

Kestine® er det eneste ikke-sederende antihistaminet som er godkjent for dobbel dosering ved ekstra kraftige allergisymptomer og gir økt effekt uten å gi økte bivirkninger. <sup>(1,2,3,4)</sup>

**1 tablett (10 mg) daglig ved milde/moderate symptomer.**

**2 tabletter (20 mg) daglig ved mer uttalte symptomer. <sup>(5)</sup>**



TABLETTER 10 mg: Hver tablett inneh.: Ebastin, 10 mg, lactos., const. q.s. Filmdrasjert.

**Egenskaper:** Klassifisering: Selektiv histamin H1-reseptorantagonist uten antikolinerg effekt. Potenserer ikke effekten av alkohol og diazepam. Virkningsmekanisme: Virkningen inntreffer 1 time etter tablettinntak og varer mer enn 24 timer. Absorpsjon: Ebastin absorberes raskt og omdannes nesten fullstendig gjennom «first pass»-metabolisme til den aktive metabolitten carebastin. Maks. plasmakonsentrasjon av aktiv metabolitt (80-100 ng/ml) nås 3-4 timer etter peroralt inntak av 10 mg ebastin. Ved gjentatt inntak av 10 mg daglig oppnås «steady state» av carebastin (130-160 ng/ml) innen 3-5 dager. Proteinbinding: Både ebastin og carebastin er sterkt proteinbundet, > 95 %. Fordeling: Hverken ebastin eller dets metabolitter passerer blod-hjernebarrieren. Halveringstid: For den aktive metabolitten er halveringstiden 15-19 timer. Hos pasienter med redusert lever- eller nyrefunksjon er halveringstiden for den aktive metabolitten 23-27 timer. Utskillelse: Mer enn 66 % av stoffet utskilles i urinen, hovedsakelig som konjugerte metabolitter. Det er ikke sett endret farmakokinetikk hos eldre. **Indikasjoner:** Allergisk rhinitt og konjunktivitt. Histaminutløst hudbesvær. **Kontraindikasjoner:** Kjent hypersensitivitet for ebastin eller øvrige innholdsstoffer. **Bivirkninger:** Hyppige (> 1/100): Hodepine, munntørhet og desighet. Sjeldne (< 1/1000): Faryngitt, mavesmerter, dyspepsi, asteni, neseblødning, rhinitt, sinusitt, kvalme og insomni er rapportert. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet bør utvises ved bruk hos pasienter med redusert lever- eller nyrefunksjon. Siden det er en farmakokinetisk interaksjon med antimykotika av imidazoltypen, som ketokonazol, eller makrolidantibiotika, som

erytromycin, bør forsiktighet utvises når ebastin forskrives sammen med legemidler som inneholder disse virkestoffene. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Dyreforsøk har ikke vist fosterskadelige effekter. Ebastin går ikke over i placenta hos rotte. Erfaring hos gravide mangler, og preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Er ikke undersøkt og preparatet bør derfor ikke brukes under amming. **Interaksjoner:** Farmakokinetiske interaksjoner er sett når ebastin blir gitt sammen med enten ketokonazol eller erytromycin. Disse interaksjonene resulterte i økte plasmakonsentrasjoner av ebastin og i mindre grad av carebastin, uten at dette var forbundet med noen klinisk signifikante farmakodynamiske konsekvenser. **Dosering:** Voksne og barn over 12 år: Allergisk rhinitt og konjunktivitt: 1 tablett (10 mg) 1 gang daglig om morgenen sammen med frokost. Ved mer uttalte symptomer kan dosen ved behov økes til 2 tabletter (20 mg) 1 gang daglig. Histaminutløst hudbesvær: 1 tablett (10 mg) 1 gang daglig. Erfaring med langtidsbehandling er begrenset. Effekt og sikkerhet hos barn under 12 år er ikke undersøkt. **Overdosering/Forgiftning:** I studier utført med høye doser (opptil 100 mg daglig), er det ikke observert symptomer på overdosering. Det finnes intet spesifikt antidot for ebastin. Symptomatisk behandling bør igangsettes. **Pakninger og priser** (pr 01.02.2004): Enpac: 10 stk. kr 60,80, 30 stk. kr 129,10, 100 stk. kr 353,10.

1) Ratner et al, J Allergy Clin Immunol, 2000 June ;105(6) :1101-7 2) Davies et al, Clin Drug Invest 1998 Dec; 16(6):413-20 3) Gehanno et al, Ann Allergy Asthma Immunol 1996;76:507-12 4) Bousquet et al, Allergy 1999, 54, 562-68 5) Fellegkatalogekst

NYCOMED

Nycomed Pharma AS, Hagaløkkveien 13, Postboks 205, 1372 Asker, Tel: 66 76 30 30, Fax: 66 76 36 36, www.nycomed.no

Kestine® selges av Nycomed på lisens fra: Almirall Prodesfarma





**EFFEKTIV**  
**SMERTELINDRING I DAG**



**EFFEKTIV**  
**SMERTELINDRING HVER DAG**

**VIOXX<sup>®</sup> AC**  
(rofecoxib, MSD)

EN gang daglig  
**VIOXX<sup>®</sup>**  
(rofecoxib, MSD)

VIOXX<sup>®</sup> AC og VIOXX<sup>®</sup> er registrerte varemerker tilhørende Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.  
Før forskrivning, se preparamtalen side 32