



Innhold:

LEDER:

Om retningslinjer og gravide	1
Av ANDERS SVENSSON	

UTPOSTENS DOBBELTTIME:

Intervju med Atle Klovning	2
Av PETTER BRELIN	

Nye nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen	5
Av ATLE KLOVNING	

Gravide Nøff og dr. Brumm. Av ELISABETH SWENSEN	11
---	----

Sykemelding av gravide – vanskelige grenseoppganger	14
Av JANNIKE REYMERT	

Allmennmedisinske utfordringer. Av IVAR SKEIE	18
---	----

Nasjonalt senter for distriktsmedisin TORALV HASVOLD INTERVJUET Av ANDERS SVENSSON	23
---	----

Dialog på dansk. Av HELEN BRANDSTORP	24
--------------------------------------	----

Mellom nostalgi og avantgarde	28
Av ELI BERG	

Etterspurt samfunnsmedisin	31
Av FRODE FORLAND	

Send pasienten på bordet! – med direkte henvisning	34
Av HELEN BRANDSTORP	

Giardiasisutbruddet i Bergen høsten 2004	36
Av ØYSTEIN SØBSTAD	

Faste spalter	42
---------------	----

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@online.no

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

Petter Brelin

Furuvn. 1,
1781 Halden
Tlf. priv.: 69 18 16 32
Mobil: 911 15 510
E-mail: brelin@c2i.net

Ivar Skeie

Ragnhildsvei 15 b, 2819 Gjøvik
Tlf. priv.: 61 17 70 03
Tlf. jobb.: 61 13 67 80
Mobil: 917 35 632
Faks jobb.: 61 13 67 50
E-mail: ivskeie@online.no

Anders Svensson

Boks 181, 8465 Straumsgjøen
Tlf. priv.: 76 13 85 60. Tlf. jobb.: 76 11 42 10
Faks jobb.: 76 11 42 22. 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

Forsideillustrasjon:

Ragnhild Gjerstad

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:

PDC Tangen

Om retningslinjer og gravide

En ny veileder i svangerskapsomsorg er på vei. Som allmennleger har vi grunn til å være stolte over at dette arbeidet er ledet av den alle steds nærværende «EBM- guru» Atle Klovning ved Universitetet i Bergen. Vi vil i dette nummeret presentere disse nye retningslinjene og arbeidet bak dem. Med Klovnings solide EBM- forankring, kan vi være trygge på at rutinene som er anbefalt og de rådene som gies er trygt forankret i en vitenskapelig ramme. Helst skal slike retningslinjer gi konkrete helsegevinster i form av minsket morbiditet/ mortalitet hos mor og barn. I Norge er vi allerede i den heldige situasjon at vi nesten har verdens laveste morbiditet blant mor og barn. I en situasjon der det i utgangspunktet er svært lav sykkelighet, blir det vanskelig å gjøre de medisinske resultatene av svangerskapskontrollene mye bedre. Vi kan neppe forvente oss de helt store resultatene av medisinsk karakter ved innføringen av disse retningslinjene. En annen ting er at det skal spares noen kroner. Vi forstår det slik at det kan spares 40 millioner kroner i året ved å gjennomføre det denne veilederen anbefaler over hele landet.

Det heter ikke veileder i svangerskapskontroll. Det heter veileder i svangerskapsomsorg. Det betyr at en del av hensikten er å gi omsorg for den gravide. En måte å vise omsorg på er å kontrollere den gravide ofte. Men hyppige kontroller er ikke uten bivirkninger. Det medfører en medikalisering av noe som faktisk ikke er en sykdom og kan gjøre at den gravide mister tilliten til sin egen helseoppfatning. Dessuten gir det en falsk følelse av at helsevesenet er en garantist for et frisk og sunt barn.

Den nye veilederen anbefaler redusert antall kontroller av kvinner med ukompliserte svangerskap. Det betyr at forholdsvis mer tid skal brukes på omsorg. I en EBM-basert veileder er dette interessant. Det er vanskelig å se at vi med den omsorg som fastlege, jordmor og gynekolog gir kan oppnå en målbar helsegevinst for mor og barn. Det er få som er uenig i at omsorg for mor og barn er en viktig del av svangerskapsomsorgen. Det er godt at det går an å bruke skjønn, også i en veileder som er «evidencebased».

Det er noe spesielt med veileder for svangerskapsomsorg. Den er viktig. Kanskje den viktigste veilederen som Sosial og Helsedirektoratet gir ut. Det finnes en rekke veiledere i norske legers bokhyller, men det er bare noen få som blir brukt. Det er fryktelig vanskelig å endre legers adferd, noe blant annet Signe Flottorp og andre har diskutert i Utposten i tidligere numre. Til tross for dette står det lite om hvordan retningslinjene skal implementeres.

Denne veilederen kommer likevel til å ha stor innflytelse på norske legers og jordmødres oppfølging av de gravide. Behovet for en omforent strategi ovenfor de gravide er stor og disse retningslinjene gir en felles grunn å stå på. De gravide er populære pasienter og profesjonsstriden mellom aktørene i svangerskapsomsorgen er nok ikke avsluttet med denne veilederen. Vi bør huske at svangerskapsomsorg er frivillig og at det til syvende og sist er kvinnen selv som bestemmer hvordan kontrollene skal foregå og hvem som skal utføre dem. Og da blir det opp til oss fastleger å selge et godt produkt som den gravide ønsker å velge.

Og så til slutt. Hva med far? Marginalisert, ikke relevant, uinteressant. Når han har levert sine kromosomer er han helt ute av bildet. Han finnes i hvert fall ikke i svangerskapsveilederen. Den handler hele tiden kun om mor og barn. Ansvar for at far blir delaktig i svangerskapet ligger naturligvis i første rekke hos foreldrene, men fastlegen og jordmor bør og kan spille en aktiv rolle.

Vi hevder at vi er best på likestilling i verden. Veilederen i svangerskapsomsorg får oss til å lure litt.

Anders Svensson

Utpostens dobbeltime

Svangerskaps- veilederens fødselshjelper

INTERVJU MED

Atle Klovning

AV PETTER BRELIN

De fleste har fått med seg at det er nye anbefalinger vedrørende svangerskapskontroller på trappene. Vi menige doktorer tar i mot slikt med noe blandede følelser. Mange vil føle at de trenger nye, bedre dokumenterte retningslinjer å forholde seg til og således vil motta de nye med takknemlighet og entusiasme, mens andre kanskje tar de nye

retningslinjene imot med et resignert trekk på skuldrene.

Hvorpå de fortsetter som før. Du skal ikke være likegyldig til nye retningslinjer. Det er en grunn for alt. Det er også en grunn til at du får nye retningslinjer. Og en grunn for at de er blitt som de er blitt.

Noen har brukt mye tid, krefter og tanker på dette arbeidet. Atle Klovning er spesialist i allmennmedisin og har ledet arbeidsgruppen som ble nedsatt for å utforme nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge. De som kjenner ham vil vite at arbeid fra hans hånd er bunnsolid og med en sterk forankring i den Cochranske EBM-ånd.

Utposten har utfordret ham til å omtale svangerskapsomsorgen på annet sted her i bladet.

Her vil vi forsøke å belyse selve prosessen bak utarbeidelsen av retningslinjene. Her får du altså historien bak, det som i DVD-verdenen kalles «bonusmateriale». Eksklusivt for Utposten.

– I Norge har vi vært rimelig fornøyde med svangerskapsomsorgen målt i perinatal morbiditet og mortalitet for både mor og barn. Hva var det som gjorde at man følte behov for nye retningslinjer?

Det ble gjort et omfattende og grundig arbeid i 1984, da NOU-rapporten ble utgitt. Perinataldata viste at det var rom for fortsatt forbedring, og det ble nedsatt perinatalkomiteer, som blant annet skulle gjennomgå svangerskap og fødsler hvor det oppstod alvorlige utfall hos mor eller barn. Det er dessuten gått 20 år, og dermed behov for en oppdatering i forhold til kunnskapsgrunnlaget som har tilkommet i ettertid.

– Hvem tok initiativet til å utforme nye retningslinjer?

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gav Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) i oppdrag å utarbeide nye kunnskapsbaserte retningslinjer i tråd med «Retningslinjer for retningslinjer».

– Mange vil se på deg som en selvsagt leder av dette arbeidet på bakgrunn av den erfaringen du har. Men allikevel, hvordan ble du valgt til å lede denne arbeidsgruppen?

Jeg ble først spurt om å være medlem av arbeidsgruppen, da Brit Roland januar 2003 ringte og ville ha med en allmennpraktiker som hadde arbeidet med EBM og hadde ideer i forhold til utarbeidelse av retningslinjer. Jeg har hatt stor nytte av å ha undervist mange ulike grupper helsepersonell, eksempelvis fra 15 ukeskurs i EBM i London, Durham og Oslo. Gruppen skulle selv peke ut én til å lede arbeidsgruppen. Etter innledende runder hvor Shdir «overleverte» gruppen til seg selv, var jeg plutselig blitt leder av arbeidsgruppen, etter at vi hadde hatt innledende diskusjonsrunder om «Hvordan utforme kunnskapsbaserte retningslinjer». Et kriterium var metodeforankring. Selv tror jeg at det først og fremst var min EBM-kompetanse som var

avgjørende, koblet til det å være ekte kliniker i halvtids praksis. Det ville ikke blitt det samme om jeg var en ren metodeperson – tror jeg selv da.

– *Mandatet dere fikk, hvem formulerte dette og hadde du noen mulighet til å påvirke dette mandatet slik at det ble håndterlig å arbeide med?*

Mandatet ble gitt av Sosial- og helsedepartementet, og gikk i korthet ut på å definere det faglig innholdet i svangerskapsomsorgen. I denne omgangen inngikk ikke organisering og fordeling av funksjoner i mandatet. Det var altså et rent fagarbeid som skulle utføres, slik at man kunne skape et felles grunnlag for allmennpraktikere og jordmødre i svangerskapsomsorgen.

– *Selv en oppnevning til det minste offentlig utvalg i den minste kommune kan bli gjenstand for store feider. Sammensetningen av utvalget vil sjelden være tilfeldig og aldri uten betydelig påvirkning på sluttresultatet. Hvordan ble utvalget deres sammensatt? Hvilke hensyn ble tatt ved sammensetning av utvalget? Var profesjonstilhørigheten viktig i utvelgelsen?*

Hm! Med et glimt i øyet kan jeg si at farsiden min faktisk kommer fra Norges minste kommune, Utsira! Utvalgsmedlemmene ble plukket ut av SHdir ved prosjektleder Brit Roland, som er den som møysommelig har sammenfattet retningslinjene. Det skulle være allmennpraktikere, jordmor og gynekolog med i gruppen.

– *Hadde du som leder innvirkning på utvalgets sammensetning?*

Nei, det hadde jeg ikke, men jeg har mye erfaring fra å lede «tilfeldig sammensatte» grupper og gruppedynamiske prosesser – jeg liker det å arbeide med gruppe med ulik bakgrunn.

– *I en prosjektorientert organisasjon som den dere dannet, kan man velge forskjellige arbeidsmåter. Kan du si noe om hvordan dere arbeidet?*

Først av alt noen innledende runder med å legge forholdene til rette for fruktbart samarbeid ved å stille krav til hvordan man forventer at ei gruppe skal fungere, styrket ved for eksempel hyggelig sosialt samvær om kveldene hvor vi har laget deilig gourmetmat hjemme hos flere av gruppens medlemmer. Det var mye for- og etterarbeid rundt møtene, og vi fordelte oppgavene mellom oss. Brit Roland, seniorrådgiver og prosjektleder i SHdir, var den som samlet bidragene fra gruppen, bearbeidet høringssvarene og utformet de endelige retningslinjene. Hun må gis all ære for at vi sitter igjen med et sluttokument.

– *Du er, på samme måten som en betydningsfull avis, kjent for å ha «solid bakgrunn for egne meninger». I hvilken grad lykkes*

FOTO: KARI TVEITO, TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LÆGEFORENING



dere i å finne evidensbasert dokumentasjon for det arbeidet dere drev og hvilke kilder ble benyttet i dette arbeidet?

Tusen takk for smigrende sammenligning – det var dette arbeidet som var krevende! De britiske retningslinjene (NICE 2003) hadde juni 2003 gjort et omfattende arbeid med kunnskapsoppsummering på alle felt, i tillegg til at det var gjort masse i Cochranedatabasen fra før. Vi må huske at det var loftsryddingen i svangerskapsomsorgen som la grunnlaget for hele Cochranebiblioteket. I forbindelse med dette arbeidet fant vi veiledere, retningslinjer og systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer fra mange land, også våre nordiske naboer. Vi brukte i tillegg kilder som The Cochrane Library: www.cochrane.no, Clinical Evidence, www.clinicalevidence.com, «A guide to effective care in pregnancy and childbirth», www.maternitywise.org, og vurderte retningslinjer for svangerskapsomsorgen fra mange land, av ulik kvalitet. Helsemyndighetene i Storbritannia utgav i oktober 2003 retningslinjene «Antenatal care – routine care for the healthy pregnant woman», utarbeidet av National Institute for Clinical Excellence (NICE). Etter en kritisk vurdering av de ulike tekstene og databasene vi hadde, besluttet vi å benytte retningslinjene fra Storbritannia som hovedgrunnlag for de norske retningslinjene. Arbeidet med kunnskapsoppsummering var dermed ivarettatt av en organisasjon med store ressurser på området. Arbeidsgruppen nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet definerte i overkant av 100 temaer som skulle vurderes. Å iverksette en egen kunnskapsoppsummering i Norge for hvert av temaene ble vurdert som uhensiktsmessig.

Direktoratet fikk formell aksept fra NICE til å benytte «Antenatal care – routine care for the healthy pregnant woman» som basis for tilpassede norske retningslinjer. På denne bakgrunn har det ikke blitt foretatt egne systematiske søk, bortsett fra arbeidet med å finne eksisterende retningslinjer, samt på de områder der det har vært ønskelig å belyse forhold i Norge. Det er i ettertid bestilt to kunnskapsoppsummeringer fra kunnskapssenteret.no – en på psykisk helse i svangerskapet og en på svangerskapsdiabetes.

– Jordmødre og leger har ikke alltid vært helt enige i alle vurderinger rundt svangerskapsomsorgen. Merket dere mye til profesjonsbaserte motsetninger i arbeidet og hvordan håndterte dere de konflikter som oppstod?

Vi hadde ingen profesjonsbaserte motsetninger. Det er noe av det som er flott med utarbeidelse av kunnskapsbaserte retningslinjer: det er litteraturen og ikke profesjonssynsingen eller egeninteresser som teller. Alle deltagerne i prosessen har bidratt på en positiv og konstruktiv måte. Det har vært stor takhøyde i de faglige diskusjonene. Ulik erfaring og kompetanse har bidratt til at den helhetlige forståelsen for arbeidsoppgaven hele tiden har vært god. Gruppen har arbeidet åpent i forhold til egne standpunkt og særinteresser, og har på flere områder endret egne forutgående oppfatninger i forhold til den foreliggende dokumentasjonen. Arbeidsgruppen har i retningslinjene redegjort for at det ikke har vært vesentlige uenigheter eller motstridende interesser i løpet av tiden arbeidet har pågått. Naturligvis har ingen av medlemmene i gruppen hatt økonomiske eller faglige interesser som kan påvirke utarbeidelsen av retningslinjene.

– Spesielle episoder du gjerne vil berette om fra arbeidet?

Den vanskelige nøtten var håndteringen av svangerskapsdiabetes – er det noe vi skal bry oss om å påvise eller ikke? I januar 2005 kom NSAM med ny oppdaterte retningslinjer som sier av man skal teste risikanter. Og det ser ut til at SHdir ønsker å legge seg på den samme linjen på tross av manglende evidens for nytteverdien. I NICE konkluderes det med at man ikke skal screene for dette, og det var arbeidsgruppens vurdering også, og jeg har presentert denne modige avgjørelsen på alle presentasjoner jeg har holdt for nær 2000 helsepersonell. Jeg mener fortsatt det samme, men SHdir velger en annen løsning. To store studier forventes å avklare dette. Spørsmålet er hva man gjør inntil da? Business as usual? SHdir har bestilt en kunnskapsoppsummering på området.

– Jeg antar at ikke alt gikk på skinner alltid. Mye frustrasjoner? Frustrasjonen gikk mest på at vi avdekket at det var en svær jobb som skulle gjøres, og omlag 100 temaer som skulle

gjennomgås på relativt kort tid. Arbeidsgruppen leverte sin versjon etter ett år, januar 2004, deretter var dokumentet til intern høring i SHdir frem til den ble sendt på ekstern høring med frist 1. november 2004. Det kom inn omlag 60 høringssvar fra en lang rekke instanser.

– Nå er dere ferdig med hoveddelen av arbeidet. Hvordan vil dere implementere de nye retningslinjene?

Implementeringen vil gjøres på flere måter. For det første vil det bli utarbeidet et nytt helsekort, også som en elektronisk versjon. Dermed vil den gravide få utdelt en egen versjon av de samme retningslinjene. Endelig vil det bli holdt kurs i videre- og etterutdanningen og i perinatalmøter. Hittil har jeg presentert høringsutgaven på kurs og konferanser for til sammen nesten 2000 helsepersonell. Alt fra to-dagers emnekurs til korte presentasjoner. I tillegg har det vært mange intervjuer og blest omkring retningslinjene i ulike media. Vi må ikke glemme at dette er Norges største forebyggende helseprogram, med nær 750 000 konsultasjoner årlig.

– Fornøyd med resultatet?

Ja! Det var en kjempeflott arbeidsgruppe!

– Er det fint å være ferdig med arbeidet?

Det er utrolig deilig. Og all honnør til Brit Roland som har gjort en kjempejobb med å sammenfatte det endelige resultatet etter høringsrunder og bearbeiding av disse.

– Hva gjør du nå, kan vi vente oss flere retningslinjer fra din hånd?

Nei, ikke nå. Jeg sier nei til tre ting hver dag nå. Nå må jeg bli ferdig med doktorgraden min i år. Men på kurs vil jeg nok dukke opp som talerør for retningslinjene.

En positiv bivirkning av dette arbeidet er jeg stolt over: Jeg har nå blitt plukket ut til å skrive kunnskapsoppsummeringer innen svangerskapsomsorgen for det anerkjente sekundærtidsskriftet Clinical Evidence (CE), sammen med flere internasjonalt engasjerte kolleger på feltet. Jeg føler meg heldig som får anledning til å kunne bidra i dette globale arbeidet. CE utarbeides av BMJ Publishing Group, og har et opplag på omtrent 1 million helsepersonell på sju språk, og vil følgelig nå langt flere enn de norske retningslinjene, selv om CE ikke er en retningslinje. Bakom ligger det et profesjonelt forlagsapparat som bidrar med oppdatert litteratur, personell og ressurser.

Men: Retningslinjer er ferskvare, og personlig venter jeg med spenning på resultatene fra svangerskapsdiabetesstudiene.

Nye nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen

AV ATLE KLOVNING

1. Svangerskapsomsorgen er Norges største helseprogram

Svangerskapsomsorgen er det desidert største forebyggende helseprogrammet i Norge – 60 000 gravide tilbys 750 000 konsultasjoner årlig, og da er det spesielt viktig at vi tilbyr det som er nyttig og ikke tilbyr tiltak som er unyttige. Jeg har hatt gleden av å lede arbeidsgruppen som har ryddet på dette roteloftet bestående av omlag 100 ulike tiltak, og vil i denne artikkelen redegjøre for hovedtrekkene i de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen.

Til tross for omfanget av svangerskapsomsorgen er det aldri gjennomført en samlet gjennomgang av økonomiske, organisatoriske, etiske og eventuelt juridiske forhold knyttet til tjenesten. Teknologivurderinger er gjort både i Finland og Sverige på et tidligere tidspunkt. Mandatet til arbeidsgruppen ble avgrenset til å levere et oppdatert faglig grunnlag for svangerskapsomsorgen.

2. Hvordan utarbeide kunnskapsgraderte retningslinjer?

Helsekort for gravide (1984)

Arbeidsgruppen vurderte det til at helsekortet i nåværende utforming oppfordrer til altfor mange kontroller, unødige testbruk, unødvendige GU og SF-kurven ligger for lavt. Nytt helsekort må utarbeides, og baseres på de nye retningslinjene.

Krav til utarbeidelse av retningslinjer

Dagens retningslinjer må være kunnskapsgraderte, sikre brukermedvirkning og tverrfaglighet, bruke tydelig og tilgjengelig dokumentasjon, sikre fokus på praksis, implementering (som på bedre norsk skal betegnes iverksettelse), evaluering og oppdatering. Det var viktig at vi også utarbeidet en egen brukerversjon for gravide.

Om kunnskapsgraderte retningslinjer

Å skrive retningslinjer i dag, er en langt mer komplisert prosess enn tidligere tiders retningslinjearbeid. Helsetilsynet har utarbeidet «Retningslinjer for retningslinjer» (RR) for å kvalitetssikre denne prosessen. Det må først utarbeides kunnskapsoppsummeringer som så danner grunnlaget for å gradere anbefalingene. En kunnskapsoppsummering



Atle Klovning

(f. 1963), cand. med. 1989. For tiden halvtids førsteamanuensis ved Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB og halvtids fastlege for 1187 Olsvikinger i Bergen. Skrevet og undervist evidensbasert medisin siden 1997. Doktorgradsprosjekt underveis på bruk av Internet-tet som forskningsverktøy (www.cmwr.org), med urininkontinens som case. Leder av arbeidsgruppen som leverte forslag til nye nasjonale retningslinjer til Sosial- og helsedirektoratet januar 2004. Gynekologektefelle og tre stryke-musikanter på 9, 15 og 18 år. Gourmetkøkk og livsnyter når det er tid til overs.

innebærer at man formulerer en problemstilling, gjør systematiske søk i forhold til dette og så vurderer litteraturen på samme vis som i systematiske litteraturoversikter. Når man så har oppsummert dokumentasjonen, kan anbefalinger utarbeides. Disse skal deretter graderes for å vise dokumentasjonsnivået. Disse retningslinjene kan derfor betegnes som kunnskapsgraderte retningslinjer.

Forutsetninger for screening

En rekke formelle kriterier må være oppfylt for at et screeningprogram skal være hensiktsmessig. Wilson og Jungners kriterier regnes fortsatt som gyldige, og disse kan oppsummeres slik: – Tilstanden skal være vanlig og invaliderende, dens naturlige forløp skal være kjent, det skal være en identifiserbar latent eller presymptomatisk fase og det skal finnes en pålitelig, valid og reproducerbar screeningtest. Screeningtesten skal være akseptabel, uten risiko og enkel å utføre, ha en høy positiv prediktiv verdi, og kostnadene ved screeningprogrammet skal stå i et rimelig forhold til fordelene ved tidlig diagnose. Det skal finnes en effektiv og tilgjengelig behandling, helsevesenet skal ha kapasitet til å behandle tilfellene som identifiseres ved screeningprogrammet og det skal være enighet om hvem som skal tilbys behandling. Dersom et screeningprogram ikke oppfyller samtlige av disse kriteriene er det grunn til å stille spørsmål ved om det bør gjennomføres.

WHO's 10 prinsipper for svangerskapsomsorgen

WHO påpeker viktige verdier og prinsipper i den perinatale omsorgen, som vi har vektlagt i utarbeidelsen av re-

ningslinjene: Omsorgen for normale svangerskap og fødsler bør være demedikalisert, basert på formålstjenlig teknologi, desentralisert, kunnskapsbasert, tverrfaglig, helhetlig, familiesentrert, kulturtilpasset, involvere kvinnene i beslutningsprosesser og respektere privatliv, verdighet og konfidensialitet.

Demedikalisering

Med medikalisering mener vi en uhenksiktsmessig bruk av medisinske inngrep ved hjelp av teknologi utført av personell i svangerskapsomsorgen. Demedikalisering vil si å endre omsorgen slik at uhenksiktsmessige medisinske tiltak ikke brukes, og har vært et viktig mål for utarbeidelsen av retningslinjene.

Arbeidsgruppen

Sosial- og helsedirektoratet nedsatte i februar 2003 en arbeidsgruppe som leverte de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen. Medlemmene var professor Bjørn Backe (gynekolog), Ellen Blix (jordmor/MPH), klinikkssjef Britt Ingeborg Eide (jordmor), Synne Holan (jordmor/MPH), Mariann Mathiesen (fastlege), prosjektleder i SHdir Brit Roland (jordmor), og Johanne Aarseth (jordmor) og leder av arbeidsgruppen var Atle Klovning (førsteamanuensis/fastlege).

Arbeidsgruppens mandat

Arbeidsgruppen skulle lage fokuserte, konkretiserte og strukturerte problemstillinger i forhold til dagens innhold i svangerskapsomsorgen, hvor disse dannet grunnlag for literatursøk for å finne relevante studier, først og fremst systematiske oversikter som skulle vurderes kritisk i forhold til gyldighet og generaliserbarhet. Den beste tilgjengelige kunnskap dannet grunnlaget for prioriteringer og valg arbeidsgruppen tok.

Målgruppen for arbeidet var primært fastleger og jordmødre, samt annet helsepersonell som arbeider med gravide, som f.eks. gynekologer, fysioterapeuter, helsesøstre m.fl. Retningslinjene vil forhåpentligvis også være nyttig for politikere, myndigheter og samfunnsplanleggere som er interessert i best mulig svangerskapsomsorg. Et eget informasjonshefte kalt «Til deg som er gravid – eller tenker å bli det» er laget for kvinner som planlegger graviditet, kvinner som er gravide, deres familie og publikum for øvrig med interesse for feltet.

Arbeidet med retningslinjene ble igangsatt og finansiert av Sosial- og helsedirektoratet, som på forhånd hadde utredet behovet for faglige retningslinjer, og utformet et mandat og mål for arbeidet. Det ble gjennomført en brukerkartlegging, og i tillegg ble ulike interessegrupper,

profesjoner, etater og brukerorganisasjoner invitert til å gi innspill til arbeidet i en tidlig fase, som f.eks. NSAM og APLF. Både brukerorganisasjoner og fagorganisasjoner benyttet anledningen til å gi verdifulle bidrag til arbeidet.

Sosial- og helsedirektoratet ba i sitt mandat arbeidsgruppen å utarbeide et forslag til kunnskapsbaserte faglige retningslinjer på grunnlag av forskningsbasert kunnskap, profesjonsfaglig kunnskap, brukernes erfaringer og preferanser og samfunnsmessige vurderinger og prioriteringer. På denne bakgrunnen foretok arbeidsgruppen tilpasninger av NICE – retningslinjene til norske forhold, særlig på områdene: Arbeid i svangerskapet, sykefravær, forberedelse til amming, reiseforsikring, diagnostikk av kromosomavvik, trombocytantistoffer, kosthold og ernærings-tilskudd i graviditeten.

Arbeidsgruppen vurderte veiledere, retningslinjer og systematiske oversikter og kunnskapsopsummeringer fra andre land, og oversikter over oversikter (OoO) som Clinical Evidence www.clinicalevidence.com og «A guide to effective care in pregnancy and childbirth» www.maternitywise.org. Vi fant omkring 100 ulike temaer som var aktuelle, og i tråd med RRs anbefalinger om å gå til eksisterende retningslinjer, tilpasset vi de britiske retningslinjene fra National Institute of Clinical Excellence (www.nice.org.uk) til norske forhold.

Arbeidsgruppens forslag har etterpå vært på intern høring i aktuelle avdelinger i Sosial- og helsedirektoratet, som foretok presiseringer og justeringer i arbeidsgruppens forslag, før den endelige versjonen ble sendt på ekstern høring.

Milepæler i arbeidet med retningslinjene

- Febr 03 – januar 04: Utarbeidelse av høringsutgaven
- Mars 03: Brukerundersøkelsen: Hovedfunn: «Det gjøres en god jobb i dag»
- Jan 2004: Forslag til RL overlevert SHdir.
- Jan 04 – juni 04: Intern høring SHdir
- Juli 04 – 1. nov 04: Ekstern høring
- Bearbeidelse av høringsinnspillene
- Utgivelse vår 2005?

Oppdatering

Ansaret for oppdatering av innholdet i disse faglige retningslinjene er tillagt Sosial- og helsedirektoratet og er planlagt gjennomført hvert tredje til fjerde år. Underveis bør det være en kontinuerlig kvalitetssikring av innholdet, slik at det ved ny og avgjørende kunnskap skjer en fortløpende oppdatering av innholdet. Siste versjon skal være tilgjengelig på Sosial- og helsedirektoratets webside: www.shdir.no, eller mer presist på <http://www.shdir.no/index.db2?id=12265>.

3. Kunnskapskontroverser

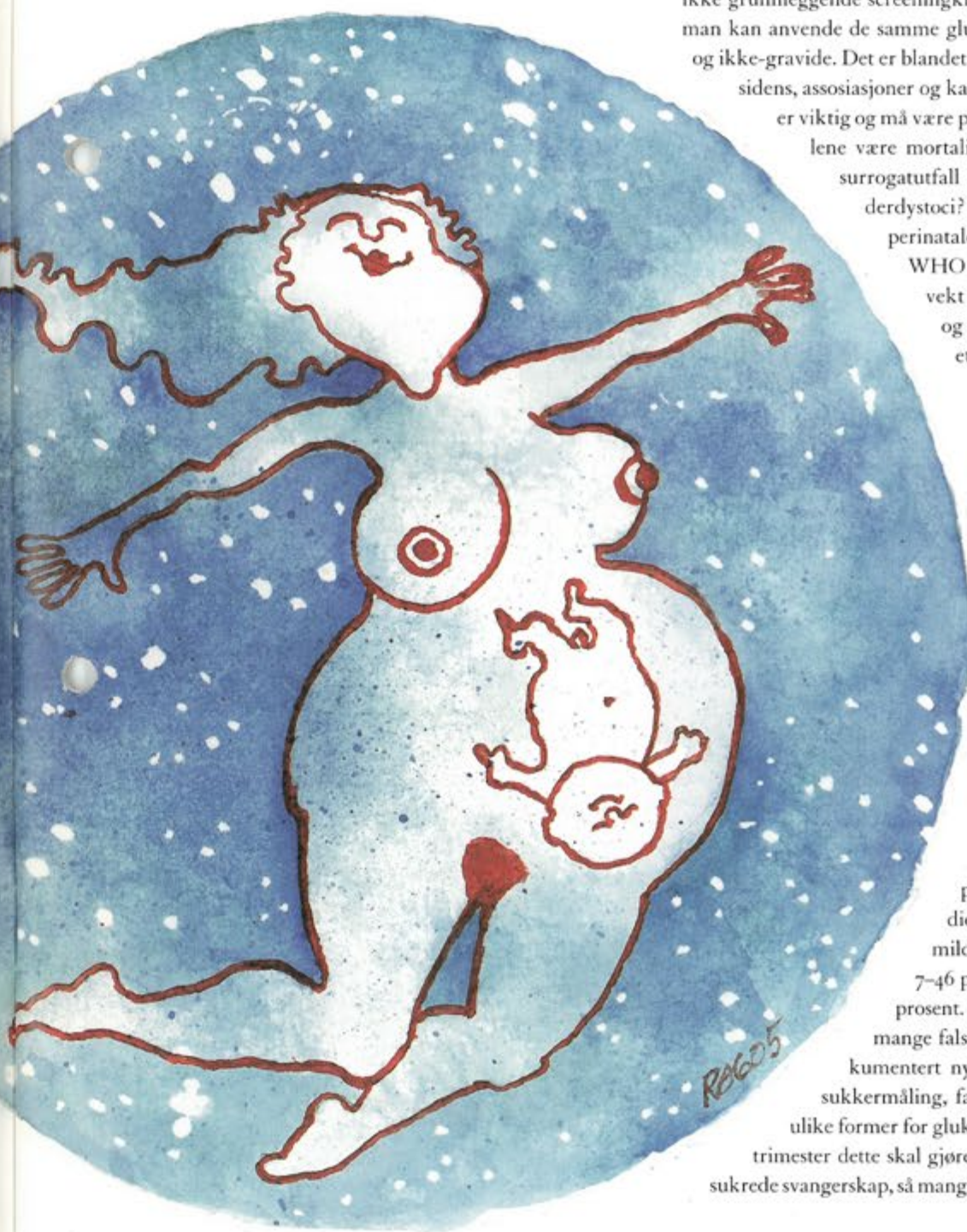
Svangerskapsdiabetes

Hvordan håndterer vi motstridende funn? Såkalt «svangerskapsdiabetes» er et kontroversielt tema. Har vi to evidensbaserte tvisyn?

1. Vi skal ikke bry oss om at gravide lekker litt sukker i urinen (NICE 2003)
2. Vi skal oppdage og behandle svangerskapsdiabetes (NSAM 2005)

Screeningprogrammet for svangerskapsdiabetes oppfyller ikke grunnleggende screeningkriterier. Et problem er om man kan anvende de samme glukosegrensene for gravide og ikke-gravide. Det er blandet sammen begreper som in-sidens, assosiasjoner og kausalitet, og valget av utfall er viktig og må være pasientsentrerte. Skal utfallene v re mortalitet eller andre perinatale surrogatutfall som makrosomi og skulderdystoci? Målet må være å redusere perinatale utfall som er viktige, og WHO har definert lav fødselsvekt < 2500 gram, preeklampsi og eklampsi, alvorlig anemi etter fødsel og urinveisinfeksjon som krevde behandling som de fire sentrale utfallene.

Problemet i dag er at det eksisterer mange ulike screeningmetoder, risikantscreening er ikke effektivt, screeningen fører til mye testbruk og det er ingen sammenheng mellom antall risikofaktorer og utfall. Universell screening fører til økt påvisning av sukrede svangerskap uten bedrete perinatale utfall. Nytteverdien av glukosuritestning er mildt sagt lav, gitt sensitivitet 7-46 prosent og spesifisitet 84-99 prosent. Det fører til at man finner mange falsk positive. Det er ikke dokumentert nytteverdi av tilfeldig blodsuktermåling, fastende blodsuktermåling, ulike former for glukosebelastning, eller hvilket trimester dette skal gjøres i. Om man så har påvist sukrede svangerskap, så mangler dokumentert nytteverdi



Kunnskap som bygger på systematiske oversikter og meta-analyser av randomiserte, kontrollerte studier.	Nivå 1 a
Kunnskap som bygger på minst en randomisert, kontrollert studie.	Nivå 1 b
Kunnskap som bygger på minst en godt utformet kontrollert studie uten randomisering	Nivå 2 a
Kunnskap som bygger på minst en annen type godt utformet kvasi-eksperimentell studie	Nivå 2 b
Kunnskap som bygger på godt utformede ikke eksperimentelle beskrivende studier, som sammenlignende studier, korrelasjonsstudier og case studier.	Nivå 3
Kunnskap som bygger på rapporter eller oppfatninger fra ekspert komiteer, og/eller klinisk ekspertise hos respekterte autoriteter	Nivå 4

TABELL 1. Gradering av kunnskapsgrunnlaget

Direktoratet har delvis valgt å benytte den samme nivåinndelingen eller graderingen som i retningslinjene fra Storbritannia. Nivåinndelingen er utformet på bakgrunn av kategorisering av kunnskapsgrunnlaget. Det finnes ulike systemer for å synliggjøre nivåinndelingen, hensikten her er å tydeliggjøre kvaliteten på forskningsgrunnlaget. Graderingen kan hjelpe brukere av retningslinjene til å finne ut hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn og i hvilken grad en kan stole på resultatene av studiene retningslinjene bygger på.

av diett aleine og diett og insulin kombinert. Videre mangler dokumentert nytte av intensivt blodsukkermonitorering-såkalt selvmåling. NSAM 2005 har valgt den tradisjonelle handlingsplanen, og SHdir har endret arbeidsgruppens forslag på dette punktet, ved at NSAM 2005 sine retningslinjer tas inn i stedet, inntil resultatene fra studiene ACHOIS (2004), n=1000 og HAPO (2004), n=25 000 foreligger. Utfordringen for arbeidsgruppen var om vi skulle fortsette med dagens praksis eller ei – for å avklare dette er det bestilt en kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Få konsultasjoner er OK

En systematisk oversikt (n=57 418) sammenlignet WHO-modellen med få konsultasjoner med en standard modell med flere konsultasjoner [Kunnskapsgrunnlag nivå 1a]. De fire utfallsmålene var lav fødselsvekt < 2500 gram, pre-

eklampsi og eklampsi, alvorlig anemi etter fødsel og urinveisinfeksjon som krevde behandling. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom de to gruppene, og oversikten konkluderer med at en modell med færre svangerskapskontroller ikke påvirker viktige utfall hos mor og barn. Utfordringen vår er om vi kan overbevise helsepersonell og gravide om at færre kontroller er trygt.

4. Basisprogrammet for svangerskapsomsorgen

Det er viktig å identifisere kvinner som trenger ekstra oppfølging, og vi har forsøkt å avklare dette i retningslinjene. I basisprogrammet har vi utarbeidet forslag til det faglige innholdet i de anbefalte kontrollene, vektlagt det å sørge for adekvat informasjon til kvinnen/partner, vurdere anbefalte prøver og laget en oversikt over tiltak som ikke anbefales/ anbefales. Retningslinjene omfatter således kun opplegget for friske, normale gravide. Gravide kvinner med patolo-

TABELL 2. Anbefalinger

Utforming av anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet vil variere ut fra hvilke målgrupper og hvilket fagfelt anbefalingene er laget for. Anbefalingene graderes ut fra en helhetsvurdering av den forskningsbaserte kunnskapen, vurderinger foretatt av klinisk ekspertise på feltet, og vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold.

Disse faglige retningslinjene har valgt [A] [B] [C] [D] etter retningslinjene fra Storbritannia. Tegnet √ viser til anbefalinger for praksis basert på kliniske erfaringer i den gruppen som har utviklet retningslinjene. [A] er den sterkeste anbefalingen, mens √ bare er basert på kliniske erfaringer. Styrken på anbefalingene avhenger av vurderingen av den forskningsbaserte kunnskapen.

A	Trenger støtte i minst en randomisert, kontrollert studie som en del av en samling litteratur/ publikasjoner av overveiende god kvalitet og konsistens i forhold til den spesifikke anbefalingen. [Kunnskapsgrunnlag nivå 1a og 1b]
B	Trenger støtte i godt utformede kliniske studier, men ingen randomiserte kliniske studier i forhold til den spesifikke anbefalingen. [Kunnskapsgrunnlag nivå 2a og 2b]
C	Trenger støtte i godt utformede kliniske studier, men ingen randomiserte kliniske studier i forhold til den spesifikke anbefalingen. [Kunnskapsgrunnlag nivå 3]
D	Trenger støtte i rapporter eller uttalelser fra autoritative ekspertkomiteer og /eller klinisk ekspertise fra andre respekterte autoriteter. Styrkegraden indikerer en mangel på direkte appliserbare kliniske studier av akseptabel kvalitet. [Kunnskapsgrunnlag nivå 4]
√	Anbefalinger for praksis basert på de kliniske erfaringer i gruppen som har utviklet retningslinjen

giske tilstander eller psykiske eller sosiale forhold kan ha behov for helsetjenester utover det som er beskrevet i retningslinjene, og det kan naturligvis også være tilstander som kan trenge hyppigere oppfølging enn det som beskrives i retningslinjene. Seleksjon av gravide til rett behandlingsnivå er en av svangerskapsomsorgens viktigste oppgaver, og der det er flere valgmuligheter, bør vi forsøke å gi kvinnen informasjon om hva hun kan forvente seg på de ulike stedene.

Avgrensninger

Temaer som den kliniske håndteringen av patologiske tilstander som overtidighet, seteleie, prematur fødsel og placenta praevia og gravide med ernæringsproblemer er for eksempel ikke tatt med i retningslinjene.

Tiltak som ikke anbefales som en del av rutineundersøkelsene i svangerskapet: Se oversikten over basisprogrammet.

Identifisere kvinner som kan trenge ekstra oppfølging:

Kvinner med følgende tilstander:

- ☐ Hypertensjon/hjertesykdom
- ☐ Nyresykdom
- ☐ Funksjonshemninger
- ☐ Epilepsi/nevrologisk lidelse
- ☐ Diabetes
- ☐ Endokrine lidelser
- ☐ Hematologiske forstyrrelser
- ☐ Autoimmun sykdom
- ☐ Kreft
- ☐ HIV
- ☐ Stoffmisbruk
- ☐ Andre sykdommer (vurderes)

Kvinner med noen av følgende tilstander:

- ☐ KMI (kroppsmasseindeks) over 35 eller under 18,5
- ☐ Tilhører utsatt/sårbar gruppe
- ☐ Tidligere keisersnitt
- ☐ Alvorlig preeklampsi, HELLP eller eklampsi
- ☐ Tre eller flere tidlige spontanaborter, tidligere prematur fødsel eller spontanabort i annet trimester
- ☐ Alvorlig psykisk lidelse
- ☐ Neonatalt dødsfall eller dødfødsel
- ☐ Tidligere barn med medfødt anomali
- ☐ Tidligere SGA eller LGA barn
- ☐ Arvelige tilstander i familien
- ☐ Omskårne kvinner
- ☐ Primærinfeksjon herpes genitales

Disse kvinnene vil kanskje ha behov for tilleggskonsultasjoner, og med et innhold som ligger utenfor omfanget av disse retningslinjene.

Det bør tilstrebes å oppnå kontinuitet (så få personer som mulig) i svangerskapsomsorgen.

uke 8–12

Innhold i konsultasjonene:

Ved første konsultasjon bør kvinnen få informasjon om:

- ☐ Svangerskapskontrollene
- ☐ Levevaner og kosthold
- ☐ Kvinner som røyker eller som nylig har sluttet bør støttes og tilbys røykeavvenningsopplegg
- ☐ Trygde- og tilretteleggingsordninger for gravide
- ☐ Muntlig informasjon bør støttes med tilbud om svangerskapskurs og skriftlig kunnskapsbasert informasjon
- ☐ Veiledning om anbefalte rutineundersøkelser
- ☐ Kvinnen bør forstå formålet med alle prøver og undersøkelser før hun gir sitt tilsagn til at de utføres
- ☐ Før svangerskapet og de første 12 ukene anbefales kvinner å ta folsyretilskudd (400 mikrogram daglig)
- ☐ Kvinnen bør oppbevare helsekortet selv
- ☐ Resultatene av alle prøvene, og prøvesvar påføres helsekortet og kvinnen skal være inneforstått med resultatene

Følgende prøver bør anbefales:

- ☐ Screening for anemi: ta hemoglobin på første kontroll og i uke 28. Dersom $Hb < 10,5$ på første kontrollen, eller $Hb < 10,0$ i uke 28, kontrolleres ferritin
- ☐ Blodtyping, Rhesus-status, antistoffer, rubella immunitet, HIV, syfilisserologi
- ☐ Hepatitt B og C til utvalgte kvinner
- ☐ Urinprøve som screening for asymptomatisk bakteriuri bør kun anbefales kvinner som har hatt plager med gjentatte urinveisinfeksjoner
- ☐ Ultralyd i uke 17–19 for å vurdere gestasjonsalder, identifisere flerlinger, morkakens beliggenhet, og strukturelle anomalier
- ☐ Undersøkelser ved første kontroll bør inkludere måling av kroppsmasseindeks (KMI), proteinuri og blodtrykk
- ☐ Vurdering av risiko for sigdcelleanemi eller talassemi
- ☐ Klamydia hos kvinner < 25 år eller på indikasjon

Kvinnen/paret oppfordres til å fortelle om andre forhold som kan være viktig for svangerskapet, fødselen og barseltiden, som for eksempel tidligere ammeerfaring og fødsler.

Tiltak som ikke anbefales som en del av rutineundersøkelsene i svangerskapet: ☐ Gjentatte vektkontroller hos kvinner med normal KMI ☐ Hb-måling hver gang ☐ Brystundersøkelse ☐ Gynekologisk undersøkelse ☐ Screening for depresjon postpartum ved bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale ☐ Rutinemessig bruk av jerntilskudd ☐ Rutinemessig ferritin-prøver av kvinner uten anemi ☐ Screening for klamydia, Cytomegalovirus (CMV), hepatitt C, gruppe B-streptokokker (GBS), toksoplasmose ☐ Screening for svangerskapsdiabetes, inkl. bruk av urinstiks for glukose ☐ Screening for prematur fødsel ved vurdering av cervixlengde, ved UL eller vaginaleksplorasjon ☐ Telling av fosterbevegelser ☐ Rutinemessig CTG i svangerskap for kvinner med normal graviditet ☐ Rutinemessig UL etter 24 uker ☐ Rutinemessig dopplermåling av navlesnorsarterier for lavrisikogravide	18	Ultralydundersøkelse
	24	SF-høyde + BT + sjekk av proteinuri Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden
	28	SF-høyde + BT + sjekk av proteinuri Hb Rh-negative: Sjekk antistoffer og gi Anti-D Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden
	32	SF-høyde + BT + sjekk av proteinuri Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden Amming
	36	SF-høyde + BT + sjekk av proteinuri Kontroll av leie. Hvis mistanke om seteleie, henvis til ultralyd og vurdering av utvendig vending. Rh-negative: Ny antistoffkontroll for og eventuelt. 2. dose Anti-D Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden
	38	SF-høyde + BT + sjekk av proteinuri Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden Kontroll av leie
	40	SF-høyde + BT + sjekk av proteinuri Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden Kontroll av leie
	41	SF-høyde + BT + urinstiks for proteinuri Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden Kontroll av leie Henvis til overtidsvurdering- induksjon etter 41 uker
Innholdet bør tolkes i tråd med de fullstendige retningslinjene for svangerskapsomsorgen og vurderes i forhold til den enkelte gravide		

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

Gravide Nøff og dr. Brumm

AV ELISABETH SWENSEN

... han (Nasse Nøff) kunne høre, litt engstelig, hvordan det suste og bruste i tretoppene.

– Tenk om et tre veltet og vi var rett under det, sa Nasse Nøff.

– Tenk om det ikke veltet, sa Brumm da han hadde tenkt seg om en stund.

Nøff følte seg trøstet ved det.

Tre av fire gravide kvinner opplyser til den nasjonale mor-barn-undersøkelsen at de har endret kosthold etter at de ble gravide. Tjue prosent har lagt om kostholdet i betydelig grad.

Det forteller oss at gravide kvinner er opptatt av å gjøre det de tror er best for barnet. Det forteller antagelig også at de bruker mye tid og energi på å ikke spise feil mat. (1)

Tjue prosent av de gravide forteller til den samme undersøkelsen at de er svært redde for å føde, og ti prosent har diagnosen fødselsangst.

«Dette er et samfunnsproblem» sier prosjektleder Per Magnus, og sier at helsepersonell må «sette inn tiltak der det trengs slik at de gravide kan få det bedre». En ny britisk undersøkelse antyder at mer enn ti prosent av de gravide er deprimerte.

Fra Folkehelsa får vi samtidig vite at kurven for perinatal dødelighet har flatet ut og at «den perinatale dødeligheten i Norge er nå så lav at man ikke kan forvente noe særlig videre fall.»

Hvor myk må en myk ost være før den blir farlig?

Hvis Nasse Nøff mot formodning og alle naturlover hadde vært gravid, ville han for eksempel bekymret seg for størrelsen på ørreten de fikk servert (i serveringsstykker!) sist han var til middag hos slektningene fra Valdres, forskjellen på pasteurisert og upasteurisert melk (noe med koking?), om salami er rått kjøtt (enda den ikke ligner på kjøtt i det hele tatt), og om det likevel kan være blåmuggost i salatdressingen han kjøpte selv om det ikke fremgår tydelig på flasken. Og er ikke alle oster litt myke, egentlig?

Professor i kognitiv psykologi Karl Halvor Teigen bruker den lille innledende snutten om Nasse Nøff og Ole Brumm for å illustrere forskjellen på det risikoforskeren Lola Lopes kaller *sikkerhetsmentalitet* og *mulighetsmentalitet*. «En sikkerhetsorientert person vil legge mest vekt på risikoen og hvordan den skal kunne forebygges og forhindres. (...) Den mulighetsorienterte er mer opptatt av hvilket positivt potensial som ligger i situasjonen.» (2)

Vårt problem som veiledere og hjelpere i forhold til de gravide kvinnene er den gjensidige sikkerhetsmentaliteten som er innebygget i kontrakten. De gravide er engstelige. Vi er engstelige. Indikatorer for kvalitet og tilsyn med tjenesten er basert på samme premiss. Nye og bedre retningslinjer endrer ikke dette forholdet. Media lever av angsten for det som kan gå galt – for pasienter og leger. Kan man tenke seg en svangerskapsomsorg i regi av helsevesenet som bygger på en mulighetsmentalitet? Det er liten tvil om at dagens gravide trenger all den optimistiske mulighetsorientering de kan oppdrive. Verden er tiltagende utrygg, menneskene er ikke snille med hverandre, naturen er i ferd med å gå av hengslene. Fosteret der inne i det beskyttede mørket representerer håpet og fremtiden. Føler den vordende mammaen seg sterk og kompetent nok til å beskytte barnet? Frem til fødselen? Etterpå?

Den gode vilje

Kunnskapsbasert yngelpleie anno 1951: Tre fete, fornøyde, nakne småbarn (undertegnede og to yngre brødre) sitter med solbriller på et teppe foran en diger UVA/UVB-kanon, en såkalt «høyfjellssol». Vi ble samvittighetsfullt bestrålt med ultrafiolett lys to til tre kvelder i uken i vinterhalvåret. Mine foreldre var et moderne, optimistisk etterkrigspar som på denne måten omsatte ny viten om sammenhengen mellom D-vitaminer og sollys i praktisk barneoppdragelse. Det er ikke annet å lære av dette enn at tidene skifter. Jeg tror fortsatt jeg hadde godt av behandlingen.

Alle sannheter går ut på dato. I kunnskapsbasert medisin er målsettingen en praksis basert på «best tilgjengelige kunnskap».

Det er riktignok billig moro å harselere over en del av det som står på listene fra Folkehelsen, Mattilsynet og Helsedirektoratet over nei-mat: stor fisk som har levd **hele sitt liv** (min uth.) i ferskvann, gravlaks som er gått ut på dato (hvem i all verden kjøper sånt?) samt gravlaks som *ikke* er gått ut på dato, selkjøtt fra Vest-isen og myke oster, men ikke alle. Likevel og alvorlig talt: Er det farlig så er det farlig. Myndighetene skal stimulere til forskning og ny kunnskap. Dernest er det deres forbannede plikt å gjøre resultatene av forskningen kjent. Det er reaksjonært å være motstander av ny kunnskap. Vi har heller ingen grunn til å stille spørsmål ved validiteten av kunnskapen om sammenhengene mellom helserisiko og bestemte matvarer. Spørsmålene vi som praktiske utøvere må stille er knyttet til relevans og kvantifisering:

- Hvor stor fare er det egentlig for uønsket utfall (sykdom og død hos mor/barn) ved evt. å utsette seg for nevnte risikofaktorer?
- I hvilken grad skal kunnskapen gjøres tilgjengelig?
- Bør den omsettes til brosjyrer og veiledere for allmennheten?



«Det er gjort få undersøkelser om betydningen av ernæring i svangerskapet. Vi vet i dag ikke nok om hvilke ernæringsråd vi skal gi til gravide kvinner» står det i redegjørelsen fra mor-barn-undersøkelsen på Folkehelsas nettside. Hm.

Don't you eat the yellow snow

Kritiske lesere vil ikke finne en eneste krenkende eller skremmende formulering i de autoriserte kostrådene for gravide. Man finner velskrevet, overbevisende og mest om viktigheten av å leve sunt, spise grønt, velge det magre alternativet samt supplere med vitaminer. Deretter står det opplyst hva gravide bør unngå. Språket er lavmælt og nøkternt. Problemet er leseren. Underteksten som lyser mot den gravide og redde Nasse – i ildskrift! – handler om Det Forferdelige Som Kan Skje.

Fagfeltet heter risikopersepsjon. Det er – i tillegg til forskning på compliance – noe av det mest spennende man kan interessere seg for som allmennlege. Risikopersepsjon omhandler – litt forenklet – noe så elementært som at det oftest er forskjell på objektiv risiko og subjektivt opplevd risiko. Denne erkjennelsen synes nærmest fraværende når man i forebyggende øyemed omsetter kunnskap om risiko til informasjon om risiko. I denne teksten eksemplifisert ved «farlige matvarer» for gravide. Professor Teigen skriver «Man lærer ikke så mye om menneskelig tenking av folk som er enige i at $2 + 2 = 4$. Det blir straks mer interessant om noen påstår at det blir 5. De har i alle fall tenkt selv, og kan kanskje sette forskeren på sporet av *hvordan* de tenker.»

Den opplevde risikoen er avhengig av mange psykologiske faktorer og mekanismer, skriver Teigen. To av de mest relevante for vår målgruppe, de gravide kvinnene, er *opplevelsen av kontroll* (eller mangel på kontroll) og det han kaller «*katastrofisk potensial*» (hvor galt det kan gå). Derfor er mange av oss reddere for å fly enn for å kjøre bil. For de gravide er maten noe de kan (forsøke å) kontrollere. Konsekvensene omhandler det dyrebare barnets ve og vel. Kostbrosjyrens lavmælte antydning om at det finnes matvarer som inneholder *giftige stoffer* som er *farlige for barnet* blir derfor potente på en helt annen måte enn den objektive risikoen gir grunnlag for.

Intuitiv kompetanse

Autonomi handler ikke bare om at den gravide har valgmuligheter, men at hun også kan tilskrive seg selv ekspertise på sin egen graviditet og sin egen kropps signaler (3).

Prosjektleder for mor-barn-studien Per Magnus sier altså at helsepersonell må sette inn tiltak der det trengs slik at de

gravide kan få det bedre. Forsøket med såkalt «fødselskart» (for å øke forutsigbarheten ved fødselen) var mislykket og førte i verste fall til at gravide ble reddere av mer kunnskap. Tiltak er i det hele tatt et vanskelig begrep når angsten først er skapt. Tiltak skaper kanskje mer angst fordi tiltak i seg selv signaliserer til den redde at «her må noe gjøres, ergo er det fare på ferde».

Det var mye galt med min mor, men hun hadde stor tro på sin intuitive kunnskap om graviditet, fødsel og yngelpleie. Den slo til. Som eldste barn husker jeg fortsatt med glede hvordan hun gikk gravid med mine yngre søsken og fødte hjemme med stor festivitas (og i kjølvannet fulgte husmorvikar med blått forkle og gode middager). Hun ga meg tillit til at det faktisk finnes en slik intuitiv kompetanse. Jeg kaller det min fødselsgave. I samtaler med mine gravide pasienter prøver jeg å formidle den erfaringen: «Dette er du skapt for. Kjenn etter. Ha tillit til at kroppen din forvalter en kunnskap du ikke behøver å ha full oversikt over eller redegjøre for. Svangerskapet og barnet ditt er naturens høyeste prioritet.» Jeg deler ikke ut brosjyrer dersom de gravide ikke eksplisitt ber om det. Jeg advarer mot å lese på nettsidene for gravide. De gravide med særlige behov eller risiko får selvsagt tett oppfølging og skreddersydd tilbud. Jeg følger det fastsatte opplegget for svangerskapsomsorgen etter boka. Likevel er målsettingen at alle de gravide skal myndiggjøres som kompetente for oppgaven før eventuell risiko blir fokusert. («Myndiggjøring» er et begrep jeg har lært av min gode kommunalsjef. Hun sier sjelden «delegere».)

Spørsmål til leseren

Hvor er dr. Brumm når Nasse trenger ham? Og hvem skal gi dr. Brumm ryggdekning dersom treet faktisk faller?

Litteratur:

1. www.fhi.no
2. Teigen K H. Hvordan bedømmes risiko og sjanser i hverdagen? i Thelle D (red). På den usikre siden. Cappelen, Oslo 2001
3. Solberg B. Den nye bioteknologiloven og de gamle alderskriteriene. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2741–3

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@online.no

Sykemelding av gravide

– vanskelige grenseoppganger

AV JANNIKE REYMERT

Å skrive ut sykemeldinger krever ofte at vi forholder oss til vanskelige (umulige?) avveier. Pasientenes forventninger og krav overveler oss, av og til provoserer de oss ganske kraftig. Trygdereglene føles som en tvangstrøye som overhodet ikke passer når vi må finne smidige løsninger. Våre egne mer eller mindre moralske oppfatninger av hva som er riktig er ofte så diffuse og ubehagelige å sette ord på at vi vel ofte fristes til å skrive noe som er en «halvveisløsning» i den forstand at alle involverte parter «får litt av det de forventer hver».

Vi har laget fem kasuistikker og bedt om en kommentar på dem fra Atle Klovning, allmennlege i Bergen (mer om ham annetsteds i dette nummer) og Per Fløystad, arbeidsmedisiner fra 1994 og rådgivende lege i trygdeetaten i Oppland fra 1991, med nåværende arbeidssted Gjøvik. Styremedlem i Norsk Trygdemedisinsk Forening (NtmF) siden 1998. Kasuistikkene har vært drøftet med to av hans kolleger i styret i NtmF.

KASUISTIKK 1



29 år gammel førstegangsgravid kvinne i uke 33. Hun bor i en større by der det er sykehus med fødeavdeling. Ukependler til et lite sted 12 mil og en ferjestrekning unna hjemstedet. Her bor hun på en trang hybel, mannen bor i heimbyen. Svangerskapet er ukomplisert. Hun ber nå om sykemelding fordi hun ikke lenger orker å pendle og være alene på hybelen om kveldene. Hun sier dessuten at hun er redd for at fødselen skal starte når hun er så langt fra sykehuset. Selv om det bor andre kvinner på dette lille stedet som har like lang reiseavstand til sykehuset føler hun seg utrygg på å være der på slutten av svangerskapet.

ATLE KLOVNING:

Det er fire uker til svangerskapspermisjonen, og svangerskapet har forløpt normalt hittil. Her ville jeg forsøkt å trygge henne på at det er andre gravide på det lille stedet som har gått i fødsel, og det har gått helt fint. Det er ikke lenge igjen nå til permisjonen, og i dialog med den gravide vil jeg prøve å trygge henne på situasjonen, eventuelt i samarbeid med jordmor. Alternativt kunne hun velge å ta ut svangerskapsenger tidligere – jeg synes alltid det er vanskelig, men nødvendig å diskutere hvorvidt den gravidens plager er mer enn såkalt «normale svangerskapsplager» og om hun har rett på sykemelding, spesielt siden det ikke er sykdom som er hovedproblemet her.

Sykemelding? Nei.

PER FLØYSTAD:

Siden vilkåret for sykemelding pga. graviditet er «komplikasjoner som går utover de normale symptomer/plager i et svangerskap» kan hun ikke sykmeldes pga. en ukomplisert graviditet. Hun er frisk ellers. Situasjonen kan ikke løses med sykemelding. Hun har alternativt anledning til å starte fødselspengeperioden allerede nå (fra 12 uker før termin). Kan mannen pendle andre veien med fleksible arbeidstidsordninger de 4 ukene det dreier seg om? Det fremgår ikke noe om bedriftens eller arbeidets art. Det er derfor i kommentaren tatt som utgangspunkt at tilrettelegging i forhold til stressmomentet – ukependlingen – ikke er mulig (d.e hovedkontor/avdeling i hjembyen med omplasseringsmulighet, hjemmekontor eller liknende). Ukependlingen er vel neppe heller en arbeidsmiljøfaktor – som kunne omfattes av svangerskapsenger.

KASUISTIKK 2

32 år gammel kvinne, gravid i uke 27, ukomplisert svangerskap. To barn på to og fire som ofte er syke, mannen er oljearbeider og er tre uker borte, to uker heime. Hun har i tillegg syke foreldre som krever mye oppmerksomhet. Hun arbeider som barnehageassistent. Hun har ingen objektive plager men ber om sykemelding fordi hun er sliten av sin totalsituasjon.



ATLE KLOVNING:

Her vil jeg vurdere hennes totalsituasjon og i hvilken grad belastningen er så stor at hun ikke er arbeidsfør. Mange småbarnsforeldre har en tøff totalsituasjon, hun har ansvar for foreldrene som er syke og sliter selv trolig med søvnvansker og slitenhet. Sykmelding kan derfor være den eneste måten å hente seg inn på. Jeg ville i så fall drøftet med henne at sykmeldingen er ment som et «kortvarig» tiltak, og be henne komme i dialog med arbeidsgiver i forhold til tilrettelegging av arbeidet. Jeg mener at vi som leger bør være mer aktive i prosessene overfor arbeidsgivers tilrettelegging.

Sykmelding? Vurdere korte sykmeldinger underveis i svangerskapet, vektlegge arbeidsgivers tilrettelegging.

PER FLØYSTAD:

Hun har ikke svangerskapsplager som gir grunnlag for sykmelding. Hvis barna er syke, kan hun være hjemme med omsorgspenger. Hvis en skulle tenke avlastning ved sykmelding på grunn av belastning ved mannens fravær eller de syke foreldrene – blir det Z- diagnoser i ICPC som avvises i trygden. Noen leger vil definere «slitenhet pga. totalsituasjon» inn under annet kapittel i ICPC, og trygdekantorene vil oftest ikke avvis sykmelding pga. disse – da man antar at legen da bruker sin «klokskap og beste skjønn» (som det står i rundskrivene). Alternativet kan være avlastning av totalsituasjonen ved uttak av fødselspenger fra uke 28, eventuelt gradert (trygdekantoret kan informere).

KASUISTIKK 3

Gravid lærer i 30. svangerskapsuke. Hun har siste året slitt med en arbeidskonflikt der hun føler at rektor motarbeider henne og nå har konflikten tilspisset seg slik at du gir henne to ukers sykmelding. Etter de to ukene er hun ikke lenger fortvilet og frembyr god psykisk styrke. Hun er nå fast bestemt på å ikke gå tilbake til arbeidsplassen i dette svangerskapet og sier hun regner med å bli overflyttet til annen skole i kommunen etter fullført svangerskapspermisjon. Hun ber derfor om sykemelding for resten av dette svangerskapet.

ATLE KLOVNING:

Her vil jeg tydeliggjøre overfor trygdekantoret at det foreligger en arbeidskonflikt dersom jeg skulle sykmeldt, og at det er behov for et snarlig basismøte for å avklare hva arbeidsgiver kan gjøre i forhold til tilrettelegging for denne gravide kvinnen. Jeg ville brukt tid på å støtte henne i dialogen med arbeidsgiveren, og i første omgang ikke sykmeldt. Sykmelding? Nei, men i alle fall sørge for basismøte om sykmelding blir eneste utvei i denne konsultasjonen.

PER FLØYSTAD:

Vilkåret for sykmelding er «arbeidsuførhet på grunn av klar sykdom». Hun synes ikke klart syk eller arbeidsufør nå. Det er mye uavklart her som kun kan avklares på arbeidsplassen. Dette kom antakelig fram ved første konsultasjon. Både arbeidstaker og arbeidsgiver må etter nye sykmeldingsregler inn i slik dialog. Skoler er ofte IA-bedrifter. IA-rådgiver kan evt. bistå på arbeidsplassen. Kan hun vikariere på en annen skole i kommunen? Hun kan alternativt starte uttak av fødselspenger.

KASUISTIKK 4

Gravid sykepleier som jobber på en ortopedisk avdeling som nattevakt. Hun er nå i svangerskapsuke 24. Hun må ta mange tunge tak om natta og har fått ryggsmertor som forverres etter en nattevakt, bedres når hun har fri noen dager. Hun har snakket med avdelingssykepleier om dette og denne har tilbudt dagvakter med mindre tunge løft. Dette kan hun imidlertid ikke ta imot da hun har et barn på tre som mangler tilsyn mens hun eventuelt skulle vært på dagarbeid. Hun ber derfor om sykemelding.

**ATLE KLOVNING:**

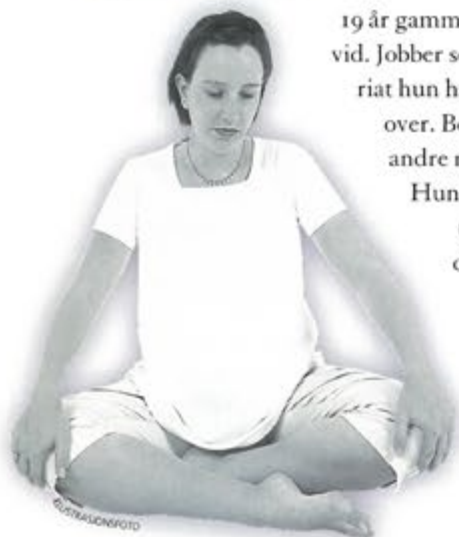
Her har arbeidsgiver presumptivt gjort sitt i forhold til tilrettelegging i forhold til skiftarbeid. Finnes det en sykehusbarnehage som kan bistå, eller kan hun eventuelt ordne barnepass på annet vis, så vil det være en løsning for dagtidsjobbingen. Alternativt vil hun måtte fortsette med nattevakter og forpliktet arbeidsgiver til å tilrettelegge, alternativt vurdert aktiv sykmelding. Dersom arbeidsgiver ikke kan tilrettelegge, ville jeg i stedet brukt Arbeidstilsynets skjema for tilrettelegging for gravide, hvor arbeidsgiver må erklære om de kan tilrettelegge eller ei. Dette fører da til at hun får svangerskapspenger. Beste løsning ville vært at hun beholdt turnusen, og at arbeidsgiver måtte tilrettelegge i forhold til denne, for eksempel med ekstra bemanning.

Sykmelding? Nei, men støtte kvinnen i å forplikte arbeidsgiver.

PER FLØYSTAD:

Arbeidsgiver har tilrettelagt adekvat, og hun er utfra helsemessige betraktninger arbeidsfør i forhold til den nye stillingen. Hennes bidrag i tilretteleggingen må bli å prøve å løse det sosiale problemet knyttet til omsorg for treåringen. Hun har den samme utfordring som alle familier med barn – behov for dagmamma eller barnehage.

KASUISTIKK 5



19 år gammel kvinne, 22 uker gravid. Jobber som renholder i et vikariat hun har i fire måneder fremover. Bor på et lite sted med få andre muligheter til å få jobb.

Hun klager over ryggsmarter og ber om sykmelding, etter to uker er situasjonen uforandret og hun legger ikke skjul på at hun regner med full sykmelding videre da en venninnen har overtatt vikariatet som renholdsvikar.

ATLE KLOVNING:

Dette er en vanskelig situasjon for mange av oss. Jeg føler her et sterkt ubehag ved at den gravide «avtaler» med venninne, og arbeidsgiver «slipper» her å tilrettelegge og får til og med servert en vikar. Alle tre parter er fornøyde, under forutsetning av at jeg sykmelder den gravide. Jeg kommer i et dilemma, og vil føle meg presset til å sykmelde, og må ta ubehaget med å ta dette opp med den gravide. Skal jeg sykmelde for å unngå ubehaget, eller skal jeg forklare at jeg ikke kan det? Jeg ville valgt det siste, men det krever tid å skape en empatisk og pasientsentrert ramme rundt diskusjonen. På den andre siden vil graden av arbeidsuførhet på grunn av ryggsmarter være avgjørende for retten til sykmelding. NSAIDs er kontraindiserte i svangerskapet, paracetamol kan trygt brukes.

Sykmelding? Nei, men vurderer i forhold til ryggsmertene.

PER FLØYSTAD:

De subjektive klagen må suppleres av leges kliniske vurderinger for å vurdere løpende om pasienten er arbeidsufør på grunn av sykdom. Sykmelding kan skrives ut for 14 dager av gangen. Hun er vel i behandling, og kan bli bra. Hvis ikke, og det er klart relatert til tunge belastninger i jobb, blir det spørsmål om tilrettelegging. Jobbtype og graviditet gjør vel at det er lite tilretteleggingsmulighet. Svangerskapsenger kan være aktuelt.

PER FLØYSTAD:

Vi diskuterer her medisinsk praksis rundt sykmelding av gravide – men dette handler også om forvaltningspraksis. Hvilke sykmeldinger godtar trygdeforvaltningen? Det vil påvirke legers praksis – som ikke utvikles i et vakuum. Når det gjelder grensedragning mellom normale svangerskapsplager og komplikasjoner «utover det normale» i et svangerskap er trygdens retningslinjer slik at dette overlates fullt ut til sykmeldende leges skjønn. Oppfølging av sykmeldte gravide har av denne og andre grunner ikke fått samme prioritet som oppfølging av sykmeldte generelt i trygden. Det betydelige innslaget av sosiale og ikke-medisinske forhold i kasuistikkene kan tilsi at oppfølging i trygden, tilbakemelding og gjensidig praksisutvikling mellom trygd og leger likevel bør finne sted på dette området.



Avsluttende kommentarer:

ATLE KLOVNING:

Rent generelt vil jeg si at om jeg skulle besvart disse kasuistikkene basert på teksten alene, ville svaret mitt blitt som det ovenstående. Men om du ser hva jeg i virkeligheten gjør i min praksis, ville jeg nok ha hatt vansker med å ikke sykmelde flere av dem. Dessuten fremkommer det i konsultasjonen mye mer informasjon enn kasuistikkene gir, som for eksempel kroppspråk, taus kunnskap og lignende som er med på å styre utfallet av konsultasjonen.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@online.no

AVANDIA er nå godkjent i kombinasjon med sulfonylurea og metformin!

Nyhet!

**Redusere
insulinresistens**

Avandia på blå resept
- betyr ikke at alle pasienter kan få det



GlaxoSmithKline
www.gsk.no

AVANDIA
rosiglitazon
- REDUSERER INSULINRESISTENS

Disse refusjonskriteriene må være oppfylt for at dine pasienter kan få Avandia på blå resept etter § 9 pkt. 5 d.

- | | |
|--|--|
| I Avandia refunderes kun som kombinasjonsbehandling, | III og kun til de pasienter hvor alternativ behandling ville vært insulin, |
| II og bare til pasienter som ikke oppnår en tilstrekkelig sykdomskontroll med en kombinasjon av metformin pluss sulfonylurea eller får uakseptable bivirkninger med metformin-, sulfonylureapreparater eller en kombinasjon av disse, | IV og skal kun forskrives av leger som har utstrakt erfaring med behandling av type 2-diabetes mellitus |

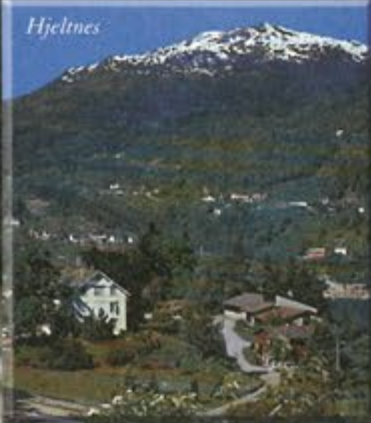
For legen

Referanser og FK-tekst: s. 47



Olav H. Hauge

Hjeltnes



ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

«Du bur under bergfall»

Katastrofer – skyld og ansvar

AV IVAR SKEIE

UNDER BERGFALLET

Du bur under bergfall.
Og du veit det.
Men sår din åker
og trør trygt ditt tun
og lèt dine born leika
og legg deg
som inkje var.

Det hender,
når du stør deg til ljåen
ein sumarkveld,
at augo sviv som snarast
yver bergsida
der dei segjer
sprekken
skal vera,
og det hender
du vert liggjande vaken
og lyda etter
steinsprang
ei natt.

Og kjem raset,
kjem det ikkje uventa.
Men du tek til å rydja
den grøne boti
under berget
– um du då har livet.

bergfall: fjellside som kan rase ut. boti: jordlappen

Olav H. Hauge,
1951

Grunnleggende er mennesket et dyr, men som art har det moderne *Homo sapiens* noen særtrekk som skiller oss fra andre skapninger. Vi er sannsynligvis den eneste arten som kan reflektere over våre eksistensielle livsbetingelser, og som har en erkjennelse av at vår levetid som individer er begrenset. Og, beslektet med dette, har vi evnen – innen visse grenser – til å organisere våre liv, individuelt og kollektivt, på en måte som ikke er entydig bestemt av våre genetiske forutsetninger.¹ Vi skal alle dø, det er den uavvendelige rammen rundt våre liv. Det kan selvsagt gi grunn til bekymring, angst og depresjon, og kanskje fortrenghing, men er like fullt vår sikre skjebne. Denne erkjennelsen kan man i prinsippet møte på tre måter, man kan «glemme» den – prøve å leve som om denne forutsetningen for livet er opphevet – eller man kan ta den inn over seg i en slik grad at den formørker livet ved at livet brukes til å vente på og grue seg for døden, eller man kan – og det er vel det beste – prøve å forholde seg til dette faktum på en realistisk måte, leve livet som best man kan og ta døden som den naturlige avslutning på livet.

I vår moderne tid fins det en tendens til å fortrenge at vi mennesker tross alt er sårbare skapninger, og at det ligger i livets natur at livet er «ei skjør greie». Dypere sett kan dette ha sammenheng med en overflatisk og forenklet oppfatning av hva «det moderne prosjektet» de siste hundreårene har dreid seg om. Med det «moderne prosjektet» mener jeg her den samfunnsmessige utviklingen som startet i den vestlige verden etter renessansen, særlig utviklingen innen vitenskap, teknologi og økonomi de siste 150 år. Den vitenskapelige utviklingen fra siste del av 1800-tallet til i dag har vært enorm og revolusjonerende, også innen medisinen. Utviklingen av moderne anestesi og kirurgi, oppdagelsen

av antibiotika og vaksiner, av DNA og etter hvert kartleggingen av genomet og mulighetene for genteknologi, er noen sentrale stikkord. Slike gjennombrudd har gitt opphav til en – ofte «ubevisst» og ikke uttalt – oppfatning av at moderne vitenskap og teknologi kan sprengte de naturgitte og eksistensielle rammene for menneskelig eksistens. De mest «optimistiske» ser til og med for seg en teknologisk ungdomskilde som kan gi oss muligheten for – om ikke «evig» liv – så i alle fall et liv av svært mye lengre varighet enn det vi hittil har hatt som utsikt. Slike forestillinger gir assosiasjoner til idéer om å skape det «perfekte» eller «ideelle» menneske eller samfunn, der mennesket selv er herre over alle forutsetninger og rammer. I vår medisinske hverdag merker vi dette gjennom at fokus – både hos pasienter, legemiddelindustri, myndigheter og også oss selv – i stor grad flyttes fra sykdom til risiko for sykdom. Nå er det selvfølgelig ingen dum idé å forebygge sykdom – hvis man kan – men det er problematisk hvis våre og pasientenes tanker i for stor grad kretser rundt muligheter og risiko for framtidige katastrofer framfor å fokusere på faktisk sykdom og å leve livet som best man kan her og nå.

Idéen om «full kontroll»

Ei side ved denne måten å betrakte våre livsbetingelser på – idéen om at «vi», «samfunnet», «staten» egentlig skal ha kontroll på alt – er oppfatningen av at noe må være «feil» når ulykker, katastrofer og for eksempel alvorlig sykdom inntreffer. Og når «noe er feil», er det nærliggende å tenke at «noen har gjort en feil», noen har ansvaret og skylda. Hvis man tenker slik, blir det vanskelig å godta at ulykker, katastrofer og alvorlig sykdom er noe som vi alltid vil bli rammet av, selv om vi bygger opp de mest utpekerte og skarpsindige forebyggende tiltak. Når slike katastrofer inntreffer, røkkes det ved forestillingen om at vi i vår «moderne» tid kan kontrollere og regulere alle sider ved livet. De minner oss om at vi jo ikke har og ikke kan ha en altomfattende kontroll over våre livsbetingelser, og tap av kontroll eller snarere *følelsen av kontroll* provoserer gjerne angst. Jakten på synderen kan være uttrykk for en slik «eksistensiell angst» – individuelt og kollektivt. Og det å finne synderen, «den ansvarlige», kan lett ta fokus bort fra det å gjøre den beste innsats for å begrense skaden og å forsone ofre, etterlatte og samfunn med det som har skjedd.

Blind uflaks eller menneskelig feil?

Nå betyr dette selvfølgelig ikke at det ikke kan ligge viktige elementer av individuelt eller politisk og samfunnsmessig ansvar bak ulykker, katastrofer og alvorlig sykdom. Grensegangen mellom «blind uflaks» og «menneskelig feil og ansvar» kan være vanskelig å trekke. Konsekvensene av et jordskjelv blir større hvis forskrifter om armering i bygninger er brutt pga. korrupsjon eller fattigdom, antallet



«Tenkeren» av Rodin.
MUSEE RODIN

flomofre i Sørøst-Asia i desember 2004 ville kanskje vært lavere med et varslingsystem slik som i Stillehavet, befolkninger som er underernært og utslitt pga. krig og fordrijving er mer utsatt for epidemier osv. Og selvfølgelig forekommer det medisinske feil, både på system- og individuelt nivå, som kan få alvorlige konsekvenser. Slike feil bør det være åpenhet om, og man bør lære av dem. Og det kan være naturlig og bra at slikt «menneskelig ansvar» kan få både politiske og juridiske konsekvenser.

Men ofte er forholdene mer sammensatte og grensene vanskeligere å trekke. I Japan og California utstyres man høybygg med gigantiske fjæringssystemer i fundamentene for å ta av for jordskjelv. Slikt er det vanskelig å tenke seg i fattige iranske byer. Man kan kanskje i etterpåklokskapens klarsyn kritisere mer eller mindre fattige land rundt det indiske hav – eller kanskje verdenssamfunnet – for at det manglet et varslingsystem i desember 2004, men for meg er det ikke innlysende at det var dette disse landene burde ha prioritert sine begrensede midler på de siste ti åra. Og fra den medisinske verden; som leger vet vi bare alt for godt at vi i våre daglige vurderinger ikke alltid kan velge mellom klare alternativer – svart og hvitt – men må forholde oss til det sammensatte og uklare – virkelighetens forskjellige gråtoner. Og det ligger i den medisinske metoden, den rasjonelle måten å forholde seg til verden på, at våre vurderinger ikke alltid kan gi et korrekt bilde av virkeligheten. Noen ganger kan en feildiagnose være «en menneskelig feil» – «legen burde ha visst bedre» – andre ganger kan den



være resultatet av en tilfredsstillende vurdering av de tilgjengelige fakta. Bare en konkret vurdering av det enkelte tilfelle vil kunne avgjøre det.

Flomkatastrofen

Flomkatastrofen i det indiske hav i desember 2004 kastet et skarpt lys på flere sider av den moderne verdens forhold til katastrofer og skyld. Ikke minst er medias rolle verdt å tenke gjennom. I moderne medias verdensbilde er det gjerne tre roller som går igjen, og som fordeles når dramatiske ting skjer: offerets, heltens og skurkens. Her hjemme ble fort norske myndigheter «skurken», som ikke var forberedt og som håndterte krisa for dårlig. Nå skal myndighetenes rolle granskes – og viktige lærdommer kan sikkert trekkes – men for meg var det en illustrerende opplevelse å se Dagsrevyen den dagen Kipos la fram lista over norske savnede. Som alle husker krympet denne lista fra flere hundre til under hundre i løpet av en dag eller to. Den naturlige reaksjon på dette burde jo ha vært en svær lettelse over at så mange så fort kunne erklæres utenfor fare. Men Dagsrevyen presterte i samfulle 40 minutter å kjøre en ensidig kritisk vinkling mot myndighetene som hadde lagt fram «en så unøyaktig og dårlig liste». Det var så man kunne få en følelse av medias «skuffelse» over at «kanskje tusen døde» skrumpet til under hundre, og at det ikke var snakk om norgeshistoriens største katastrofe, men kanskje nr. fire, fem eller seks målt etter tallet på dødsofre.

Et annet poeng når det gjelder mediedekningen: Ville denne katastrofen – som krevde over 200 000 dødsofre – fått samme medieoppmerksomhet dersom turistområdene i Thailand ikke var blitt rammet? Noen år tidligere ble Bangladesh rammet av en flom som antakelig krevde like mange eller flere dødsofre, men reaksjonen i vesten var en ganske annen så lenge ikke «våre» var blant ofrene. Nå er

ikke dette ment som en kritikk av vestens hjelp og støtte denne gangen, men det gir like fullt grunnlag for å reflektere over «oss» og «de andre».

Sorg

I nr. 6/2005 av Tidsskrift for den norske lægeforening drøftes ulike helsemessige sider ved flomkatastrofen. Noen av forfatterne er kritiske til den rike verdens håndtering av katastrofer i den fattige verden² og den overdrevne frykten for etterfølgende helseproblemer³. Blant leger – ikke minst allmennleger – har særlig det opplegget for krisebearbeiding som helsemyndighetene la opp til, som bl.a. la opp til at fastlegene aktivt skulle kontakte alle hjemvendte fra flomområdene – vakt debatt. I to artikler drøftes disse spørsmålene^{4,5}. I januar gikk det en heftig debatt om disse spørsmål på det medisinske debatt-nettstedet Eyr. Hva skal myndigheter og helsevesen organisere i slike situasjoner, og hva skal overlates til folk sjøl og deres naturlige nettverk? Elisabeth Swensen skrev et innlegg der hun reflekterte over legerollen i sorg og kriser på bakgrunn av egne erfaringer i møte med pårørende og lokalmiljø etter drapet på en ung jente fra bygda.

I dag snakket jeg med moren hennes. Vi var enige om at jeg skulle si til mine kolleger at det er viktigere for folk å få hjelp til å ta seg sammen enn å bli oppfordret til å tenne enda flere lys, tegne enda flere tegninger og gråte enda mer. Til og med det å ta seg sammen er blitt skandalisert som begrep. Helsedirektoratet m.fl. tror det er bra å snakke om sorgen. Kanskje. Den antagelsen skriver seg fra Freuds teorier som altså sprang ut av Victoriatidens tabuiserte taushet. For oss som lever i en intimisert offentlighet med omfavnelser i stedet for håndtrykk og et umettelig krav om åpenhet, kan det være like terapeutisk å bli minnet om retten til å trekke seg tilbake og holde kjeft.

Odd Børretzen har skrevet et nytt dikt nå, om at livet er skjørt og alt blir til støv. Uansett. Leger bør jobbe for at den erkjennelsen holdes levende i kulturen. «Life is hard and then you die» som Tom Waits synger. Det verken kan eller bør lages sentrale retningslinjer for «sorgarbeid» (et forferdelig begrep skapt av de som lever av den slags). Uansett forskning og «forskning» finnes det ingen andre universelle sannheter om sorg enn at mennesket er skrudd sammen for å takle også det grusomme (ellers ville arten vært utdødd for lengst). Dette ikke for å underkjenne det empatiske og moralske imperativet om å bry seg. Men måten, metoden, må være tilpasset både den enkelte og skikkene der man ferdes i tid og rom. I Flatdal er det f.eks. vanlig at hele bygda går i gravferd, det er til og med integrert i kommunens håndheving av permisjon til den slags. Til gjengjeld er det mindre klemming og færre ord.

Et apropos mht forskning og «forskning»: Dagbladet skrev i fjor at foreldre på bygdene er mindre kjærlige enn foreldre i byen. Utgangspunktet var en undersøkelse der forskere hadde kartlagt hvor mye foreldre «koste» med barna. Det er nærliggende å tro at forskerne her tok utgangspunkt i det de selv opplever som «koselig».⁶

Er det plass til dette perspektivet når myndighetene legger sine planer?

Stoikeren Seneca

Filosofen Jon Hellesnes har i to kommentarer i Klassekampen etter flomkatastrofen drøftet menneskets forhold til katastrofer og skyld⁷. Han trekker fram den romerske filosofen Lucius Annaeus Seneca (ca. 4 f.v.t – ca 66 e.v.t) som ut fra et «epikureisk stoistisk» standpunkt drøfter menneskets forhold til bl.a. katastrofer og brå død⁸. Hellesnes gjengir Seneca:

«Siktemålet er ikke berre at vi skal øve oss til å møte ulykene når dei kjem, men også at vi skal greie å kvitte oss med plagsame tankar når dagane er gode. Ei destruktiv blanding av håp og frykt har det dessverre med å forørke tilværet. Frå hans synsstad er det dei som enno ikkje har innstilt seg på det faktum at alt jordisk er forgjengeleg og at dei sjølve er dødelege, som er herja av depressiv frykt, og som ikkje startar med å leve før det er for seint. Dei som ikkje har øvd seg i å forhalde seg til livsens plager, men som prøver å skyve bort tanken på alt vondt, kan stadig bli tunge i hugen. Sjelsmørket deira kan også kome til å leggje seg over familiemedlemmene som ein trist skugge. Den som derimot – ved visse høve – går aktivt inn for å meditere over fælska, vil bli meir i stand til å ta inn over seg dei gode dagane. Og noko stort paradoks ligg det vel ikkje i det.»

Legens rolle

Hvor står så legen oppe i alt dette? Hva kan og skal vi gjøre, og hva skal vi la være? Er det fornuftig og naturlig at fastlegen aktiv skal kontakte alle som har vært i slike kriser? Jeg mener vi skal vise og signalisere at vi er der hvis folk trenger oss, men det er ikke vår oppgave å trenge oss på alle som har det vondt. En kollega sa nylig på et møte med trykdeetaten om oppfølging av sykmeldte: «Som ung og entusiastisk lege spurte jeg som regel de som kom med de myalgiske nakken, hva det egentlig var som gjorde at de hadde så vondt i nakken. Det har jeg sluttet med. Mange mennesker velger å leve vanskelige liv med konflikter, og vi må respektere deres valg. Kanskje fører det til at de får vondt i nakken, men det er lite legen kan gjøre for å gjøre deres liv lettere.»

Etter mitt syn kan legen – og ofte fastlegen – være en god samtalepartner i vanskelige stunder når kriser og katastrofer rammer. Men samtalen bør være på pasientens premisser. Oftest er det ikke behov for dyperegående psykiatrisk intervensjon, men en god, fortrolig samtale med en lege pasienten har tillit til. Og kanskje kan det være en trøst og en hjelp å sette fokus på at «mennesket (som andre dyr) er skrudd sammen for også å takle det grusomme». Kanskje



Lucius Annaeus Seneca

kan det også være en trøst – både for oss og for pasienten – som stoikeren Seneca å avfinne oss med våre grunnleggende livsbetingelser, nemlig at livet er endelig, og at vi bare i begrenset grad kan beskytte oss mot sykdom og katastrofer. Nå som i oldtida, uansett medisinske og teknologiske gjennombrudd. «Du bur under bergfall – og du veit det».

Referanser

- 1 Richard Dawkins: The selfish gene (1976, 1989), norsk utgave, Det egoistiske genet, Humanist Forlag 2002, kapittel 11, side 255–256.
- 2 Mads Gilbert: Myter og muligheter ved katastrofeinnsats, TDNLF nr. 6, 2005, side 711.
- 3 Preben Aavitsland: Lik smitter ikke, TDNLF nr. 6, 2005, side 713.
- 4 Øivind Ekeberg: Kriseintervensjon etter katastrofer, TDNLF nr. 6, 2005, side 714.
- 5 Bjørn-Inge Larsen, Bjørn Guldvog og Gunn-Elin Aa. Bjørneboe: Helsevesenets respons på flombølgekatastrofen, TDNLF nr 6, 2005, side 716.
- 6 Elisabeth Swensen: Om å ta seg sammen, Eyr 07.01.2005
- 7 Jon Hellesnes: Om livslengda og Katastrofe og ideologi, Klassekampen 08.01.2005 og 12.02.2005.
- 8 Lucius Annaeus Seneca: Epistulae morales ad Lucilium.

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

Korreksjon: Ved en inkurie ble Jan Schjøtt i innholdet kreditert forfatterskapet av forrige utgaves «Allmennmedisinske utfordringer». Korrekt forfatter her skulle vært Ola Nordviste. Utposten beklager denne feilen.

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



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

Lundbeck



Ebixa®
memantine

Ebixa®

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

For referanser og preparatomtale se side 33



Nasjonalt senter for distriktsmedisin

– et komplisert svangerskap og vanskelig fødsel

TORALF HASVOLD INTERVJUET AV ANDERS SVENSSON

Det har vært stille fra Nasjonalt senter for Distriktsmedisin etter Sommarøy-konferansen i mars 2004. Utposten har snakket med Toralf Hasvold, leder for NSD i Tromsø for å finne ut om stillheten er et tegn på alvorlig sykdom eller opplading før det store spranget.

Nasjonalt senter for Distriktsmedisin (NSD) ble etablert ved ISM i Tromsø sommeren 2004. NSD har frem til nå blitt finansiert fra en sekkepost i statsbudsjettet øremerket stimuleringstiltak. Dette har skapt usikkerhet og uforutsigbare forhold. Dette har forsinket fremdriften og tatt noe av energien fra prosjektet.

– Det viktigste som har skjedd er et møte med Sosial- og Helsedirektoratet i januar i år. SHdir har nå bekreftet at de ønsket å satse, noe som betyr forutsigbarhet og varig etablering. Vi håper å få inn NSD som fast post på statsbudsjettet, forteller Toralf Hasvold.

Direktoratet ønsker at Helse Nord skal gå inn som partner i NSD.

– Helse Nord har gitt signaler om at de ønsker å delta i arbeidet og saken skal behandles i styret i Helse Nord våren 2005. Nord-Norge vil nok være et tyngdepunkt, men det er viktig å huske på at helseforetakene har nasjonale oppgaver og Nasjonalt senter for Distriktsmedisin skal omfatte hele landet, fortsetter Hasvold.

Proessen med å ansette folk er i gang, til å begynne med i engasjementsstillinger, men Hasvold håper de kan bli permanente i 2006. For å sikre nasjonalt engasjement er de første stillingene som skal besettes de regionale koordinatorene. Disse fem deltidsstillingene skal arbeide med å få til lokale nettverk ut i landet «for å utnytte den kunnskap og erfaring som ligger der ute».

– Øverst på skrivebordet i 2005 er å få i gang en del forskningsaktivitet, fremfor alt helsetjenesteforskning og komparative studier om innholdet i allmennmedisin i distriktene. Arbeidet som gjøres nå er en grunnmur for forskningen i NSD. Etter hvert skal vi invitere andre forskere, sier Hasvold.

Trygve Deraas, tidligere fastlege i Tromsø i ti år er engasjert som prosjektleder i helsetjenesteforskning i Distriktsmedisin. I samarbeid med Helse Nord skal NSD bruke data fra SSB og SINTEF for å studere forskjeller i bruk av 2. linjetjenesten i by og land og studere pasientflyten fremfor alt i psykiatritjenesten. Hasvold planlegger også å rekruttere en samfunnsviter som skal arbeide med forskning på rekruttering av helsepersonell i distriktene.

Så Nasjonalt senter for Distriktsmedisin er i høyeste grad levende og det er fortsatt håp om at senteret skal kunne bli den kunnskaps- og erfaringsbase som allmennmedisin i distriktene sårt trenger.

Mer informasjon om

Nasjonalt senter for Distriktsmedisin finnes på www.distriktsmedisin.no

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

Dialog på dansk

AV HELEN BRANDSTORP



Terje Vigen

«Vi nærmer oss Danmark etter 191 års atskillelse!»

Terje Vigen, generalsekretæren i Den norske lægeforening, oppsummerte etter ett døgns intens dialogkonferanse i Tromsø i slutten av februar, og han fikk rungende latter som tilsvær fra salen. Primær- og sekundærhelsetjenesten i helseregion 5 støttet seg under konferansen til danske modeller og leger, nærmere bestemt ved Praksiskonsulentordningen og flere danske innledere fra regionen. Det var forsamlingen fornøyd med, hvis man skal tolke den varme responsen. Dialog var oppnådd, om enn med dansk aksent!

Dette var intet sutre-møte eller et sted der innbyderne (Helse Nord RHF) ville presentere svarene på forhånd. Terje Vigen sa til og med at folket i nord er best i landet på samhandling mellom nivåene! God respons fra salen på det også.

Finn Henry Hansen, direktør i Helse Nord, minnet om at det er mange hverdager både før og etter en festtale. Kjenner man Helse Nords dialogferdigheter frem til dette møtet, så kan man si at foretaket har jobbet hardt med temaet på hverdagene før denne konferansen; tatt selv kritikk, gått i seg selv, brukt tid og penger. Hansen har blant annet ledet en gruppe som har sett på samhandling mellom nivåene med folk fra Helse Nord og Midt Norge. Finn Henry Hansen var også krumtappen for å få til denne første dialogkonferansen.

Deltagere på dialogkonferansen var fordelt med en tredjedel allmennleger fra by og land, en tredjedel sykehusleger og tredjedel i administrative stillinger fra de fem helseforetakene, totalt ca 120.

Mest aktive var mindretallet, den ressurssterke en tredjedel av allmennleger som kom fra kommuner lengst sør i Nordland og hele veien opp til Nordkapp.

Fra fiasko til suksess

Mye av grunnen til suksessen nå i vinter var nok at det første forsøket på en konferanse i høst ble en total fiasko og av-

lyst. Enearrangør var da Helse Nord RHF, og det var kun tre til fire påmeldte fra primærhelsetjenesten. Klokkelig lot man den nye arrangementskomiteen bestå av disse få ivrige allmennlegene og utvidet så litt slik at én allmennlege fra hvert helseforetak var med, i tillegg til sentrale foretaksansatte. Slik ble programmet laget attraktivt og troverdig for begge parter.

Selve møtedagene nå ble ledet av en allmennlege og en fra foretaksnivå. Det samme var tilfelle under de forskjellige temaene. Her innledet allmennleger med kasuistikker og fikk slik belyse allmennlegens erfaringer. Så tok spesialisthelsetjenesten over og kommenterte feltet fra deres ståsted. (Denne modellen er forøvrig hentet fra Finnmark legeforenings kurstradisjon). Temaene var modige, som «minefelt», og de talføre legene på konferansen kunne godt ha laget destruktive eksplosjoner rundt seg ved å «trampe rundt». Skyttergravstaktikk kunne også ha blitt benyttet. Men alle viste seg å kunne «konferansespråket» (en forutsetning for å bli hørt!), og Helse Nord var altså betydelig mer ydmyke lyttende enn man tidligere har erfart.

Første tema var rusomsorgen, videre praksiskonsulentordningen (PKO), Norsk Helsenett (tidligere Nordnorsk Helsenett som nå er nasjonalt fra 1. oktober 2004), Fritt sykehusvalg, forskning «på tvers», fedmebehandling og generelle forventninger til hverandre vedrørende samhandling. La oss se nærmere på to av temaene.



To engasjerte innledere fra Sør-Varanger, Drude Bratlien og Jostein Tørstad. Deres gamle kollega i Kirkenes til venstre, Tor Øystein Seierstad som nå er medisinsk rådgivende lege i Helse Finnmark.

Rot i rusomsorgen

«Dette er en spesialisthelsetjeneste helt uten legespesialister», påpekte allmennlege Svein Steinert fra Tromsø. «Vi mangler noen å henvende oss til, noen som kan gi råd, hjelpe til å sortere pasientene osv.» Kasuistikkene til Kirkeneslegene Drude Bratlien og Jostein Tørstad viste hvor fortvilende uforståelig og tilfeldig samhandling med rusomsorgen ofte er. Gode henvisninger kommer i retur, motiverte pasienter man har satset mye på også innen spesialisthelsetjenesten blir ikke reinnlagt. Fritt sykehusvalg gjelder ikke, – eller? Epikriseplikten til tjenesten var det ingen som nevnte en gang. Hva skal egentlig til for at en virksomhet er en spesialisthelsetjeneste? – at den er underlagt et helseforetaks administrering?

Nordlandsklinikken i Hålogalandssykehuset HF ved klinikkisjef Knut Østvik og allmennlege/tilsynslege Andreas Holund forsøkte rydde opp i forvirringen. Nå kommer henvisninger til rusomsorgen både fra leger direkte og fra sosialtjenesten direkte. Antallet har økt med 30 prosent på landsbasis det siste året. Oftest er det behov for opplysninger fra begge etater. Dersom lege ikke har tid til å innhente opplysninger fra sosialkontoret, kan en samtykkeerklæring fra pasienten om at slike opplysninger kan innhentes av rusklinikken hindre retur av henvisning.

Henvisningene skal være fylldige; med rusanamnese, sosialanamnese, psykisk – og somatisk anamnese og aktuelle

funn. En *vurderingsenhet* på lokalt helseforetaksnivå leser henvisningene og skiller så mellom de som har behov for spesialisthelsetjeneste og de som ikke har det. Her kan altså pasienter avvises, noe som er vanskelig å forstå for allmennleger som i liten grad har samme mulighet. Det er heller ikke sikkert at det sitter en legekollega i vurderingsenheten, og det er fare for kommunikasjonsvansker pga forskjellige «stammespråk» og yrkestradisjoner.

De som blir funnet «å ha behov for spesialisthelsetjenester» blir så delt i en gruppe som kalles *rettighetspasienter* og en gruppe som kalles *ikke-rettighetspasienter*. Kriteriene for å bli en rettighetspasient er imidlertid så vide at det er vanskelig å forstå hvilke som havner utenfor. Det kan synes som om det står og faller på hvor lang henvisningen er. Det er viktig å belyse kompleksiteten i problemet for pasienten og kost / nytte for behandling. (Ikke vær redd for å beskrive selvfølgeligheter!) Både rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter blir så vurdert i en *koordineringsenhet* på regionsnivå slik at de kan få konkrete tiltak på rett nivå. Det er lett å forstå at dette systemet vil ha innkjøringsproblemer når kompetansepersoner mangler og gamle institusjoner skal endre på praksis.

Likeverdighet i Praksiskonsulentordningen (PKO)

I Helse Nord RHF er det bare UNN som har PKO, godt ledet av Unni Ringberg. Administrerende direktør i Helse



Kursleder Finn Henry Hansen fra Helse Nord med to viktige primærleger i kurskomiteén: Ellen Pedersen fra Vesterålen og Mona Søndén fra Sør-Varanger.

Nord, Lars Vorland proklamerte imidlertid at innen utgangen av året skal alle de fem foretakene ha dette på plass. PKO er viktig for samhandling og viktig for mer effektiv sykehusdrift. Fra allmennlegehold ble det påpekt at vi ikke må gå i fella og ta over alt sykehusene ikke vil gjøre selv, ikke la oss styre for mye av helseforetakene. «Det er mange uløste problemstillinger innen allmennmedisinen vi først må få på plass, som utdanning av egne spesialister», trakk Svein Steinert frem.

PKO ble på den andre siden holdt frem som nytt, meningsfylt arbeid som egner seg for distriktsleger, også yngre. De kan trenge nettverk utenfor kommunen, «to ben å stå på», spennende utfordringer. Yngre leger har gjerne sykehuslivet som fersk erfaring og kan se ting eldre ikke ser og omvendt. Kanskje kan det være fint med aldersmessig blanding.

Sjef for kliniske avdelinger UNN, Trine Magnus, var opp-tatt av at allmennlegene måtte organisere seg slik at HF-ene

har noen å forholde seg til for samhandling og samarbeid. PKO kan være et slikt samarbeidsforum, men også «kommunelege 1 – forum» eller samfunnsmedisingrupper er slike viktige grupper. Terje Vigen trakk frem likeverdighet som et nøkkelford i PKO –arbeidet og minnet om at kvalitetsarbeid ikke løses ved skippertak. Hans oppfordring var «stå på og stå han av!» – uten å være redd for danskene!

Dette var altså den første dialogkonferansen i Nord. Nå følger tilsvarende for pleie og omsorgssektoren i helseregion 5, og så får vi håpe dette blir et årlig forum for utvikling av hele helsetjenesten som så gjennomgående er preget av delt ansvar for pasientene og behov for god dialog.

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

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode **primærmedisin**



Målet for astmabehandling er å leve med minst mulig begrensninger i dagliglivets aktiviteter. Fast vedlikeholdsbehandling er ett av tiltakene for å oppnå dette.

GlaxoSmithKline bruker store ressurser på avansert og innovativ forskning for å utvikle stadig bedre medisiner og behandlingsløsninger.

Astma og kronisk obstruktiv lungesykdom er et viktig satsningsområde for oss.



GlaxoSmithKline

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

Mellom nostalgi og avantgarde

AV ELI BERG

Dette er tittelen på en bok, en viktig bok, en unik bok i verden. Undertittelen er «Distriktsmedisin i moderne tid». Boka kom på markedet 4. februar i år. I den forbindelse arrangerte Nasjonalt kompetansesenter for distriktsmedisin et seminar i samarbeid med Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø.

Forfatterne av boka har adresser som spenner fra Finnmark i nord til Rogaland i sør. Bidragsyterne utgjør et flerfaglig knippe av personer og har dermed ulike tilnærminger til stoffet, – fra historie og filosofi, pedagogikk og journalistikk, fotografi og samfunnsmedisin, til fastleger i og utenfor tettbygde strøk. Redaktørene Olaug Lian og Eivind Merok, begge Tromsø, har formidlet en rød tråd gjennom en innledning og en avrundning av verket, en bok i essayistisk stil både gjennom de teoretiske og mer praksisnære refleksjonene.

På bokseminaret i Tromsø benket de seg, alle forfatterne. I tillegg var det deltakere fra flere medisinske interessefelt. Vi registrerte blant andre kolleger fra anestesi og allmennmedisin, både fra praksis og akademi, i tillegg til personer tilknyttet Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø. Engasjementet var upåklagelig, og de gode innleggene avfødte både humring og ettertanke.

Sosiolog Olaug Lian kunne fortelle at tittelen på boka vokste ut av gjennomgangen av bidragene fra de ulike forfatterne. Janusansiktet på omslaget blir dermed et talende bilde på innholdet, det skuer både bakut og framover. Nostalgiere som den sentimentale, idylliserende og romantisierende av fortiden og med et pessimistisk syn på nåtiden og framtiden, møter i boka avantgardisten, den visjonære og radikale inspiratoren som går foran og baner vei for andre.

Historiker Aina Schiøtz karakteriserte seg selv i denne sammenheng som den tilbakeskuende drømmeren. I sitt bidrag tok hun forsamlingen med seg gjennom det siste sekelts utvikling for leger med arbeid i primærhelsetjenesten. Det var de beste som ble distriktsleger fram til 1960-tallet, framholdt hun. Det var hovedsakelig der oppgavene lå for sykehusvesenet vokste fram og overtok mange av distriktslegenes oppgaver – og prestisje. På 1970-tallet kravlet distriktslegene av egen fri vilje ned fra pidestallen. Og det skapte forvirring i noen lokalsamfunn. Folks forestillinger om legen hadde vært den autoritære og noe tilbaketrukkne – og dermed trygge. Men hva nå når legen «menget» seg med folk flest?



Eli Berg

f. 1947

Spesialist i allmennmedisin, dr. med.

Førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø

Så kom 1980-tallet med rask vekst av helsesentre hvor flere profesjoner ville bli hørt. Kommunehelsetiloven og forordninger som følge av denne medførte at de statlige minihelsedirektoratene rundt om i kommunene ble borte, – en posisjon som distriktslegene hadde hatt i mer enn 100 år.

Så den gamle distriktslegen er definitivt død, og det før 1984, hevdet Aina Schiøtz.

Olaug Lian ledet forsamlingen videre til dagens samfunn med globalisering som et trekk ved det moderne. Hun stilte spørsmål om det lokale dermed blir uinteressant? Eller er det kanskje nettopp slik fortsatt at stedlig forankring er en kvalitet ved det boka tar opp, nemlig distriktsmedisin? I mindre samfunn møter pasient og lege hverandre i flere sammenhenger enn kun som pasient og lege. Ingen er bare pasient eller bare lege. De har mange roller å forvalte, noe som gjør legerollen annerledes enn i store byer. Kanskje er det slik at legen i mindre lokalsamfunn lettere kan forholde seg til det unike ved hver pasient, lurte hun på.

Filosof Åge Wifstad fortsatte med refleksjoner over det moderne, det å være på nettet, være mobil, realisere seg selv og sørge for egen karriere: Hva får jeg igjen for å være her? Mot hva som tidligere har vært innstillingen, nemlig: Hva kan jeg gjøre for dette stedet? I dag forventes det at de politiske myndigheter lokalt skal legge til rette for legens trivsel. Distriktsmedisin er kanskje i utakt med denne grunnholdningen?

Søren Kierkegaards utsagn om at etikeren aldri har gjort nok, – er ikke det mer aktuelt for en lege i et lokalsamfunn? Og skjeler vi til begrepet legekunst, kan det defineres som å gjøre det situasjonen krever. Men hvis du bare vagt aner hva situasjonen er, blir det vanskelig. Kanskje kan distriktsmedisinsk tenkning gi muligheter for et utvidet klinisk blikk? At legen ikke bare anvender ferdig kunnskap, men går inn i en læringsprosess hvor både rekkevidden av og begrensningene til den kunnskap som anvendes kan gjøres til gjenstand for faglig refleksjon.

Kommunelege Eivind Merok tok oss med til erfaringer fra et kystdistrikt, om det kroppslige elementet i møtet med mennesker, kort sagt om menneskets livsverden. Det naturvitenskapelige renhetsidealet – med kontroll over verden i ytterste konsekvens – butter imot menneskets livsverden. Distriktsmedisin er deltakelse og krever blant annet en hermeneutisk forståelse av møtet med pasient og lokalsamfunn.

Kommunelege Eivind Vestbø beskrev sitt møte med allmennpraksis tidlig på 1970-tallet. Hans ballast den gangen var en «anemisk, ureflektert kokeboksmedisin, en symptomforankret diagnostisk medisin med et biomedisinsk handlingsgrunnlag. Og begge var bastante». I distrikt kjente han seg ikke igjen i det som møtte ham som lege. Men gjennom mer enn 30 år i samme kommune har han akkumulert betydelig erfaringskunnskap gjennom konsultasjoner og sykebesøk. Og da den teoretiske allmennmedisin etter hvert vokste fram, fikk hans egne imperative erfaringer omsider en respons.

Distriktsmedisinens lokale klinisk-epidemiologiske kunnskap gjør at det ikke blir symptomer alene som bestemmer diagnose og tiltak. Hvem som har symptomet blir bestemmende for hva han drøfter som muligheter med pasientene. Denne klinisk epidemiologiske tankegangen er allmennmedisinens MR, hadde han erfart. Distriktsmedisin utgjør altså et korrektiv til den spesialiserte sykehusmedisinen.

Fylkeslege Øystein Straume, tidligere mangeårig distrikts- og kommunelege i en kystkommune i nord, skrev et stort bidrag til boka, – altfor stort, fikk han høre fra sin tidligere turnuslege Eivind Merok i redaksjonen. Men han hadde gått svanger så lenge, så demningen brast da han nå fikk muligheten til å komme mellom to permer. Kanskje han skulle lage en hel bok selv? Akklamasjon fra salen støttet ham i dette.

Det var ikke så lett å skrive fra hverdagen i kystsamfunnet. Det ble for personlig, privat og nært. Og dessuten hadde

han en taushetsplikt å forvalte i forhold til tidligere pasienter. Men så ringte han til «Arnt», en pasient som gjerne kunne omtales. Mannen hadde erfart større problemer i livet enn som så. «Og jeg husker hvor godt det var å være pasient hos ham – nei, lege – for ham og hans familie. Det som skapte meg som distriktslege var like mye pasientene som akademiet.»

Men Øystein Straume er bekymret for om vi forfører de unge legene inn i en forestilling om yrket som ikke lenger gjelder – og nevner forholdene i enkelte kommuner hvor det kanskje har vært 40 vikarer i løpet av siste året. Men om han kunne få distriktsmedisinere som kunne bli værende...

Allmennpraktiker Torgeir Gilje Lid beskrev seg selv som skap-distriktsmedisinere. Selv hadde han erfaringer som lege både fra et lokalsamfunn og en praksis i en

større by. Og forskjellene var iøyenfallende for ham. Det tar tid å bygge opp et pasient-legeforhold i en større by hvor pasient og lege kun er pasient og lege for hverandre.

Hans bidrag i boka er en omtale av en fotodokumentar fra allmennpraksis. Fotografiet kan tematisere noe som alle vet noe om, men som det ikke er så vanlig å fokusere på, framholdt han.

Og fotografen er Rune Eraker. Han karakteriserte seg selv som en som tilhører den klassisk europeiske dokumentartradisjonen. I mange år har han arbeidet med foto i den tredje verden. Det har vært mye sykdom, mye lidelse, på sett og vis den store distriktsmedisinen i Afrika. Der kunne han slå seg ned og oppfordre folk

til å leve sine liv uten å bry seg om hans tilstedeværelse. Det ga ham muligheter til bilder alt fra fødsler og sykdom til krigens og sultens følger.

Det er annerledes å komme til i en norsk virkelighet. Og ytterligere vanskelig forestilte han seg at det ville være å få tre inn i det mest lukkede av alle lukkede rom, nemlig møtet mellom pasient og lege. Et rom belagt med taushetsplikt. For i motsetning til tausheten skal fotografiet løfte fram og vise hva som skjer, men uten å si konkret hva som skjer.



Han fikk tilgang. Og han fulgte fire kommuneleger over noe tid. En av dem presenteres i boka. Det var lett å følge denne legen fordi han hadde et så avslappet forhold til kameraet selv. Utfordringen for fotografen var å få fram atmosfæren mellom lege, pasient og pårørende og samtidig bevare en viss anonymitet når det trengtes. For noen vil jo kjenne dem igjen.

I boka har han et kapittel sammen med journalist Hilde Sandvik. På seminaret framfører hun et nytt essay, et konsentrat fra boka, ispedd noen egne erfaringer. Det er levende fortellinger, vi ser for oss personene hun beskriver, blir med henne inn i situasjonene. Her presenteres vi for et innenfra-perspektiv formidlet fra en observatør, en tilsynelatende selvmotsigelse, essayistens kunstneriske uttrykk. Hun fikk stor respekt for legen hun fulgte. «Det er en type som forstår». Han bruker hele seg for å komme pasienten i møte. Men hvorfor formidlet ikke legen sin fulle forståelse av pasientens situasjon da hun kom der med sine uutholdelige smerter i hele kroppen? lurte hun på. Han hadde svart at det gikk ut over hans mandat å antyde at pasienten hadde valgt feil i livet, at hun ikke fikk utfolde seg i forhold til evner og anlegg. – Men må det være slik?

Kommunelege John Nessa beveget seg i mer teoretiske funneringer etter denne jordnære og vare framstillingen fra journalisten. Han hevdet at distriktsmedisin er merkevare. Et nytt begrep om gamle fenomener er kanskje nødvendig i et moderne samfunn.

Men distriktsmedisin gir ikke bare mening ved at det dreier seg om en praksis langt fra sykehus. Kanskje distriktsmedisin er en motvekt til de store, teknologiske, sentraliserte institusjonene. Kanskje er distriktsmedisin å tenke på som den delen av medisinen som beskriver lege-pasient-forholdet som en dialog over tid. Distriktsmedisinen som foretatt merkevare av allmennmedisin, et fag som kanskje har det best når det får fred for de store institusjonene. Der kan faget utvikles.

Men også distriktene får i dag føling med det refleksive risikosamfunnet (1). Ikke bare er det slik at distriktets leger er

utstyrt med 15 telefoner og antenner og diverse vesker når de skal ha legevakt, men det er også noe med hva pasienter bruker legevakt til. Eller legen til. Folk er gjort oppmerksomme på risiko og har tatt ansvar for å begrense denne. Og noen ganger kan det bli nesten komisk når man ser alt utstyret i pasientens hjem. Kanskje er det forestillingen om å eliminere døden som realitet vi da møter?

Allmennpraktiker Anette Fosse var også tilhenger av distriktsmedisin, både som begrep og som symbol. I dagens samfunn er det tendenser i retning av å styre fra toppen uten å ta hensyn til kunnskap fra bunnen. Hvordan bruke nettopp denne siste for å organisere helsevesenet bedre?

Fastlegeordningen, organiseringen av sykehusene og prinsippene om markedsstyring skaper utfordringer. Underveis må vi ikke glemme at kanskje så mye som 95 prosent av helseplager løses av folk selv eller i det nære, da forstått som fastlegen og leger i lokalsykehuset. Og begge steder må man tenke samfunnsmedisinsk, nettopp fordi man er en så integrert del av et lokalsamfunn.

Hun var spent på hvilke briller planleggerne ville velge å ha på seg underveis i prosessen med etablering av de såkalte distriktsmedisinske sentra. Ville det bli en ren sykehustekning med fragmentert medisin i en form for poliklinikk-virkosomhet? Men muligheter for samhandling med distriktsmedisinske briller er også en mulighet, mente Anette Fosse, – som avsluttet rekken av innledere, – som alle hadde fått tildelt 8,5 minutter hver til sine bidrag.

Boka «Mellom nostalgi og avantgarde. Distriktsmedisin i moderne tid» har jeg ikke beskrevet. Det overlater jeg til neste skribent. Men jeg vil gjerne anbefale den som obligatorisk lesning for enhver medisinerstudent og til utfordring og glede for planleggere av og utøvere i helsetjenesten som helhet.

Gratulerer!

Referanse

1. Swensen E. (red.) Diagnose: Risiko. Oslo: Universitetsforlaget 2000

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

UTPOSTEN – refleksjon fremfor sutring

Etterspurt samfunnsmedisin?

AV FRODE FORLAND

I Seljord etterspør dei samfunnsmedisinsk kompetanse. Dei er endå til interesserte i kva eg syns, kunne Elisabeth Swensen fortelje mot slutten av den samfunnsmedisinske høyringa i Sosial- og helsedirektoratet nyleg. Og ho hadde ikkje før sett seg før vi fekk eit nytt vitnemål. Denne gongen frå Endre Sandvik; også i Stovner bydel i drabantbyoslo etterspør dei samfunnsmedisinsk kompetanse og rådgjeving. Tidlegare på dagen hadde vi høyrte fleire vitneprov; frå nabobydelen Romsås kunne Anne Karen Jenum fortelje at dei hadde snudd mismot og forfall til livsmot og helse ved hjelp av samfunnsmedisinsk tenking og handling. Og Folke Sundelin meinte at også dei regionale helseforetaka hadde behov for samfunnsmedisinarar for å få til gode prioriteringar, samhandling og leiging av spesialisthelsetenesta!

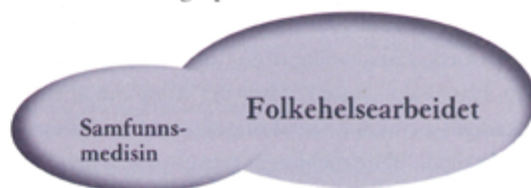
Bakgrunnen for denne opne høyringa som sosial- og helsedirektoratet arrangerte, (med simultan videokonferanse til fire «utekontor», Bergen, Surnadal, Trondheim og Tromsø), er at det nyleg er utgitt to utredningar frå Direktoratet som vurderer forhold knytta til det samfunnsmedisinske fagområdet og den samfunnsmedisinske legespesialiteten. Magne Nylenna har leia arbeidet med den eine, som har fått tittelen: Samfunn + medisin = samfunnsmedisin? Den handlar om utfordringar og problem knytta til det samfunnsmedisinske arbeidsfeltet i Noreg. Den andre er ei utredning for Nasjonalt Råd for leger og legefordeling og gjev forslag til ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Begge utredningane har vore ute på formell høyring, og det er kome inn mange høyringssvar.

Kva er forslaga i dei to utredningane?

Avdelingsdirektør i direktoratet Harald Hauge fortalde at bakgrunnen for dei to utredningane var at Stortinget hadde uttrykt bekymring i forhold til det samfunnsmedisinske arbeidsfeltet i Noreg, både i form av rekrutteringssvikt til samfunnsmedisinske stillingar i stat og kommune og svikt i rekruttering til spesialiteten. Nasjonalt råd har gått inn for at ein opprettheld ein samfunnsmedisinsk legespesialitet, og at hovudinnhaldet i denne vert ei praksisnær utdanning der ein som basis skal ha klinisk arbeid både i kommunal helseteneste og i sjukehus, samt samfunnsmedisinsk praksis både frå kommunal og statleg sektor, under vegleiing. Det er utgreia to alternativ, eitt med fem års utdanningstid, eitt med seks år. Både rådet og høyringsuttalene har gått inn for femårs modellen. Denne inneber eitt år klinisk arbeid i

sjukehus og kommunal helseteneste og fire års samfunnsmedisinsk teneste med minst eitt år på kvart nivå (stat og kommune) samt ei fordjupingsoppgåve. Eitt år av tenestekravet kan dekkast av ein mastergrad i public health eller liknande. Det vart altså ikkje oppslutnad om å gjere den samfunnsmedisinske spesialiteten til ei meir rein akademisk utdanning.

I Nylenna-rapporten har ein prøvd denne gong å ikkje drøfte omgrepet samfunnsmedisin på nytt, men ein har støtta seg til det som står i Folkehelsemeldinga om dette, nemleg at samfunnsmedisin er den legespesifikke delen av det større folkehelseomgrepet.



Det er i dag 482 yrkesaktive spesialistar i samfunnsmedisin. Spesialiteten er den sjette største, og det er langt fleire samfunnsmedisinarar i Noreg enn i våre naboland. Men talet på spesialistar har gått jamt ned dei seinare åra og gjennomsnittsalderen har gått opp med om lag eitt år pr år! Grunnen til dette relativt store talet på spesialistar, er den sterke tilknyttinga spesialiteten har hatt til kommunal teneste. Vi ser likevel at ein ikkje får legar med slik utdanning til å søkje dei samfunnsmedisinske stillingane i stat og kommune og ein ser at rekrutteringa til spesialiteten har stoppa opp. I fjor vart det godkjent seks nye spesialistar, og året før

fire! I Sosial- og helsedirektoratet som er ein stor samfunnsmedisinsk institusjon er det til dømes i underkant av ti prosent av legane som har samfunnsmedisinsk spesialitet.

«Vi treng legar som ikkje berre brukar mikroskopet, men som og brukar makroskopet. I dag er det slik at helse for den eine får meir vekt enn helse for dei mange», uttalte Nylenna. «Samfunnsmedisinen skal ikkje fjernast frå, men må frigjerast frå den kommunale sektor. Fortidas samfunnsmedisin handla mykje om hygiene og kontroll, framtidens handlar om informasjon og leing», heldt han fram.

Utredninga drøftar oppgåver og set søkelyset på betre stilingskildringar og bruk av medisinalmeldingar i det samfunnsmedisinske arbeidet. På kompetanseområdet er det eit ønske at ein byggjer bru mellom akademiet og praksis, at samfunnsmedisinen vert internasjonalt og at universiteta får ei viktigare rolle. Utvalet tilrår at ein opprettar fleire heil- og halvtidsstillingar og at Sosial- og helsedirektoratet får ei leiande rolle som samlande fagmiljø på nasjonalt nivå.

Helsebibliotek og medisinalmeldingar

Det er samfunnsmedisinaren si rolle å hjelpe samfunnet til å treffe kloke og kunnskapsbaserte beslutningar om liv og helse. Kunnskap reddar liv, og vi må ta den i bruk, sa Arild Bjørndal frå Kunnskapssenteret. Saman med Sosial- og helsedirektoratet arbeider Kunnskapssenteret med å tilrettelegge eit nasjonalt elektronisk helsebibliotek (som snart vert lansert), der det og vil inngå eit samfunnsmedisinsk emnebibliotek.

Kommuneoverlege Anne Helen Hansen frå Tromsø snakka om gammaldagse medisinalmeldingar i ny form. Som legen har sin journal, må samfunnsmedisinaren dokumentere, analysere og informere om sitt arbeid i medisinalmeldinga – til befolkninga, media, politikarar og samarbeidspartnarar. Vi må definere vår praksis og kommunisere om denne og til denne med jamne mellomrom, variert og med lokal forankring. Her skal vi kaste lys over dei viktigaste sidene ved helseteneste og sjukdomsutvikling, få fram utviklingstrekk og foreslå tiltak. Slike meldingar trengs på alle nivå, i kommunen, på regionalt nivå og på nasjonalt nivå. Identiteten til vårt fag og vår stand vert skapt av dei produkta vi leverer, sa ho.

Kva meiner så Sosial- og helsedirektoratet?

Ikkje mindre enn fem direktørar på ulike nivå frå direktoratet var involverte i å arrangere og halde innlegg gjennom dagen. Det er eit uttrykk for at seminaret blei sett på som svært viktig i organisasjonen. Bjørn-Inge Larsen starta med ein marknadsanalyse av samfunnsmedisinen, han kalte det eit døydande fag og ein døydande spesialitet. Men samstundes med dette etterspør samfunnet den samfunnsmedisinske tenkinga under andre overskrifter og tema som folkehelse,

helsekonsekvensutredningar, helse- og sikkerhet, kvalitetsutvikling og prioritering. Men samfunnet etterspør ikkje samfunnsmedisinaren til å løyse desse oppgåvene.

Direktoratet vil legge fram eit handlingsprogram for Helse- og omsorgsdepartementet på dette området som inneheld tre element:

1. **Auke kompetansen.** Under dette vil det kome forslag om eit eige forskingsprogram og fagutviklingstiltak. Det vil bli ei endring av spesialistreglane, og vi må få fleire definerte utdanningsstillingar i kommune, foretak og statleg forvaltning. Vi må finne overgangsordningar for å få kliniske spesialistar til å kunne bli samfunnsmedisinarar etter eit kortare utdanningsløp enn for dei som startar rett frå turnustenesta.
2. **Organisere arbeidet betre.** Sosial- og helsedirektoratet vil ta rolla som samfunnsmedisinsk ressurs- og kompetansemiljø på nasjonalt nivå og vi må styrke rolla til fylkeslegane som samfunnsmedisinsk kompetansemiljø på regionalt nivå. Vi må styrke kommunane si rolle til å gjennomføre samfunnsmedisinsk arbeid på kommunalt nivå, bl.a. ønskjer vi å bevare lovkravet om ein medisinsk fagleg rådgjevar i kvar kommune (i motsetnad til det Bernt-utvalet har gått inn for). Vi vil oppdatere ein veileder i samfunnsmedisinsk arbeid i kommunal sektor og vi vil styrke det samfunnsmedisinske arbeidet med kvalitetsutvikling, samhandling og internkontroll. På nasjonalt nivå vil direktoratet gi ut si årlege medisinalmelding: Rikets tilstand.
3. **Auka ressursar.** Direktoratet vil for budsjettåret 2006 fremje eit forslag om ein opptrappingsplan for det samfunnsmedisinske arbeidet i norsk helseteneste.

Bjørn Guldvog brukte tsunamien som døme på kor viktig det er å ha personell med medisinsk fagleg bakgrunn på alle nivå når ein krisesituasjon oppstår. Det er den normale organiseringa som skal fungere også i slike høve, men behovet for oversikt, analyse og handlekraft vert mykje større i ein krisesituasjon. Det har vore mange store «nesten-pandemiar» dei siste åra, og vi må vere budde på fleire, aids, fogleinfluensa, sars, terrorisme og naturkatastrofer er berre nokre døme. I den kommunale kvardagen er beredskap for større og mindre ulukker i lokalsamfunnet ein del av dei samfunnsmedisinske kjerneoppgåvene.

Og kva meinte dei mange frammøtte?

Det var universiteta som kasta seg inn i debatten først: Frå ulike institutt både i Trondheim og Oslo var det stor vilje til å vere med å styrke utdanninga for samfunnsmedisinarar: Valfrie modular, arbeid med veiledningsbok og akademiske stillingar kunne NTNU tilby. Frå Universitetet i Oslo vart det tatt til orde for dei mange små forskingspro-

sjekta, og gjerne kople dette opp mot dei store forskningssatsingane mot RHF-sektoren. Bjørgulf Claussen meinte at det er be-geistring som må til, direktoratet må ta si rolle, dei regionale helsefortaka må vere ressursenter på regionalt nivå og arbeid i den tredje verda må krediterast og gjerne inngå i samfunns-medisinsk spesialistutdanning. Spesialistutdanninga kan gjerne vere eit fellesprosjekt mellom universitet, folkehelseinstitutt og direktorat meinte Marit Rognerud. Anders Grimsmo på link frå Surnadal etterlyste teoribygging rundt faget samfunnsmedisin og helseinformatikken si rolle for teori og praksis. Steinar Westin på linje frå Trondheim fann det rett å minne om den tradisjonelle samfunnsmedisinen, smittevern, miljøretta helse-vern m.m. Det står framleis utfordringar i kø også på desse om-råda. Frå ein alliert i Norsk arbeidsmedisinsk forening, Ørn Terje Foss, fekk vi ei påminning om at det er pengemedisinen som rår. Det offentlege må ta ansvar for dei som fell utanfor. Det må sikrast lønsvilkår og stipendordningar for at samfunns-medisinen skal kunne konkurrere i den interne legemarkna-den. Gratis tilgang til helsenett for alle i offentlege stillingar kunne vere eit nyttig tiltak. Fleire uttrykte støtte til behovet for å sikre eit godt lovgrunnlag for det samfunnsmedisinske arbei-det i kommunane. Det kom forslag om å få meir samfunnsmedisin inn i grunnutdanninga, arbeide for ei breiare metodisk for-ankring for faget og å setje helse og ulikhet på dagsorden. Legen er ein del av det samfunnet han/ho bur i, og som ein lærer om lege/ pasientforholdet i studiet, må ein og lære om lege/ samfunnsforholdet sa Bjørn-Inge Larsen mot slutten av debatten.

Og kva skjer etter dette?

Gunn-Elin Bjørneboe oppsummerte dagen med å slå fast at So-sial- og helsedirektoratet vil lage ein felles plan for det vidare ar-beidet saman med universiteta. Vi må slutte å klage og heller ar-beide for å få norske legar til å ville bli samfunnsmedisinarar. Den merksemda som fagområdet no har fått gjennom desse to utredningane gir kraft i det vidare arbeidet. Det må gje både prestisje, kompetanse og lønn å bli ein spesialist som ser heilhe-ten og som er med og set dagsorden for den faglege debatten og utviklinga i forholdet mellom medisin og samfunn.

Det trengs ei merkevarebygging for samfunnsmedisin der men-eske står i fokus. Arbeidet vil motivere og fordre mange allian-sar på ulike nivå slo Bjørneboe fast til slutt. Så la oss andre som var der håpe at dette skjer, og det helst litt fort!

Referert slik Frode Forland hørte noko av det som blei sagt:

Ref: Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin Utredning nr. 3 fra NR. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, 2003. Samfunn + me-disin = samfunnsmedisin, <http://www.shdir.no/assets/13345/SamfunnmedisinRapp.pdf>

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@online.no

Ebixa[®] memantine

– Verdt å huske på!

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

Dråper, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneh.:
Memantinhydroklorid 10 mg, tilsv. meman-tin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann.

Tabletter, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpe-stoffer. Med delestrek.

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

Dosering: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostise-ring og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelintak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjel-dende retningslinjer.

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

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpe-stoffene.

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

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

Interaksjoner: Memantin har potensiale til å interagere med medikamenter med anti-kolinerg effekt. Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmoly-tiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dose-justering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksstrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneberer en mulig risiko for økte plasmaknivåer. Redusert eksresjon av hydrokortizid eller kombinasjonspreparater med hydrokortizid er mulig.

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

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

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

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

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

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

Basert på godkjent SPC, SLV juni 2002

Referanser:

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

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

www.ebixa.com



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

Send pasienten rett på bordet! – med direkte henvisning

AV HELEN BRANDSTORP



Sigbjørn Rønbeck

«Direkte henvisning» betyr henvisning direkte fra allmennlege til operasjonsbordet. Poliklinisk vurdering av ortoped før operasjon gjøres ikke. «Litt skummelt å ikke ha spesialistens vurdering», «Penge- og tidsbesparende!», – noe vi må vurdere for mange tilstander». Dagens medisin gav ordningen spalteplass i januar, samme uke som Utposten besøkte en av pionerene på området. Tromsølegen Sigbjørn Rønbeck har jobbet med direkte henvisning i fem-seks år. I 1999 ble han praksiskonsulent på daværende RiTø (nå UNN), på ortopedisk avdeling. Han hadde ideen med direkte henvisning av pasienter til primær hoftededds protese og kneledds protese. Diagnosene var altså cox- og gonarthrose, – enkle entydige diagnoser med entydig utredning (anamnese og røntgen) og entydig behandling. Rønbeck utarbeidet en henvisningsmal sammen med ortopedene og sendte den ut til allmennlegene i Troms. For å fange legenes oppmerksomhet og understreke seriositeten, ble praksiskonsulentenes lokale informasjonskriv brukt; nivåsprengede «Mellom linjene». Rønbeck informerte også selv om ordningen på forskjellige møter og kurs.

Det ble en umiddelbart suksess for pasientene som ble henvist direkte. Den aller første pasienten fikk kneprotesen sin tre måneder etter at henvisning ble skrevet av allmennlegen. Hun hadde to år tidligere blitt operert for det samme i det motsatte kneet, da var ventetiden nesten to år. For februar i år er ventetiden oppgitt til fire uker, – på nivå med de private sykehusene (kilde: sosial og helsedirektoratets side www.sykehusvalg.net). For coxarthrose er ventetiden nå oppgitt til seks uker. For ingen av tilstandene er det oppgitt tid til vurdering. Den er som nevnt overflødiggjort!

Rent praktisk leses den fyldige og standardiserte henvisningen av ortopedisk overlege, og han ser også på de ferske røntgenbildene. Hvis henvisningen er for dårlig, blir den returnert, og hvis indikasjonen mangler eller noe er uklart kan pasienten settes opp til «vanlig» poliklinisk vurdering av ortoped. Rønbeck forteller at det ikke har vært problemer med avlyste operasjoner fordi indikasjon ikke har vært til stede når det gjelder cox- og gonarthrose.

Avlyste operasjoner har imidlertid vært tilfelle for andre problemstillinger man har forsøkt å forenkle pasientfortlø-

pet til. På UNN innførte man for et par år siden enda en ordning for enklere tilgang til spesialistundersøkelser. Firmaet Get Medic har organisert direkte timebooking elektronisk fra allmennlegekontoret, uten henvisningsmal. I februar var det 13 forskjellige undersøkelser man kunne booke direkte. Artroskopi av knær var en av disse, men vurderes nå trukket. Meniskruptur er en enkel diagnose å stille med MR, men behandlingen er ikke entydig. Det er ikke alle frynsete menisker som skal til frisering. Hos gamle pasienter kan degenerative forandringer gjøre dette inngrepet «ikke indisert», og da passer det ikke at allmennlegen uvitende har bestilt plass på dagkirurgen. Entydig diagnose og behandling må kanskje altså til for at polikliniske vurderinger kan kuttes. Enkel, entydig utredning hjelper også i prosessen.

Enkle diagnoser som ganglion er også forsøkt henvist direkte, med henvisningsmal, i Tromsø. Her viste det seg at volumet var for lite. Allmennlegene glemte rett og slett å bruke henvisningsmalene. Hallux valgus er et annet eksempel. Problemet med disse var at behandlingen ikke var entydig, (med og uten arthrose osv.)

Hvorfor er så ikke dette innført i hele landet, dette som vi nå vet fungerer; – direkte henvisning av cox- og gonarthrose? Det kan virke som en enkel og god idé å sette ut i livet. Hvorfor har ikke alle pengesparerne i helseforetakene trykket dette til sitt bryst? Tromsølegen har regnet ut at man i Norge kan spare 6000 polikliniske konsultasjoner per år med denne ordningen. I tillegg sparer man reisekostnader og tapt arbeidstid for pasienter som kanskje unødvendig nå reiser til poliklinisk preoperativ vurdering. Sigbjørn Rønbeck er en voksen lege med mye kreativ energi og ditto erfaring. Han har hatt mange prosjekter i sitt legeliv, parallelt med jobben som flylege, sjomannslege og allmennlege i Tromsø. Han resonerer slik: det er ikke lett å skape engasjement for en idé som folk ikke har eierskap til.

Kanskje er det vanskelig når ideen kommer fra en lege i periferien, utenfor sykehus? Med den voksende praksiskonsulentordningen (PKO) vil kanskje helseforetakene høre mer fra allmennleger som faktisk har en liten fot innenfor sykehusveggene samtidig som de hovedsakelig holder til utenfor. Kanskje kan gode samhandlingsideer få vokse i et nasjonalt PKO-miljø, med en slags felles eierskapsfølelse? Kanskje kan 2. nasjonale PKO-samlingen i juni, på Sommarøya utenfor Tromsø, være et arnested for gode ideer som kan få vokse seg så store som de har potensiale til?

Coxartrose + gonatrose

Henvi sning av pasient for operasjon primær totalprotese hofteledd eller protese kneledd

1. Personalia, fullt fødselsnr.

Det er viktig at tlf. nr. hjem sjekkes, spesielt for kvinner da det er vanlig at det kun er mannen som står oppført i tlf. katalogen.

2. Tidligere sykdommer.

Opplysninger om hjertesykdom, lungelidelse/astma, diabetes mellitus og annet. Dersom pasienten er under utredning for hjertesykdom, og dersom det blir planlagt invasive inngrep, så bør dette være avsluttet før det utføres hofteoperasjon/kneoperasjon. Dersom pasienten starter slik utredning mens han/hun står på venteliste for operasjon, må det gis beskjed til ort. avd. slik at operasjon kan utsettes.

3. Allergier.

4. Stimulantia. Tobakk og alkoholvaner.

5. Faste medisiner.

6. Sykehistorie.

Det er viktig å beskrive gangfunksjon nøyaktig. Det er også viktig å beskrive smertenivå, og det er viktig å beskrive om det er hvilesmerter og/eller nattsmerter.

- Beskrivelse av gangfunksjon:
- Gangdistanse slett vei.
- Gangdistanse motbakke.
- Ganghastighet.
- Hjelpemidler, krykker, gåstol.
- Smerter ved gange.
- Forhold i hjemmet, mange trapper? Bor alene? Bo hjemme etter operasjon?

7. Klinisk undersøkelse må beskrive bevegelse i hofteledd, om det er kontraktur, og om pasienten halter. Det samme gjelder for kneledd hvor en dessuten beskriver akseforhold (varus/valgus-stilling).

8. Rtg. bekken med hofteledd.

Ved henvi sning skal det bestilles nytt rtg. av bekken med hofteledd dersom dette ikke er tatt i løpet av de siste fire måneder og rtg. knær dersom dette ikke er tatt sist 12 måneder. Henvi sning til rtg. skal merkes med: «preop. bedømming»

9. Opplysninger om pasienten er sykemeldt og opplysninger om yrke.

Pasienter som er sykemeldt, bør få sykemelding forlenget til tre måneder etter operasjon, dvs. tre måneder etter innleggelsesdato.

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

Ciprallex® "Lundbeck"
Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T Tabletter filmrasierte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Escitalopramsalat tilsvarende escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioxi d (E 171). Tabletter 10 mg med deilestrek.

Indikasjoner: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikklidelse med eller uten agorafobi.

Behandling av sosial fobi.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Administreres som 1 enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. Depressive episoder: Normal dosering er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. Panikklidelse med eller uten agorafobi: Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maks. 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maks. effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. Sosial fobi: Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maks. 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. Eldre >65 år: Halvparten av normalt anbefalt startdose og en lavere maksimal dose bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Anbefales ikke da sikkerhet og effekt ikke er undersøkt i denne gruppen. For pasienter med nedsatt leverfunksjon anbefales en startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. En startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene anbefales for pasienter som er kjent som sakte metaboliserere av CYP 2C19. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over 1-2 uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

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

Forsiktighetsregler: En eventuell økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de 2 første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Pasienter bør følges nøye i begynnelsen av behandlingen pga. økt suicidalfare initialt. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, cirrhotiske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (f.eks. atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trykkliske antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), tilklopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsyndring. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. risikoen for serotonergt syndrom. Escitalopram anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (*Hypericum perforatum*) kan gi økt insidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR <30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv monaminoxidasehemmer (MAOHI), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOHI-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonergt syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibler MAOHI (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOHI (RIMA) moclobemid. Det bør gis minst 7 dager etter avsluttet escitalopram-behandling før behandling med ikke-selektiv MAOHI påbegynnes. Pga. risiko for serotonergt syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinasjon med selegilin (irreversibel MAOHI) krever forsiktighet. Samtidig administrering med serotonerge legemidler (f.eks. tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampetterskelen. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinasjon med alkohol anbefales ikke. Samtidig administrering av legemidler som hemmer CYP 2C19, som f.eks. omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via dette enzymet, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS-virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP 2D6, f.eks. antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tiordazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmavivlene for disse to. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboliseres via CYP 2C19.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Ingen humandata foreligger for escitalopram. I reproduksjonstoksikologiske studier i rotter med escitalopram, ble det observert embryo-fetotoksiske effekter, men ingen økt insidens av misdannelser. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Kvinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amming bør opphøre.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Svimmelhet, hodepine og kvalme er observert hos noen pasienter etter brå seponering av escitalopram. De fleste symptomene var milde og forbigående. For å unngå seponeringsproblemer anbefales en gradvis nedtrapping over 1-2 uker. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Luftrøier: Sinusitt, gjesping. Metaboliske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido, anorgasme hos kvinner. Sentralnervøsystemet: Søvnighet, søvnsløshet, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast, munn tørrhet, anoreksi. Hud: Utslett, ekkyrmoser, kløe, angioedem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metaboliske: Hyponatremi, uttørskethet, ADH-sekresjon. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervøsystemet: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktori, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. Symptomer: Symptomer på overdose med racemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, søvnsløshet, bevisstløshet, krampor, takykardi, EKG-ændringer med ST-T-ændringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT-intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, raddomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. Behandling: Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftrøier, adekvat oksygenering og ventilering. Maveskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Bruk av medisinsk kull bør vurderes. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Pakninger og priser: Tabletter: 5 mg: Enpac: 28 stk. kr 132,10, 10 mg: Enpac: 28 stk. kr 246,70, 98 stk. kr 716,70, 200 stk. kr 1427,20, Endose: 49 stk. kr 375,40.

T: 18b).

Sist endret: 22.04.2004

Referanser:

1. IMS Health januar 2005. Markedsandeler antidepressiva (ATC N06A) i verdi (NOK)
2. IMS Health januar 2005. Antall definerte døgndoser (DDO) per produkt (registrert handelsnavn)
3. Felleskatalogen 2005. Pris til forbruker per definert døgndose (DDO)
4. Bielski RJ et al. A Double-Blind Comparison of Escitalopram and Venlafaxine XR in the Treatment of Major Depressive Disorder. J Clin Psychiatry 2004; 65: 1190-1196

H. Lundbeck AS, postboks 361, 1326 Lysaker. Telefon: 67 52 90 70. Telefax: 67 53 77 07.
E-post: lundbeck-norge@lundbeck.com
www.lundbeck.no

Giardiasisutbruddet *i Bergen høsten 2004*



Øystein Søbstad

født i 1945. Han er spesialist i samfunnsmedisin og har arbeidet som smittevernoverlege i Bergen siden 1998.

AV ØYSTEIN SØBSTAD

Innledning

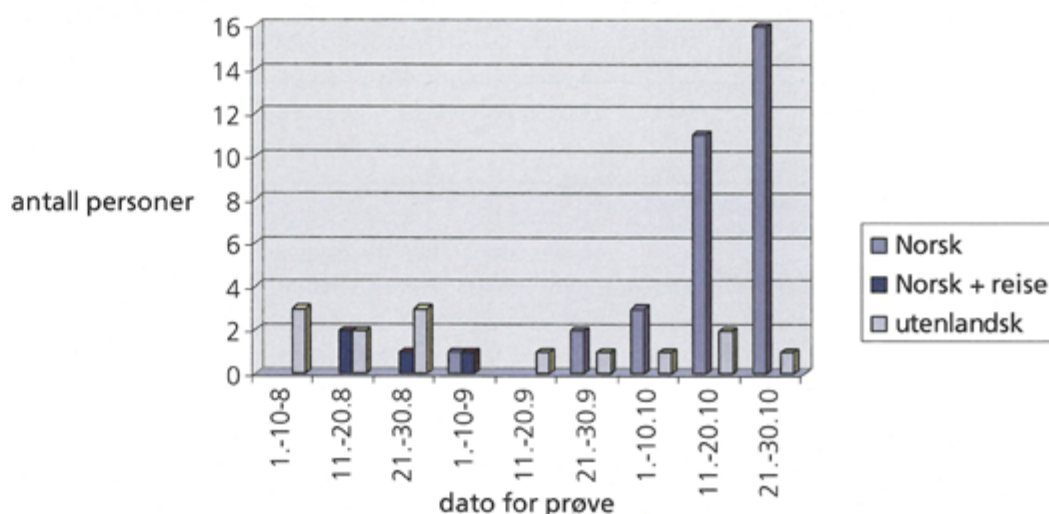
Kl 14.30, fredag den 29. oktober meldte seksjonsoverlegen ved infeksjonsmedisin i Helse-Bergen til Smittevernoverlegen i kommunen at det var diagnostisert uvanlig mange tilfeller av Giardia Lamblia de siste to ukene. De fleste så ut til å være smittet hjemme, noe vi tidligere i min periode som smittevernlege ikke hadde registrert. Av de til vanlig cirka 30 tilfellene vi har pleid å registrere per år har det alltid tidligere vært snakk om innvandrere, asylsøkere, adoptivbarn eller hjemvendte turister.

Dette var opptakten til at de sentrale bydeler i Bergen høsten 2004 og følgende vinter gjennomgikk det mest omfattende drikkevannsbårne utbrudd av magetarminfeksjon i Norge i den nyere tid. Agens var tarmflagellaten Giardia Lamblia. Denne protozoen har tidligere ikke vært regis-

trert som årsak til utbrudd i Norge, men har vært påvist i en rekke drikkevannskilder¹. I alt ble det diagnostisert over 1300 personer med positiv prøve på Giardia Lamblia i avføringen. Eksperimentelle studier med frivillige har vist at de aller fleste infektete bare får et kortvaring, symptomfattig sykdomsforløp, for så å utvikle immunitet mot parasitten². I Bergen var ingen involverte instanser forberedt på en slik epidemi og intervjuer foretatt i siste halvdel av november viste et gjennomsnittlig tidsintervall på 33 dager fra debut av symptomer til adekvat behandling ble igangsatt, så sannsynligvis er det bare en liten del av de infektete som er registrert i statistikken fordi de fleste var symptomfri eller hadde så lite symptomer at de aldri gikk til lege.

En beregning gjort av Bergen kommune viser at utbruddet totalt har kostet omkring 46 millioner kroner. Mange ulike parter har tatt del i denne kompliserte og omfattende pro-

Positive Giardia prøver HUS lab 1.8-31.10.04



FIGUR 1.

Antall positive prøver på Giardia Lamblia tatt ved parasittlab, Haukeland universitetssykehus. Det uvanlig høye antallet bekreftet utbruddet. De aller fleste var hjemmesmittet. Men hva var smitekilden?

sessen. Jeg vil i det følgende begrense meg til å si litt om de instanser innen legetjenesten som var involvert nemlig fastlegene, pasientene, kommunelegetjenesten, dvs smittevernet, og til en viss grad spesialisthelsetjenesten.

Regelverket

I tillegg til Kommunehelsetjenesteloven, Smittevernloven og tilhørende forskrifter trekker den kommunale smittevernplan opp linjer for hvordan man tenker seg helsetjenesten skal organiseres i beredskapssituasjoner. I den lokale bergenske smittevernplan, vedtatt 2002, foreligger det føringer på samhandlingen mellom fastleger og kommunehelsetjenesten, men det ikke presisert hvordan kommunikasjonen skal foregå, slik at det tok en viss tid før en brukbar forbindelse ble opprettet. Fra kommunal side måtte vi benytte oss av faks, telefon brev, hjemmeside og media. Det viste seg at mange fastleger ikke hadde e-post. Ved epidemiens begynnelse hadde vi e-post adresse til ti prosent av fastlegene og faksnummer til ca 50 prosent. I en lederartikkel i Tidsskriftet blir Helsevernetetaten/smittevernet kritisert for manglende informasjon til fastlegene.

De enkelte instansers oppgaver ved utbrudd

Det kommunale smittevernets oppgaver er å lede beredskapssamarbeidet, bidra til å finne smitekilden, stoppe smitteveiene, forebygge smittespredning og se til at allerede syke får nødvendig helsehjelp. Disse oppgavene krever et nært samarbeid med andre faggrupper utenom helsevesenet. Vann- og avløpsetaten og Mattilsynet var fast i aksjonsledelsen og den første uke dessuten legevaktssjefen og Seksjonsoverlege fra Infeksjonsposten i helseforetaket. Media utgjør vår viktigste informasjonskilde ut til publikum og Bergen kommunes informasjonsavdeling var derfor også fast tilstede i aksjonsle-

delsen for å best mulig kunne håndtere og styre informasjonsprosessene. I tillegg ble det sørget for en fortløpende oppdatering av utgående informasjon på kommunens hjemmesider³. Avdelingen organiserte og styrte pressekonferansene og så til at vi fagfolk uttrykte oss «forståelig» til publikum.

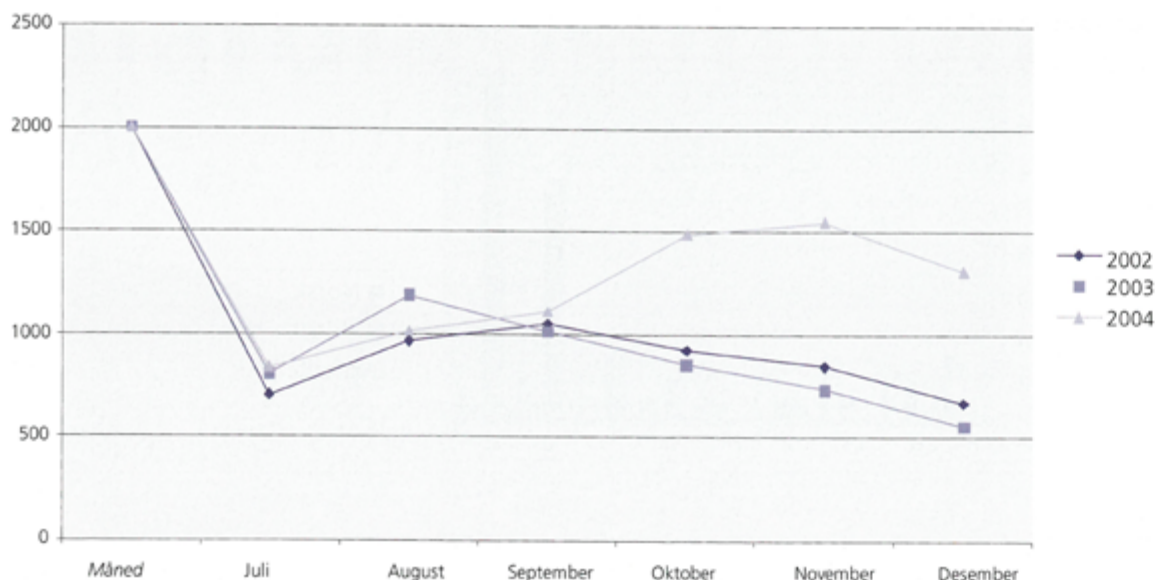
Faglig råd og veiledning i smittevernsaker er også en oppgave som ligger til smittevernet, men dette må ses opp mot spesialisthelstjenestens veiledningsplikt til førstelinjen. Smittevernlovens § 7-2 pålegger smittevernlegen en fortløpende epidemiologisk oversikt over infeksjonssykdommer i befolkningen. En slik overvåking er helt avhengig av at sykdommer diagnostiseres og meldes. I likhet med andre utbrudd vi har hatt i Bergen, ble dette meldt fra diagnostiserende laboratorium, og ikke fra Folkehelseinstituttet på bakgrunn av MSIS. Faktisk var de fleste meldinger mer enn en måned på etterskudd i forhold innsykningstidspunkt.

Det ble fra Smittevernlegen meldt fra om utbruddet til primærlegene den 2. november og dette utløste rekvirering va giardiaprøver fra fastlegene i så stor utstrekning at laboratoriets kapasitet ble sprengt. Det var derfor et diagnostisk etterslep til ut i desember måned. Holder vi tabellen nedenfor sammen med epidemikurven kan en tydelig se skjevheten mellom innsykning og diagnostikken (se fig. 1, over)

TABELL 1.

Sammenhengen mellom ukenummer og diagnostikk. Tabellen er laget ifølge opplysninger med telefonintervjuer med pasienter med positiv giardiatest.

Uke	35-42	43-44	45	46	47	48	49	50	51	52-53
Antall diagnostiserte	Sporadiske	21	160	288	295	261	69	89	39	40



FIGUR 2.

Prøver på tarmpatogene bakterier sendt av primærleger til Mikrobiologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus. Kurven har en karakteristisk form som både avspeiler legenes ferie og turistsesongen for utenlandsreiser. Høsten 2004 ble det rekvirert svært mange flere prøver enn vanlig som uttrykk for at man lette etter årsaken til utbruddet.

Primærlegene

Deres oppgave under et utbrudd er å gi nødvendig helsehjelp til pasientene. Dette inkluderer smitteinformasjon i følge Smittevernloven, diagnostikk og melding til smittevernet gjennom MSIS systemet. Utbrudd av typen giardiasis krever årvåke fastleger som ikke bare tenker rutinemessig, men er kreative og stiller kritiske spørsmål på pasientenes vegne. Starten på et slikt utbrudd starter alltid hos primærlegene, men ved uvanlige og spesielle utbrudd kan det være vanskelig å diagnostisere. Et par primærleger og en legevakslege meldte midt i oktober fra om uro for et «annerledes utbrudd» som etter hvert viste seg å være Giardiasis. Mange fastleger må ha tenkt det samme, for i løpet av oktober ble det tatt mange avføringsprøver på tarmpatogener (se fig 2). Problemet er bare det at i Bergen analyseres tarmpatogener og parasitter på forskjellige avdelinger. Det er ikke noe felles mottak, og det er ulike datasystemer som ikke kommuniserer med hverandre. Det tok derfor tid før sammenhengen ble oppdaget.

Helseforetaket/spesialisthelsetjenesten

Helseforetakets oppgave er å yte spesialisttjenester til befolkningen. Representanter for Helseforetaket har derfor sin naturlige plass i aksjonsledelsen i tråd med smittevernplanen. Som ved tidligere utbrudd her i byen ble også dette utbruddet meldt fra et laboratorium ved Helseforetaket som følge av uvanlig mange positive prøver. Samtidig ble det ved et annet laboratorium registrert uvanlig mange negative prøver.

Pga treggheten i MSIS systemet brukte aksjonsledelsen kopier av positive giardiarekvisisjoner fra parasittlabben som utgangspunkt for telefonintervjuing av pasientene og det er disse rekvisisjonene som danner grunnlaget for epidemi-kurven og kjønns- og aldersfordelingsstatistikken.

Helseforetaket har en rådgivende funksjon overfor primærhelsetjenesten. Nær kontakt mellom helseforetaket og smittevernet er helt nødvendig ved ethvert utbrudd. Det fungerte i vår sammenheng tilfredsstillende.

Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet er det nasjonale faglige rådgivingsorgan for forbygging av og håndtering av utbrudd. Som sentral mottaker av MSIS-meldinger har instituttet også en overvåkingsfunksjon, men hadde pr 1. november ikke registrert tegn til at noe var på gang i Bergen. Instituttet gav raskt tilbud om hjelp og sendte den 4. november to medarbeidere som gav faglig råd og veiledning og bidro til å få etablert en epidemiovervåking. De hjalp også med å designe en liten kaskuskontrollundersøkelse som har gitt en del informasjon som følger.

Fylkeslegen

Fylkeslegen har i den senere tid skiftet rolle fra rådgiver til få mer preg av tilsynsinnsinstans. Fylkeslegen ble varslet i tråd med planverket, men i denne sammenheng hadde dette liten betydning for arbeidet med epidemien.

Andre kommunale instanser

Som det fremgår av fig. 3 var dette et utbrudd som i første rekke angrep friske, arbeidsføre personer, spesielt kvinner. Det ble registrert få barn og på en telefonspørreundersøkelse på tolv sentrale sykehjem den 5. november ble det ikke notert utbrudd blant sykehjemsbeboere.

Pasientene

Ca 200 millioner mennesker oppgis av WHO å være syke av giardiasis internasjonalt. De fleste av disse finnes i utviklingsland hvor det ofte er dårlig kontroll med drikkevannskildene. Barnepopulasjonen oppgis å være mest angrepet, her oppgis tall fra seks til 30 prosent.⁴ Som med en rekke andre tilstander er barn også de som lettest tilpasser seg infeksjon og blir kroniske bærere, i blant med malabsorpsjon og underernæring som følge.

Vi vet ikke hvor mange som ble infisert og var midlertidig syke i Bergen i dette utbruddet, men vi har registrert over 1300 personer. Det er flere spesielle trekk ved denne populasjonen. I internasjonale studier er barna oftere syke enn voksne, i Bergen ser det motsatte ut å være tilfelle.

Da utbruddet først ble meldt indikerte bostedsadressen at drikkevannskilden Svartediket kunne være en fellesnevner. Imidlertid viste V/A avdelingen og Mattilsynet til en prøve, tatt i slutten september som var negativ med hensyn på Giardia, men som samtidig viste høy forekomst av TKB⁵. Vi har i etterkant erfart at vi la for mye vekt på denne negative prøven. Aksjonledelsen, i denne sammenheng Mattilsynet og Helsevernetaten, satte i gang telefonintervju av registrert syke etter et modifisert spørreskjema⁶. Med hjelp fra utbruddsgruppen på Folkehelseinstituttet fikk vi systematisert data slik at en rekke faktorer fort kunne utelukkes. Det var ingen arrangementer, matvarekjede eller spesielle matvareprodukter som var felles for de syke. Bare to faktorer gikk i gjen. Det var høyt konsum av drikkevann fra springen⁷ og bostedsadresse sentralt med Svartediket som drikkevannskilde.

Drikkevannet som smittekilde var altså åpenbar, men det høyeste antall cyster i råvannet var fem pr ti liter vann, altså svært beskjedne konsentrasjoner.⁸ Det lyktes heller

TABELL 2.
Oppgitt daglig vanninntak. Nesten nitti prosent av de registrert syke oppgir å ha drukket mer enn gjennomsnitt i NORKOST undersøkelsen i 1997.

	Kvinner	Menn	Total	% av alle
0 glass	1		1	2
1-2 glass	2	2	4	9
3-5 glass	6	7	13	30
> 5 glass	16	9	25	58
Total	25	18	43	100

Vannverk	Antall syke	Antall abonnenter
Svartediket	637	42 774
Tarlebø	15	9 685
Espeland	89	1 055 440
Jordalsvannet	33	34 406
Sædalen	4	14 266
Kismul	13	23 848

TABELL 3.
Angrepsrate på drikkevannkilde. Basert på spørring i november. Antallet økte, men tendensen var den samme hele tiden.

aldri å få typebestemt giardiacystene funnet i råvannskilden, slik at en kunne påvise identitet med giardia funnet hos pasientene. Giardia har som kjent en stor genetisk variasjon og enhver giardiacyste i drikkevannskilder er på ingen måte smittefarlig for mennesker.

Symptomene

De færreste som blir infisert med giardiacyster får symptomer. Det er en mulig sammenheng mellom smittedosen og symptomene, men her er det en rekke andre faktorer som spiller inn, bl.a. immunologiske og kostholdsmessige.

Symptom	Forekomst hos andel intervjuete
Diarré	Over 90 %
Kvalme	Over 90 %
Magesmerter	Over 90 %
Luftplager	Over 90 %
Illeluktende avføring	Over 90 %
Oppkast	36 %
Feber	18 %
Vekttap	83 %
Gjennomsnittlig vekttap	5,1 kg
Gjennomsnittlig ant. legekonsultasjoner	4,4

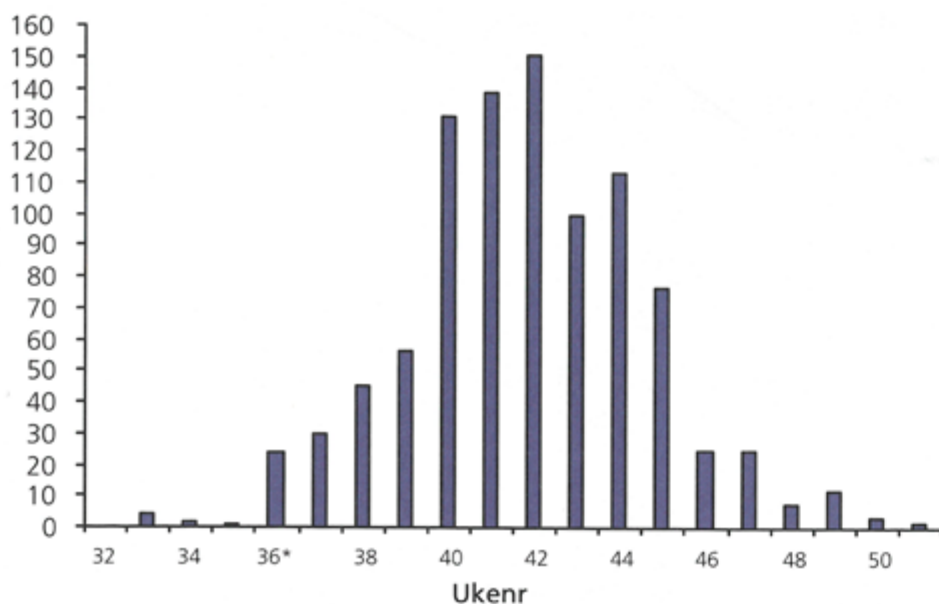
TABELL 4.
Symptomer oppgitt av en gruppe pasienter intervjuet i siste halvdel av november.

TABELL 5.
Viser tidsintervaller for en gruppe pasienter intervjuet i november.

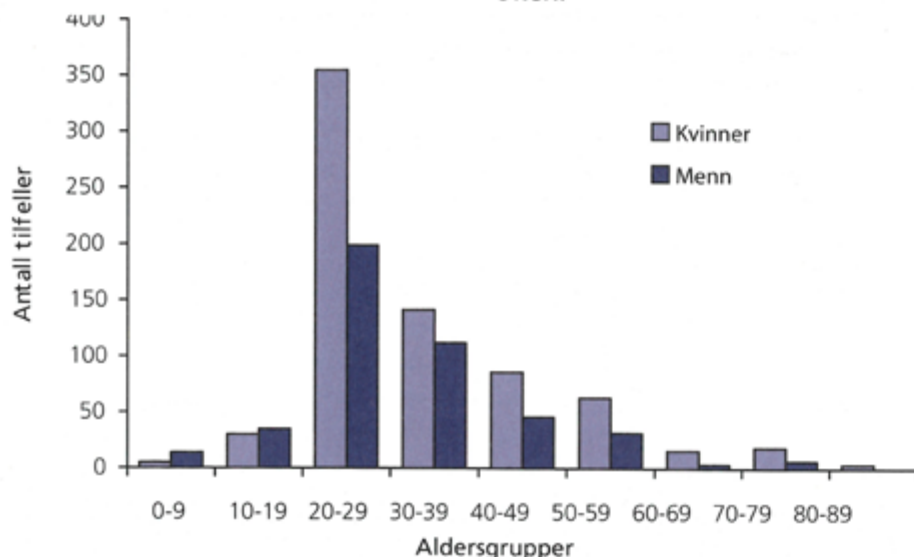
	Gj.snitt	Median	Range	N
Innsykning til legekontakt	17,1	16,5	0-44	74
Legekontakt til behandling	18,0	15,5	0-54	47
Innsykning til behandling	33,1	31	9-69	51

TABELL 6.
Behandlingstid. I starten ble nok den korte varianten foretrukket. Da det ble kjent at enkelte ikke ble helt bra av behandlingen så det ut til at legene foreskrev behandling med lengre varighet.

Behandlingslengde	Antall personer	Andel
3 dager	14	33 %
5 dager	1	2 %
6 dager	3	7 %
7 dager	13	30 %
10 dager	12	28 %
Total	43	100 %



FIGUR 3.
Epidemikurven ved årsskiftet.
Incidensmaksimum går fra og med uke 40 til og med uke 44. Utbruddet ble bekreftet uke 45. Det ble da gått ut med hygiene- og hakeråd til publikum. NB innsyningsuke er satt etter intervju med de syke, ikke etter MSISmelding fordi meldingene kom inn først mange uker senere. Sannsynligvis var utbruddet over da det ble registrert og meldt.



FIGUR 4.
Alders- og kjønnsfordeling på de registrerte syke.

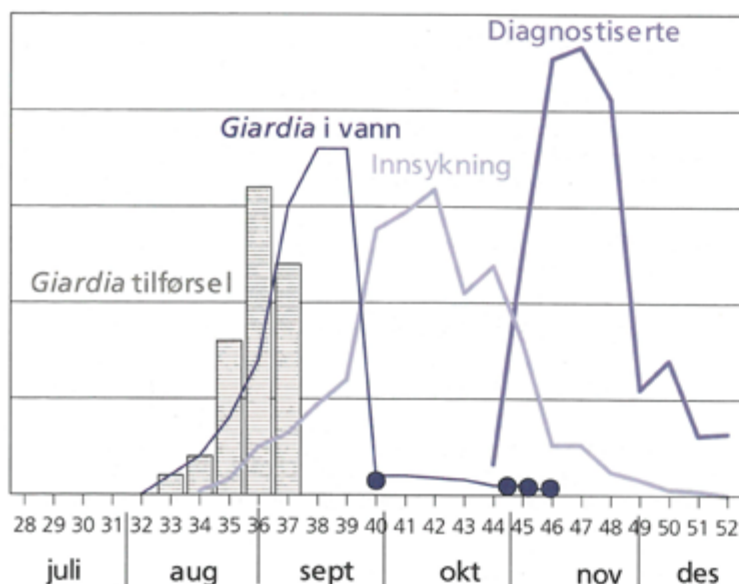


FIG. 5
Viser den antatte sammenheng mellom fekal forurensning brakt til vannkilden gjennom stor nedbørsmengde, oppkonsentrering i vannkilden og følgende innsykning hos stordrikkene. En diagnostisering på grunn av problem med å bestemme agens tidlig i forløpet.

Behandlingen av pasientene

Det er ingen tvil om at mange giardiasispatienter hadde en hard tid i Bergen denne høsten. Først tok det lang tid å få en riktig diagnose. I tillegg er de behandlingsforslag som står angitt i henholdsvis Felleskatalogen og Medikamethåndboken divergerende både med hensyn til dose og tid. Mange av legene var usikre og en liten gruppe pasienter laget oppstyr i media om at de ikke var blitt friske. Forbausende få av denne gruppe var blitt henvist til spesialist, men når det siden skjedde viste det seg at ca 50 prosent ikke hadde giardia i sin tarm lengre.

Av epidemikurven fremgår det at de tidligste tilfellene av giardiasis nok forekom allerede i slutten av august. De store nedbørsmengdene som kom fra slutten av august og ut året bidro til å skylle kloakkforurensningen ned i drikkevannskilden hvor man ikke hadde noen barriere mot Giardia slik at cystene gikk rett ut på nettet. Trolig har det vært lav forurensningsgrad, men den må ha pågått et par måneder synkront med nedbørsmengden inntil det meste har blitt spylt bort. Dette bekreftes av funnene som Mattilsynet har gjort. Derfor er det også bare «stordrikkene» som har blitt syke.

Før forskrivning av SINGULAIR®, se preparatomtalen.
SINGULAIR® er et registrert varemerke tilhørende
Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

C Singulair MSD

Leukotrienreseptorantagonist.

ATC-nr.: R03D C03

TABLETTER 10 mg: Hver tablett inneholder: Montelukastnatrium 10,4 mg tilsv. montelukast 10 mg, laktosemonohydrat 89,3 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt og gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Filmraster. **TYGGETABLETTER 4 mg og 5 mg:** Hver tyggetablett inneholder: Montelukastnatrium 4,2 mg, resp. 5,2 mg tilsv. montelukast 4 mg, resp. 5 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), Kirsebærsmak. **Indikasjoner:** Tilleggsbehandling ved bronkialastma når behandling med inhalasjonssteroider og kort-tidsvirkende beta₂-agonist tatt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen. Symptomlindring ved sesongrelatert allergisk rhinitt. **Dosering:** Dosering: Skal tas én gang daglig. Astma: Dosen bør tas om kvelden. **Voksne og barn >15 år:** 10 mg (1 tablett) daglig. Forsøksvis til behandling av barn: **Barn: 6-14 år:** 5 mg (1 tyggetablett) daglig, 2-5 år: 4 mg (1 tyggetablett) daglig. **Voksne og barn >15 år:** 10 mg (1 tablett) daglig. **Barn: 6-14 år:** 5 mg (1 tyggetablett) daglig, 2-5 år: 4 mg (1 tyggetablett) daglig. Bruk hos barn 2-14 år ved sesongrelatert allergisk rhinitt kan overveies basert på dokumentert sikkerhet i denne aldersgruppen, selv om effekt ikke er dokumentert i kliniske studier. **Generelle anbefalinger:** Tabletter 10 mg kan tas alene eller sammen med mat. Tyggetabletter 4 mg og 5 mg bør tas 1 time før eller 2 timer etter mat. Skal ikke brukes samtidig med andre preparater som inneholder montelukast. Ingen dosejustering er nødvendig for eldre, ved redusert nyrefunksjon eller ved mild til moderat leversykdom. Det finnes ingen data fra bruk ved sterkt nedsatt leverfunksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Brukes ikke til behandling av akutte astmaanfall. Pasienten bør rådes til å ha akuttmedisin tilgjengelig. Ved akutte anfall gis korttidsvirkende beta₂-agonister. Pasienten bør kontakte lege snarest mulig dersom det er nødvendig med flere inhalasjoner av korttidsvirkende beta₂-agonister enn vanlig. Montelukast bør ikke erstatte inhalerte eller perorale kortikosteroider. Det finnes ikke tilgjengelige data som viser at perorale kortikosteroider kan reduseres ved samtidig inntak av montelukast. Etter reduksjon i dosen av systemiske kortikosteroider har det i sjeldne tilfeller forekommet en eller flere av følgende: Eosinofili, vaskulitt, utslett, forverring av lungesykdommer, hjerte-karpatologier og/eller neuropati, noen ganger diagnostisert som Churg-Strauss' syndrom, en systemisk eosinofil vaskulitt. Årsakssammenhengen er uklar, men det anbefales forsiktighet og klinisk oppfølging når reduksjon av systemiske kortikosteroider vurderes. Dokumentasjon for bruk til barn er begrenset. Det foreligger ingen data vedrørende effekt og sikkerhet hos barn under 2 år. Tyggetablettene inneholder aspartam som hos fenylketonuripatiserte omdannes til fenylalanin. **Interaksjoner:** Preparatet kan tas sammen med teofyllin, prednison, prednisonol, p-piller (etyllostradiol 35 µg/noretisteron 1 mg), terfenadin, digoksin og warfarin uten fare for interaksjoner av klinisk betydning. Areal under plasmakonsentrasjonskurven (AUC) for montelukast ble redusert med ca. 40% ved samtidig inntak av fenobarbital. Siden montelukast metaboliseres av CYP 3A4 bør forsiktighet utvises, spesielt ved behandling av barn, når montelukast gis samtidig med medikamenter som inducerer dette enzymet, f.eks. fenytoin, fenobarbital og rifampicin. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er begrenset. Bruk av montelukast under graviditet bør derfor unngås. **Overgang i morsmelk:** Utskilles i morsmelk hos rotter. Konsentrasjonen i melk er ca. 1/3 av plasmakonsentrasjonen. Det er mulig at barn som ammes kan påvirkes. Montelukast bør derfor ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Tolereres vanligvis godt. Bivirkningene er vanligvis milde og krever vanligvis ikke avbrudd i behandlingen. **Tabletter (voksne):** Hyppige (>1/100): Asteni/tretthet, feber, mavesmerter, traumer. Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi, infeksjons gastroenteritt, tannpine. Hud: Utslett. Lufteveier: Tetthet i nesen, hoste, influensa. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine, søvnighet. Tyggetabletter (barn 6-14 år): Hyppige (>1/100): Hodepine. Gastrointestinale: Diaré, kvalme. Lufteveier: Faryngitt, influensa, sinusitt. Øvrige: Feber. Tyggetabletter (barn 2-5 år): Svært hyppige: Hoste (>10%). Følgende bivirkninger er rapportert: Utilpassethet, ødem, overfølsomhetsreaksjoner (inkl. anafylaksi, angioødem, pruritus, utslett, urticaria og svært sjelden eosinofil leverinfiltrat), unormale drømmer inkl. mareritt, søvnighet, irritasjon, opphisselse inkl. aggressiv oppførsel, rastløshet, søvnighet, parestesi/hypestesi, epileptisk anfall, hallusinasjoner, tørr munn, kvalme, oppkast/brekninger, dyspepsi, diaré, økt ALAT og ASAT, isolerte tilfeller av kolestatisk hepatitt, artralgi og myalgi inkl. muskelsmerter, økt blodtingstendens, blåmerker, palpitasjoner. **Overdosering/Forgiftning:** I studier på pasienter med kronisk astma er det gitt doser opptil 200 mg/dag i 22 uker, og i korttidsstudier er det gitt opptil 900 mg/dag i ca. 1 uke, uten at det ble observert klinisk signifikante bivirkninger. Akutt overdosering er rapportert hos barn ved doser på minst 150 mg/dag. Kliniske funn og laboratoriefunn avviker ikke fra det som er sett hos voksne og eldre barn. De vanligste symptomene er tørste, søvnighet, mydriasi, hyperkinesi, mavesmerter. Det er ikke kjent om montelukast er dialyserbar ved peritoneal- eller hemodialyse. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv leukotrienreseptorantagonist. **Virkningsmekanisme:** Bindes med høy affinitet og selektivitet til cysteinyleukotrienreseptorer (CysLT₁) og hemmer derved bronkokonstriksjon og inflammatoriske parametre, samt symptomer forbundet med allergisk rhinitt. Reduserer mucusutskillelse, vaskulær permeabilitet og dannelse av eosinofile celler i blod og lufteveier forårsaket av cysteinyleukotriener (LTC₄, LTD₄, LTE₄). Hemmer antigen fremkalt bronkokonstriksjon både i tidlig og sen fase. Gir bedring i morgent FEV₁, ekspiratorisk toppstrømhastighet (PEFR) om morgenen og reduksjon i total bruk av beta₂-agonister. Reduksjon i anstrengelsesutløst bronkokonstriksjon er vist hos voksne og barn. Den bronkodilaterende effekten av beta₂-agonister er additiv til effekten av montelukast. Montelukast har tilleggseffekt til inhalasjonssteroider. **Terapeutiske plasmakonsentrasjoner** av montelukast blokkerer ikke cytokrom P-450 3A4, 2C9, 1A2, 2A6, 2C19 eller 2D6 og derved unngår levertoksitet. **Absorpsjon:** Raskt etter peroral administrering. **Tabletter:** Gjennomsnittlig plasmakonsentrasjon, C_{max}, oppnås etter 3 timer. Tyggetabletter: C_{max} oppnås etter 2 timer. **Bronkodilatorer** er sett innen 2 timer etter peroral administrering. **Biotilgjengelighet:** Tabletter: 64%. Tyggetabletter: Ca. 73%. **Proteinbinding:** >99%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 8-11 liter. Minimal distribusjon over blod-hjernebarrieren (dyreforsøk). Minimal konsentrasjon i alle vev 24 timer etter dosering. **Halveringstid:** 2,7-5,5 timer. **Metabolisme:** Utstrakt metabolisme som involverer cytokrom P-450 3A4, 2A6 og 2C9. Metabolittene bidrar minimalt til den terapeutiske effekten. **Utskillelse:** Plasmaclearance er gjennomsnittlig 45 ml/minutt. Montelukast og dets metabolitter utskilles nesten fullstendig via galle.

Pakninger og priser:

10 mg: tablett:	28 stk.	kr. 398,10	98 stk.	kr. 1307,40
5 mg: tyggetablett	28 stk.	kr. 398,70	98 stk.	kr. 1278,10
4 mg: tyggetabletter:	28 stk.	kr. 399,70	98 stk.	kr. 1278,10

T: 21.

Refusjon: Behandling med Singulair (montelukast) til barn skal være instituert av spesialist i barne- eller lungesykdom. Ved behandling av astma skal kombinasjonen av inhalasjonssteroider og langtidsvirkende beta₂-agonister være prøvd med utilstrekkelig effekt eller ikke akseptable bivirkninger, før montelukast refunderes. Behandlingseffekten av montelukast skal evalueres innen tre måneder. **Sist endret:** 01.01.2005

- Bousquet et al. Allergic Rhinitis and Its impact on Asthma. WHO Initiative. J Allergy Clin Immunol Suppl 2001;108(S):S147-S334.
- Philip G et al. The effect of montelukast on rhinitis symptoms in patients with asthma and seasonal allergic rhinitis. Curr Med Res Opin 2004;20(10): 1549-1558

SINGULAIR®
(montelukast, MSD)

De friskeste, kvinner i alderen 20-50 år utgjør mer enn 50 prosent av «sykegruppen». Og årsaken til dette er igjen adferdsbestemt. I følge intervjuene drikker de betydelig større mengder vann enn gjennomsnitt og det viser seg en klar sammenheng med at jo mer vann de drakk jo større sannsynlighet for å bli syk.¹⁰ Tabell 2 viser sammenhengen mellom vanninntak og risiko for sykdom. Det har vært antatt at de som drikker mye vann i denne sammenheng er opptatt av helse og sunnhet. Av materialet fremgår at en stor andel også går på treningsinstitutt.

Konklusjon

Håndteringen av utbruddet gikk greit fordi Bergen har 6 fungerende vannverk og kunne alternere drikkevannforsyningen og stoppe smitteveiene på den måten. Helsevernetaten og Smittevernet ser betydningen av å bedre kommunikasjonskanalen til fastlegene. Dette for å sikre tidlig diagnostikk og gi viktig informasjon ut til korpset. MSIS systemet har sin klare bergensning til bekreftelse og styring av utbrudd. Åpne grenser og mye reising betyr at det blir viktig å ha et globalt perspektiv på infeksjonssykdommene. Eksotiske tilstander kan også bryte ut i Norge.

Referanser

- Undersøkelse gjort av Norges veterinærhøgskole i 1998-99, ref. Smittevern 5, s. 49.
- Tropical Medicine Central Resource
- <http://www.bergen.kommune.no/info/>
- Mandell, Douglas, Bennett: Principles and Practice of Infectious Diseases, siste utgave 2003.
- Termotolerante koliforme bakterier, en indikator på fersk fekal forurensning.
- Smittevern 2. Oppklaring av utbrudd med næring-middelbåren sykdom. Folkehelse 2000.
- OR = 7,4 for mer enn 5 glass daglig.
- Prøven ble tatt 3/11 sendt til Veterinærinstituttet, besvart 5/11.
- Internasjonale studier viser til en behandlingssvikt i 5-15% av den gruppen som Metronidazolebehandles. Dette passer godt med inntrykket fra Bergen, selv om behandlingssvikt neppe er den riktige betegnelsen. Gruppen er ganske heterogen og man finner bivirkninger av behandling, følgetilstander og immunologiske problemer i bunn.
- NORKOST undersøkelsen 1997 viste at voksne i Norge i gjennomsnitt drikker 2-3 glass vann pr dag, barn 1-2 glass.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@online.no

Lyrikk

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydning 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 Sigurd Førre for utfordringen til denne spalten. Sigurd var doktor'n i naborommet da jeg startet som almenpraktiker, en varm takk til deg for all tålmod og entusiasme.

Jeg leser dikt. Hver dag. Og med økende glede ettersom årene kommer på. Romaner er blitt så tykke nå for tiden. De bugner av ørkesløse ord. Lyrikk fordrer en annen presisjon, – det liker jeg. Ordknapt og presist, gjerne med muligheter for å hente ut forskjellig budskap avhengig av hvor jeg selv er i livet. Noe å gruble på. Verken verden eller livet er en-dimensjonalt. Det hender til og med at jeg endrer mening! (skjønt vitenskapen sier vel noe om at det er ytterst lite endrings-potensiale i oss etter fylte 25 år)

Diktet jeg har valgt er av Kolbein Falkeid. Tittelen «venteværelset» gir umiddelbar assosiasjoner til hverdagslivet. Men de gangene jeg selv sitter der, er opplevelsen en annen: spenning, noen ganger redsel. Også forventninger. Om avklaring, et møte, respons.

Personen i diktet møter seg selv som han var eller kunne ha blitt. For meg som straks runder midten av 40-årene, handler diktet om ettertanke. Erkjennelse av at halve livet er levet. Er jeg et helt menneske? Er det blitt slik jeg ville, vil jeg det slik? Tid for nyorientering? – eller er jeg «et tog som er i rute»?

Men hva med stjernelyset ... kan man leve der?

Stine Hynne

VENTEVÆRELSET

Jeg sto i venteværelset
hvor alt var tomt og stille,
og stirret inn i speilet
mot en annen mann enn meg.
Jeg spurte full av redsel
hvem han var og hva han ville.
Vi pekte på hverandre,
og han hvisket sakte «Deg!»
Jeg kommer ifra stedene

i stjernelys der ute.
Og jeg er den du var
og kanskje også kunne blitt.»
Han sa han var en reisende,
et tog som var i rute.
I speilet så jeg ansiktet
han hadde sagt var mitt.

Så gikk jeg inn i speilet der,
og han kom taust imot meg.
Som lys og skygge krysser vi
hverandre uten spor.
Han strøk bort venteværelset
med hånden – og forlot meg.
Og jeg, – han eller jeg? – gikk dit
hvor stjernelyset bor.

Jeg sender stafettpinnen
videre til kollega og bysbarn
Torfinn Kleive. En kunstner
i livet og musikken.



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Imigran til sulfaallergiker

Spørsmål til RELIS

En pasient ønsker å bruke Imigran nese-spray, men er registrert som sulfaallergiker etter å ha reagert på Bactrim. Hun angir selv at hun heller ikke tåler flere andre legemidler, herunder forskjellige andre antibiotika. Kan slike pasienter bruke Imigran?

Pasienten har reagert allergisk på Bactrim som inneholder sulfametoksazol, men også flere andre legemidler. Det er derfor mulig at hun kan ha økt risiko for allergiske reaksjoner, uavhengig av om legemidlet inneholder sulfa eller ikke.

Produsenten angir at pasienter med kjent overfølsomhet overfor sulfonamider kan utvikle en allergisk reaksjon (fra hudreaksjoner til anafylaksi) ved bruk av sumatriptan og at forsiktighet bør utvises før bruk av Imigran (1). Allergiske reaksjoner regnes som sjeldne, men har forekommet og kan være alvorlige. Det er større sannsynlighet for hypersensitivitetsreaksjoner hos pasienter som fra før er sensitive overfor flere allergener (2).

Reaktive metabolitter av antimikrobielle sulfonamider, furosemid og tiazider kan bindes kovalent til makromolekyler. Disse haptentkompleksene kan initiere immunresponser og utløse allergiske reaksjoner. En allergisk reaksjon trenger imidlertid ikke å skyldes kryssreaksjon, men kan skyldes at visse pasientgrupper lettere får uavhengige immunresponser til en rekke medikamenter (3). Det er visse kjemiske forskjeller på antimikrobielle sulfonamider og andre legemidler med sulfonamidgrupper som furosemid, tiazider, celecoxib og sumatriptan. Antimikrobielle sulfonamider inneholder en aromatisk aminogruppe i N4-posisjon og denne kan muligens være implisert i de allergiske reaksjonene. Man bruker derfor en inndeling i aromatiske og ikke-aromatiske sulfonamider. Videre inneholder antibiotika av sulfonamidtypen en substituert ring i N1 posisjon, som ikke finnes hos andre sulfonamider. Ut fra strukturforskjellene kunne man tenke seg at det forekom liten kryssreaktivitet mellom disse gruppene, men dette er ikke helt entydig. Fra en gjennomgang i 2003 oppgir Lee og medarbeidere at de ikke fant konklusive rapporter om kryssreaktivitet, men at det foreligger flere kasuistikker hvor sammenhengen ikke alltid er tydelig eller sulfaallergien ikke er sikkert verifisert (4). Andre forfattere har fremhevet det samme, ettersom rapporter som viser mangel på kryssreaktivitet veies opp av de få rapporter som foreslår en kryssreaksjon (5). Det er ingen tester som kan bestemme kryssreaktivitet mellom forskjellige sulfonamidforbindelser (3).

*Tone Westergren, seksjonsleder, cand. pharm.
RELIS Sør, Rikshospitalet
Jan Schjøtt, overlege, dr. med.
RELIS Vest, Haukeland Universitetssykehus*

Referanser:

1. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Imigran. <http://www.legemiddelverket.no/spc/spc.htm> (Sist endret: 6. juli 2004).
2. American Hospital Formulary Service (AHFS) Drug Information 2004: 2446.
3. RELIS database 2003; sp.nr. 2436, RELIS Vest.
4. Lee AG et al. Presumed «Sulfa Allergy» in Patients With Intracranial Hypertension Treated With Acetazolamide or Furosemide: Cross-reactivity, Myth or Reality? *Am J Ophthalmol* 2004;138: 114–118.
5. Knowles S et al. Should celecoxib be contraindicated in patients who are allergic to sulfonamides? Revisiting the meaning of «sulfa» allergy. *Drug Saf* 2001; 24: 239–47.

Cipralex®

Kanskje ikke størst¹ – men mest brukt²

Cipralex® er kanskje ikke Norges største antidepressivum – når det gjelder omsetning.¹ Men målt i definerte døgndoser er Cipralex® desidert størst.²

Cipralex® gjør det mulig å behandle flere pasienter til lavere kostnad.*

Det er forskjell på mindre og dyrt – og mer og rimeligere.^{3*}

*Priseksempler:

Definert døgndose Cipralex® (escitalopram) 10 mg	= kr. 7,37
Maksimal vedlikeholdsdose Cipralex 20 mg	= kr. 14,74

Definert døgndose Efexor® Depot (venlafaxine) 100 mg	= kr. 12,37
Maksimal vedlikeholdsdose Efexor® Depot 225 mg	= kr. 28,52

Se preparatomtale og referanser på side 35

I tillegg har Cipralex® 20 mg vist å gi minst like god effekt som Efexor® Depot 225 mg ved behandling av depresjon – og mindre bivirkninger⁴

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!*

Kommunikasjon innad på legekontoret...

Denne gangen burde denne spalte hete «Slik skal vi gjøre det», eller «Slik burde vi gjøre det». Muligens burde overskriften være: «Jeg er møkka lei gule lapper». Men egentlig er det vel medarbeiderne som plages mest med å forsøke å få vår oppmerksomhet, ofte med gule lapper. Så OK. Overskriften blir: «Medarbeiderne er møkka lei gule lapper...»

Et legekontor er en service- og kunnskapsbedrift. Helsesekretærene er vårt ansikt utad og de er oftest den pasientene våre møter først, i luka, på labben eller i telefonen. Pasientene (kundene?) ønsker å få hjelp med et eller annet: en resept, en timebestilling, spørre om prøvesvar, etterlyse en henvisning som ikke har kommet frem eller få behandling ved ukomplisert UVI. Mange ganger har medarbeiderne våre kunnskap og mandat til å hjelpe pasientene uten at vi blir involvert, men ofte trenger de å gi oss en kort beskjed, påminnelse eller muligens en ordre.

Gule selvheftene lapper (Post-it) er en løsning som mange har hatt i mange år. En lite heldig løsning. De er som sokker. De har en fæl tendens til å bli borte. Kanskje finnes det ikke bare en planet med uodde sokker ute i verdensrommet, men også en planet med alle forsvunne gule lapper? Vi trenger en ny løsning.

Sortland legekontor bruker ikke små, gule lapper men A4 ark, som er større og dersom man legger dem i en plastmappe forsvinner de ikke så lett.

«Vi bruker ellers doble plastomslag for å forhindre at beskjeder skal komme bort mellom lege og sekretær. Vi bruker også intern mail der det er naturlig» forteller Arne Vassbotn, kommunelege i Sortland.

Søndre Frydenlund legekontor i Sortland har erstattet lappesystemet med et bok-system. Det vil si at de bruker en notatbok med faste permer der medarbeideren skriver inn

beskjeder til legen. Legen henter boken og signerer når arbeidet er utført og der skrives også eventuelle beskjeder tilbake. Systemet er enkelt å gjennomføre og administrere. I en papirløs verden burde vi kunne bruke pasientjournalen. Og selvsagt går det an:

Anette Fosse i Mo i Rana bruker Infodoc:

«Beskjeder fra sekretærene skrives inn på usignert notat til ansvarlig lege. Der samles det opp i en lang – og til tider uoversiktlig – liste som legen må pløye gjennom i løpet av dagen eller etterpå, og enten sende svar tilbake til sekretæren, eller selv gjøre noe i forhold til pasienten (ringe, innkalle til time, skrive resept, sykemelding osv). Når det haster med svar på en beskjed, settes pasientnavnet opp i timeboka med anmerkning 'se usignert'. Av og til kommer det gul-lapper i posthylla, men det er sjelden.»

Det finnes et tilsvarende system i Winmed. Jeg hadde bestemt at vi skal ta det i bruk. Men på personalmøtet ble det litt hektisk i dag og jeg glemte det. Sannsynligvis er det ikke en tilfeldighet. Til tross for at vi i dag alle bruker EDB-baserte journalsystem, og at vi ikke får papir-epikriser lenger, er der fortsatt en intuitiv skepsis til «ikke materielle» kommunikasjonssystemer. Fullstendig grunnløst selvsagt. For det er ikke beskjeder i EDB systemet som blir borte, men de gule lappene. Trur jeg. Håper jeg. *Anders Svensson*



TORALV LURA

STILLING ALLMENN PRAKSIS, NÅ OGSÅ BENEVNT FASTLEGE
ARBEIDSSTED HUSNES HELSESENTER, KVINNHØRAD, HORDALAND



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

At jeg er en notorisk skeptiker til det meste.

For pasientene kalles du «doktor...» med fornavn eller etternavn?

Etternavn.

Hva gir deg mest glede?

Dere må gjerne spørre...

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

Aldri ha på mobiltelefon, aldri svare på spørreundersøkelser/markedsundersøkelser/enquêter pr telefon eller brev, men her har jeg visst glippet litt.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg bidrar til at syke mennesker blir friske eller i alle fall bedre /eventuelt blir flinkere til å mestre sin sykdom.

Når gjør du uviktig arbeid?

Når jeg bidrar til å gjøre friske mennesker syke.

Forutsatt ubegrenset med tid og penger til forskning; hva ville du funnet ut mer om?

Hva vet vi nok om pr i dag? Det måtte i så tilfelle være at homøopati ikke har grunnlag for fysisk virkning. Resten ønsker vi vel å finne ut mer om?

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Realiteten: Lektor

Drømmen: Konsertpianist

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Sta, vindskeiv, løvetann som ikke passer inn i noe skjema.

Er det lov å bli skikkelig sint på en pasient og vise det? Hvordan gjør du det?

Det er neppe ikke til å unngå å bli sint. Men jeg prøver å bli det med en viss stil og dannelse og etter beste evne unngå å bli fiendtlig.

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

John Alvheim.

Begrunnelsen overlates til lesernes fantasi.

Du er helseminister for én dag. Budsjettkontrollspøkelset gjør at du må flytte midler fra et formål til et annet.

Hvem får mer, hvem får mindre med deg som minister?

Mer: Midler til produsent uavhengig informasjon om legemidler til forskrivende leger

Mindre: Super hype krisepsykiatri med stort mediatekke.

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Festtale: Å bli ennå tydeligere på hvorfor allmennmedisin er en nødvendig motpol til den stadig mer subspecialiserte spesialisthelsetjeneste. Et sted hvor mennesker kan få informasjon, veiledning og råd og delta i refleksjon over sine lidelser

Realitet: Holde det gående, slite for å ha korte ventelister, imøtekomme økende og sprikende forventninger, håpe at legedekningen rundt deg er slik noenlunde, dekke opp for uforutsett sykefravær osv osv

Hvilket sykehus er Norges beste?

Det eneste jeg har erfaring med i alle roller er Haukeland Sykehus

Forslag til neste intervjuobjekt. Kom også med et spørsmål som vi kan presentere ham/henne for.

Oddvar Rune Larsen pt Kabul. Spørsmål: Hvordan kobler du best av fra stress på jobben?



C Avandia - GlaxoSmithKline -
Antidiabetikum.

ATC-nr.: A10B G02

TABLETTER, filmdrasjerte 4 mg og 8 mg: Hver tablett inneholder: Rosiglitazonmaleat tilsv. rosiglitazon 4 mg, resp. 8 mg, laktosemonohydrat 22,7 mg, resp. 45,4 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172), titan-dioxyd (E 171).

Indikasjon: Rosiglitazon er indisert til behandling av pasienter med diabetes mellitus type 2. Monoterapi: Til pasienter (spesielt overvektige pasienter) som er utilstrekkelig kontrollert vha. diett og mosjon og som ikke kan benytte metformin pga. kontraindikasjon eller intoleranse. Peroral dualterapi: I kombinasjon med metformin til pasienter (spesielt overvektige pasienter) som har utilstrekkelig glykemisk kontroll tross bruk av maks. tolererbar dose metformin som monoterapi. I kombinasjon med sulfonyleurea kun til pasienter som ikke kan benytte metformin pga. kontraindikasjon eller intoleranse og som har utilstrekkelig glykemisk kontroll tross bruk av sulfonyleurea som monoterapi. Peroral trippelterapi: I kombinasjon med metformin og sulfonyleurea hos pasienter (spesielt overvektige pasienter) som har utilstrekkelig glykemisk kontroll tross peroral dualterapi.

Dosering: Vanlig startdose er 4 mg/dag. Dosen kan økes til 8 mg/dag etter 8 uker dersom bedre glykemisk kontroll er nødvendig. Kan doseres 1 eller 2 ganger daglig, med eller uten mat. **Eldre:** Ingen dosejustering er påkrevd. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering er ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Brukes med forsiktighet ved alvorlig nyresvikt.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for rosiglitazon, eller noen av hjelpestoffene. Hjertesvikt, eller tidligere kjent hjertesvikt (NYHA I-IV). Redusert leverfunksjon. I kombinasjon med insulin.

Forsiktighetsregler: Kan forårsake doseavhengig væskeretensjon som i sin tur kan forverre eller fremskynde hjertesvikt. Symptomer på væskeretensjon, inkl. vektøkning, skal overvåkes og undersøkes. Rask og stor vektøkning er svært sjelden. Pasienter, særlig de med redusert hjertekapasitet, bør observeres for tegn til og symptomer på hjertesvikt. Behandlingen seponeres dersom hjertesvikt forverres. Rosiglitazon i kombinasjon med insulin har gitt økt forekomst av hjertesvikt. Hjertesvikt er hyppigere hos pasienter med kjent hjertesvikt anamnese, med mild til moderat nyresvikt og hos eldre. Enkelte tilfeller av hepatocellulær dysfunksjon er rapportert.

Leverenzymverdier bør sjekkes før behandlingen initieres og deretter periodisk basert på klinisk status. Behandlingen bør ikke initieres ved økte leverenzymverdier (ALAT >2,5 x øvre normalgrense) eller med andre tegn på leversykdom. Dersom ALAT-verdiene øker til >3 x øvre normalgrense i løpet av behandlingen, skal disse verdiene verifiseres så raskt som mulig. Dersom verdiene fremdeles er >3 x øvre normalgrense avbrytes behandlingen. Ved symptomer som kan tyde på redusert leverfunksjon, skal leverenzymverdiene kontrolleres. Beslutning om å fortsette eller seponere behandlingen bør tas etter klinisk vurdering av laboratoriefunnene. Ved ikterus seponeres behandlingen. Det anbefales at pasientens vekt følges nøye. Hos pasienter med lave hemoglobinværdier før behandlingsstart, vil det være økt risiko for anemi. Ved peroral dual- eller trippelterapi sammen med sulfonyleurea kan det oppstå doserelatert hypoglykemi, og en reduksjon av sulfonyleureadosen kan være nødvendig. Bruk av rosiglitazon i peroral trippelterapi kan være assosiert med økt fare for væskeretensjon, hjertesvikt og hypoglykemi. Justering av sulfonyleureadosen kan være nødvendig. Når peroral trippelterapi initieres skal også insulinbehandling vurderes. Det er observert gjenopptakelse av ovulasjon hos pasienter som har vært anovulatoriske pga. insulinresistens. Pasientene må informeres om muligheten for at de kan bli gravide, og dersom en pasient ønsker å bli gravid, eller blir det mens hun står på behandling, skal behandlingen seponeres. Skal brukes med forsiktighet ved alvorlig nyresvikt. Bør ikke gis ved anell galaktoseintoleranse, pasienter med en spesiell form for arvelig laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller ved glukose-galakose malabsorpsjon da tabletten inneholder laktose. Anbefales ikke til pasienter <18 år. Erfaring med rosiglitazonbehandling begrenset seg til 3 år. Nyten av langtidsbehandling er ikke dokumentert.

Interaksjoner: Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av CYP 2C8-hemmere (f.eks. gemfibrozil) eller indukere (f.eks. rifampicin). Samtidig bruk av gemfibrozil har doblet plasmakonsentrasjonen av rosiglitazon. En reduksjon av rosiglitazon dosen kan være nødvendig. Samtidig bruk av rosiglitazon og rifampicin har redusert plasmakonsentrasjonen av rosiglitazon med 66%. Det kan ikke utelukkes at andre indukere (f.eks. fenytoin, karbamazepin, fenobarbital, johannesurt) også kan påvirke plasmakonsentrasjonen av rosiglitazon. En økning av rosiglitazon dosen kan være nødvendig. Samtidig bruk av NSAIDs kan øke risikoen for ødem.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under svangerskap. Overgang i morsmelk: Skal ikke brukes ved amning.

Bivirkninger: Monoterapi: Hyppige (>1/100): Blod: Anemi. Metabolske: Hyperkolesterolemi. Øvrige: Ødem. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Flatulens. Metabolske: Glukoseuri, hyperlipemi, hypertriglyseridemi, vektøkning, økt appetitt. Sirkulatoriske: Hjertesvikt. Øvrige: Parestesi. Peroral dualterapi med metformin: Hyppige (>1/100): Blod: Anemi. Gastrointestinale: Flatulens, kvalme, brekninger, gastritt. Metabolske: Hypoglykemi. Øvrige: Ødem. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Obstipasjon. Metabolske: Hyperlipemi, forverret diabetes mellitus, hyperkolesterolemi, vektøkning, nedsatt appetitt. Sirkulatoriske: Hjertesvikt. Peroral dualterapi med sulfonyleurea: Hyppige (>1/100): Blod: Anemi, trombocytopeni. Metabolske: Hypoglykemi, vektøkning, hyperlipemi. Øvrige: Ødem, svimmelhet. Mindre hyppige: Blod: Leukopeni. Gastrointestinale: Flatulens. Lever: Abnormal hepatisk funksjon. Metabolske: Hyperkolesterolemi, hypertriglyseridemi, økt appetitt. Sirkulatoriske: Hjertesvikt. Øvrige: Trethet. Peroral trippelterapi: Hyppige (>1/100): Blod: Anemi. Gastrointestinale: Kvalme. Metabolske: Hypoglykemi, hyperkolesterolemi, vektøkning, hyperlipemi. Sirkulatoriske: Hjertesvikt. Øvrige: Ødem. Mindre hyppige: Blod: Granulocytopeni. Gastrointestinale: Dyspepsi. Metabolske: Nedsatt appetitt. Øvrige: Hodepine, svimmelhet, myalgia. Sjeldne tilfeller av forhøyede leverenzymverdier og hepatocellulær dysfunksjon er rapportert. Svært sjeldent er fatalt forløp blitt rapportert, og kausal sammenheng med behandling er ikke vist. Sjeldne tilfeller av lungeødem er rapportert. Svært sjeldne tilfeller av angioødem, urticaria og rask og stor vektøkning er rapportert.

Overdosering/Forgiftning: Enkelt doser på opptil 20 mg har vært gitt uten bivirkninger. Ved overdosering anbefales behandling ut fra pasientens kliniske status. Rosiglitazon er sterkt proteinbundet og utskilles ikke ved hemodialyse.

Egenskaper: Klassifisering: Antidiabetikum i klassen tiazolidindioner. Virkningsmekanisme: Selektiv agonist for peroksisomal proliferatorisk aktivert gammareseptor (PPAR γ). Senker blodsukkeret ved å redusere insulinresistens i fettvev, skjelettmuskulatur og lever. Den glukose- og fettmetabolismen kommer gradvis, med tilnærmet maks. reduksjon i fastende plasmaglukose etter ca. 8 uker. Insulinresistensen reduseres og betacellerfunksjonen i pankreas forbedres. Den forbedrede glykemiske kontrollen er også forbundet med en signifikant reduksjon av frie fettsyrer. Kombinasjonsbehandling med sulfonyleurea eller metformin gir additiv effekt på glykemisk kontroll ved diabetes mellitus type 2. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet er ca. 99%. Maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 1 time. Absorpsjonen påvirkes ikke av mat. Proteinbinding: Rosiglitazon ca. 99,8%, hovedmetabolitten (parahydrokysulfat) ca. 100%. Fordeling: Distribusjonsvolumet er ca. 14 liter. Halveringstid: Ca. 3-4 timer. Total plasmaclearance er ca. 3 liter/time. Halveringstiden til metabolittene er ca. 130 timer. Metabolisme: I utstrakt grad til parahydrokysulfat. Hovedsakelig via CYP 2C8, og noe via CYP 2C9. Det kan ikke utelukkes at metabolitten bidrar til aktiviteten. Utskillelse: Ca. 2/3 elimineres via urin, ca. 25% utskilles via feces. **Pakninger og priser:** 4 mg: Endose: 56 stk. kr 747,20, Enpac: 28 stk. kr 374,10, 56 stk. kr 747,20. 8 mg: Enpac: 28 stk. kr 582,90. Priser av 01.02.2005

T: 50j.

Refusjon: Glitazoner refunderes kun som kombinasjonsbehandling, og bare til pasienter som ikke oppnår en tilstrekkelig sykdomskontroll med en kombinasjon av metformin pluss sulfonyleurea eller får uakseptable bivirkninger med metformin, sulfonyleureapreparater eller en kombinasjon av disse, og kun til de pasienter hvor alternativ behandling ville vært insulin. Rosiglitazon skal kun forskrives av leger som har utstrakt erfaring med behandling av diabetes mellitus type 2.



GlaxoSmithKline

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

• Like sikker som kombinasjonspillen • 12 timers "glemmemargin"

Cerazette®

75 µg desogestrel

– østrogenfri p-pille

Organon AS, Postboks 324, NO-1372 ASKER, Tel: +47 66 76 44 00, Fax: +47 66 76 44 01, www.organon.no

C. CERAZETTE® "ORGANON" Antikonsepsjonsmiddel

ATC-nr. G03A C09

Tablett, filmdrasjert 75 mikrogram. Hver tablett inneh.: Desogestrel 75 mikrogram, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. **Dosering:** 1 tablett daglig fra menstruasjonsblødningens 1. dag. Deretter 1 tablett daglig og kontinuerlig uten hensyn til eventuell blødning. Intet opphold mellom pakningene. Ved start på dag 2-5 i menstruasjonsyklus anbefales mekanisk tilleggsprevensjon de første 7 dagene. **Kontraindikasjoner:** Kjent eller mistenkt graviditet. Aktiv venøs tromboembolisk sykdom. Progestogenavhengige svulster. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før forskrivning foretas en fullstendig medisinsk anamnese. Graviditet utelukkes. Individuell nytte/risikovurdering bør foretas hos kvinner som har brystkreft eller leverkreft. Preparatet seponeres hvis trombose oppstår. Seponering bør også overveies ved kirurgiske inngrep eller langvarig immobilisering. Kan ha effekt på insulinresistens og glukosetoleranse og diabetikere bør stå under legekontroll de første behandlingsmånedene. Ektopisk svangerskap bør tas i betraktning som differensialdiagnose ved amenoré eller buksmerter. Kjøasma kan forekomme, spesielt hos kvinner som tidligere har hatt kjøasma under graviditet. Kvinner med kjøasmatendens bør unngå sol eller ultrafiolett stråling. Dersom mer enn 36 timer har gått siden siste tablett ble tatt må annen prevensjon anvendes i tillegg de neste 7 dagene. Kvinner som behandles med enzyminduserende legemidler bør anbefales å bruke mekanisk tilleggsprevensjon. Behandling med medisinsk kull kan redusere preparatets preventive effekt. **Interaksjoner:** Levertyminduserende legemidler kan gi økt clearance av kjønnshormoner, f.eks. hydantoiner, barbiturater, primidon, karbamazepin, rifampicin og trolig også okskarbazepin, rifabutin, felbammat, ritonavir, griseofulvin og naturpreparater som inneholder Johannesurt. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. **Overgang i morsmelk:** Små mengder er påvist i morsmelk, men risiko for påvirkning av barnet er lite sannsynlig ved terapeutiske doser. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Akne. Psykiske: Humørsvingninger, nedsatt libido. Urogenitale: Uregelmessige blødninger, amenoré. Øvrige: Hodepine, vektøkning, brystspenning. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Hud: Alopeci. Urogenitale: Vaginitt, dysmenoré, ovarialcyster. Øvrige: Vanskeligheter med å bruke kontaktlinser, tretthet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Utslett, urtikaria, erythema nodosum. **Egenskaper:** Klassifisering: Gestagenpille. Pearl Index sammenlignbar med den man har funnet i en normalpopulasjon av p-pillebrukere. **Virkningsmekanisme:** Ovulasjonshemming. Økt viskositet av cervix-sekretet. **Absorpsjon:** Rask. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1,8 timer. Biotilgjengelighet ca. 70 %. **Proteinbinding:** 95,5-99 % vesentlig til albumin. **Metabolisme:** Metaboliseres ved hydroksylering og dehydrogenering til den aktive metabolitten ENG. ENG metaboliseres via sulfat- og glukuronidkonjugering. **Utskillelse:** Som fritt steroid eller konjugat via urin og fæces (forhold 1,5:1). **Pakninger og priser per 01.04.04:** Datopakning: 3 x 28 kr 160,00.



Organon AS, Postboks 324, NO-1372 ASKER, Tel: +47 66 76 44 00, Fax: +47 66 76 44 01, www.organon.no



Nutax & Partners

03-06-SMG-05-SCAN-2559-NN-J

Lufta er for alle

Endelig kan flere astmapasienter med allergisk rhinitt puste ut!



Ny indikasjon: Symptomlindring ved sesongrelatert allergisk rhinitt

Visste du at inntil 80 prosent av alle astmatikere også lider av allergisk rhinitt?¹ Allergisk rhinitt kan forverre astmaen.¹ Singulair er en astmamedisin som behandler øvre og nedre luftvei samtidig og gir effektiv symptomkontroll hos astmapasienter med sesongrelatert rhinitt.² www.singulair.no eller www.univadis.no

Referanser og FK-tekst side 41



SINGULAIR
(montelukast, MSD)
– gir pusterom