



Innhold:

LEDER:	
Arbeid adler mannen? Av Ivar Skeie	1
De «ikke attførbare» og Folketrygdens strafferunder Av Ivar Skeie	2
Betydningen av sosiale forhold Bostedet for uføretrygding Av Østeinar Krokstad	5
Kan du jobbe på kalenderen med brokk? Bedriftslege Vemund Lie intervjuet av Petter Brelvi	11
Sykmeldingsrutiner – kan vi lære noe av andre land? Sammensatt av Ola Nordviste	14
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Alltid beredt trygde- lege. Intervju med Bernt Daltveit på Voss Av Gunhild Felde	18
Allmennmedisinske utfordringer Av John Nessa	23
Lyme Borealis – problematisk imitator Av Per Bjørk	28
Er bruken av helsekost, naturmidler og natur- legemidler ukomplisert i dagens medisin? Av Anders Åsberg, Berit Smestad Paulsen og Anders Hartmann	31
Klager på leger – leger i gapestokken Intervju med Geir Sverre Braut ved Ola Nordviste	36
Om tarm, kropp og sjel Av Per Olav Vandvik	40
Faste spalter	43

utposten

Kontor:**RMR/UTPOSTEN, w/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

Vognstølbakken 18 d, 5096 Bergen
Tlf. priv.: 53 29 70 50
Mobil: 959 29 356
E-mail: gunhild.felde@senswave.com

Petter Brelín

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

Ivar Skeie

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

Anders Svensson

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

Edelpix

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:

PDC Tangen

Du finner Utposten på
www.uib.no/isf/utposten

«Arbeid adler mannen»?

Utposten tar i dette nummeret opp ulike trygdemedisinske spørsmål. Trygdemedisin er viktig – ikke minst for pasientene – og utgjør en stor del av allmennlegens arbeid. Dette arbeidet kan oppfattes som tyngende og til tider konfliktfylt, og det foregår i et landskap der mange «variabler» krysser hverandre: politikk på nasjonalt og lokalt nivå, samfunnsøkonomi og konjunktursvingninger, privatøkonomi, medisin og moral på individ- og samfunnsnivå. Trygdespørsmål er derfor kompliserte, «medisinen» er bare en mindre del i dette, og legens betydning kan lett overvurderes.

De siste år har «arbeidslinja» vært Trygdens rådende ideologi. Målet skal være å få flest mulig ut i en eller annen form for lønnsarbeid – slik at de skal bli økonomisk selvgående – framfor at de mottar «passiv» trygdestønad. Isolert sett er dette noe de fleste kan si seg enige i, «jobb er bedre enn trygd». Og under «ideelle forhold» sier det seg nærmest selv at de aller fleste ville kunne fungere i en eller annen form for tilpasset arbeid – hvis arbeidslivet hadde hatt plass til dem.

Men i virkelighetens verden er det mer komplisert. Moderne arbeidsliv er preget av uro med stadig omstrukturering og omstilling og store krav til arbeidstakernes «fleksibilitet», og individuelle effektivitet og produktivitet. Stort sett er det bare plass for dem som kan yte 100% eller helst noe mer. Tidligere var det en del av «samfunnsmoralen» at arbeidsgivere også skulle gi arbeid til en del som ikke var like produktive som resten, man skulle finne ordninger for dem som måtte sette ned tempoet, og gjerne ha noen plasser for dem som aldri hadde kunnet holde vanlig arbeidstempo. I dag er slik «fleksibilitet» fra arbeidsgivernes side sjeldnere, de som ikke lenger er «fullverdig» arbeidskraft skal ikke lenger være bedriftens ansvar, men skyves ut og over til «staten», dvs. de offentlige velferdsordningene.

Sykefravær og varig arbeidsmessig uførhet har i stor grad sammenheng med slike ikke-medisinske forhold. Steinar Krokstad drøfter i dette nummeret den betydningen sosiale forhold på bostedet har for uførepensjonering, på bakgrunn av egen forskning med basis i data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Norge har – sammenlignet med en del andre vestlige land – mange på uførepensjon. I den overflatiske offentlige debatt blir dette ofte sett på som et spørsmål om «arbeidsmoral», det er blitt for «lett» å få trygd og dette tynger samfunnsøkonomien. Men ser en litt bak disse tallene, er bildet mer sammensatt. For arbeidsledigheten i Norge er relativt sett lav, og hvis vi sammenligner summen av uførepensjonerte og arbeidsledige, forsvinner mye av disse ulikhetene. Tyskland – som eksempel – løser sitt tilsvarende strukturproblem med lavt uføretall og høy arbeidsledighet. Det er slett ikke sikkert at dét er en bedre løsning samfunnsøkonomisk – og for dem som faller ut av arbeidslivet – enn den norske «distrikts- og strukturbaserte uføretrygden». Og uansett er slike spørsmål i langt større grad «politikk» enn individuell «medisin» og «moral».

I en annen artikkel drøftes problematikken rundt de «ikke attførbare», og de negative og paradoksale virkningene Trygdens iver etter å «atføre» disse, kan føre til. Nå kan det se ut som om praktiseringen av tildeling av tidsbegrenset uførepensjon er blitt noe liberalisert de siste måneder, men det er uansett viktig å sette lys på denne «usynlige» gruppa, som de siste par årene har lidd under «arbeidslinja». For det er ikke nødvendigvis slik at «arbeid (alltid) adler mannen (eller her kanskje helst kvinnen)».

I dobbelttimen møter vi en av landets mest erfarne trygdeleger, Bernt Daltveit på Voss, som deler med oss noen av sine erfaringer etter tretti år som trygdelege. Bedriftslege Vemund Lie fra Saugbruksforeningen i Halden, en pionérbedrift innenfor inkluderende arbeidsliv, drøfter i et annet intervju ulike sider ved det inkluderende arbeidsliv, og bedriftslegers og allmennlegers rolle i den forbindelse. Og i en siste artikkel gir vi en oversikt over regler for sykemelding i en del land.

Vi håper leserne vil finne trygdemedisinsk stoff til ettertanke.

Ivar Skeie

De «ikke attførbare» og Folketrygdens strafferunder

AV IVAR SKEIE

Jeg skriver denne artikkelen mens det pågår en heftig debatt om uførepensjon på Eyr (pinsen 2005). Der er temaet blant annet om det er mange som får uføre-pensjon på et uriktig grunnlag, og om det er for «lett» å få uførepensjon. Nå har nok størrelsen på nåløyet for å få uførepensjon variert en del gjennom årene, men at det skal ha vært spesielt «lett» i det siste, kan jeg vanskelig se. Uformelt kan også trygdefunksjonærer gi uttrykk for frustrasjon over de «stramme tider» i tildeling av uførepensjon, særlig etter tilstramningen i retten til forlengede rehabiliteringspenger og innføring av tidsbegrenset uførepensjon. «Arbeidslinja» – at det skal være et mål å få folk i arbeid framfor at de mottar «passive» trygdeytelser – har hatt bred politisk oppslutning de seinere år. Og de færreste vil være uenige i at det som regel vil være en god ting om folk med helseproblemer kan være mer eller mindre i jobb, så sant de har evne til det. Men ikke så sjelden kan «arbeidslinja» føre til urimelige og paradoksale belastninger for en del av våre svakeste pasienter.

Da retten til forlengede rehabiliteringspenger som et ledd i «arbeidslinja» ble innskrenket fra januar 2004, ble samtidig ordningen med tidsbegrenset uførepensjon innført. Men Rikstrygdeverket var raskt ute og presiserte at kravene for å få tidsbegrenset uførepensjon skulle være like strenge som for å få varig. Og raskt møtte både Trygden, Aetat, legene og ikke minst pasientene følgende problem: Hva med dem som har gått maksimal tid på rehabiliteringspenger, men som ikke lar seg attføre til arbeidslivet? Hvor mye skal de jages rundt i trygdevesenets strafferunder før «dommen» faller, uførepensjon eller «over til sosialkontoret»? Jeg vil formidle noen av mine erfaringer som allmennlege fra denne «attføringsklemma», og vise noen av de paradoksale konsekvensene jeg mener denne ordningen kan føre til.

Hvem er det jeg snakker om?

Flere pasientgrupper fikk problemer ved innføringen av tidsbegrenset uførepensjon. Fordi et av kravene til å få uførepensjon er at «behandlingen skal være avsluttet», fikk en del pasienter med langvarige somatiske sykdommer som krever behandling over flere år, problemer fordi behandlingstida overskred ett år sykmelding pluss maksimalt to år på rehabiliteringspenger. Denne gruppa er sannsynligvis ikke særlig stor, og jeg vil anta at det her vil bli laget ordninger som dekker dette «hullet» (sannsynligvis utilsiktet fra lovgiverne?), ikke minst fordi dette vil være en gruppe som i hovedsak vil bli oppfattet som «verdige trengende». Det er ikke disse jeg tenker på.

Jeg tenker heller ikke på dem som etter et lengre arbeidsliv mister jobben på grunn av strukturendringer i arbeidslivet i form av innskrenkninger, nedleggelser eller omorganiseringer, eller dem som ikke lenger klarer å henge med på grunn av skjerpede krav til individuell effektivitet og produktivitet. Dette er åpenbart et stort problem, først og fremst for menneskene som rammes. I den offentlige debatt legges det gjerne størst vekt på samfunnets utgifter til trygdestøtte til disse «utstøtte», men det er slett ikke så sikkert at «samfunnet» taper på at denne gruppen får uførepensjon. Norge har relativt sett høy uføreandel i forhold til mange vestlige land, men lav arbeidsledighet. Andre land – for eksempel Tyskland – har løst tilsvarende strukturproblem med lav uføreandel, men tilsvarende høyere arbeidsledighet. Norsk «distrikts- og strukturbetinget uførhet» er kanskje en vel så god måte å møte problemet på som «høy arbeidsledighet» og sterkere sentralisering, som en del andre land har valgt. (Professor Knut Halvorsen, Høyskolen i Oslo, Dag og Tid 300405)

Dem jeg i denne artikkelen vil sette lys på, er en mindre iøynefallende og ofte mer stillfarende gruppe. Det er dem som på grunn av



Attføringsbedriften Toten Produkter i Gjøvik.

sammensatte helseproblemer – ofte psykososiale, gjerne kombinert med somatiske – aldri på en fullverdig måte har kommet inn i arbeidslivet eller som av «kompliserte og sammensatte» årsaker faller ut. Disse menneskene er ingen ensartet gruppe. Ofte dreier det seg etter min erfaring om kvinner midt i livet, ofte med en kombinasjon av psykiske vansker i form av angst, kanskje depresjon og av og til personlighetsproblematikk, og somatiske og psykosomatiske plager. Og ofte med vanskelige og slitsomme liv, kanskje traumatisert, ofte med eneansvar for barn. Ofte marginal arbeidslivserfaring, eller de er falt ut av arbeidslivet fordi livet er blitt for vanskelig av en eller annen grunn. Ofte har de kanskje «diffuse» diagnoser, det er lite «håndfast biokjemi» eller billeddiagnostikk å slå i bordet med, og ofte har de heller ikke fått de «tyngre» psykiatridiagnosene. Litt etter legenes ulike fokus får de gjerne diagnoser i «myalgiretning» eller «angst/depresjon». Og legen, Trygden og Aetat grubler over om de «egentlig» er syke, eller om det er «andre grunner» som gjør at de ikke er i jobb. Men pasienten, og svært ofte også legen, er ikke i tvil om at de ikke klarer å fungere i jobb, i alle fall ikke slik situasjonen nå er. Men fordi de er «diffuse», ofte med et «multisymptom-syndrom» (Dag Bruusgaard, Utposten, 8/2003), blir det ofte reist tvil ved om de er «verdig trengende» etter trygde-lovgivningens firkantede regler.

Blir de usynlige nå synlige?

Før den tidsbegrensede uførepensjonens tidsalder, gikk mange av disse pasientene på rehabiliteringspenger som stadig ble forlenget, eller de var på økonomisk sosialhjelp fra kommunen. Den tidsbegrensede stønaden bare gikk og gikk uten at noen tok stilling til deres varige arbeidsevne,

slik var de på en måte usynlige andre steder enn i trygdestatistikkene. Nå får de ikke rehabiliteringspenger i mer enn ett år. Alternativet er da stort sett å søke yrkesrettet attføring eller uførepensjon, dersom man ikke er arbeidsfør.

Noen av disse «usynlige» vil kunne profitere på yrkesrettet attføring, det kan gi en mulighet til en ny start i utdanning og kanskje jobb, og i slike tilfeller vil stort sett alle parter fryde seg. Det kan være nyttig å «snu nye steiner» etter flere år på rehabiliteringspenger, og ressurser og egenskaper verken pasient eller hjelpeapparat hadde sett, kan poppe opp. I slike tilfeller fungerer «arbeidslinja».

Men altfor ofte står problemene i kø. Pasienten føler seg ikke i stand til å starte i jobb, og ofte heller ikke i et attføringsprosjekt. Magefølelsen hos legen, og svært ofte også hos den erfarne saksbehandleren på trygdekontoret eller i Aetat, sier at «her er det ikke grunnlag for attføring». Denne magesfølelsen bygger på lang kjennskap til den enkelte pasienten og på generell menneskekunnskap. Men stort sett kan man gløkke uførepensjon «hvis attføring ikke er prøvd i tilstrekkelig grad». Så da må man motivere eller kanskje oftere presse pasienten til å gå på en første runde i uførekarusellen.

Svært ofte blir konklusjonen fra Aetat – dersom pasienten i det hele tatt klarer å gjennomføre opplegget, men det er slett ikke alltid – at pasienten «slik situasjonen nå er, ikke er «attførbar», dvs. at Aetat ikke finner «restarbeidsevne» som kan gjøre det mulig for pasienten å få jobb.

Men dermed er ikke veien til uførepensjon klar. De høyere organer i Folketrygden er gjerne ikke overbevist om at «all

mulig behandling er prøvd» (selv om det foreligger vurderinger fra fastlege og spesialist – ofte psykiater/psykolog – med samme konklusjon) eller at «attføring er prøvd i tilstrekkelig grad» eller at tilstanden er «varig nok», så da blir gjerne uføresøknaden avslått. Så kan pasienten velge mellom å anke eller å søke yrkesrettet attføring eller å gå til sosialkontoret. Ofte er det ikke så lett å søke yrkesrettet attføring på ny, for det krever at søkeren skal kunne gå inn i et nytt attføringsopplegg, noe forrige runde viste at hun ikke var i stand til. Og da begynner jo situasjonen etter hvert å bli litt «Kafka» ...

Antiterapeutisk

I noen tilfeller – ikke så rent få – er det å presse pasienter inn i formålsløse «attføringsopplegg» direkte antiterapeutisk. Er det noe disse pasientene absolutt ikke trenger, er det nye bekræftelser på sitt mindreverd, og det er nettopp det de tvinges til å utsette seg for når hjelpeapparatet presser dem inn i «attføringsopplegg» ingen i utgangspunktet har noen tro på. En av mine pasienter har en svær angstnevrose og sosial fobi, kombinert med somatisk sykdom og med marginal arbeidslivserfaring, men er ganske ung. Etter mange år på rehabiliteringspenger måtte hun ut i yrkesrettet attføring, men klarte ikke gjennomføre opplegget fordi hun ikke klarte møte på jobb på grunn av sin lidelse, hun klarer ofte heller ikke møte til time hos psykolog eller lege. Derfor ble tidsbegrenset uførepensjon avslått, «attføring ikke tilstrekkelig prøvd». Hva skulle så bli neste trekk. Ny «attføringsrunde»? Pasienten sa til meg: «Hvis jeg skal klare å møte opp, må du gi meg noe beroligende slik at jeg blir dopa». Dette er en pasient som bruker SSRI (antidepressiva) på adekvat indikasjon, men ikke benzodiazepiner eller annet «beroligende», og som heller ikke ønsker dette. Jeg synes hennes sukk om at hun måtte bli «dopa» for å kunne møte opp, var tankevekkende og viktig. Etter mitt skjønn ville det i en slik situasjon vært legeetisk helt uriktig og direkte antiterapeutisk å «påtvinge» henne et potensielt skadelig og vanedannende medikament for at hun skulle holde ut en ny «strafferunde» i trygdekarusellen.

De som aldri kommer i posisjon

En del av de aller minst arbeidsføre pasientene kommer aldri i posisjon til å søke varige trygdeytelser. Jeg tenker da på dem med psykososial problematikk av den mest unnvikende karakter, gjerne med bakgrunn i alvorlig personlighetsproblematikk. Noen slike pasienter har aldri eller bare helt marginalt, vært i jobb. De er gjerne så unnvikende at de i liten grad er utredet i psykiatrien, og de har ofte også lite kontakt med fastlegen. Hvis noen, gjerne sosialkontoret eller fastlegen, hjelper dem med å få i vei en uføresøknad, blir søknaden gjerne avslått med dobbel begrunnelse, både at behandling ikke er prøvd og at attføring ikke er prøvd.

Så går veien tilbake til sosialkontoret. Jeg kjenner noen slike pasienter. Ingen makt i Norge vil kunne få dem i jobb, og årsaken er medisinsk, hvis man godtar at personlighetsforstyrrelse er en diagnose som skal kunne åpne for trygdeytelser. Men vårt trygdesystem er for lite fleksibelt til å kunne nå denne gruppa. Og de blir kanskje ikke vurdert som «verdige trengende»? Tidligere kalte man dem gjerne «arbeidssky», er det fremdeles holdningen?

Ressurssløseri

«Arbeidslinja» har viktige positive sider. Men den fører også til noen paradoksale konsekvenser, og den kan – dersom den gjennomføres på en firkantet og «enøyd» måte – føre til «overgrep» mot noen av våre svakeste og mest sårbare pasienter. Å piske dem som ikke er «attførbare» rundt i formålsløse strafferunder i trygdesystemet, er – i tillegg til at man trækker på noen av dem som sitter nederst ved bordet – et sløseri med offentlige midler. Utrolig mye saksbehandlingstid hos Aetat, trygdekontorer og leger brukes til denne runddans, uten at det kommer noe konstruktivt ut av det! Og de «ikke attførbare» fyller opp arbeidsmarkedsbedrifter for å «bevise» at de ikke er attførbare, og gjør at de som har reelle muligheter til å bruke disse plassene som et springbrett ut i arbeidslivet, må vente i månedsvis på å få plass.

Dette bør det snarest bli slutt på, og noen med politisk makt bør gi et signal fra toppen. La dem som ikke lar seg attføre til arbeidslivet få fred – i alle fall for en periode. La tidsbegrenset uførepensjon bli en «time-out», slik at de får en forutsigbar livssituasjon for en noe lengre periode. Så vil det kanskje vise seg at for en del av dem vil tida gjøre at livet blir mindre vanskelig og kanskje kan en del av dem etter hvert ta steget over til de «attførbare».

En god fjellvettregel er at man skal lytte til erfarne fjellfolk. Erfarne klinikere (og erfarne saksbehandlere i Aetat og trygdekontorer) er «erfarne fjellfolk» i dette terrenget. Det er min påstand at de fleste av sakene med de «ikke attførbare» ender slik de «erfarne fjellfolk» sa før første strafferunde. Jeg synes det er gledelig at det nå med ikke så lange mellomrom kommer inn vedtak fra Trygden om uførepensjon – både tidsbegrenset og varig – på de «ikke attførbare» som har strevet rundt i strafferundene de siste par årene (bl.a. fikk min pasient som sa hun måtte «dopes» for å klare en ny strafferunde, nylig vedtak om tidsbegrenset uførepensjon uten å måtte gå på neste runde). Kanskje er pendelen i ferd med å svinge tilbake, men uansett trenger vi å få denne problematikken fram i lyset. Etter mitt syn vil det være en lette for alle impliserte – pasienten, helse- og trygdevesenet – om vi kan nå konklusjonen i disse sakene betydelig raskere og uten storparten av de nedverdige og frustrerende rundene.

Betydningen av sosiale forhold på bostedet for uføretrygding

AV STEINAR KROKSTAD

SAMMENDRAG

Et stadig økende antall uførepensjonister i Norge tyder på at noe er alvorlig galt. Sosiale forhold er av stor betydning for uføretrygding. Det er rapportert betydelig forskjeller i forekomst av uførepensjon mellom geografiske områder i Norge. Det er viktig å skille mellom *komposisjonelle* og *kontekstuelle* årsaker til slike variasjoner. En komposisjonell årsaksforklaring vil bety at variasjonen mellom områdene forklares av at de som bor der er forskjellige. En kontekstuell årsaksforklaring vil derimot bety at forskjeller i sosiale, politiske, kulturelle, historiske eller økonomiske forhold forklarer forskjellene. I denne studien ønsket vi å se på forskjeller i risiko for uføretrygding mellom kommuner i Nord-Trøndelag og samtidig justere for forskjeller på individnivå med data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Hypotesen var at bosted har en egen forklaringskraft for risiko for uføretrygding.

Resultatene bekreftet hypotesen, selv etter justering med individdata hadde personer som bodde i kommuner med sosiale utfordringer en økt risiko for uføretrygding. De geografiske forskjellene observert i studien er folkehelseproblemer forårsaket av sosiale og økonomiske prosesser. Ved å sørge for stabile arbeidsplasser og en positiv sosial og økonomisk utvikling i utsatte kommuner, kan insidensen av uførepensjon reduseres.



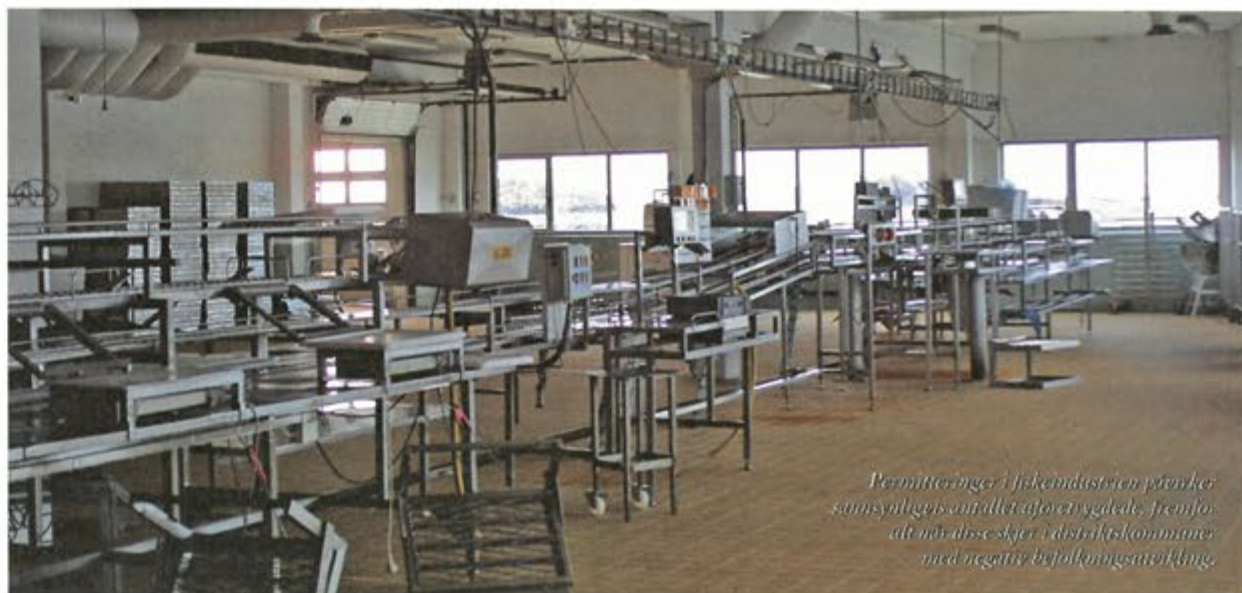
Steinar Krokstad

Cand.med. 1989, Universitetet i Oslo
Kommunelege II i Holtålen 1991–1997.
Spesialist i allmennmedisin Spesialistutdanning
i psykiatri 1997–2004. PT: 1. amanuensis
dr. med. og nestleder HUNT forskningssenter,
Verdal Institutt for samfunnsmedisin.
NTNU. Bistilling: Psykiatrisk poliklinikk.
Sykehuset Namsos

Innledning

Et stadig økende antall uførepensjonister i et land med svært god gjennomsnittshelse tyder på at noe er alvorlig galt. Er det folket det er noe galt med, er det legene, lovene, eller trygdefunksjonærene? Hvor skal vi lete?

Mange vestlige land har kollektive forsikringsordninger som tilbyr inntektserstatning for folk som rammes av uførhet og faller ut av yrkeslivet. I de fleste land er det også *medisinske kriterier* som ligger til grunn for innvilgelse.^{1,2} Som regel består ytelsene av et grunnbeløp og et tillegg som reflekterer inntektsnivået.³ Mange land har i liket med Norge opplevd at antall uføre har steget, paradoksalt nok med tanke på den positive helseutviklingen målt med gjennomsnittlig levealder.^{1,4,5} Når insidensen (antall nye tilfeller per 1000 per år) av uførepensjon øker er det bekym-



Permitteringer i fiskeindustrien påvirker sannsynligvis antallet uføretrygdede, fremfor alt når disse skjer i distriktskommuner med negativ befolkningsutvikling.

ringsfullt av mange årsaker. For dem som faller utenfor arbeidslivet oppleves det ofte som et nederlag, og selve prosessen fra sykmelding til trygd er ofte traumatisk. Å leve som uføretrygdet innebærer lav inntekt og ingen yrkesstatus. For samfunnet betyr det en desimering av arbeidsstokken og en økende samfunnsøkonomisk utfordring. Ofte blir det stilt spørsmål om selve lovgivningen er hensiktsmessig, det er «for lett» å bli uføretrygdet, sies det.¹

Sosiale forhold er av stor betydning for uføretrygding. Resultater blant annet fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) har vist at lav sosioøkonomisk status er en kjent risikofaktor.^{2,6,7} I de fleste studier er sosioøkonomisk status definert på individ- eller familienivå. Sosiale forhold på bostedet kan imidlertid også ha betydning for uføretrygding. Det er en kjent klinisk observasjon for mange allmennpraktikere i Norge.

Det er rapportert betydelige forskjeller i forekomst av uførepensjon mellom geografiske områder i Norge.⁸⁻¹⁰ Det er viktig å skille mellom *komposisjonelle* og *kontekstuelle* årsaker til slike variasjoner. En komposisjonell årsaksforklaring vil bety at variasjonen mellom områdene forklares av at de som bor der er forskjellige. En kontekstuell årsaksforklaring vil derimot bety at forskjeller i sosiale, politiske, kulturelle, historiske eller økonomiske forhold forklarer forskjellene.^{1,9,11,12}

To forskjellige typer epidemiologiske studier benyttes for å undersøke sammenhengen mellom eksposisjon og sykdom/uførhet. I økologiske studier er analyseenheten en region, et geografisk område eller en kommune. I vanlige analytiske studier undersøkes slike sammenhenger hos individer. Det er mange eksempler på økologiske studier hvor sammenhengen mellom forhold i geografiske områder og helse studeres, ikke minst i England.¹³ Forskjeller i prevalens av uføretrygd mellom forskjellige bydeler i Oslo har også vært studert.¹⁴ Geografiske forskjeller i uføretrygding mellom forskjellige kommunetypen ble undersøkt av Kolberg på 1970-tallet,¹⁰ og fylkesvis variasjon i trygding har blitt undersøkt av Rikstrygdeverket.⁸ *Men de aller fleste studier av denne typen undersøker egentlig forskjeller i trygding av individer som bor der heller enn stedets betydning for trygding.*¹³ Internasjonalt ser man en økende interesse for å studere effekten av sosiale forhold på helse,^{15,16} selv om de fleste studier fortsatt har et snevert individuelt design der risiko og adferd fokuseres.^{11,13} Flere typer mekanismer kan forårsake geografiske forskjeller i insidens og prevalens av uføretrygding:

- 1) Geografiske forskjeller assosiert med dårlig tilgang på goder og tjenester som utdanningstilbud, lang avstand til arbeidsmarkeder og trafikkknutepunkter. Markeds-

krefter og politisk styrt sentralisering er med på å skape slike forskjeller.¹⁷

- 2) Geografiske forskjeller i interaksjonsmønster mellom mennesker. Folk skaper sosiale strukturer på stedet der de bor. Lokal kultur, hverdagsrutiner, institusjonell praksis i helse- og sosialtjenesten kan variere. Folk lærer å tolke og tilpasse seg slike sosiale krefter. Begreper som sosial kapital og sosiale nettverk, og teorier om hvordan slike forhold påvirker den humane biologi kan være til nytte for å forstå slike sammenhenger.^{18,19}
- 3) Seleksjon, geografiske forskjeller på grunn av sosial mobilitet. Lokale forhold, som for eksempel muligheter på arbeidsmarkedet, har mye å si for om folk blir boende eller flytter. Visse grupper blir igjen, andre flytter.¹⁷
- 4) Forskjeller i det fysiske miljøet som klima, forurensning, trafikk tetthet, trivelige fellesarealer kan også påvirke uføretrygding selv om det er grunn til å tro at sosiale forhold har større betydning.^{17,20}

Mange typer data er egentlig data fra flere nivå. Individer kan tilhøre en yrkesgruppe, yrkesgruppene bor på et sted, stedene utgjør en kommune, kommunene utgjør et fylke.²¹ I analyser av uføretrygding kan mennesker grupperes etter geografiske steder, og data fra denne type gruppering gjør at observasjonene delvis blir avhengige. Nye statistiske metoder benytter data fra flere nivå i samme modell, og flernivåanalyser kan benyttes til å vekte mellom faktorer på forskjellig nivå.¹¹

Det er faktisk mange eksempler på motstridende resultater mellom de to tradisjonelle epidemiologiske metodene, den økologiske og den individbaserte.^{22,23} I denne studien ønsket vi å kombinere disse to metodene ved å se på forskjeller i risiko for uføretrygding mellom kommuner i Nord-Trøndelag og samtidig justere for forskjeller på individnivå med HUNT data. Hypotesen, dels utviklet gjennom erfaringer i allmennpraksis, var at bosted har en egen forklaringskraft for risiko for uføretrygding.

Materiale og metode

Tre datasett ble kombinert, individdata fra HUNT, data om uføretrygding på individnivå fra Rikstrygdeverket og data som karakteriserer kommuner (levetidsdata) fra Kommunedatabasen i NSD. Konesjon på datakoblingen ble gitt fra Datatilsynet og studien ble tilrådd av Regional komite for medisinsk forskningsetikk.

HUNT 1 ble gjennomført i alle 24 kommuner i Nord-Trøndelag i 1984-86, alle individer over 19 år ble invitert. 74 599 personer deltok, oppmøte var 88 prosent. HUNT 2 ble gjennomført på samme måte i 1995-97, oppmøte her var 71 prosent. Nord-Trøndelag fylke er på mange måter representativt for Norge, men har ingen storby.²⁴ Utdanningsni-



Det er en politisk oppgave å sørge for stabile arbeidsplasser og forutsigbarhet for å redusere insidensen av uførepensjon. Fiskeripolitikken er sannsynligvis viktigere enn tiltak rettet mot leger, pasienter og bedrifter.

vået er noe lavere enn landsgjennomsnittet og det er også gjennomsnittlig inntektsnivå. Insidensen av uføretrygd har variert betydelig fra år til år i Nord-Trøndelag, men svingningene har fulgt svingningene på landsbasis tett.² Antall uføre har steget. I studieperioden fra midten av 1980-årene til midten av 1990-årene har det skjedd betydelige strukturelle endringer i arbeidslivet, arbeidsplasser for ufaglærte og lavt utdannede ble lagt ned, andelen ikke-manuelle arbeidsplasser økte. Utdanningsnivået økte betydelig.²⁵⁻²⁷

Fra HUNT 1-databasen valgte vi ut personer i alderen 20–54 år som vi fulgte i ti år fram til HUNT 2. Øvre aldersgrense ble satt slik at ingen kom opp i alderen for alderspensjon i løpet av oppfølgingstiden. Ti prosent av utvalget falt ut pga. død, flytting ut av Nord-Trøndelag og emigrasjon ut av landet. Antallet vi sto igjen med var 52 253 personer, 52 prosent menn og 48 prosent kvinner. Ettersom eksposisjon for et geografisk sted var hovedinteressen, valgte vi ut de 79 prosent som bodde i samme kommune og de uten uførepensjon. Antallet uføre i denne aldersgruppen var 1194. Vår studiepopulasjon ble således bestående av 40 083 personer, 52 prosent menn ($n = 20 680$) og 48 prosent kvinner ($n = 19 403$).

Tjueen prosent av populasjonen flyttet til en annen kommune i løpet av oppfølgingstiden, og vi gjorde en sammenligning av de som var bofaste og de som flyttet ($n = 10 979$). 3,6 prosent ($n = 397$) av disse hadde uførepensjon ved studiestart og ble ekskludert.

Kontekstuell eksposisjon, kommune

En økologisk «deprivasjonsindex» med data fra Kommunedatabasen i NSD ble konstruert (www.nsd.uib.no/data/

region/3_1.shtml). Seks kommuneindikatorer som ut fra teoriene kan tenkes å være assosiert med økt uføretrygding ble valgt;^{13,28}

- høy andel med lavt utdanningsnivå
- lav gjennomsnittsinntekt
- høy andel med uføretrygd
- høy arbeidsledighet (gitt dobbel vekt pga. stor betydning)
- fraflytting
- sentralitet (lang reiseavstand til større steder med trafikkknutepunkter, utdanningsinstitusjoner m.m.)

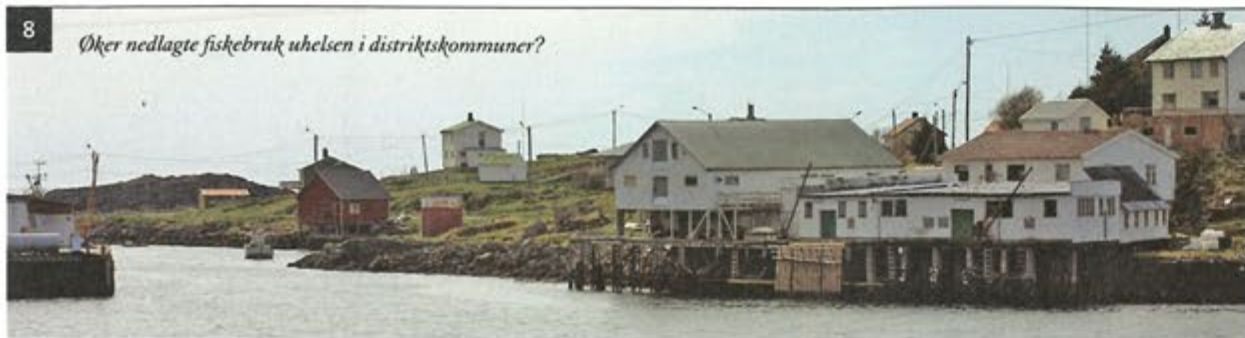
Deprivasjonsindeksen ble laget ved en oppsummering av disse indikatorene og ble knyttet til HUNT datafilen ved hjelp av kommunenummeret.

Kontrollvariabler, individdata

Data fra HUNT 1, kjønn, alder, kilde til livsopphold, selvrapportert kronisk sykdom, selvrapportert helse, utdanningsnivå og yrkesklasse, ble benyttet fordi de i andre studier har blitt funnet til å være sterke individuelle risikofaktorer for uføretrygding.² Introduksjon av flere variabler i modellene endret ikke sluttresultatet.

Statistikk

Logistisk regresjon ble benyttet, som gir relative risiko for uføretrygding målt med odds ratio (OR) mellom personer som levde i forskjellige kommuner rangert etter deprivasjonsindeksen. Det ble benyttet en to-nivåanalyse med data fra kommune og individ i same modell.²⁹ Det kan være interaksjon mellom alle variable på individnivå med variabelen på kommunenivå, og mulige interaksjoner ble undersøkt.¹⁷ Statistiske problemer med avhengighet mellom individdata og effekten av å benytte mer avansert programvare



ble undersøkt med «random intercept logistic models» i STATA. Resultatet ble at analysene kunne kjøres med vanlig logistisk regresjon i SPSS 10.0.³⁰

Resultater

Tabell 1 viser at prosentandelen som ble uføretrygdet varierte fra 8,8 prosent til 11,6 prosent avhengig av grad av deprivasjon i bostedskommune. Tabellen viser ellers fordelingen mellom kommunetypene.

I tabell 2 kommer det fram hvordan forskjellen i risiko for uføretrygd i kommunene endret seg etterhvert som vi kontrollerte for hvem som bodde der. Relativ risiko var i utgangspunktet OR=1,48 i de depriverte kommunene. Når vi

justerte for alle individvariablene endret OR seg til 1,18, det vil si at vi finner en signifikant effekt av kontekstuelle forhold på bosted justert for komposisjonell sammensetning. Tabell 2 viser også hvilke sterke risikofaktorer kronisk sykdom, dårlig helseoppfatning, utdanning og jobbsituasjon var for uføretrygding (justert for hverandre). Når de samme analysene ble kjørt stratifisert for kjønn viste det seg at hele den kontekstuelle effekten ble justert bort for menn i de mest depriverte kommunene.

Tabell 3 viser en sammenligning av flyttere og bofase. Flytterne var oftere menn, var yngre, hadde høyere utdanning, var ikke friskere, men hadde en langt lavere risiko for uføretrygding.

(forts. s. 10)

TABELL 1. Fordeling av befolkning og variabler etter kommunetype.

Menn og kvinner i alderen 20–54 år uten uførepensjon i HUNT 1 (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86). n = 40083.

	8 beste kommuner		8 mellom kommuner		8 depriverte kommuner		Total	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Populasjon	25.922	64,7	8.815	22,0	5.346	13,3	40.083	100,0
Endepunkt, uføretrygd (kumulativ insidens)	2.273	8,8	990	11,2	618	11,6	3.881	9,7
Fordeling individdata								
Kronisk sykdom	3.426	14,4	1.175	14,4	855	17,0	5.456	14,8
Dårlig helseoppfatning	2.947	12,4	1.117	13,7	816	16,2	4.880	13,2
Grunnskole	7.298	37,8	2.621	44,1	2.242	53,4	12.161	41,3
Videregående skole	9.187	47,5	2.660	44,7	1.635	39,0	13.482	45,7
Høgskole/universitet	2.840	14,7	667	11,2	320	7,6	3.827	13,0
I arbeid	19.001	73,3	6.506	73,8	3.805	71,2	29.312	73,1
Arbeidsløs	805	3,1	422	4,8	327	6,1	1.554	3,9
Husarbeid	2.795	10,8	852	9,7	697	13,0	4.344	10,8
Uklassifisert	3.321	12,8	1.035	11,7	517	9,7	4.873	12,2
EGP ^a sosial klasse I	1.409	7,5	361	6,3	216	5,4	1.986	7,0
EGP sosial klasse II	2.812	15,0	825	14,5	395	9,9	4.032	14,2
EGP sosial klasse III	4.491	24,0	1.213	21,3	760	19,1	6.464	22,8
EGP sosial klasse IV	3.744	20,0	1.199	21,1	1.331	33,5	6.274	22,1
EGP sosial klasse V+VI	2.429	13,0	775	13,6	332	8,4	3.536	12,5
EGP sosial klasse VII	3.013	16,1	1.080	19,0	700	17,6	4.793	16,9
Ikke hatt lønnet arbeid	830	4,4	235	4,1	240	6,0	1.305	4,6

^a Eriksen Goldthorpe-Portocarero sosial klasse skema.

Uavhengige variabler	Modell 1 ^a		Modell 2 ^b		Modell 3		Modell 4		Modell 5		Modell 6	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Kommune deprivasjons indeks												
8 beste kommuner	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
8 mellom kommuner	1,36	(1,22, 1,51)	1,38	(1,24, 1,55)	1,35	(1,21, 1,51)	1,28	(1,15, 1,44)	1,26	(1,13, 1,42)	1,26	(1,12, 1,41)
8 depriverte kommuner	1,48	(1,31, 1,67)	1,39	(1,23, 1,58)	1,32	(1,16, 1,50)	1,18	(1,04, 1,35)	1,18	(1,04, 1,35)	1,18	(1,04, 1,35)
Individuelle kontrollvariabler												
Ingen kronisk sykdom			1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Kronisk sykdom			5,10	(4,63, 5,62)	3,25	(2,92, 3,63)	3,27	(2,93, 3,65)	3,10	(2,77, 3,46)	3,08	(2,75, 3,44)
God helseoppfatning					1,00		1,00		1,00		1,00	
Dårlig helseoppfatning					2,89	(2,59, 3,23)	2,74	(2,45, 3,06)	2,60	(2,33, 2,91)	2,60	(2,32, 2,91)
Høyskole/universitet							1,00		1,00		1,00	
Videregående skole							1,80	(1,47, 2,21)	1,81	(1,47, 2,22)	1,66	(1,32, 2,10)
Grunnskole							3,06	(2,52, 3,73)	3,03	(2,49, 3,69)	2,56	(2,02, 3,25)
I arbeid									1,00		1,00	
Arbeidsløs									1,86	(1,52, 2,28)	1,80	(1,47, 2,20)
Husarbeid									0,74	(0,62, 0,87)	0,81	(0,67, 0,97)
Uklassifisert									2,61	(2,15, 3,17)	2,65	(2,18, 3,23)
EGP ^c sosial klasse I											1,00	
EGP sosial klasse II											0,97	(0,74, 1,26)
EGP sosial klasse III											0,99	(0,78, 1,27)
EGP sosial klasse IV											1,13	(0,89, 1,43)
EGP sosial klasse V+VI											1,11	(0,86, 1,45)
EGP sosial klasse VII											1,51	(1,19, 1,92)
Ikke hatt lønnet arbeid											0,90	(0,65, 1,24)

^aModell 1: Odds ratio. Logistisk regresjon. ^bModell 2-6: Odds ratio justert for alder og kjønn og de andre variablene i tabellen med «forward likelihood ratio» statistikk i logistisk regresjon.

Variabler, sammenligning	Flyttere	Fastboende
Demografi		
Antall	10.582	40.083
Menn (%)	53,7	51,6
Gjennomsnittsalder (år)	31,8	37,0
Uføretrygding		
Antall som ble uføretrygdet, (n)	235	3.881
Kumulativ insidens (%)	2,2	9,7
Prevalens og andeler (%)		
Kronisk sykdom	15,7	14,8
Dårlig helseoppfatning	12,4	13,2
Grunnskole	29,1	41,3
Videregående skole	48,1	45,7
Høyskole/universitet	22,9	13,0
I arbeid	47,8	73,1
Arbeidsløs	4,6	3,9
Husarbeid	6,4	10,8
Uklassifisert	41,2	12,2
EGP sosial klasse I	10,6	7,0
EGP sosial klasse II	18,3	14,2
EGP sosial klasse III	20,5	22,8
EGP sosial klasse IV	13,1	22,1
EGP sosial klasse V+VI	13,0	12,5
EGP sosial klasse VII	18,2	16,9
Ikke hatt lønnet arbeid	6,4	4,6
Relativ risiko, uførepensjon		
Relative risk (odds ratio (95% CI)).		
Modell 1: Justert for alder og kjønn.	0,35 (0,29, 0,43)	1,00 (Ref)
Relative risk (odds ratio (95% CI)).		
Modell 6: Multivariat justert.	0,25 (0,20, 0,30)	1,00 (Ref)

TABELL 2 Relativ risiko målt som odds ratio (OR) for uførepensjon etter kommunetype, justert for individuelle forhold. Menn og kvinner i alderen 20–54 år uten uførepensjon i HUNT 1 (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86). n = 40083.



TABELL 3 Sammenligning av de som flyttet med de som var fastboende. Menn og kvinner i alderen 20–54 år uten uførepensjon i HUNT 1 (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86). n = 40083.

Diskusjon

Resultatene bekrefter hypotesen og viser at bosted har en egen effekt på risiko for uføretrygding. Folk som var i en sosial situasjon som gjorde at de kunne flytte, hadde en langt lavere risiko, til tross for at de ikke var friskere.

Studiens styrke ligger i at vi kan følge en hel populasjon over et tilstrekkelig antall år, og at vi ikke har manglende data på endepunktet (uførepensjon) og heller ikke på hovedeksposisjon (kommunedata). Oppmøte i HUNT varierte etter alder og var lavest for aldersgruppen 20–29 år, 65 prosent. En ikke-møtt studie ble gjennomført etter HUNT I.³¹ Hovedårsaken til frafallet i denne gruppen var at de ikke var interesserte, hadde det for travelt, eller studerte på et annet sted. Vi tror ikke frafallet har forstyrret resultatene i særlig grad.³¹ Kommunene har forskjellig størrelse, og noe av den kontekstuelle effekten kan derfor ha blitt vannet ut i studien. Trolig hadde det vært bedre å måle kontekstuell eksposisjon på et lavere nivå, for eksempel valgkrets. Men slike data var ikke tilgjengelige.

Forskjellen på kontekstuelle og individuelle faktorer er ikke alltid entydig. Når en større andel av befolkningen har lav utdanning, skyldes det individene eller manglende utdanningstilbud? Er effektene av et lavt utdanningsnivå en kontekstuell eller komposisjonell effekt? Når det i enkelte grupper i befolkningen er flere som ikke har ressurser til å flytte etter arbeid eller utdanning, peker dette nettopp på at grenseoppgangene kan være uklare.^{17,32}

I kommuner der befolkningen har et relativt høyt utdanningsnivå, høy gjennomsnittsinntekt, der relativt få har uføretrygd fra før, der arbeidsledigheten er lav og der reiseavstanden til sentrale strøk er kort, er risikoen for å bli uføretrygdet lavere enn andre steder. Sosialepidemiologiske studier har vist at høy sosial kapital og «social cohesion» er assosiert med god helse.^{33,34} Når distriktskommuner blir rammet av bedriftsnedleggelse, nedgangstider og negativ befolkningsutvikling, kan også gjensidig tillit og sosiale normer rammes. Dette påvirker også ansatte i helse-, sosial- og trygdesektoren. Slike faktorer vil trolig ha betydning for uføretrygding.^{1,35} De geografiske forskjellene observert i denne studien er – uansett årsak – folkehelseproblemer forårsaket av sosiale og økonomiske prosesser. Slike prosesser kan bare motvirkes av sosiale og økonomiske virkemidler. Alle tiltak rettet mot *individer* i helse- og sosialtjenesten, organisasjoner og bedrifter, vil kun ha marginale effekter på insidensen av uførepensjon.³⁶ Ved å sørge for stabile arbeidsplasser og forutsigbarhet, en positiv sosial og økonomisk utvikling i utsatte kommuner, kan insidensen av uførepensjon reduseres. Det er en politisk oppgave.

Denne artikkelen bygger på studien; Krokstad S, Magnus P, Skrandal A, Westin S. The importance of social characteristics of communities for the medically based disability pension. *Eur J Public Health* 2004;14(4):406–12. Referanser fås ved henvendelse til forfatteren: steinar.krokstad@ntnu.no

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

Er en god fiksjon sannere enn virkeligheten?

Til årets julenummer ønsker vi å samle fortellinger fra det allmennmedisinske drama – noveller og gode historier som reflekterer vår allmennmedisinske hverdag.

Har **du** noe å bringe fram i lyset til glede for oss andre?

Kontakt oss snarest! Redaksjonen



Kan du jobbe på kalenderen* med brokk?

Intervju med bedriftslege Vemund Lie ved Norske Skog Saugbruks

AV PETTER BRELIN

Norske Skog Saugbruks er en av landets største papirfabrikker. Fabrikken ligger i Halden, den er en del av Norske Skog konsernet som har fabrikker flere steder i Norge og i en rekke andre land. Saugbruks har vært en av de mest vellykkede eksempler på at det nytter å redusere sykefraværet ved en systematisk innsats. Også yrkesskader har blitt betydelig redusert de senere årene. Fabrikken feiret nylig to år uten yrkesskaderelatert sykefravær. Bedriften har på mange måter vært et utstillingsvindu for IA arbeidet og har blitt fokusert i nasjonale medier for sitt vellykkede IA arbeide.

Sentralt i dette arbeidet står bedriftens bedriftshelsetjeneste som er ledet av bedriftslege Vemund Lie. Han har arbeidet i bedriften i tre år. Han har erfaring fra denne typen arbeid i flere andre bedrifter bl.a. Forsvaret, og han har også vært ansatt i en større fellesordning for bedriftshelsetjenester i Moss.

Kan du beskrive IA arbeidet dere driver, hvilke oppgaver har dere i IA arbeidet?

På mange måter har det blitt drevet med IA-arbeid ved Norske Skog Saugbruks før IA-avtalen ble undertegnet. Da selve IA-ideen ble formulert i 2001, var dette på mange måter kjent stoff ved Saugbruks. Det var hovedtillitsvalgt ved Saugbruks som uttalte at denne avtalen vil vi ha!

Og sånn ble det.

Etter hvert er det jo mange virksomheter som har undertegnet denne avtalen. Måten å arbeide på er nok ikke så ulik fra bedrift til bedrift. Det som er det viktigste hos oss, er forankringen. Det var arbeidstakersiden som fremsatte krav om denne ordningen. Dette var følgelig ikke noe som ble tredd ned over hodet på arbeidstakerne. Kanskje det kom litt brått på ledelsen ved bedriften, men de så mulighetene og gikk fullt og helt inn for avtalen. Saugbruks hadde da i flere år drevet et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

* Kalender er en valsemaskin for pressing og sletting av papir.



IA-avtalen var derfor helt i tråd med det HMS arbeidet som var i gang.

Bedriftshelsetjenestens rolle er slett ikke den viktigste i dette arbeidet. Størstedelen av arbeidet gjøres av de ansatte selv og av de ledere som har personalansvar. Ansvar for oppfølging av sykmeldte er ledelsens. Dersom de føler seg usikre på noe, kontakter de oss i bedriftshelsetjenesten. Vi skal være rådgivere og vi skal ha en fri og uavhengig stilling. Denne formuleringen med «fri og uavhengig stilling» betyr bare at våre vedtak gjøres på et faglig grunnlag. Så er det opp til ansatte og ledelse å følge de rådene vi gir.

IA-avtalen inneholder tre mål. Det viktigste av disse er nok å få redusert sykefraværet. Det er utvilsomt det målet som er mest fokusert hos oss. Målet med å «tilsette langt flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne» i en periode der konsernledelsen gir oss pålegg om å skjære ned med 100 arbeidstakere, blir en for vanskelig oppgave for oss. I og med at vi altså blir færre ansatte, er det veldig viktig å ha en frisk arbeidsstokk.

Vi i bedriftshelsetjenesten har en rekke konkrete oppgaver i forbindelse med IA-arbeidet. I starten var det nødvendig å skolere alle arbeidsledere som skulle drive med oppfølging av sykmeldte. Usikkerheten var betydelig i forhold til hva de kunne spørre om, og hva de ikke kunne spørre syke arbeidstakere om. Det ble da utarbeidet skriftlige prosedyrer for dette.

Etter hvert er arbeidslederne blitt ganske flinke til å følge opp sine ansatte. Arbeidet har gått over i en annen fase. Nå kan spørsmålene til Bedriftshelsetjenesten blant annet være relatert til bruken av medisiner. Den ansatte kan komme og si at han bruker «sterke smertestillende medisiner». Han kan da spørre sin arbeidsleder om det er forsvarlig å være på en så farlig arbeidsplass som Saugbrugs med disse medisinene. Det har vist seg, når bedriftshelsetjenesten kobles inn, at de «sterke» medisinene er av antiflogistikatypen. Jeg kan da si at det er forsvarlig å gå på jobb med denne typen medisin.

Andre ganger dreier det seg om funksjonsvurdering. Det må være helt umulig for en fastlege å fastslå om en brokkoperert kan arbeide på kalenderen. Like vanskelig er det for legen å skjønne hva en kalender er som det er for arbeidslederen å ha noen formening om brokk. Her kan bedriftslegen foreta en forhåpentligvis brukbar vurdering.

Noe som er blitt et begrep her på Saugbrugs, er det såkalte «fredagsmøtet». Dette er et ukentlig møte for ledere som har personalansvar (skiftsjef, vedlikeholdsledere). I tillegg til disse møter personalsjef med to ansatte fra egen avdeling og bedriftslegen. På møtet gjennomgår vi alle med langtids sykefravær, og tar opp ansatte med mye korttidsfravær. Bedriftslegen kan få i oppdrag å se på muligheter for en raskere operasjon gjennom «Fritt sykehusvalg», eller å ta kontakt med en fastlege som har sykmeldt en ansatt for en uforklarlig lang periode. Utfordringen for meg blir ofte å gi tilbakemeldinger til lederne uten å bryte taushetsplikten. Det skrives stikkordsmessig referat fra møtet, og referatet er da agenda for neste ukes møte. I en «cost/benefit»-betragtning er det vel anvendt tid å sette av en time i uka til dette.

Hva er etter din mening den viktigste årsaken til at dere har lyktes i så stor grad med IA arbeidet deres?

Det er vanskelig å utpeke en årsak. Det er nok snakk om flere årsaker. Vi fikk en tidlig oppstart. Jeg har tidligere nevnt dette med forankring. Forankringen er viktig. At det er blitt drevet et systematisk HMS-arbeid gjennom mange år, er også svært viktig. For bokstavelig talt å få HMS på agendaen, skal et hvert møte som avholdes på Saugbrugs, uansett tema, ha punktet «HMS» som første punkt på dagsordenen. På denne måten blir vi ofte minnet om at HMS skal gjennomføres alt vi driver med.

Jeg har en del pasienter som arbeider i denne bedriften og kjenner forholdene gjennom mine pasienter. Dere har et betydelig produktivitetskrav i bedriften. De ansatte gir ofte uttrykk for at de føler at de ikke kan sykmeldes. Tror du det kan være en fare for at enkelte som burde være sykmeldt ikke tør å ta imot sykmelding?

Ja, en viss fare kan det være, men jeg tror ikke problemet er stort. Vi gjen-tar i ulike sammenhenger floskelen «det er lov å være syk». Men vi vet at våre ansatte er svært ulike. Noen er svært pliktoppfyllende, de har aldri hatt sykefravær selv om de kanskje burde ha hatt det. Men det er hos oss som det er på et legekontor. Fastlegen kjenner etter hvert sine pasienter. Saugbrugs kjenner sine ansatte. Enkelt sagt er det ofte sånn at vi vet hvem som holder seg vekk på grunn av mindre plager, og vi vet hvem vi nærmest må be om å holde seg hjemme ved sykdom. Vi ser også at slike mønstre kan gå igjen i generasjoner.

Det viktigste dere driver med er vel tross alt ikke sykefraværarbeid, men skadeforebyggende og sykdomsforebyggende arbeid. Dette har uomtvistelig vært vellykket, hvordan får dere det til?

De resultatene vi har oppnådd, har kommet gjennom flere års målrettet arbeid. Også her er forankring et stikkord. Både arbeidstakere og arbeidsgiver må være enige om at dette er noe vi vil. Det må heller ikke bare være ord, men det må settes i verk tiltak som viser at vi virkelig ønsker å få til et bedre arbeidsmiljø på alle måter. Norske Skog har en egen HMS-konsernsjef. På hver bedrift finner vi egne HMS-avdelinger. Bedriftshelsetjenesten ved Saugbrugs hører organisatorisk til HMS-avdelingen ved bedriften. Våre oppgaver innenfor HMS-organisasjonen er *ikke* å ta ansvar for arbeidsmiljøet, men å støtte og hjelpe dem som sitter med dette ansvaret. Når det gjelder konkrete tiltak har vi gjennomført systematisk avviksbehandling. Vi gjennomfører «sikker-jobb-analyse» forut for jobber som kan medføre helseskade.

På helsesiden har vi innsett at bedriftens «omsorg» for sine ansatte må gå utover de 7,5 eller 8 timene de er på arbeid. Det satses mye på «friskvård». Vi har vårt eget treningsstudio som er like godt utstyrt som de du finner ute i byen. Det finnes en rekke tilbud med organiserte og uorganiserte aktiviteter. Selv benytter jeg meg av «grønne resepter». For tiden har vi ca. åtte ansatte som får et spesielt treningstilbud fordi de har fått en «grønn resept». Dette er ofte ansatte som aldri ville ha satt sin fot i en treningssal hvis ikke noen hadde dyttet på dem. Ved våre helsekontroller fanger vi opp relativt mange med ubehandlet hypertensjon, overvekt og diabetes 2. Disse har første prioritet når det gjelder «grønn resept». Røkeslutt-kurs og kost-rådgivning er også noe vi engasjerer oss i.

Av andre tiltak som bør nevnes, er at våre ansatte har lett tilgang til psykolog. Vi har psykolog som kommer til bedriftshelsetjenestens lokaler en gang i uka på kveldstid. Ordningen med at vi har allmennpraktiker som driver egen praksis i bedriftens lokaler, er også gunstig. Vedkommende lege har ganske mange av de ansatte på sin liste. Om ikke dette direkte bringer sykefraværet nedover, så er det en praktisk og tidsbesparende ordning for den ansatte.

Hvordan definerer dere en arbeidsrelatert skade?

For å være en arbeidsrelatert skade må det være en legems-skade som er forårsaket av en plutselig og uventet/uforutsett ytre påkjenning, oppstått på bedriftens ansvarsområde, i arbeidstiden eller mens vedkommende er i bedriftens tjeneste. Ellers opererer vi med begrepene personskade med og uten fravær. Personskade med fravær vil vi ha når en ansatt er så alvorlig skadet at han/hun ikke kan møte den første dagen etter sin oppsatte arbeidsplan (dag eller skift). I vår statistikk bruker vi begrepene H1 som betegner hyppigheten på personskader med fravær, og H2 som beskriver

hyppigheten på *alle* registrerte personskader (med og uten fravær). Her på Saugbrugs har vi nå ikke hatt skader med fravær (definert som nevnt tidligere) siden mai 2003. Men vi har fortsatt et stykke arbeid å gjøre når det gjelder H2. Dette tallet er fremdeles for høyt.

Sykefraværet går til dels markert ned i hele landet, uavhengig av om bedriftene er IA-bedrifter eller ei, har du noen tanker om mulige årsaker til dette?

Det er en rekke faktorer som virker inn på sykefraværet. Ser vi på den statistikken som foreligger, vil vi se at sykefraværet har variert fra år til år. En viktig faktor vet vi er arbeidsmarkedet. I tider med høy arbeidsledighet vil sykefraværet være lavt.

Folketrygden innførte nye regler om sykmelding i juli 2004. Trygden forlanger en mye tettere oppfølging av den sykmeldte i dag enn før disse endringene ble gjennomført. Dette tror jeg bidrar til det reduserte sykefraværet. Jeg vil jo også anta at mediaoppslag om IA-bedriftene har hatt en form for positiv smitteeffekt på andre bedrifter.

Dere er en del av et internasjonalt konsern med liknende fabrikker i mange land, har du noe inntrykk av hvordan sykefravær, skadeomfang og liknende er i Norske skogs utenlandske fabrikker?

Dette er et vanskelig spørsmål å besvare. Jeg har sett statistikk fra våre fabrikker i andre land som viser sykefravær ned i to prosent og skadetall som er, hva jeg vil kalle, mistenkelig lave. Når jeg snakker med konsernets HMS-sjef, som får anledning til å besøke mange utenlandske fabrikker, så er han ofte imponert over det han ser og erfarer ute. Vi liker å tro at vi er litt «verdensmestere» på HMS-området her hjemme, men det er nok et faktum at det skjer en positiv utvikling på dette området mange steder i verden.

Hva forventer dere av primærlegene?

Vi forventer at primærlegene tar kontakt dersom det er noe de er usikre på når det gjelder vår måte å gi et tilbud om sysselsetting til sykmeldte arbeidstakere. Primærlegen får servert et partsinnlegg. Hvis pasienten forteller at han med en eller annen skade ikke har noe på jobben å gjøre, vil det i de fleste tilfelle være feil. Regelen hos oss er nå at hvis det er noen form for funksjon igjen, så vil Saugbrugs kunne gi et tilbud om sysselsetting for den det gjelder. Hvis primærlegen er i tvil, kan han ringe meg i hvert fall tre dager i uka. Det er mye lettere å komme gjennom til meg enn det er for meg å komme gjennom til primærlegene!

SYKMELDINGSRUTINER

– kan vi lære noe av andre land?



SAMMENSTILT AV OLA NORDVISTE

Norge kåres stadig til verdens beste land å bo i. Men vi blir visst ikke særlig friske av å bo her... Ingen land i Europa har prosentvis så mange som klager over kroniske smerter. Nordmenn strever med livene sine og stadig flere orker ikke mer. De sykmelder seg og uføretrygder seg – som det heter – i store flokker. Ja, hva er egentlig legens rolle i dette bildet blitt etter hvert? Hvor mye betyr selve regelverket som bakgrunnsfaktor for utviklingen? Utposten har løftet blikket og bedt et knippe utenlandske kolleger gi oss et lite

innblikk i hvordan reglene og praksis for sykmelding og uføretrygd er i de land de jobber.

Takk for informasjon mottatt om Tyskland fra dr. Harald Kamps, om Nederland fra dr. Hans Velda og dr. Pieter de Vries, om England fra dr. Anders Helmerson og om Sverige fra dr. Anders Svensson. Informasjon om norske forhold er hentet fra Jon Gunnar Mælands «Veileder i trygde-medisin 2004–2005».

1. Er det karenstider før utbetaling av sykepenger?

SVERIGE	TYSKLAND	NEDERLAND	ENGLAND	NORGE
Sverige en karenstid	Ingen karenstider	To karenstider	Ingen karenstider	Ingen karenstider

2. Er det 100 prosent dekning av lønn fra første sykedag for vanlige arbeidstakere?

SVERIGE	TYSKLAND	NEDERLAND	ENGLAND	NORGE
Nei, 80 pst. av lønn.	Ja. De første seks ukene betaler arbeidsgiveren lønnen, deretter overtar sykeforsikringen.	Nei, 70 pst. lønn fra tredje sykedag for vanlige arbeidstakere. En del fagforeninger har forhandlet frem avtaler som gir bedre ytelser.	Ja	Ja, men max 6G pr år (= kr 352 668)

3. Hvilke regler gjelder for egenmelding?

SVERIGE	TYSKLAND	NEDERLAND	ENGLAND	NORGE
Sju dagers egenmelding.	Tre dager egenmelding, så sykmelding. Ingen begrensninger på antall egenmeldinger, men arbeidsgiveren kan kreve sykmelding fra første dag.	Ved sykdom meldes dette til arbeidsgiver første dag og denne skal sette i gang et reintegreringsprogram via et sykmeldings-/uføreorgan som har egne ansatte leger.	Trenger legeattest etter en uke. Dette kan variere mellom forskjellige arbeidsgivere. Legeattesten er meget kort. (se faksmile s. 17)	Etter to måneders ansettelse har en rett til fire egenmeldinger per år à tre dager (= 12 dgr). IA-bedrifter gir inntil 24 dager/år.

4. Hva er legens rolle ved sykmelding og uføretrygd?

SVERIGE

Legen skriver attest på arbeidsuførhet, og dersom Forsikringskassen (tilsvarer trygdekontoret) etterspør, gir de vurdering av arbeidsevne. Forsikringskassen kan begjære «særskilt legeattest» som utstedes av leger som er sertifiserte for å skrive slike vurderinger.

TYSKLAND

Lengre varende sykmelding og alle søknader om uførepensjon overprøves av medisinske sakkyndige ansatt av syke- eller pensjonsforsikringen.

NEDERLAND

Primærlegen har en kurativ rolle. Leger som er tilknyttet organisasjonen som arbeider med reintegrering til arbeidslivet har egen spesialitet og utdannelse etter embedseksamen.

ENGLAND

Legens oppgave er å gjøre legeundersøkelse, hvis pasienten søker «disability benefit». Undersøkelsen er ikke spesielt grundig, bortsett fra ved de private sykeforsikringene.

NORGE

Skal inn fra første dag hvis perioden er lenger enn egenmeldingen, og er helt sentral ved sykmelding og uføretrygd.

5. Hva er maksimal varighet for sykepengar?

SVERIGE

Ingen tidsbegrensning. Ved nedsatt arbeidsevne i begrenset tid, men minst et år, kan pasienten få tidsbegrenset uførepensjon. Forsikringskassen er ansvarlig for å sikre pasienten korrekt ytelse.

TYSKLAND

Maksimal varighet: 78 uker for samme sykdommen i løpet av tre år – denne perioden kan kreves på nytt hvis arbeidstakeren har jobbet minst seks måneder.

NEDERLAND

To år.
NB: Arbeidsgiver betaler denne ytelsen i hele perioden. Som regel har de en egen forsikring mot disse utgiftene.

ENGLAND

Seks måneder. Etter dette pleier man å miste sitt arbeid og har ingen ertatning fra arbeidsgiver.

NORGE

Ett år

6. Hvor stor er uførepensjonen i forhold til lønnen?

SVERIGE

64 pst. av lønn

TYSKLAND

Uførepensjonen beregnes på individuelt grunnlag og tar utgangspunkt i «standardpensjonisten» som ved 65 års alderen får en pensjon som tilsvarende 68 pst. av hans nettoinntekt. For hver måned for pensjonsstart før 63 års alderen trekkes 0,3 pst., maksimalt 10,8 pst.

NEDERLAND

Det er innført et trappetrinnsystem: Etter to år med 70 pst. av lønna utbetalt vil man, avhengig av alder, få gradvis redusert ytelse. De yngre får raskere reduksjon enn de eldre. I tillegg er det hyppige revurderinger der man fokuserer på restarbeidsevne, altså at det strebes etter graderte uførepensjoner og stadige forsøk på å utnytte restarbeidsen til de uføre.

ENGLAND

Sosialkontoret betaler erstatning. Man kan søke ulike bidrag som behovsprøves. Eksempel: Statuary sick pay NOK 800–916/ uke. Incapacity benefit = NOK 825/ uke. I tillegg kan man søke forskjellige bidrag som housing benefit og childcare benefit etc. De fleste arbeidstakere har privat sykeforsikring. Jeg betaler for eksempel NOK 498/ mnd. Det gir skattefri inntekt NOK 30 160/ måned hvis jeg blir ufør.

NORGE

Ved tidsbegrenset uførepensjon: 66 pst. (av maksimalt kr 352 668). Ved vanlig uførepensjon vil de fleste fra folketrygden alene motta ca 50 pst. av tidligere arbeidsinntekt. På grunn av gunstigere skatt av pensjoner blir den reelle dekningsgrad 10–15 pst. høyere før skatt. I tillegg kommer eventuelt offentlige eller private tjenestepensjoner.

7. Hvor stor del av befolkningen er for øyeblikket sykmeldte?

(ikke inkl pasienter på rehabiliteringspenger og attføringspenger, men inkludert egenmelding)

SVERIGE	TYSKLAND	NEDERLAND	ENGLAND	NORGE
3,8 pst.	I 2003 var 3,6 pst. av forsikrede sykmeldte, tendensen for 2004 er enda lavere sykmeldingsprosent. Samtidig er mer enn 10 pst. av arbeidstakere uten arbeid.	6,6 pst.	Kan dessverre ikke finne noen statistikk på dette.	Siste tall fra SSB: Sykefraværet gikk ned fra 8,5 til 6,4 pst. fra fjerde kvartal 2003 til fjerde kvartal 2004.

8. Hvor stor del av befolkningen er for øyeblikket varig uføretrygdet?

SVERIGE	TYSKLAND	NEDERLAND	ENGLAND	NORGE
9,6 pst.	Det er et komplekst bilde på grunn av ulike pensjonsordninger. Tallene er beregnet for 25 millioner forsikrede i den største pensjonsforsikring. Der finnes det tre pst. delvis uførepensjonister og 2,3 pst. med hel uførepensjon. I 2004 stilte 2,5 pst. av de forsikrede et krav om pensjon, derav 20 pst. om hel eller delvis uførepensjon. I alt mottar 25 pst. en pensjon før 65 års alderen.	10 pst.	500 000 personer i UK av en total population på 55 mill. = ca 9 pst. har statutory sick pay. Det inkluderer alle som er varig sykmeldte og stort sett alle som er uføre.	Pr 1.1.05: 10,7 pst. (av alle mellom 18 og 67 år)

9. Regler for oppfølging av sykmeldte

SVERIGE

Forsikringskassen er ansvarlig for oppfølging av sykmeldte. Det forlanges attest/vurdering av legen ved behov. Arbeidsgiver skal gjøre rehabiliteringsutredning etter fire uker. Forsikringskassen kan innkalle til «avstømningsmøte» (tilsvarende basisteam) for å vurdere arbeidsnivået.

TYSKLAND

Det er for øyeblikket 300 forskjellige sykekasser i Tyskland. Noen har ansatt egne leger i sin «medisinske tjeneste», andre deltar i fellesordninger med leger som bare har som oppgave å utstede legeerklæringer som skal si noe om arbeidsevnen. Pensjonsforsikringer har egne leger som uttaler seg om rehabiliteringsbehovet eller uføregraden. Uttalelser fra behandlende lege tillegges mindre vekt. Enhver lege kan bli spurt om å utstede en legeerklæring («sakkyn-dighetserklæring») for pasienter som han ikke selv er behandlende lege for.

NEDERLAND

Allerede første sykedag skal arbeidstager og arbeidsgiver ha kontakt om aktuell sykmelding og en prosess som vurderer problemet, settes i gang. Pasienten må avgi en egen-erklæring om situasjonen. Legen som så skal arbeide videre med dette innehar egen spesialitet og jobber ikke kurativt, slik at de som jobber kurativt ikke behøver å forholde seg til behovet for sykmelding. I samarbeid med arbeidsgiver

utarbeides det så en problemanalyse og forslag til tiltak der fokus er rettet mot reintegrering og utnyttelse av rest-arbeidsevne/annet arbeid arbeidstakerne kan utføre.

ENGLAND

Det forligger ingen plikt for legen til å følge opp sykmeldte pasienter. Department of Works and Pensions kan kreve at pasienten har fått sin sykmelding underskrevet med rett dato på blanketten, og pasienten er nødt til selv å ta ansvar for å få sin erstatning. Hvis sykmeldingen varer mer enn seks måneder mister han lønnen (hvis man ikke arbeider i statlig sektor). Så det foreligger et incitament (mildt sagt) for å komme i jobb hurtigst mulig. Men jeg har sett pasienter som, etter å ha mistet sin jobb etter åtte måneders sykmelding har fått den tilbake, for eksempel etter en vellykket ryggoperasjon.

NORGE

Trygdekontoret skal påse at arbeidsrelatert aktivitet iverksettes som alternativ til full passiv sykmelding, med mindre lege vurderer dette som medisinsk utilrådelig. Dette skal vurderes seinest etter åtte uker hvor slik erklæring må foreligge fra lege. Trygdekontoret skal ved atten uker innhente oppfølgingsplan fra arbeidsgiver. Trygdekontoret skal så tidlig som mulig, og seinest ved utløpet av sykepengeperioden, vurdere om yrkesrettet attføring skal prøves og i så fall henvise den sykmeldte til Aetat.

10. Hvilke generelle medisinske kriterier gjelder for tildeling av varig uførepensjon?

SVERIGE

Pasienter mellom 30–64 år kan få «sjukersättning» (uføretrygd) dersom arbeidsevnen er varig nedsatt med minst 25 prosent. For pasienter mellom 19–29 gjelder de samme reglene, men erstatning kalles for «aktivitetsersättning». Erstatningen er uendret ved studier.

TYSKLAND

Fullt ufør er en person som ikke er i stand til å arbeide mer enn 15 timer i uken i ethvert yrke på arbeidsmarkedet. Sosialmedisineren skal bare bedømme funksjonsevnen og den av helsemessige årsaker innskrenkede yteevnen. Konsekvensen for arbeidsmulighetene skal bedømmes av en egen sakkyndig forvaltningstjeneste ved pensjonsforsikringen.

NEDERLAND

Det settes fokus mot objektive medisinske kriterier for sykdom. Ryggsmertor uten objektive funn og fibromyalgi blir for eksempel ikke godkjent som diagnoser og gir ikke rett til sykepenger.

ENGLAND

Pasienten må selv søke om bidrag og Dep. For Work and Pension sender en kort blankett som legen må fylle ut, men det er ikke nødvendig å se pasienten. Idet uførepensjonen ikke er særlig stor, og behovsprøves (slik som sosialhjelp) finnes det ingen spesielle kriterier. Det holder med å anføre for eksempel pustevansker, isjias eller liknende. Hvis det er en privat forsikringssak blir det noe byråkratisk arbeid, men dette er uansett en oppgave for spesialister og ikke for allmennleger. Det finnes ingen reelle kriterier for de private forsikringene. Dette er et forhandlingsspørsmål mellom lege og forsikringsselskapet.

NORGE

Pasienten skal ha varig (i praksis mer enn sju år) skade, lyte eller sykdom av vanlig anerkjent type som medfører minst 50 prosent varig funksjonsnedsettelse og utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen.

11. Med ditt kjennskap til norske trygderegler og trygdereglene i utlandet – hvilke endringer i norske regler ville du foreslått?

TYSKLAND: (DR. HARALD KAMPS)

Det oppleves som positivt å skille funksjonen som behandlende lege og sakkyndig lege. Samtidig fører det til at det er vanskeligere å bli sykmeldt eller få tildelt uførepensjon. Blant de mer enn 10 prosent arbeidsledige i Tyskland er etter min vurdering mange som ville ha fått uførepensjon i Norge. På denne måten blir et stadig stigende krav til yteevnen i arbeidslivet ikke et medisinsk, men heller et sosialpolitisk problem – som det jo egentlig er.

NEDERLAND: (DR. HANS VELDA OG DR. PIETER DE VRIES)

Man burde vurdert kortere uførhetsperioder før man foretar en revurdering. Det bør fokuseres på restarbeidsevne og kontakten med arbeidsgiver med tanke på reintegrasjon bør bedres. Det å ha delt oppgavene mellom primærlegene som arbeider rent kurativt og trygde/sykmeldingsleger gjør nok jobben til primærlegene enklere.

ENGLAND: (DR. ANDERS HELMERSON)

En burde ikke dobbeltbeskattes hvis man ønsker en privat sykmeldings/uføreforsikring.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlige redaktører for denne artikkelen har vært Anders Svensson og Jannike Reymert. Disse kan kontaktes på anders.svensson@bo.nhn.no og jannike.reymert@online.no

Så enkel kan en sykmelding være... (eksempel fra England)

FOR SOCIAL SECURITY AND STATUTORY SICK
PAY PURPOSES ONLY

NOTES TO PATIENT ABOUT USING THIS FORM

You can use this form either:

1. For Statutory Sick Pay (SSP) purposes – fill in Part A overleaf. Also fill in Part B if the doctor has given you a date to resume work. Give or send the completed form to your employer.
2. For Social Security purposes
To continue a claim for State benefit fill in Parts A and C of the form overleaf. Also fill in Part B if the doctor has given you a date to resume work. Sign and date the form and give or send it to your local Jobcentre Plus or social security office QUICKLY to avoid losing benefit.

NOTE: To start your claim for State benefit you must use form SC1 if you are self-employed, unemployed or non-employed OR form SSP1 if you are an employee. For further details get leaflet IB1 (from Jobcentre Plus or social security office).

Doctor's Statement

In confidence to NHS/MHA/MS

I examined you today/yesterday and advised you that

- (a) You need not (b) you should refrain from work
refrain from
work

for

OR until

Diagnosis of your disorder

causing absence from work

Doctor's remarks

Doctor's
signature

Date of
signing

NOTE TO DOCTOR*1 See inside front cover for notes on completion

Utpostens
dobbeltime

Alltid beredt trygdelege

INTERVJU MED
**Bernt
Daltveit på Voss**
AV GUNHILD FELDE

Bernt Daltveit er ekte stril fra Osterøy med storparten av sitt legevirke på Voss. Osterøyene var regnet som bygningsstriler og det ble sagt at de levde av andres elendighet. De levde godt når det brant i byen. Bernt Daltveit sier med et smil at han er en del av denne tradisjonen. Men da det stod i meldingsboka at «Bernt søv i sløydtimane», førte tradisjonen ham etter hvert i en annen retning.

Med dobbeltspesialitet i indremedisin og allmennmedisin jobber han som fastlege og trygdelege på Voss. Han har undervist i trygdemedisin på grunnkurs for allmennleger i ei årrekke. Enkelte har til og med uttalt at de på hans forelesninger for første gang har opplevd trygdemedisinen spennende.

Speider har han alltid vært.

– Jeg begynte på det andre prekliniske kullet i Bergen i 1964. Vi hadde mye ettermiddagsundervisning, da det var klinikerne som underviste i mange av de prekliniske fagene. Blod-Halvor, Knut Halvorsen, tidligere overlege på Blodbanken på Haukeland, ble kjent for å servere skillingsboller og kaffe på kursene på ettermiddagstid i denne første tiden for preklinisk undervisning i Bergen.

Etter turnus i Namsos og Rissa og militærtjeneste jobbet han en tid i gruppepraksis sammen med Olav Rutle i Ullensaker. Deretter ble det Voss og indremedisin før han vendte tilbake til allmennmedisinen.

– *Hvordan var din vei inn i trygdemedisinen?*

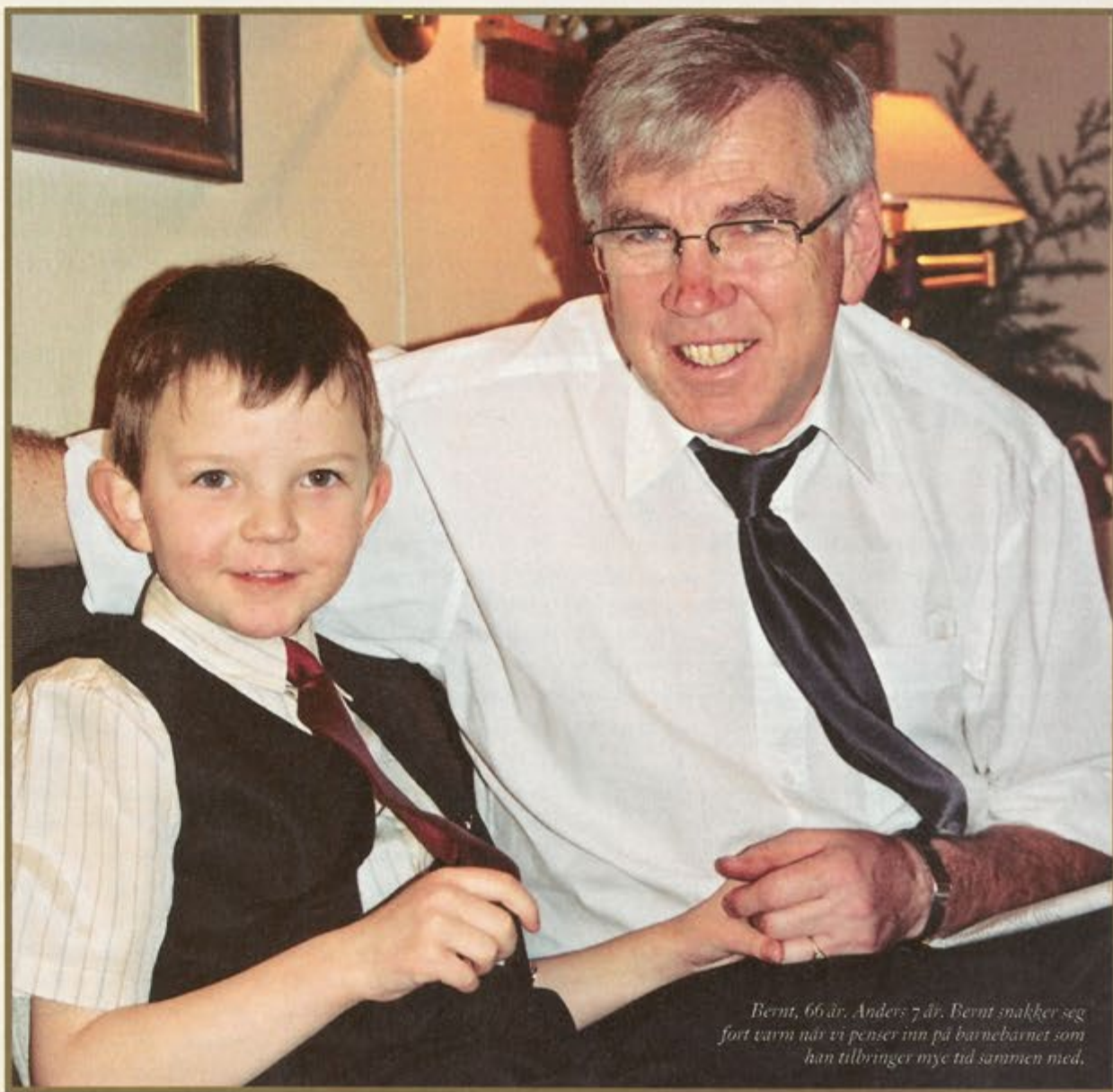
– Da jeg tok jobben som trygdelege i 1979, var det for å sikre meg et levebrød på Voss. Etter at jeg var ferdig med gruppen-tjenesten i indremedisin på Haukeland, var det ikke ledig noen overlegestilling på Voss sykehus, og jeg bestemte meg for å begynne med allmennpraksis. Jeg var usikker på hvordan pasientgrunnlaget var og tok trygdelegestillinga i tillegg. Jeg tok over etter Birger Lærum, som hadde vært kontrollege (det som senere ble rådgivende lege) i trygden i mange år. Han var lungelege på lungesankatoriet Bjørkeli. Mange advarte meg mot å ta denne jobben, de mente faren var stor for å komme på kant med kollegaer.

Det er ikke til å stikke under en stol at temaet trygdemedisin for mange leger gir en tørr og kort etterklang. Det er et paradoks at trygdesaker, som for oss ofte oppleves tørre og kjedelige, for pasienten representerer avgjørende veivalg der de mer enn noen gang trenger en aktiv medspiller.

– Trygdesakene er ofte viktigere for pasienten enn resepten. Senest i dag så jeg dette alvoret hos en pasient, sier Bernt Daltveit. Arbeidsgiveren hadde sagt til mannen at han ikke lenger var frisk nok til å være i jobb og at han måtte se å få seg uføretrygd. Selv fikk han seg ikke til å nevne dette for doktoren før helt mot slutten av konsultasjonen, selv om dette nok var det som opptok ham mest.

– *Du har vært i jobben som trygdelege i 26 år og er den med nest lengst fartstid som trygdelege i landet. Hvordan har det vært?*

– Jeg har opplevd det som et fint supplement til det å være allmennlege. Trygdesaker er svært viktige for folk og det er berikende å kunne se sakene fra forskjellige sider. En får betydelig innsikt i trygdereglene og kan ofte raskt se om en sak faller utenfor eller innenfor. Det er en viktig oppgave som trygdelege å samle trådene og trekke essensen ut av legeerklæringene. Det hender også at jeg som trygdelege kan komme med innspill og forslag overfor legene når det gjelder behandling og undersøkelser som kunne vært forsøkt.



Bernt, 66 år. Anders 7 år. Bernt snakker seg fort varm når vi tenker inn på barnebarnet som han tilbringer mye tid sammen med.

Jeg jobber deltid som trygdelege og tror det er en fordel at de fleste trygdelegestillinger er deltidsstillinger. Vi er vant til å jobbe med pasienter og se sakene fra denne siden. Som trygdelege tar jeg også enkelte ganger inn pasientene for bedre å gjøre meg opp en vurdering.

– Oppfatter du deg mest som pasienten eller trygden sin advokat?

– Jeg er opptatt av at vi må forholde oss til det regelverket som gjelder. Vi kan ha forskjellige oppfatninger om trygde-reglene, men vi må alle følge reglene, ellers blir det forskjellsbehandling. Som trygdelege oppfatter jeg meg som en ressurs både for pasient, behandlende lege og trygden. Som fastlege opplever jeg i enkelte tilfeller at jeg må være pasientens advokat. Dette gjelder først og fremst når utfallet av trygdesaken blir et helt annet enn jeg har ment var

riktig. Da er det min oppgave å oppklare dette da det kan være viktige opplysninger som kan ha blitt mistforstått eller at de ikke har blitt sett og tatt hensyn til.

– Det blir jo alltid en del skjønn når det gjelder sykemeldinger og vi har vel alle av og til kjent på presset til å «gi etter» selv om vi vet at det i følge regelverket er tvilsomt om personen fyller kravene til sykemelding...

– Det er et viktig anliggende for meg å formidle betydningen av at vi alle forsøker å følge reglene. Når det gjelder sykemelding er det jo i utgangspunktet ikke nok å være syk. I tillegg skal pasienten være så syk at hun ikke kan arbeide. Å være sliten er i utgangspunktet ingen sykdom. Aktiv sykemelding har vært en god lærepenge i dette. Det er svært få som ved sykdom ikke kan være på arbeidsplassen og gjøre noe. Fokus på et inkluderende arbeidsliv er etter mitt

skjønn bra. Etter åtte uker må arbeidstaker og arbeidsgiver på banen og det setter fokus på hva folk kan gjøre selv om de ikke er helt friske.

Sykepengeordningen vår er så god at vi må ta godt vare på den. Vi som klarer å jobbe, må gjøre det og her må vi som leger ta vårt ansvar. Det burde vært enda mer informasjon og diskusjon rundt dette blant folk flest. I stedet for at trygde-etaten holdt møter for legene, burde det vært møter lokalt på forsamlingshuset i bygda om sykepengeordningen. Dette ville bevisstgjort folk og jeg tror det ville blitt en økende forståelse for hva som er meningen med sykemelding. Etter min mening må det til en økende forståelse av at «det er tøft dette livet, men sånn er det.»

Det å følge regelverket er også kollegialt viktig. Hvis vi forholder oss forskjellig til reglene for eksempel sykemelding, kan dette lett føre til at pasienter i fastlegeordningen kan bruke dette. Jeg har opplevd et par ganger at pasienter har skiftet fastlege fordi de ikke har fått sykemelding hos meg.

– Rundt ti prosent av befolkningen er uføretrygdet og rundt åtte prosent er sykemeldt. Har du noen tanker om hva dette sier om oss? Er trygdereglene for gode eller er samfunnet blitt så effektivt at folk blir syke av å jobbe?

– 1,4 millioner har her i landet hovedinntekten sin fra trygden. Årsakene er nok mange. Da alderspensjonen for alle kom i 1958 kan jeg huske at far refererte til en mann på Osterøy som uttalte at «eg kan vel ikkje få pengar for inkje». Denne holdningen har endret seg slik at sammenhengen mellom å yte og å motta ikke er så tydelig som før. Rederen Sigvald Bergesen mente at han ikke trengte alderstrygden og forsøkte forgyves i alle år å returnere den. Det var det ikke rom for.

Det moderne samfunnet er komplisert. En trenger ikke det store handikappet for å falle utenfor. Tidligere var det muligheter til for eksempel å dra til sjøs. Dette krevde ingen utdanning. Nå kreves det studiekompetanse til det meste og mange som tidligere kunne fungere i arbeid ender nå opp med uføretrygd i ung alder.

Ved høy arbeidsledighet vil det ofte i første omgang kunne bli et lavt sykefravær fordi folk står på for ikke å miste jobben. Dette vil føre til slitasje som over tid igjen kan føre til mer uføretrygd. Tidligere kunne arbeidsledige få sykepenger utfra inntektsgrunnlaget før de ble arbeidsledige, og dermed høyere ytelser enn dagpengene. Dette førte til mange sykemeldte arbeidsledige. For en del år siden ble disse reglene forandret slik at sykepengene tilsvarte dagpengene. De arbeidsledige forsvant med dette i stor grad fra legekantorene.

Tidligere var også hver sykekasse i de forskjellige distriktene ansvarlig for å gå i balanse. Nå dekkes «underskudd» sentralt.

Har du inntrykk av at det er store regionale forskjeller mellom vurderingene og graden av strenghet i trygdesakene?

Det vil alltid kunne bli noe sprik i vurderingene. Trygdelegene møtes jevnlig på møter der det presenteres kasus som diskuteres. Dette er viktig for å gjøre behandlingen mest mulig lik.

– Mange har et inntrykk av at det har blitt vanskeligere å oppnå uføretrygd de siste årene. Det kan virke som om trygden har blitt «strengere». Hvordan er ditt inntrykk av utøvelsen av trygdereglene gjennom de 26 årene du har vært trygdelege? Har dette endret seg på noen måte?

– Det har vært en generell dreining mot fokus på muligheter i stedet for begrensninger. Dette er viktig både for pasienten og for legen og det er helt avgjørende for måten vi tenker på når pasienter ikke fungerer i arbeid. Tidligere var det nok lettere å få uføretrygd før alle muligheter var prøvd. Det skal ikke være lett å få uføretrygd og alt skal være prøvd for at et ungt menneske skal kunne være i arbeid. Men en går jo ikke så mange runder med en person som har passert 60 år.

Det at mange jobber en del og at det er lov å tjene en del ved siden av uføretrygden, sier jo også noe om hvor vi legger lista. Samtidig er det positivt at folk med uføretrygd holder seg i aktivitet og kanskje skulle uføretrygd med tanke på dette hatt et annet navn som var mindre passiviserende.

De siste årene har det jo også vært en dreining mot at pasienten aktiviseres og ansvarliggjøres i sin egen prosess på en annen måte enn tidligere. Det at pasienten selv skal få med seg legeerklæringa og levere den på trygdekantoret tydeliggjør dette. Min opplevelse er at dette gjør noe med vår rolle som sakkyndige. Jeg tror legeerklæringene var mer objektive tidligere da de ikke gikk via pasienten. Trygden benekter imidlertid dette. Alt i alt ser jeg endringene allikevel som en fordel for pasienten.

– En kan få inntrykk av at de med høy utdanning lettere får uføretrygd og oftere «slipper» runder med attføring. Er dette riktig?

– Det er en generell forståelse og aksept for at en ved attføring ikke skal gå dramatisk ned i lønn og at eventuelt nytt arbeid skal være mest mulig på samme utdanningsnivå. Dette kan jo sette noen begrensninger, men ellers gjelder de samme reglene.

– Hvor mye makt og innflytelse har en trygdelege over utfallet i en trygdesak?

– Vi har ikke så mye makt. Det har faktisk vist seg at trygden oftere følger behandlende leges konklusjon enn rådgivende lege hvis det er diskrepans mellom disse. Trygdeetaten sier allikevel at de ikke klarer seg uten rådgivende leger. Vi har en viktig rolle ved at vi gjennom vår kunnskap både om medisin og trygderegler kan samle trådene.

– *Hvordan er ditt inntrykk av fastlegenes trygdeerklæringer? Hvordan kan vi forbedre oss?*

– Jeg har inntrykk av at legene generelt er mer oppdatert på trygderegler nå enn før. Trygden er også mer på offensiven. Jeg synes imidlertid det er et betydelig forbedringspotensiale på erklæringene. Det er mye klipping fra journalnotater og det kunne vært mer oppsummering av de relevante opplysningene. Ofte kommer legene først på banen med alle opplysningene når det kommer en anke. Først da virker det som om mange går ordentlig gjennom saken. Fastlegene kunne nok også spille mer aktivt ut mot trygdekontoret og gjerne tidligere enn det som ofte skjer.

– *Med enkelte diagnoser, spesielt revmatologiske, følger det mange trygdeytelser. Det kan være reiser til syden, fysioterapi eller medikamenter på blå resept. Det har vært hevdet fra enkelte hold at mange nærmest symptomfrie pasienter får feriereiser og gratis behandling mens andre uten en slik diagnose kan ha mye større behov for disse ytelsene. Har du noen synspunkter på dette?*

– De fleste ytelser i trygden bygger på en funksjonsvurdering. Dette gjelder alle former for sykepenger og uforhøytelser. Diagnosestyrte ytelser kan bli urimelige og kan misbrukes og det kan klart være behov for å endre reglene for dette. Voss Trygdekontor har spesialfunksjon for å behandle søknader om dekking av legemidler og jeg fungerer som rådgiver i disse sakene. Vi behandler spesielt mange søknader om dekking av kostbare medikamenter, for eksempel innen revmatologien. Dette er også diagnosestyrte ytelser og kan falle urimelig dårlig ut for diagnoser der det medisinsk sett er samme indikasjon for behandling, men der diagnosen ikke gir rett til dekking av utgiftene.

– *Du har vært privatpraktiserende og deretter fastlege på Voss i mange år. Hvordan har det vært å følge pasientene over så mange år?*

– Mange oppleves nesten som gode venner. Mange er like gamle som meg, jeg har fulgt dem i alle år, og når jeg nå opplever at disse mine jevn gamle og fortsatt «unge» mennesker blir alvorlig syke, oppleves det tungt og vanskelig, og personlig.

En utfordring som allmennlege er å holde undersøkelsen i hevd. Jeg legger vekt på å forsøke å undersøke ordentlig, ikke sluntre unna dette. Det er fort gjort å gjøre en full klinisk undersøkelse når en får det som en rutine. En ting er ikke å stille diagnosen hvis du har undersøkt, noe helt annet er ikke å stille diagnosen hvis du ikke har undersøkt.

For mange på Voss er Bernt Dalteit mest kjent som bestefar, speiderleder, leirlege og friluftsentusiast. Han skulle ønske at flere oppdaget hemmeligheten ved opplevelsene i naturen og på farten videre til trygdemøte i Florø bedyrer han at «det å lære å ferdes ute i naturen er noe annet enn å springe rundt i en «fotballbinge» ...»

FORSKERKURS:

Kvalitative forskningsmetoder i klinisk forskning

Kvitsoy, Rogaland 20.–22. sept 2005

Kurset er beregnet på forskere med erfaring fra innsamling og bearbeiding av kvalitative data, eller med godt gjennomarbeidede prosjektbeskrivelser av kvalitative prosjekt der problemstillingen er hentet fra praktisk klinikk. Forskere fra barnepsykiatri og allmennmedisin med pågående prosjekter har fortrinnsrett til kurset.

Formålet med kurset er erfaringsutveksling og identifisering av metodiledemøter som utgangspunkt for utviklingsarbeid innen forskningsfeltet.

Det forutsettes betydelig egeninnsats fra deltakerne da programmet er lagt opp rundt deltakernes presentasjon av egne prosjekt og diskusjonen av dem. Perspektivet for diskusjonene vil være å forene en kritisk vitenskapsteoretisk tilnærming med praktiske erfaringer.

Seminaret blir arrangert av Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen og Regionssenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Vest.

Kurskomite og forelesere er:

forsker dr. psykol. Per Einar Binder, forsker dr.med. Marit Hafting, forsker dr. psykol. Helge Holgersen, førsteamanuensis dr.med John Nessa, førsteamanuensis dr. med. Per Stensland, professor dr.med. Kirsti Malterud.

Antall timer: 16.

Deltakeravgift: kr 1600.

Begrenset deltakerantall, maks 25.

Nærmere opplysninger om den faglige delen av kurset ved

Per Stensland: Per.Stensland@isf.uib.no eller Per Einar Binder: Per.Einar@psykp.uib.no

Påmelding med kort prosjektbeskrivelse/abstrakt sendes marit.hafting@rbup.uib.no innen 1. juli.05

Seminaret er søkt godkjent som tellende timer til spesialiteten i allmennmedisin og som spesialistkurs for psykologer under spesialisering.

Overnatting bestilles av deltakerne SELV på <http://www.kvitsoy-maritim.no/>

Reise: Deltakerne bestiller selv reise.

Båttransport til Kvitsoy onsdag 20. september: Mekjarvik–Kvitsoy, fra Mekjarvik kl 1950.

Cipralex®

Rask, effektiv, selektiv^{1,2,3}



Se preparatomtale og referanser side 46

www.cipralex.com

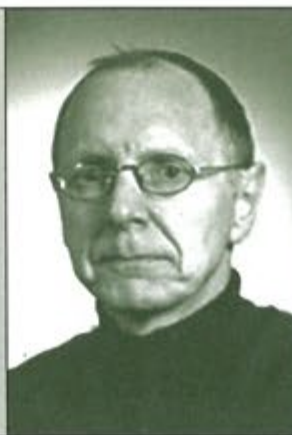
Lundbeck



Cipralex
escitalopram

John Nessa

John Nessa har vore kommunelege i Hjelmeland i 20 år, med deltidsstilling ved Universitetet i Bergen. Med bakgrunn i psykiatri har han interessert seg spesielt for lege-pasient samtalen, som også var emne for hans doktoravhandling «Talk as medical work». Andre interesser er paveval og flugefiske. Har hatt fiskestang i fire år, men enno ikkje fått napp.



ALLMENNMEDISINSKE 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.

Allmennlegen som terapeut

Om samtaleterapi i allmennpraksis

AV JOHN NESSA

Allmennlegens kvardag består i å snakke med folk. Vi har ei brei kontaktflate, lærer å kjenne folk over tid, og har tradisjon for å snakke om det meste med pasienten. Allmennlegens sentrum er lege-pasient forholdet. Det viktigaste er det personlege møtet og dialogen med pasienten over tid. Heiter det i NSAM's sju teser for allmennmedisin.

Legane har ein viktig støtte- og rådgivingsfunksjon. Det handlar om helserådgiving, mentalhygiene, kontakt med folk når det røyner på, behov for hjelp når angst og depresjon dominerer. Vi har tradisjon for å ordne opp, som regel utan hjelp frå andre instansar.

Kva skal vi kalle denne aktiviteten? Er det psykoterapi eller rådgiving? Er det profesjonell hjelp eller berre tomt prat til problemet forsvinn av seg sjølv?

Ulike typar rådgiving er 1990-åras vekstindustri. I Storbritannia har over 30000 personar rådgiving som yrke. Kjært barn har mange internasjonale namn: Therapy, advice, guidance, befriending, counselling. Det er ein tendens i fagmiljøa til å sjå på psykoterapi og rådgiving som to sider av same sak. Begge er opne omgrep, begge er strukturerte aktivitetar, begge kan forstås i ein vid eller meir spesifikk betyding.

Det spesifikke psykoterapeutiske

Dei fleste vil nok himle med augo dersom eg påstår at allmennlegens arbeid kan forstås som fullverdig psykoterapi. For formalisert psykoterapi slik den framstilles i faglitteraturen, og slik psykoterapeutar gjerne vil forstå seg sjølv, har mange særtrekk som er ulike allmennmedisinsk praksis. For det første er psykoterapien svært strukturert. Det avtales faste terapitimar med avtalt tidsbruk og faste intervall uavhengig av korleis tilstanden svingar. For det andre er tera-

prien avgrensa. Problemet defineres som eit mentalt problem. At du i tillegg har hemorroider, vondt i magen, plattfot, dårleg rygg og «sko gjerne ha ein sjukemelding» er irrelevant for psykoterapeuten. For det tredje varer ein konsultasjon hos psykoterapeut lenger enn ein gjennomsnittleg allmennmedisinsk konsultasjon. For det fjerde er psykoterapeutisk praksis vanskelegare tilgjengeleg enn allmennmedisin. Du må som regel både stå på lengre venteliste, begrunne betre ditt behov/vise deg som verdig trengande, reise lenger og betale meir for psykoterapi. For det femte har psykoterapi ein annan teoretisk overbygning enn allmennmedisin. Psykoterapeutar er gjerne psykologar eller psykiatarar, og oppfører seg deretter. For det sjette er det større personleg avstand mellom psykoterapeut og pasient enn det er i allmennmedisin. Allmennlegen kjenner gjerne både pasienten og familien frå ulike samanhengar, psykoterapeuten ser sin pasient kun når han er til konsultasjon.

Det spesifikke allmennmedisinske

Men det som er psykoterapiens særtrekk er samstundes det som begrensar dens nytte. Det psykoterapeutane ikkje får til, er det ofte lettare å få til for ein allmennlege. Allmennmedisinen er også strukturert. Men på ein annan måte enn psykoterapien. Vi kalkulerer til dømes med ø.hj.-timar, slik at folk kan komme til når tampen brenn. Vi er kontinuerleg over tid på ein annan måte enn psykoterapeuten. Vi blir aldri kvitt våre pasientar – og pasientane blir aldri kvitt oss. Vi har låg terskel for kontakt, og er villige til å gå inn på pasientane sine premissar på ein heilt annan måte enn psykoterapeuten. Noko av det viktigaste er at vi har eit mandat og ein autoritet som går ut over det mentale. Vi kan skilje mellom snørr og bart når pasienten har somatiske symptom. Vi kan både utrede og fortolke kliniske tilstandar til eikvar tid. Vi kan ikkje sortere våre pasientar – alle er verdig trengande. På den andre sida har vi fleire ressursar



å spele på, i det kommunale hjelpeapparatet, i spesialisthelsetenesta, gjennom lovar og regelverk. Det er nok også ein stor forskjell i stil mellom allmennlegar og psykoterapeutar. Mens psykoterapeutar er oppdradd til å vere forsiktige og ikkje ta for mykje ansvar for pasienten, har iallfall eg som allmennlege ein større tendens til å trampe i klaveret og gi klare råd både når det er fornuftig og når det ville vore mykje klokare å halde kjeft. Ein pasient eg har hatt kontakt med i over 20 år (ikkje kvar dag – heller ikkje kvart år) spurte meg her om dagen om eg hugsa første gongen ho var hos meg. Det hugsa eg ikkje. Eg spurte kva som då skjedde. Ho sa at eg då hadde sagt at ho måtte slutte i jobben sin. Det hadde eg sagt etter å ha kjent henne i 15 minutt. Det er å håpe at eg har lært litt på 20 år, og at eg ikkje er så frimodig i dag.

Når det gjeld terapeutisk kompetanse, har psykoterapeutane ein smal psykodynamisk kompetanse som ein ikkje skal nedvurdere. Eg er sikker på at allmennlegar har mykje å lære av både psykiatri og psykologi. Det er ein klar styrke ved dei norske psykoterapeutiske miljøa at dei har ei strukturert utdanning der grundig veiledning over tid inngår. Det har ikkje allmennlegane på same måten. Likevel vil nok mange allmennlegar med ein viss rett kunne hevde at det ein manglar i formell kompetanse tar ein igjen i form av realkompetanse. Det er ikkje lite erfaring ein tileignar seg i vanleg allmennpraksis dersom ein har augo til å sjå med og såpass evne til å reflektere at ein forstår kva ein ser.

Den gode allmennmedisinske samtale

Vårt fag og vår fagkultur er sterkt ritualisert. Den allmennmedisinske konsultasjonen er eit rituale omtrent like strengt fastlagt som høgmessa i kyrkja. Medisinske problem skal identifiserast, pasienten skal undersøkjast, diagnose skal stillast, tiltak skal iverksetjast, journalnotat skal skrivast. Dette

skal skje innanfor ei ramme av 15 minutt i snitt. Alternativet til den vanlege konsultasjonen er den strukturelle psykoterapeutiske samtalen. Då skal også diagnosar stillast. Pasienten skal gjennom eit strukturert intervju. Skjemaer skal dras fram, merkelege og irrelevante spørsmål skal stillast, poeng skal delast ut. Jo da, du har ein MADRS skåre på over 20. Sjølv om du ikkje er livredd og får berre to poeng på sjølv-mordsskalaen, har du så mange poeng at du får Cipralex på blå resept. Du trur du har gjort ein nyttig jobb. Og det har du gjort. For legemiddelindustrien, apoteka og alle myteproducentane i den akademiske psykiatrien. Men ikkje for pasienten. For han/ho har ikkje komme til orde med sine plager. Det kom eit skjema mellom.

Den gode, og terapeutiske allmennmedisinske samtalen er radikalt annleis enn dette. Første bød for den samtalen er at pasienten må få komme til orde med sine egne ord og si eiga fortelling. Den fortellingen må få lov til å utfalde seg relativt usensurert og ikkje for tidleg bli fanga inn i ein medisinsk diagnose. Diagnosen skal komme sist, ikkje først. Den terapeutiske samtalen i allmennmedisin må så langt råd er få preg av eit likestilt og personleg møte mellom to sjølvstendige menneske som har gode grunnar for å bli kjent med kvarandre. Har du møtt Mao? spurte vår svenske kollega den mutte kinesiske kvinna, og oppnådde med det spørsmålet både å oppdage pasienten og få pasienten til å oppdage han. Han trong ikkje halve dagen på å snakke med pasienten om Mao. Men han måtte ha ein grunninnstilling av personleg interesse for å gå inn i eit personleg møte med pasienten for å skape tillit. Og den grunninnstillinga måtte pasienten merka.

Karin Sveen skreiv i Utposten for nokre år sidan at legen må bli personleg på ein ny måte. Ho lurar på om ikkje legen



må bli tydelegare som person, utan at det går ut over hans profesjonalitet. Ho etterlyser det ho kallar den narrative samtale som eit alternativ til både den konsultative og den psykoterapeutiske. Med det meiner ho ein samtale der folk inviteres til å snakke rett «frå levra». Å snakke frå levra er eit glimrande uttrykk for at kroppens språk er meir enn kroppsspråk i form av gester, kroppshaldning og mimikk, men at også det verbale språket er kroppens språk, underlagt streng eller mild kontroll.

Eg veit at det er mange gode terapeutiske allmennmedisinske samtalar «der ute», samtalar som føregår kvar dag på ulike allmennmedisinske kontor. Det er ikkje nødvendigvis samtalar der folk forstår og forstår til krampa tar dei, det er ikkje nødvendigvis timelang djupboring i sjelas irrgongar. Og det er slett ikkje samtalar som har høgstatus som psykoterapi. Tvert om kan det vere samtalar der folk samtalar lett frå levra, fordi den grunnleggande tilliten er der. For over ti år sidan var eg på kurs og hørde kollega Anne Korsæth fortelle frå sin praksis. Ho blei lei all sytinga hos ei kvinne som gjorde eit problem ut av alt, og som forventet at andre skulle ordne opp. Ho bad dama reise heim og vaske ned kjøkkenet sitt, og så komme igjen neste veke og fortelle at ho hadde gjort det. Kvinna blei så paff at ho gjorde som doktoren sa, og endra åtferd etterpå. Ein god og terapeutisk samtale, så langt eg kan forstå.

Ulike terapeutiske modellar

Tor Johan Ekeland har i sin avhandling *Meining som medisin* vist at det er godt dokumentert at det er ikkje den teorien eller terapimodellen ein har som har størst betydning for utfallet av terapien. Det som er viktigast er dei såkalla generelle terapifaktorane: Koss legen er, koss pasienten er, koss relasjonen er. Men teori må ein ha, og teori har ein, anten

ein er seg det bevisst eller ei. I følge Eikeland ser dei ulike terapitradisjonane ut til å vere nokså likeverdige med omsyn til dei effektar som kan målast over tid.

Skal allmennlegar bli seg bevisst kva vi faktisk driv på med, og vidareutvikle dette til å bli del av kjernen i vårt fag, er det på tide at vi begynner å interessere oss for psykoterapilitteratur. Dette er ikkje staden for å presentere alle dei relevante tradisjonane. Men eg har sjølv i boka *Medisin og eksistens* framheva sentrale tradisjonar som kan vere svært nyttige for allmennlegar: Kognitiv/åtferdsorientert terapi, som spesielt Ingvar Wilhelmsen har vore ein sentral talsmann for, personsentrert terapi, som er ei vidareutvikling av psykologen Carl Roger's tankar og idéar frå det forrige århundre, og eksistensiell terapi, som har fått namnet sitt frå den eksistensielle filosofi.

Kognitiv/åtferdsorientert terapi passar nok best for dei som vil ha struktur, skjema og måling. Den er nokså metodespesifikk, og det har blitt hevda at det er den terapiformen som er best dokumentert til å ha effekt. Den er nok også den terapiforma som er mest tatt i bruk i ein allmennmedisinsk kontekst her til lands.

Den personsentrerte terapien er den som går lengst i retning av å møte pasientane slik som dei er med ein positiv grunninnstilling nærast uavhengig av utgangspunkt. I følge denne terapiformen er terapeutens innstilling (*unconditional positive regard*) nøkkelen til suksess. Det er eit kjernepunkt i tradisjonen at det forventes at terapeuten skal vere *thoroughly committed, fully engaged and highly present*. Med slike krav og forventningar innebygd i teorien er det naturleg å rekne med at det er denne terapiforma som krev mest av terapeuten.

Den eksistensielle psykoterapien er blitt kjent her til lands mellom anna gjennom den amerikanske psykiatren Irvin Yalom sine skrifter. Yalom har alltid eit eksistensielt perspektiv på terapi. Om symptoma er ulike, er det eksistensielle grunnfjellet det same. Fire livstema dominerer i alle menneskeliv. Det første temaet er døden som både ein konkret og symbolsk realitet ingen kan unngå. Både ein sjølv og dei som står ein nær skal dø. Døden er ein fysisk realitet, men og ein symbolsk realitet: relasjonar brytes, ting går til grunne, vi kjem til kort. Dei fleste av oss er ikkje medvitne om korleis døden som grunntema gjennomsyrrar vårt tilvære. Men all sjukdom og alle helseproblem har eit aspekt av død ved seg.

Det andre eksistensielle livstemaet er fridommen. Uavhengig av ytre vilkår som set sine grenser er vi frie til å velge våre liv. Dette er ikkje eit empirisk faktum, men eit postulat, eit syn på mennesket som ligg til grunn for vestleg tenkning om det moderne mennesket. Fridommen er forlokkande, men også skremmande. For fridommen har sin pris, ein psykologisk, moralsk og eksistensiell pris ein ikkje alltid er villig til å betale.

Det tredje livstemaet er einsemda. Vi er felles om å vere ein same. Vi prøver å kurere ved hjelp av kjærleik og fellesskap. Men kuren er ikkje varig. Og kuren kan ikkje kurere. Vi er åleine med vår skjebne. Åleine kom vi til verda, åleine gjennomlever vi vår eksistens, åleine går vi i grava.

Det fjerde temaet hos Yalom er mangelen på nokon openberr mening med livet. Det meste er avmytologisert, den meininga vi søkte, eksisterer ikkje lenger. Som ein god kristen vil eg gi Yalom rett: Gud er død, og med han det meiningberande universet som vi lærte om då kulturen var einhetleg og oversiktleg, då ein hedning var ein hedning, og Guds veier var der godfolk vandra.

Yalom er på jakt etter pasientens fortellingar, narrative. Han vil ha desse fram og han vil medverke til nye fortellingar som kan gjere livet deira betre. Legen skal engasjere

seg i pasienten på ein slik måte at det stimulerer til liv og vekst. Terapeuten forsvarer sin plass dersom han kan vere fødselshjelp for det livet pasienten enno ikkje har levd.

Oppsummering

Det er tid for å avmystifisere psykoterapi. Psykoterapi er ikkje noko hokus-pokus, men noko mest alle allmennlegar driv på med kvar dag. Psykoterapi er ikkje lure handgrep som i seg sjølv helbreder pasienten eller løyser alle problem. Psykoterapi er derimot eit middel til å akseptere og avklare kva eit problem består i og kva løysingar som finst. Det er vel dokumentert i terapiforskninga at det ikkje er terapi-metoden som betyr mest, men dei generelle terapifaktorene: at terapeuten er fleksibel, open og direkte, at pasienten er motivert og i stand til å nyttiggjere seg nye erfaringar, at terapeut og pasient kjenner kvarandre, at den personlege kjemien stemmer.

Det er for lite interesse, og til dels forakt for teori i vårt fag. Derfor gjenantar vi gjerne oss sjølv gjennom fleire tiår, og kjem ikkje skikkeleg vidare med ein sjølvstendig fagutvikling. Det er mange feil ein kan gjere i psykoterapi. Læring og veiledning er nødvendig dersom ein vil utvikle denne aktiviteten og nyttiggjere seg det potensialet som ligg i denne behandlingsforma. Det burde vere ei naturleg oppgåve for fagutvalet i allmennmedisin å ta initiativ til eit strukturert utviklingsprogram for psykoterapi i allmennmedisin.

Les vidare

Holte A, Rønnestad MA, Nielsen GH (red.). *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.

Mearns D. *Developing person-centered counselling*. London: SAGE Publications, 2003.

Nessa J. *Medisin og eksistens*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.

Rønnestad MH, von der Lippe A (red.). *Det kliniske intervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.

Sveen K. *Den kultiverte lidelse*. Oslo: Oktober, 1997.

Spinelli E. *Terapi-magt og mystifikasjon*. København: Hans Reitzels Forlag, 1998.

Tolan J. *Skills in person-centered counselling & psychotherapy*. London: SAGE Publications, 2003.

Yalom I. *Eksistensiell psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag, 2001.

Hjelmeland 2005-04-13

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

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

Brexidol
Piroxicam- β -cyclodextrin

10 år i Norge

Brexidol® – rask og effektiv^{1,2)}

En daglig dose¹⁾

- C** Brexidol® (Nycomed Pharma)
Antiflogistikum.
ATC-nr.: M01AC01
- T** **DOSEPULVER 20 mg:** Hvert dosepulver inneholder: Piroxicam- β -cyclodextrin, aeqv. piroxicam 20 mg, sorbitol 2,68 g, aspartam 15 mg, konst. q.s.
- T** **TABLETTER 20 mg:** Hver tablett inneholder: Piroxicam- β -cyclodextrin, aeqv. piroxicam 20 mg, lactose 102 mg, konst. q.s. Med delestrek.
- T** **Indikasjoner:** Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, Bektereys sykdom, artrose, Akutte inflammatoriske tilstander i muskel-skjelettsystemet. Primær dysmenoré.
- T** **Dosering:** Doseringen er den samme for dosepulver og tabletter. **Dosepulveret utvares i et 1/2 glass vann.** Reumatoid artritt, Bektereys sykdom og artrose: Startdose og vanlig vedlikeholdsdose er 20 mg daglig, tatt som 1 dose. Noen pasienter kan forsikringsvis få dosen redusert til 10 mg daglig, mens enkelte kan ha behov for opptil 30 mg daglig, som 1 eller 2 doser. Ved artrose bør behandlingen ikke gis kontinuerlig, men intermitterende, avhengig av pasientens plager. Juvenil reumatoid artritt: **Voksne og barn > 40 kg:** 20 mg. Dosen tas 1 gang daglig. Akutte inflammatoriske tilstander i muskel-skjelettsystemet: Første 2 dager 40 mg daglig som enkelt eller delt dose. Deretter 20 mg daglig i 5-12 dager. Primær dysmenoré: Første 2 dager 40 mg tatt som 1 dose, senere om nødvendig 20 mg daglig. Behandlingen startes ved begynnelsen av menstruasjonsbesvær.
- Kontraindikasjoner:** Aktiv ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet for preparatet. Krysreaksjon med acetylsalisylsyre eller andre antiflogistika. Skal ikke gis om disse har forårsaket symptomer på astma, nese-polypper, angioneurotisk ødem eller urticaria. Alvorlig hjertesvikt og/eller nyresvikt (glomerulofiltrasjon under 30 ml/min). Kontraindisert i 3. trimester. Dosepulver: Pasienter med fenyketonuri pga. aspartam.
- Forsiktighetsregler:** Pasienter som har hatt popplikt mavesår eller alvorlig dyspepsi, må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Doser på 30 mg daglig eller høyere over lengre tid øker risikoen for gastrointestinale bivirkninger. Pga. nedsett plateaggregasjon samt interaksjon med ev. antikoagulantia og risiko for forlenget

blødningstid, må piroxicam brukes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter og med SLE (systemisk lupus erythematosus). Antiflogistika kan forårsake reversibel nedsettelse av nyregjennomblødning og nyrefunksjon. Forsiktighet må utvises ved nedsett nyrefunksjon og/eller hjertefunksjon, samt ved høy alder. Pga. piroxicams renale utskillelse bør lavere dosering vurderes ved nedsett nyrefunksjon, og pasienten overvåkes. Bør seponeres ved vedvarende økning i leverfunksjonsprøver eller kliniske tegn på leveryskdom. Ved synsforstyrrelser anbefales undersøkelse hos øyespesialist. Kan maskere infeksjon. Det er mulig at behandling over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inkl. frakturhelning. Det er videre mulig at artrose kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling. Sikkerhet og effekt til barn under 5 år er ikke undersøkt.

Interaksjoner: Cimetidin forlenger halveringstiden av piroxicam med tlv. økning i plasmakonsentrasjonen. Det anbefales å senke dosen av piroxicam noe. Samtidig tilførsel av kolestyramin gir raskere clearance og lavere plasmakonsentrasjon av piroxicam. (I M01A C01 piroxicam)

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Skal ikke brukes i svangerskaps siste trimester da det er rapportert prematur lukning av ductus arteriosus ved bruk av prostaglandinsyntesehemmere. Disse kan også gi økt blødningstendens og ha retromerende effekt. Piroxicam har ikke vist fosterogenn effekt i dyreforsøk. Negative resultater fra dyrestudier betyr nødvendigvis ikke fravær av skadelige effekter på humane foster. Preparatet bør derfor heller ikke brukes i 1. og 2. trimester. Overgang i morsmelk: Konsentrasjonen av piroxicam i morsmelk er 1-3 % av konsentrasjonen i serum. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Blod: Reduksjon i hemoglobin og hematokrit. Gastrointestinale: Dyspeptiske plager som kvalme, epigastrisk smerte, forstoppelse, stomalit, diare. Øvrige: Hodepine. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning med eller uten ulcus pepticum. Hud: Kløe, eksem. Lever: Økte transaminaser. Sirkulatoriske: Ødem, arkeledem. Øvrige: Tretthet, svimmelhet. Sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, aplastisk og hemolytisk anemi, hemming av trombocyttagregasjon, epistaxis. Ikke-trombo-

cytopenisk purpura, leukopeni, eosinofili. Gastrointestinale: Perforasjoner, pankreatitt. Hud: Stevens-Johnsons syndrom, Lyells syndrom, angioneurotisk ødem, alopeci, urticaria, fotosensibiliseringsreaksjoner, vesiculobulløse reaksjoner, onkolyse. Hørsel: Tinnitus, nedsett hørsel. Lever: Ikterus, hepatitt. Luftrør: Bronkospasme. Neurologiske: Parestesier. Psykiske: Depresjon, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Palpasjoner, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin, hematuri. Syn: Synsforstyrrelser, lakrym. Øvrige: Anatylaktiske reaksjoner, vaskulitt, «serum sickness», Hypo- og hyperlykemi. Positiv ANA-test. **Overdosering/Forgiftning:** Behandling: Symptomatisk. Aktivt kull kan redusere absorpsjon og reabsorpsjon av piroxicam.

Egenskaper: Klassifisering: Ikke-steroid, antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Piroxicam danner et kompleks med β -cyclodextrin i molært forhold 1:2,5. β -Cyclodextrin er et syklisk oligosakkarid som gir substansen bedre løselighet og derved raskere absorpsjon. Virkningsmekanismer: Ikke helt klart. Hemmer prostaglandinsyntesen. Hemmer hyperkontraktilitet i uterus ved dysmenoré. Absorpsjon: Etter enkeltdose på 20 mg oppnås vanligvis plasmakonsentrasjon på 1,5-2 μ g/ml i løpet av 15-30 minutter for dosepulver og etter 30-60 minutter for tabletter. 75 % oppnår fullstendig absorpsjon henholdsvis etter 15 minutter for dosepulver og 30 minutter for tabletter. «Steady state»: Med 20 mg daglig vanligvis stabilisering på 3-8 μ g/ml etter 7-12 dager. Gitt startdose på 40 mg første 2 dager, nås ca. 75 % av «steady state» etter annen dose. «Steady state»-konsentrasjon, AUC og halveringstid er for avhengig av den som følger etter 20 mg daglig. Proteinbinding: Ca. 99 %.

Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 120 ml/kg kroppsvikt. Halveringstid: Ca. 50 timer. Effektive serumkonsentrasjoner opprettholdes hele døgnet med én dose daglig og er stabile ved langtidsbehandling. Metabolisme: I stor grad. Særlig ved hydroksylering og konjugering. Utskillelse: Mindre enn 5 % er utskilt i urin og feces.

Pakninger og priser: pr. 1/2-05 Dosepulver: 20 stk. kr 142,00. Tabletter: 100 stk. kr 356,10. Encap: 7 stk. kr 56,40, 20 stk. kr 119,90.

1) Felleskatalogen 2) Lee CG, Balfour JA. Drugs 1994; 48: 907-29

Brexidol
Piroxicam- β -cyclodextrin

NYCOMED

Lyme borreliose

– problematisk imitator

Hvor møter vi de største problemene i diagnostikk og behandling?

AV PER BJARK

De siste cirka 20 år har bragt mye ny kunnskap om Lyme borreliose, sammen med forbedret laboratoriediagnostikk. *Borrelia burgdorferi* er en spirochete som omfatter flere genospecies, viktigst er følgende tre:

- *Borrelia afzelii*, «skandinavisk type», markert hudtropisme.
- *Borrelia garinii*, utbredt i hele Europa, spesielt assosiert med neurologisk sykdom.
- *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, Nord-Amerika, noe utbredelse også i Europa, gir hyppig leddsykdom, samt noe mere allmennsymptomer enn de andre genospecies.

Vektor hos oss er *Ixodes ricinus*, skogflått, denne finnes spesielt i kystnære områder fra svenskegrensen til sørlige del av Nordland fylke. *Borreliareservoar* i naturen er først og fremst smågnagere.

Det er vanlig å dele inn Lyme borreliose i tre hovedtyper sykdom:

1. **Tidlig lokalisert sykdom;** erythema migrans, oppstår fra få dager til atskillige uker fra flåttbitt/smitte.
2. **Tidlig disseminert sykdom,** vanligvis regnet fra cirka 4 uker til cirka 12 måneder fra smitte. Viktigst er den tidlige nevroboreliose med facialispase eller meningoradikulonevritt (Bannwarth-syndrom), artritt (ett eller noen få store ledd, spesielt kne), multiple erythema migrans (relativt sjelden), hjerteaffeksjon (AV-blokk, perikarditt, dog nok så sjelden), noen ganger bare diffuse artralgi og myalgier, milde allmennsymptomer. En knutet erythematøs lesjon på et øre eller areola mammae forekommer også i denne fase («benignt lymfocytom»).

Fullsugd voksen hunnflått.
FOTO: R. MEHL



Per Bjark

Seksjonsoverlege Klinikk Medisin,
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg.

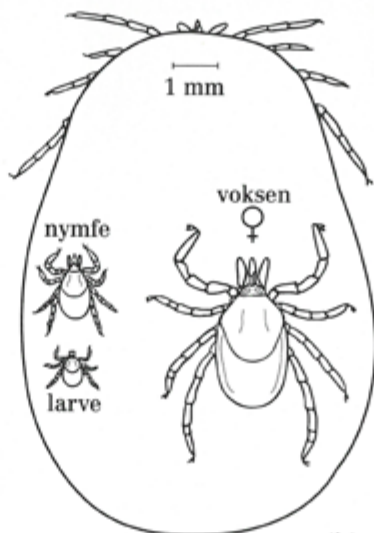
3. **Sen disseminert sykdom,** vanligvis etter mer enn 12 måneder. Typisk hudmanifestasjon er acrodermatitis chronica atrophicans. Ellers: Mere kroniske ledd- og muskelpager, varierende neurologiske sykdomsbilder (ofte med fremtredende kognitiv svikt), sjelden kronisk hjertesykdom (AV-blokk og kardiomyopati). Okulær borreliose med uveitt, retinitt, og annet forekommer både ved tidlig og sen disseminert sykdom, men må regnes som sjelden. Ved disseminert sykdom ser man ikke sjelden forskjellige, sammensatte sykdomsbilder. Noen ganger skyldes det at pasienten er infisert med mer enn en genotype, andre ganger at pasienten har en enkelt genotype som angriper flere typer vev. Vår rutinediagnostikk inkluderer ikke en slik kartlegging.

Hvordan diagnostiserer vi erythema migrans?

Dette er en *klinisk* diagnose.

Anamnese! Eksposisjon for flått? Hvor har du vært? Bare cirka halvparten av pasientene kan fortelle om flåttbitt. Nymfeforen forlater ofte bittstedet ubemerket.

Exanthemet er ofte meget karakteristisk med sin ekspanderende randsone og avblekning sentralt. Spesielt nedenfor knærne kan erythema migrans (EM) være mere sammenhengende erythematøst, men eleveres benet, kommer ringform med friskere erythematøs randsone tydeligere frem. Som regel må erythemet ha en diameter på ca fem cm eller mer før man er rimelig sikker på diagnosen.



Larve, nymfe og voksen hunn av skogflått tegnet inne i omrisset av en fullsugd hunnflått.

TEGNING: R. MEHL

Har utslettet vart i ukevis kan diameteren komme opp i 30–40 cm, randsonen være litt polycyklisk og feiltolkes som soppaffeksjon.

Europeisk erythema migrans gir lite eller ingen allmennsymptomer. Laboratorieprøver vil i mer enn 50 prosent av tilfellene

være negative eller ikke konklusive, men jo lenger EM har vært tilstede, desto større er muligheten for positivt antistoff. Siden det ofte bare vil være IgM man påviser i denne fase, tar laboratoriet forbehold om spesifikk reaksjon. Altfor ofte fører legens usikkerhet da til forsinket behandling. Man bør kunne behandle EM uavhengig av laboratorieprøver! Forøvrig er leikocytter, CRP og SR nesten alltid normale. Vi sier at Lyme borreliose er lite systemisk reaktiv. Det gjelder alle faser.

Hvordan diagnostisere Bannwarthsyndromet?

Noen ganger er det et EM i anamnesen, eventuelt et sent behandlet sådant. Meget ofte er anamnesen «blank» før pasienten, som typisk er en yngre eller middelaldrende person, får eiendommelige, sterke og migrerende smerteilinger. Sensoriske kutane fornemmelser er vanlig. Diagnoser som urolithiasis, pericarditt, pleurodyni og nucleusprolaps etc er meget vanlige i første omgang. Om det tilkommer facialisparsese (som ikke er noen nødvendig del av Bannwarthsyndromet) løsner det som oftest diagnostisk i de endemiske områder. Spinalpunksjon hører med i utredningen. Det kan være celletall på flere hundre i spinalvæsken uten den ringeste nakkestivhet klinisk. Antistofffunnene kan variere mye, fra helt negativt funn i tidlig fase til solide intratekale antistoffnivåer både for IgM og IgG. Det er viktig å huske at et Bannwarthsyndrom ikke behøver å vise signifikante antistoffer før 1–2 måneder etter debut av de nevrologiske symptomer.

Hva med nevroborreliose hos barn?

Denne diagnosen stilles ofte relativt sent. Nakkestivhet er ikke tilstede selv ved betydelig meningeal affeksjon. Allmennsymptomer med nedsatt «ork», dårlig matlyst, økt søvnbehov, redusert aktivitet, vanskeligheter på skolen, og lignende er ganske vanlig. Erythema migrans kan eventuelt fortsatt være synlig og hjelpe diagnostisk. Serologien gir varierende funn, avhengig av varighet og individuelle faktorer. Bannwarthsyndromets smerter er ikke fremtredende hos barn, facialisparsese er derimot et klinisk viktig holdepunkt. Vanlige blodprøver gir lite. I endemiske områder mistenkes diagnosen noen ganger først av erfarne bestemødre...

Høvent kne!

Kneleddsartritt er den vanligste leddmanifestasjon. Ofte er bare ett ledd affisert. Væskemengden er noen ganger betydelig, men de lokale betennelsessymptomer er ellers avdempet i forhold til bakterielle artritter forøvrig. Affeksjon av ett eller noen få store ledd er det vanlige. Små finger- og tåledd er ikke så ofte berørt ved Lyme borreliose. Diagnostikken kan omfatte en punksjon for celletelling og bakteriologisk undersøkelse. Om leddsymptomer opptrer sammen med andre typiske borrelia-fenomener, unnlater man ikke sjelden leddvæskeundersøkelse. Borreliapåvisning i leddvæske er vanligvis mislykket og ressurser prioriteres ikke for dette i vårt land.

Ung person med AV-blokk?

I endemiske områder skal man tenke tanken kardial borreliose. En antibiotikakur reverserer som regel tilstanden og kan spare pasienten for pacemaker. Behandling av disse pasientene er sykehusmedisin. I innledende behandlingfase kan blokketendens øke. Man må ha beredskap klar for å takle den situasjonen.

«Gammelmannsben» eller acrodermatitis?

Den dyprøde og etterhvert klart atrofiske hud på føtter er typisk og lett å diagnostisere for den som har sett det og kjenner tilstanden. Pulsasjoner er gode og karundersøkelse forøvrig unødvendig. Om forandringene er fremtredende på håndrygger, kan det være meget kosmetisk skjemmende i tillegg til det funksjonelle. Det hele utvikler seg vanligvis over atskillige år. Et enkelt spørsmål om varighet utelukker de fleste differensialdiagnoser. Pasientene har nesten alle skyhøye borrelia IgG-titere.

«Kronisk borreliose» med muskuloskeletale smerteplager

Slike sykdomsbilder finnes. Som regel har ikke pasienten fibromyalgiens triggerpunkter. Det er også mange menn i denne gruppen. Sykehistorien går regelmessig over adskillige år. Det er få objektive funn. Senkning og andre vanlige prøver gir lite. Derimot er borreliaserologien vanligvis solid positiv hos disse pasientene. Ikke sjelden inngår symptomene i et sammensatt bilde hvor også nevrologiske symptomer er tilstede. Det kliniske mangfold er betydelig.

Skal man alltid behandle borreliose?

De fleste europeiske eksperter behandler ikke på serologisk funn uten symptomer. En «borreliosis latens» foreligger trolig hos noen pasienter, men man har stort sett ikke tatt behandlingskonsekvens som ved lues latens. Synet på behandling av seropositive uten klare symptomer er annerledes blant en del aktive borrelialeger i USA. Det er rimelig å gi pasientene god informasjon om denne vurdering og instruere dem om kontakt med lege ved typiske senborreliose-



Acrodermatitis chronica atrophicans (føtter og kneregion; mer normal hud på leggene.)

tiske symptomer (nevrologiske og muskuloskeletale besvær mest aktuelt). Erythema migrans bør behandles med relevant antibiotikum. Man vet ikke hvem som får symptomer på disseminert sykdom. I mange land er peroral penicillin et hovedmiddel, men flere og flere foretrekker to ukers behandling med doxycyklin 200 mg daglig. Store behandlingsserier støtter en slik vurdering. Erytromycin er et relativt dårlig valg. Hos barn med penicillinallergi er azitromycin aktuelt valg opp til cirka åtte års alder, hos eldre barn doxycyklin. EM blekner gjerne på få dager under behandling.

Nevroborreliose bør oftest være en sykehussak. Spinalpunksjon hører med og intravenøs behandling er aktuelt. Behandlingstradisjonen er sprikende, også i de nordiske land. Utenfor Sverige foretrekker flere og flere nevrologer og infeksjonsmedisinere ceftriaxon. Noen velger en periode ceftriaxon, annet cefalosporin eller penicillin intravenøst, etterfulgt av et par uker peroralt doxycyklin. Det er basert på betydelig klinisk erfaring, men tung dokumentasjon savnes ennå. Behandlingstid bør individualiseres etter varighet og sykdomsbilde; konservative anbefalinger er to til fire uker. Akrodermatitt kan behandles peroralt, men minimum behandlingstid bør trolig være cirka tre uker. Kardial borreliose er en spesialistoppgave i sykehus!

Den kroniske muskuloskeletale borreliose er en stor utfordring. Det har av enkelte vært bestridt at behandling utover ca fire uker har noen hensikt. Vi vet nå at det ikke er en riktig vurdering. Behandlingstid på et par måneder bør ansees som «stuerent». Doxycyklin brukes mest, gjerne 200 mg daglig. Undersøkelser med midler som har andre angrepspunkter pågår ved flere sentra. Om disse pasientene profiterer på innledende intravenøs behandling er usikkert. Vi er ennå ikke beredt til å komme med altfor sterke anbefalinger om midler, doser og varighet. Kombinasjonsregimer synes å vinne terreng internasjonalt. Det må være riktig å drøfte slike pasienter med infeksjonsmedisinere, revmatologer og nevrologer som har erfaring med Lyme borreliose.

Laboratoriekontroll etter behandling:

Det tas altfor mange serologiske kontroller for raskt. Fallende antistoffnivå etter vellykket behandling er gjerne en langsom prosess. Hos barn kan man se store titerfall i løpet



Uttalt acrodermatitis chronica atrophicans på hånd.



Erythema migrans høyre lår. Typisk ring med sentral oppklaring.

av uker og få måneder. Hos voksne kan det ta et halvt år før man ser signifikant redusert titer. Noen blir symptomfri og beholder sitt antistoffnivå i årevis. Måling av spesifikke borrelia immunkomplekser i serum er en spesialundersøkelse som er interessant. I Norge utføres den i begrenset utstrekning på ett eller et par sykehus. Metoden har ennå ikke funnet sin definitive plass i diagnostikk og behandlingskontroll, men virker overbevisende i noen tilfeller. Klinikken er basis i behandlingskontroll og vurdering!

Behandle flåttbitt?

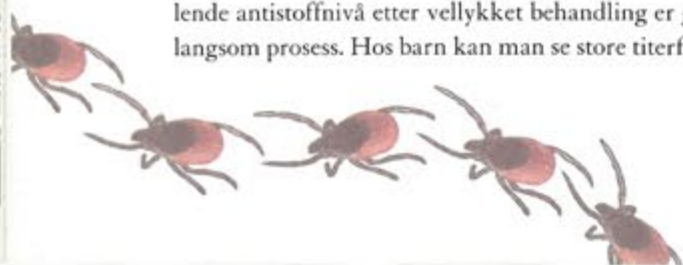
Lokal behandling med antibakteriell sårsalve antas å ha en viss verdi. Systemisk antibiotikabehandling av flåttbitt anbefales generelt ikke. **Vaksine?** Ny og bedre vaksine må utvikles for at det skal bli aktuelt. (En amerikansk vaksine trukket på grunn av leddplager som bivirkning.) **Det største forbedringspotensiale på kort sikt:** Tenk Lyme borreliose på relevante symptomer! Husk at eksposisjonen kan gå flere år tilbake i tid. Ikke la din cerebrum hvile fordi «alle prøver er normale». Bruk din kliniske kompetanse.

Les videre

For detaljer om offisiell norsk behandlingsanbefaling: Norsk Legemiddelhåndbok 2004, s. 38–41, T1.4 Lyme borreliose.

Anbefalt oversiktsartikkel: Nadelmann R B & Wormser G.P.: Lyme borreliosis. («Seminar»). Lancet 1998, 352, 557–565. Noen år gammel, men meget god, ikke utdatert! Fyldig beskrivelse av kliniske bilder. Meget omfattende litteraturliste.

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



Er bruken av helsekost, naturmidler og naturlegemidler ukomplisert i dagens medisin?

AV ANDERS ÅSBERG, BERIT SMESTAD PAULSEN OG ANDERS HARTMANN

Bruken av helsekost, naturmidler og naturlegemidler er utbredt i Norge. Noen bruker det i korte perioder for å kurere eller forebygge lidelser som for eksempel forkjølelse eller urinveisinfeksjoner, mens andre bruker det sammenhengende for å bedre helsen. De fleste av disse preparatene inneholder urter i ulike former, men de er dermed ikke nødvendigvis ufarlige. Utsagn som; «urter kan ikke skade, bare kurere», «naturlig er bedre enn syntetisk», «urter er blitt til for det formål å kurere sykdom» og «millioner kinesere kan ikke ta feil» er selvfølgelig kun myter. I denne artikkelen setter vi fokus på sikkerheten ved bruk av helsekost, naturmidler og naturlegemidler og enkelte frukter. Vi vil ikke vurdere effekten av de ulike preparatene i denne artikkelen, men kun forholde oss til at de faktisk blir brukt, virksomme eller ikke, for ulike typer lidelser.

Generelle betraktninger

Mange urtemedisinske preparater er brukt gjennom flere århundre, noe som selvfølgelig gir en viss trygghet for at disse preparatene ikke er skadelige. Imidlertid bruker vi i den vestlige delen av verden i dag sjelden urtene på samme måte som de tradisjonelt er blitt brukt, for eksempel i form av teer og infusjoner. Vi tenderer heller til å bruke de i form av kapsler, piller og mer konsentrerte ekstrakter. En slik forandring i administrasjonsform påvirker selvfølgelig relevansen av slike sikkerhetserfaringer.



Anders Åsberg
1. amanuensis,
avd. for farmakologi,
Farmasøytisk inst, UiO.



Berit Smestad Paulsen
professor, avd. for
farmakognisi, Farma-
søytisk inst, UiO.



Anders Hartmann
professor,
Medisinsk avdeling,
Rikshospitalet

Preparatene kan være direkte skadelige, men de kan også påvirke farmakokinetikken, og derved effekten, til andre medikamenter som pasientene bruker. Mange av de antatt virksomme stoffene i denne type preparater er vannløselige og er derfor i stor grad avhengig av eliminasjon via nyrene. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon vil derfor være spesielt utsatt for akkumulering av mange av disse stoffene, og dette kan i enkelte tilfeller være skadelig. Efedra alkaloider (liknende efedrin, ikke lovlig solgt i Norge) akkumuleres for eksempel ved nedsatt nyrefunksjon. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon er også spesielt utsatte for elektrolyttforstyrrelser, som for eksempel lakrisindusert hypokalemi.

Kvaliteten til mange av disse preparatene er også varierende da produksjonskontrollen ikke alltid følges opp adekvat. I enkelte tilfeller kan preparatene naturlig inneholde store mengder av elektrolytter, for eksempel kalium, noe som kan føre til endret effekt/bivirkning av hjerteglykosider (digitoksin, digoksin). Denne type innholdstoffer er ofte ikke angitt på produktene. Flere internasjonale studier har imidlertid også beskrevet funn av tungmetaller, insektbekjempningsmidler og arsenikk i naturlegemidler.

Et annet kvalitetsaspekt er at det i mange preparater er stor variasjon i innhold av de antatt aktive substansene. Dette er i seg selv ikke den største sikkerhetsrisikoen, men usikkerhet om hvilke urter som inngår i preparatene har vist seg å kunne medføre en alvorlig risiko for brukerne. Dette er beskrevet i detalj senere i artikkelen. Kvalitetskontrollen for

disse midlene er bedre i Norge enn i mange andre deler av verden, inkludert USA, men mange av disse preparatene kjøpes over internett så dette beskytter ikke den norske forbrukeren fullt ut. I Norge har naturlegemidler kun lov å inneholde reseptfrie stoffer og droger, og de må godkjennes av statens legemiddelverk. Kravene til kvalitet og fremstillingsprosedyrer er de samme som for farmasøytiske spesialpreparater (legemidler), det vil si at de må følge ICH guidelines for både GMP (Good Manufacturing Practise) og GLP (Good Laboratory Practise). Kravene til effekt og sikkerhet er imidlertid langt mindre omfattende. Hvis søkere kan dokumentere at preparatet har vært i tradisjonell bruk i «folkemedisinen» over lengre tid med anerkjent effekt og akseptabelt sikkerhetsnivå, så trengs ikke noen spesifikke farmakologiske eller toksikologiske tester eller kliniske forsøk. Det holder at slik dokumentasjon består av detaljerte referanser fra publisert vitenskapelig litteratur.

I tabell 1 har vi listet et utvalg av stoffer som inngår i naturmidler/naturlegemidler og som brukes i Norge, deres bruksområde og mulige kliniske problemer. Mye av denne informasjonen er relativt dårlig dokumentert og vi har derfor etter skjønn satt fokus på noen problemer som kan oppstå. Årsaken til at dokumentasjonen om dette til dels er mangelfull er at disse preparatene generelt er lite undersøkt, og studiene som foreligger er først og fremst utført på friske personer, oftest etter en enkelt dose av preparatet. Denne tabellen må derfor leses med «en klype salt», og den er kun ment som en indikator på hva som kan oppstå hvis man bruker slike preparater. Vi vil beskrive noen av de nevnte preparatene i mer detalj i teksten under.

ARISTOLOCHIA FANGCHI (HOLURT)



av innholdet i denne type preparater kan være mangelfull.

I 1993 kom den første rapporten fra Belgia på bivirkninger ved bruk av et kinesisk urtepreparat til slanking. Innholdet i pillene som en ung kvinne spiste for å slanke seg burde ha vært *Stephania tetrandra* men det viste seg senere at denne urten hadde blitt byttet ut med en annen urt, *Aristolochia fangchi*. Det er fra tidligere kjent at den aktive substansen i *Aristolochia fangchi*, aristolochiasyre, har en direkte nefrotoksisk effekt og den er i tillegg også vist å være cancerogen. En mulig årsak til at pillene som ble solgt i Belgia innholdt

en annen urt enn det som sto på innholdsfortegnelsen kan være at de Kinesiske navnene er relativt like, Han fang ji (*Stephania tetrandra*) og Guang fang ji (*Aristolochia fangchi*). På grunn av omfanget av nyreskade ved bruk av dette slankepreparatet har tilstanden fått et eget navn, «Chinese Herb Nephropathy» (CHN).

PRIKKPERIKUM (JOHANNESURT)

En annen godt undersøkt «proble-murt» er prikkperikum, mer kjent her i Norge under det svenske navnet Johannesurt (St John's Wort, *Hypericum perforatum*). Prikkperikum har vært brukt fra ca. år 150 for å behandle menstruasjonsproblemer og depresjoner. Fremdeles er Prikkperikum mye brukt mot milde til moderate depresjoner i mange deler av Europa, fremfor alt i Tyskland. Prikkperikum er et godt eksempel på at et middel som er brukt over lang tid, med tilsynelatende god effekt og lite bivirkninger, kan skape problemer når det brukes sammen med vanlige legemidler. Prikkperikum er vist å øke elimineringen av mange legemidler, delvis ved å interagere med pregnane X reseptoren. Både metaboliserende enzymer (blant annet CYP3A4) og effluxpumpene P-gp og MRP-2 er vist å bli induert og i en relativt nylig publisasjon fra Britiske og Svenske legemiddelmyndigheter er det beskrevet flere mulige farmakokinetiske interaksjoner mellom prikkperikum og andre legemidler; warfarin, ciklosporin A, orale antikonsepsjonsmidler, teofyllin, digoksin, anti-HIV-medisiner, karbamazepin, fenobarbital og fenytoin. Interaksjonen medfører at disse medikamentene får en mindre effekt enn tilsiktet. Det er imidlertid ikke bare farmakokinetiske interaksjoner som er beskrevet. Som tidligere vist så har prikkperikum evne til å potensierte ulike transmittorstoffers effekt, blant annet ved å hemme reopptak av serotonin, noradrenalin og dopamin i tillegg til å virke direkte på GABA reseptoren å også hemming av monoamin oksidase. Grunnet disse farmakodynamiske evnene til prikkperikum er det beskrevet interaksjoner med både SSRI-er og triptaner, som medfører økt effekt av disse legemidlene.

Effekten av immundempende legemidler som brukes av organtransplanterte pasienter påvirkes kraftig ved samtidig bruk av prikkperikum. Den «effektive dosen» av for eksempel Sandimmun Neoral® (ciklosporin A) reduseres med ca. 60 prosent. Det er ved bruk av prikkperikum beskrevet flere kasuistikker med akutte rejeksjonsepisoder hos transplanterte pasienter.

FOTO: ROLF HJELMSTAD



Warfarin har en marginal terapeutisk indeks som krever nøye monitorering. Farmakokinetiske interaksjoner som gir økte plasmakonsentrasjoner av warfarin kan få store konsekvenser med hensyn på blødningsfare og induksjon av metabolismen medfører risiko for subterapeutisk effekt. Kort oppsummert fører prikkperikum til induert aktivitet av ulike metaboliserende enzymer hvilket medfører nedsatt effekt av legemidler som blir metabolisert via disse, og i tillegg kan prikkperikum potensere den sentralnervøse effekten av for eksempel SSRI.

ECHINACEA PURPUREA (RØD SOLHATT)

Rød solhatt kan gi en del bivirkninger, som GI-problemer, utslett, allergiske reaksjoner og hepatitt men det er ikke beskrevet noen klinisk relevante interaksjoner med legemidler. Det finnes mange ulike kvaliteter av rød solhatt, og det er så vidt vi vet ikke rapportert slike bivirkninger for de naturlegemidlene i Norge som inneholder rød solhatt.

I og med at rød solhatt angivelig stimulerer immunsystemet, kunne det teoretisk motvirke effekten av immunosuppressive legemidler men ingen slike interaksjoner er rapportert.



FOTO: ROLV HELMSTAD

PANAX GINSENG

GI-problemer, søvnproblemer, hodepine, høyt blodtrykk og utslett er noen bivirkninger som er rapportert ved bruk av ginseng. Mer alvorlig er det imidlertid at ginseng og beslektede urter kan interagere med noen immunoassays, hvilket kan gi falske blodkonsentrasjonsmålinger for medikamenter som monitoreres, som for eksempel digoksin. Der er også beskrevet enkelttilfeller av mistenkte interaksjoner med warfarin og med monoamin oksidase hemmere (MAO-I).



Det ser ut til at ginsenosider forsinket magetømmingshastigheten, og dette vil selvfølgelig kunne påvirke en rekke ulike legemidler.

VALERIANA OFFICINALIS (LEGEVENDELROT)

Valeriana er brukt mot søvnløshet og de mest hyppig rapporterte bivirkningene er ørhet, kvalme og søvnproblemer. Det finnes også kasuistikker på levertoksisitet og en del seponeringsreaksjoner. Valeriana hemmer nedbrytningen av GABA og bidrar derfor til potensert binding av benzodiazepiner. Man kan ikke heller utelukke en farmakodynamisk potensering av antiepileptika da valeriana i dyrestudier er vist å ha viss anfallsdempende aktivitet.



FOTO: ROLV HELMSTAD

GINKGO BILOBA

Med tanke på den antatte antiplateeffekten av Ginkgo biloba kunne man tenke seg en farmakodynamisk interaksjon med antikoagulantia, som for eksempel warafarin, men det foreligger ikke per i dag noen data som kan støtte en slik antagelse.

Ginkgo biloba har derimot vist seg å senke kalsiumkanalblokkeren nicardipins, blodtrykksenkende effekt i rottestudier. Den antatte mekanismen bak denne interaksjonen er at Ginkgo Biloba inducerer CYP3A mediert metabolisme av nicardipin men dosene som blir brukt av mennesker er mye lavere enn i dette forsøket og det er ikke beskrevet noen slike kliniske kasuistikker.

RØDGJÆR (RED YEAST)

Mange legemidler som brukes i dag tilvirkes ved hjelp av ulike gjæringsprosesser. Et slikt legemiddel er HMG-CoA reduktaschemmeren Mevacor® (lovastatin). Et annet navn på den virksomme substansen i dette



preparatet, lovastatin, er monacolin K. Et naturpreparat, red yeast rice (fritt oversatt til Rødgjærs ris) inneholder monacolin K og er mye brukt i Kina som fargestoff og konserveringsmiddel. I tillegg inngår det i flere helsekostpreparater som brukes for å senke lipider. Det er godt dokumentert at lovastatin (monacolin K) og ciklosporin A interagerer og kan resultere i alvorlige muskelbivirkninger og rhabdomyolyse. I en kasuistikk er det nå også beskrevet at en ung kvinnelig nyretransplantert pasient som brukte ciklosporin A har fått kraftige muskelbivirkninger etter å ha brukt et helsekostprodukt som inneholder Red yeast rice. Ved analyser av preparatet viste det seg at en vanlig døgndose av dette preparatet inneholdt en klinisk virksam dose (5 mg) lovastatin.



GRAPEFRUKTJUICE

Alminnelig kost kan også påvirke nedbrytningen av flere legemidler. Det er relativt velkjent at grapefruktjuice hemmer nedbrytningen av flere ulike legemidler. Mekanismen for disse interaksjonene er primært en mekanisme basert på hemming av CYP3A4 og P-gp i tarmen. Generell forsiktighet bør derfor fremst vises ved administrering av legemidler med lav absolutt biotilgjengelighet og som samtidig er substrat for CYP3A4 og P-gp, som ciklosporin A, diltiazem og felodipin.

STJERNEFRUKT

En annen frukt som kan være skadelig, i hvert fall for pasienter med nedsatt nyrefunksjon, er stjernefrukt (*Caribambola*, *Averrhoa caribambola*). Det er flere rapporter på at personer med nyresvikt som har spist stjernefrukt har fått nevrologiske, epilepsilignende symptomer, og det har også vært dødsfall etter inntak av så lite som en stjernefrukt. I Norge brukes stjernefrukt vanligvis som kakepynt, og det er vel de færreste som spiser store mengder av denne frukten. I andre land derimot, som for eksempel Brasil, drikkes det relativt store mengde stjernefruktjuice og derfra er også de fleste rapporter på slike bivirkninger kommet.



Konklusjon

Bruk av urter, naturmidler, naturlegemidler og næringsmidler kan ha alvorlige følger for pasienter som bruker legemidler. Spesielt utsatt er personer med nedsatt nyrefunksjon, noe som ikke er uvanlig hos eldre pasienter for eksempel. Det er derfor viktig å være observant på om pasientene bruker slike naturlegemidler, naturmidler, helsekostpreparater eller frukter. En åpen kommunikasjon om dette kan hjelpe til å styre unna potensielt farlige kombinasjoner for utsatte pasienter.

Fordypningslitteratur

1. Williamson EM. Drug interactions between herbal and prescription medicines. *Drug Saf* 2003; 26:1075–1092.
2. Izzo AA, Ernst E. Interactions between herbal medicines and prescribed drugs: a systematic review. *Drugs* 2001; 61:2163–2175.
3. Ernst E. The risk-benefit profile of commonly used herbal therapies: Ginkgo, St. John's Wort, Ginseng, Echinacea, Saw Palmetto, and Kava. *Ann Intern Med* 2002; 136:42–53.
4. Mattsson K, Nilsson I. Herbal preparations have both effects and side effects. Widespread usage dictates knowledge among physicians. *Läkartidningen* 2002; 99:5095–5097.

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

	Norsk navn Latinsk navn	Preparat	Bruksområde	Kliniske problemer	Virkningsmekanisme
	Tempeltre, Ginkgo Ginkgo Biloba (L)	Bio-Biloba (N-lm) Ginkgo Biloba (N-lm) Ginkgoba (N-lm) Ginkyp (N-lm) Seredrin (N-lm) Nycopius Ginkgo Biloba (N-lm) Pharma Ginkgo Biloba (N-lm)	Hukommelsessvikt Demens Tinnitus Claudicatio intermittens Astma Antioksidant Radikal scavenger Platehemmende Minsker blodviskositeten	Subduralt hematom Økt blodtrykk (med tiazid) Økt blødningstendens Neurotoksisitet Interaksjon med warfarin	Hemmer; CYP1A2 CYP2C9 CYP2C19 Potensert GABAerg aktivitet
	Prikkperikum, Perikum, Johannesurt, (St. John's wort) Hypericum perforatum (L)	Calmigen (N-lm) Hypericum (N-lm) Hyperforce Comp (N-lm) Hyperforce (N-lm) Ubramin (N-lm) Movina (N-lm)	Mild/moderat depresjon Bronkitt Brannskår Gastritt Kreft Hemoroider Hypothyroidisme Insomnia Nyresykdommer	Serotonergt syndrom Fotosensitivisering Minsket konsentrasjon av; ciklosporin A warfarin antikonsepsjonspiller	Induserer CYP2C9 og P-gp in vivo Hemmer (in vitro); CYP2C9 CYP2C1 CYP3A4
	Ginseng Panax ginseng (H)	Gerimax Ginsana	Økt konsentrasjons evne Økt fysisk ytelse Antidepressiv Antoksidant	Interaksjon med; warfarin MAO-hemmere Forsinket magetømming Hypertensjon	
	Rød solhatt Echinacea purpurea (H)	Natura kosttilskudd Solhatt Echinagard (N-lm) Echinaforce Solaray Solhatt Vitaplex solhatt	Immunstimulerende Øvre luftveisinfeksjoner Lokal anaestetika Antiinflammatorisk effekt Antiviral effekt	Allergiske reaksjoner Astma Hudutslett Myalgi Hepatotoksisitet	Hemmer; CYP2C9 CYP1A2 CYP2D6 CYP3A4 (tarm) Induserer; CYP3A4 (lever) Radikal scavenger
	Legevendelrot Valeriana officinalis (L)	Nycopius Baldrian (N-lm) Sobal (N-lm) Sobal Forte (N-lm) Songha (N-lm) Relana (N-lm) Valerina (N-lm) Valerina Forte (N-lm)	Sedativt Beroligende	Potensierer antiepileptika Potensierer benzodiazepiner	Hemmer GABA nedbrytning
	Lakrisrot Glycyrrhiza glabra (H)	Revitonil Gastro Aktiv Solaray Lakrisrot Bronchosan (N-lm)	«Godis» Ekspektorans Gastritt	Økt plasma prednisolon konsentrasjon Hypertensjon Ødemer Pulmonære ødemer Kardiomyopati Pseudoaldosteronisme Hypokalemi Arrytmier Akutt nyresvikt	
	Ephedra-arter (Ma-Huang) Ephedra (L)		Oppkvikkende (efedrin)	Hypertensjon Cerebrovaskulære hendelser Arrytmier Akutt hjerteinfarkt	
	Rødgjærs ris, Fermentert rødt ris Monascus purpureus	HypoCol	Blodfett senkende	Rhabdomyolyse (sammen med ciklosporin A)	
	Danshen, Rødtrotsalvie Salvia miltiorrhiza (L)	Nosweat (N-lm)	Bedre blodsirkulasjonen Antitranspiratorisk	Økt warfarin effekt Platedysfunksjon	
	Kinesisk kvann, Dong Quai Angelica sinensis (H)	Dong Quai Solaray Dong Quai	Menopauseplager Antitrombotisk Antiarytmika Antiastringentika Analgetika	Økt warfarin effekt Økt blødningstendens	

TABELL 1. Et utvalg droger som inngår i helsekostpreparater, naturmidler og naturlegemidler i Norge. Bruksområde og virkningsmekanisme er listet uten å ha vurdert eventuell effekt for respektive tilstand. Rapporterte problemer er primært basert på kausistikk rapporter i litteraturen. Produkter som er registrerte naturlegemidler i Norge er merket (N-lm). Drogene er merket i henhold til uttelisten; fritt solgt handelsvare (H), bare solgt på apotek (L), reseptpliktig – bare solgt på apotek (LR).

Klager på leger – leger i gapestokken?

VED OLA NORDVISTE

En kollega sier til Utposten:

«Etter oppslaget med pasientens klage på en hel side i lokalavisen, følte jeg at jeg sto i gapestokken i flere uker. Jeg bestemte meg for å flytte ... Den lille notisen om fylkeslegens «frifinnelse» noen måneder seinere endret lite på dette»

ALLMENNLEGE, 45 ÅR

En annen skriver til oss:

«Jeg ble fratatt lisensen av Helsetilsynet uten at noen snakket med meg. I ti år har jeg nå gått uten fast arbeid og overlevd på dagpenger og småjobber som håndverker»

TIDLIGERE KOLLEGA

Hva er egentlig en klagesak? Hva skal til for å få en advarsel eller å miste autorisasjonen?

Kan vi som leger klage på Helsetilsynets reaksjon? Tenker Helsetilsynet på hvordan legene har det der de står i gapestokken?

Utposten bestemte seg for å slå av en prat om dette med ass. helsedirektør Geir Sverre Braut på hans kontor i Statens helsetilsyn i Oslo.



Geir Sverre Braut på sitt kontor i Statens helsetilsyn.

Hvor skal vi begynne, Braut?

Jeg skjønner det ubehaget kollegene føler når de havner i fokus i slike saker, men jeg synes ord som gapestokk gir opplevelsen et unødig destruktivt preg. Begrepet «klagesak» er også en uheldig formulering fra tidligere tider. Nå heter det «tilsynssaker». «Klagesaker» brukes i dag om klager på forvaltningsvedtak, for eksempel klage over vedtak om avslag på sykehjemsplass.

Jeg skjønner ikke helt de store forskjellene her ...

Utgangspunktet for Helsetilsynet og for legene må være den store tillit og faglige myndighet som lovgiver har gitt legene – innen visse grenser gitt gjennom lovgivningen. Det er helsetilsynets oppgave på føre tilsyn med at grensene overholdes. Når vi skal vurdere en leges handlinger i et gitt tilfelle, skjer det således alltid ut fra de kravene som er satt i lovgivningen. Statlig tilsyn handler om å se til at krav i lovgivningen etterleves. Derfor betegnelsen «tilsynssak».

Hvilke lover og regler står mest sentralt her?

Helsepersonellovens §4 om forsvarlighet er den viktigste bestemmelsen. De fleste sakene vurderes opp mot denne. Vi ser på om legen har brutt sin plikt i forhold til de grenser som gjelder der. Hvis du – slik det står i §4 – har gjort forsvarlige vurderinger og gitt omsorgsfull hjelp, så langt situasjonen gjorde det mulig, og du har dokumentert dette i journalen, har du lite å frykte i en eventuell tilsynssak fra oss.

Helsepersonellovens §4 om forsvarlighet:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Pasientrettighetsloven § 7-4: Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd

Pasienten eller andre som har rett til det kan, dersom han mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven er brutt til ulempe for seg, be tilsynsmyndigheten om en vurdering av forholdet.(...)

Kan du si noe mer om saksgangen for tilsynssaker?

Det er mange mulige startpunkter for en tilsynssak. Pasienten har etter pasientrettighetslovens § 7-4 en rett til å få en vurdering fra tilsynet når vedkommende mener at krav i helselovgivningen er brutt. Men tilsynsmyndigheten kan på egen hånd også ta opp saker, for eksempel etter henvendelse fra pasienter, pårørende, fullmektiger, pasientombud eller arbeidsgiver. Informasjon fra påtalemyndighet, media og andre meldinger kan også danne grunnlag for tilsyn. Helse-tilsynet i fylkene, dvs fylkeslegen, er vanligvis første ledd i saksbehandlingen. Her samles alle nødvendige opplysninger inn og blir underlagt en første vurdering.

Kan Helse-tilsynet i fylket, altså fylkeslegen, avgjøre saker på egen hånd?

Ja, for så vidt. Helse-tilsynet i fylket kan rett nok ikke fatte enkeltvedtak i tilsynssaker i forvaltningslovens forstand. Men de kan avgjøre om saken er av en slik art at den må oversendes Statens helse-tilsyn for vurdering av administrativ reaksjon, altså advarsel eller tilbakekalling av autorisasjon. Men hvis det ikke påvises brudd på noen lov eller regel – også kalt pliktbrudd – vil Helse-tilsynet i fylket vanligvis avslutte saken. Det skjer i ca 70 prosent av alle tilfelle. I noen tilfeller gis det da uttrykk for at man ikke finner noe å bemerke. Andre ganger påvises mindre alvorlige forhold som kunne vært håndtert på en bedre måte. Da kan Helse-tilsynet i fylket gi en veiledning til involvert personell eller helsetjeneste.

En slik «veiledning» blir ofte referert i media som at Helse-tilsynet har påvist lovbrudd. Det høres verre ut...

Det kan være vondt, men det er renhårig. Hvis en ikke har gjort så bra jobb som en plikter etter loven så er det et pliktbrudd. Samfunnet krever gjennom offentlighetsloven åpenhet om slike forhold. Medias sakshåndtering og overskrifter blir ikke kontrollert av noen i helsevesenet. Heldigvis, kan en vel si.

Kan innklaget lege klage på Fylkeslegens avgjørelse?

Nei, han/hun kan ikke klage på en veiledning eller ytring fra Helse-tilsynet i fylket, eller på oversendelsen til Statens helse-tilsyn. Riktignok kan du klage hvis saksbehandlingen i fyl-

ket er feil, for eksempel hvis fylkeslegen ikke har innhentet kommentarer fra den lege som er i fokus. Husk at heller ikke pasienten kan klage på at Helse-tilsynet i fylket eventuelt ikke går videre med en sak. Jeg tror dette er en grei regel både for leger og publikum, men jeg ser at ikke minst pasientene stiller spørsmål ved om dette er en god nok ordning.

Kan du si noe om hvordan pliktbrudd vurderes i forhold til en advarsel?

La meg illustrere dette med en enkel tegning som Jørgen Holmboe her i Helse-tilsynet har utviklet:



GRAF: POC TANGEN

For at en advarsel skal utløses må det først påvises uforsvarlig praksis, det vil si «under streken» for forsvarlig praksis, altså virksomhet i det nederste feltet. Men det kan bare gis advarsel hvis saken både er et brudd på de plikter en har som lege, for eksempel uforsvarlig virksomhet og det samtidig påvises fare for sikkerheten i tjenesten eller betydelig belastning for pasienten. Som du ser befinner vi oss langt fra god faglig praksis.

Grunnlaget for vurderingene er for øvrig ikke hvordan en lege bør handle i en ideell situasjon, men hva som er rimelig i det aktuelle møtet mellom pasient og lege der og da.

Hva må til for å miste autorisasjonen?

Hvis Helse-tilsynet skal tilbakekalle autorisasjonen er det sentrale spørsmålet om legen gjennom sin adferd eller virksomhet har vist at vedkommende er uskikket til videre legevirksomhet. Gjentakelse av forhold som gir grunn til advarsel eller sterk fare for gjentakelse av det kritikkverdige forholdet er et viktig moment. Den vanligste grunn til tilbakekalling er rusbruk, kriminalitet og alvorlig psykisk sykdom. Én eneste grov isolert tabbe kan gi grunn til advarsel, men fører knapt til tap av autorisasjonen.

Disse retningslinjene må sees på som en beskyttelse både for pasienter og for legene selv.

Saksbehandlingstiden hos fylkeslege/ Helsetilsynet er ofte mer enn et halvt år. Det er lang tid i gapestokken, nei, jeg mener mistankens lys, for den lege det gjelder ...

Ja, jeg skjønner at det kan føles slik. Men jeg har etter hvert lært meg at forsvarlig saksbehandling faktisk tar tid., Den vurderende instans bruker kanskje 2-3 uker på sin første gjennomgang. Det tar så minst 3-4 uker å få en skriftlig vurdering fra den aktuelle legen og minst samme tid for å innhente eventuelle synspunkter fra sakkyndig. Deretter skal saken sluttvurderes og den må noen ganger sendes tilbake til pasienten for ytterligere kommentarer. Dette tar minst 3-4 måneder. Med litt forsinkelse blir det fem. Et halvt år er kanskje litt lenge, men vi jobber aktivt med å korte ned ventetiden.

Hvor mange klager, nei, tilsynssaker ble avgjort av helsetilsynet i 2004?

Fylkeslegene avsluttet 1675 tilsynssaker mot alle typer helse-tjenester og helsepersonell i 2004. De 1675 sakene dreide seg om 1980 enkeltvurderinger av tjenester. Offentlig spesialist-helsetjeneste var gjenstand for 720 enkeltvurderinger, oftest innen psykiatri og kirurgi. Allmenlegetjenesten sto for 680 av enkeltvurderingene, hvorav ca 30 prosent stammet fra legevakt. Sakene fokuserte på 952 leger (hver 30. lege i Norge). Av de 1675 sakene ble det, som nevnt, ikke funnet pliktbrudd i ca 70 prosent av tilfellene. Fylkeslegene vurderte i 293 av sakene at advarsel eller andre administrative vedtak kunne bli aktuelt og oversendte disse til Statens helsetilsyn. Fylkeslegene påpekte pliktbrudd i 284 tilfeller overfor helsepersonell blant de sakene som ikke ble sendt til sentral vurdering.

Er antall tilsynssaker økende?

Tallene økte på begynnelsen av 90-tallet, men har flatet ut. Tallene på klager fra publikum som mener de ikke har fått sine rettigheter er økende.

Hva var det rettslige grunnlaget som de fleste sakene ble vurdert mot?

Det meste gjaldt helsepersonellovens §4 om forsvarlighet. Særlig dreide det seg om mangelfull undersøkelse, diagnostikk og behandling, men også upassende oppførsel var i bildet i mange saker. Brudd på øyeblikkelig-hjelp-plikt (§7), taushetsplikt (kap. 5 og 6) og journalføringsbestemmelser (§§39-44) var andre gjengangere. Når det gjelder årsak til

tilbakekall av autorisasjon var misbruk av rusmidler den hyppigste. Alt i alt fikk 38 leger advarsel av Statens Helse-tilsyn og 19 mistet autorisasjonen i fjor. Fem av disse mistet autorisasjonen på grunn av rusproblemer.

Har ikke pasienter, pårørende og media en urealistisk forestilling om det bare finnes én rett håndtering av en innrapportert hendelse, og styrkes ikke denne fordømmen av helsetilsynets nye praksis med å omtale klandreverdige forhold som lovbrudd evt. pliktbrudd? Det blir fort veldig svart/hvitt ...

Både ja og nei. Jeg tenker at tidligere praksis med mer ulik språkbruk rundt om i landet var problematisk. Nå er grensene og formuleringene mer entydige. Jeg tror det har gitt større rettssikkerhet både for pasienter og helsepersonell ved at vilkårligheten i saksbehandlingen er mindre.

Noen ser ut til å mene at publikum kan kreve at alt skal gå bra alltid, og hvis dette ikke er tilfelle må en synde bukk finnes. Noen klagesaker mot leger kan få skjær av hekseprosess. Kommenter?

Jeg ser poenget, men dette ligger vel i tiden. Se for eksempel på etterdønningene av tsunamien. Men fordelene med svart/hvitt tenkningen er jo at hvis det ikke gis advarsel så er det ikke et formelt grunnlag for å peke ut noen synde bukk!

Tas beslutninger om f.eks. lisensinnndragning uten å snakke med angjeldende lege, slik legen i innledende sitat hevder?

I dag får alle tilbud om samtale ved tilbakekalling av autorisasjonen. Ingen vedtak om advarsel eller tap av autorisasjon blir fattet uten at den det gjelder har fått uttale seg.

Ved vedtak om advarsel eller tilbakekall av autorisasjon kan legen klage avgjørelsen til Statens helsepersonellnemnd. Kan du si litt om den?

Nemnda er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet. Den består av tre jurister, tre medlemmer med helsefaglig bakgrunn og en leg representant. Legen kan selv møte ved behandlingen av saken der.

Alle som straffes i Norge, følges opp etter straffen. Hvordan ser Helsetilsynet på behovet for og ansvaret for å følge opp legene som er utsatt for administrative avgjørelser?

Først må jeg få si at våre vedtak har et annet utgangspunkt enn straffereaksjonene. Administrative reaksjoner skal ha økt sikkerhet og faglighet i tjenesteutøvingen som mål. Men jeg har stor forståelse for at det er tøft for den legen det

gjelder. Likevel er det ikke vår oppgave å ta oss av legen i en slik situasjon. Hver enkelt lege har dessuten ulike behov i en slik situasjon. Ansvar for støtte ligger hos arbeidsgiver og til en viss grad kolleger.

Forbrukerombud Bjørn Erik Thon har tatt til orde for å offentliggjøre legetabber. Den danske helse- og innenriksminister har sendt ut på høring et forslag om offentliggjøring av navn på leger som har fått kritikk i det danske Pasientklagenævnet. Hvordan ser Helse-tilsynet i Norge på slike ideer?

Vi ser det slik at de aktuelle opplysningene i stor grad allerede er offentlige. Alle kan ringe hit og høre om navngitte leger har vært gjenstand for advarsler eller tilbakekall av autorisasjon. Begrunnelsen får de riktignok ikke når det dreier seg om personlige forhold. Mer offentliggjøring tror ikke jeg personlig vil ikke gi noe særlig mer reelt bilde til nytte for befolkningen.

Tilslutt, Braut, kom med et godt råd til primærleger som bekymrer seg for å havne i gapestokken ... eller i en tilsynssak.

Ett velment råd er: Jobb med begrepet gapestokken! Jeg tror vi må erkjenne at dette feltet er farget av verden slik den er i dag. Jeg tror leger bør arbeide med å få et litt mer avslappet forhold til det å bli sett i kortene. Bør saker oftere drøftes med kollegaer? Kanskje skal en se på det som ganske naturlig at noen har meg til vurdering? Kanskje en kan lære litt av psykiaterne som er vant til nesten alltid å ha en sak for kontrollkommissjonen. Dette ikke sagt for å bagatellisere den psykiske belastningen ved en tilsynssak, men for å gjøre situasjonen mer levelig.

En advarsel er en alvorlig sak, men den må ikke overdimensjoneres. En lege som har fått en advarsel er ikke nødvendigvis jevnt over en dårlig lege. En sjåfør med en fartsbot er ikke nødvendigvis en dårlig sjåfør. Det er korreksjonsevnen og den videre aktivitet som avgjør om vedkommende er faglig skikket til å være lege.

Selv om det ikke er Helse-tilsynets oppgave, bør legen alltid støttes som person. Jeg vil imidlertid legge til at man kan gjøre sin kollega en bjørnetjeneste ved automatisk og ukritisk å støtte vedkommendes syn i det faglige spørsmålet i en tilsynssak. Men selv om man ikke kan gi faglig støtte, kan man alltid gi menneskelig støtte.

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. memantin 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, hjelpestoffer. Med delestrek.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pakninger og priser pr. 1. mars 2005: Dråper: 50 g kr 795,70, 100 g kr 1557,10. **Tabletter:** 30 stk. kr 556,00, 50 stk. kr 811,90, 100 stk. kr 1589,40.

Basert på godkjent SPC, SLV juni 2002

Referanser:

- Wimo A, Winblad B, Stöffler 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, Stöffler 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.

Om tarm, kropp og sjel

Diagnostikk og behandling av Irritabel tarm syndrom i allmennpraksis

AV PER OLAV VANDVIK

SAMMENDRAG

Magesmerter/ ubehag, gjerne i form av oppblåsthet, knyttet til et forstyrret avføringsmønster. Vekslede grad av diare eller forstoppelse og lindring av symptomene ved avføring:

- Dette er Irritabel tarm syndrom (eng. Irritable bowel syndrome: IBS), en funksjonell mageplage med lett gjenkjennelige symptomer som rammer 8 % av befolkningen i Norge og som utgjør den vanligste årsaken til konsultasjon for mageplager i allmennpraksis.
- Diagnosen kan og bør stilles på bakgrunn av de klassiske symptomer, formidlet med trygghet av fastlegen. En slik tilnærming muliggjør beroligelse og forklaring som er hjørnesteiner i behandlingen av denne type ufarlige mageplager.
- Andre kroppslige og psykiske plager er vanlig ved IBS, og spiller for de fleste trolig en større rolle for livskvalitet og bruk av helseressurser enn mageplagene.
- Trolig er spesifikk kunnskap om IBS den viktigste forutsetning, og den største utfordring, for å lykkes med disse pasientene.

Introduksjon

Som lege med to års fartstid ved medisinsk avdeling Gjøvik sykehus kunne jeg ingenting om IBS (jeg bruker dette begrepet heretter for å spare spalteplass). Etter fem års forskning er mitt inntrykk at nettopp kunnskap er nøkkelen til å lykkes med disse pasientene. NoIA (Norsk IBS i allmennpraksis) studien er nå avsluttet og resultatene fra studien har relevans for norske allmennpraktikere. Dette gjelder kanskje spesielt i tider hvor legemiddelindustrien vil lansere nye legemidler med begrenset effekt ved IBS. Jeg takker derfor for muligheten til å redegjøre for diagnostikk og behandling av IBS med håp om at dere finner kunnskapen nyttig i en travel klinisk hverdag. Jeg vil samtidig som medlem i den norske referansegruppen til ESPCG (European Society for Primary Care Gastroenterology) oppfordre til spontan innmelding foruten tilbakemelding og kommentarer til denne artikkelen (per.vandvik@start.no).

Hva i all verden er IBS?

IBS er en funksjonell mageplage, kjennetegnet av mage-



Per Olav Vandvik

født 1968, oppvokst i Bærum. Cand. Med Oslo 1996. Bor, arbeider og stortrives på Gjøvik med legekone og tre barn. Assistentlege Medisinsk avd. Gjøvik sykehus fra 1998. Nå i ferdypningstilling gastroenterologi. Doktorgradstipendiat Enhet for anvendt klinisk forskning, DMF, NTNU fra år 2000. Lektor Forskerlinjen DMF, UiO fra 2003 (leder for kurs i klinisk, epidemiologisk og samfunnsmed. forskning)

smerter/ubehag (gjerne i form av oppblåsthet og utspilt mage) relatert til et endret avføringsmønster. Varierende grad av diare og forstoppelse er derfor vanlig ved IBS og magesmertene lindres gjerne ved luftavgang eller avføring. Begrepet funksjonell henspiller på dysfunksjon snarere enn sykdom i tarmen. Diagnosen IBS krever derfor fravær av organisk sykdom som kan forklare symptomene. Årsaken til IBS er fremdeles ukjent og tidsskriftet Lancet publiserte nylig en oversiktsartikkel med tittelen «IBS, a little understood organic disease». Allikevel er det enighet om at IBS kan forstås som en «hjerne-tarm lidelse» (brain-gut disorder) hvor samspillet mellom biologiske og psykososiale faktorer påvirker utvikling og forløp av mageplagene. En holistisk tilnærming, basert på den biopsykososiale modell, er derfor velegnet både for å forstå årsaksfaktorer ved IBS og for å kunne håndtere pasientene i praksis. Ikke minst takket være legemiddelindustrien, forskes det intenst på biologiske faktorer som visceral hypersensitivitet, inflammasjon, infeksjon, endret tarmflora og matvare-allergi. Like spennende for oss som møter pasienter som presenterer symptomer og ikke sykdommer, er forskningsresultater som viser samspillet mellom biologi og psykologi i hjerne-tarm aksen. For eksempel kan økt følsomhet for smertefulle stimuli i tarmen (visceral hypersensitivitet) like gjerne skyldes endret prosessering av smertesignaler i sentralnervesystemet som i tarmen.

Om forekomst av IBS i befolkningen og allmennpraksis

IBS er hyppig, med en forekomst på 8.4 prosent (95 prosent konfidensintervall: 7.6–9.2 prosent) blant voksenbefolk-

ningen i Norge, slik vi fant i vår befolkningsbaserte studie av 4622 opplendinger. I denne studien benyttet vi de relativt strenge Roma II kriteriene (se under) og fant forøvrig en 2:1 overvekt av kvinner og avtagende forekomst med økende alder. I motsetning til hva man tidligere har trodd, hadde mer enn halvparten av personer med IBS (fra 51 prosent blant 30 åringer til 79 prosent blant 75 åringer) oppsøkt lege for mageplagene.

I allmennpraksis utgjør mageplager en betydelig arbeidsbyrde. I NoIA-studien, gjennomført hos 26 allmennpraktikere ved ni legesentre i Vest Oppland, ble 3092 av 3369 fortløpende pasienter screenet for mageplager.² Halvparten rapporterte mageplager siste tre måneder, og 830 (14 prosent) av pasientene ønsket å ta opp mageplager med legen. Hos 392 pasienter som tok opp mageplagene samme dag, diagnostiserte allmennpraktikerne funksjonelle magetarm lidelser hos halvparten, og IBS var den hyppigste diagnosen (13 prosent). Ingen malign sykdom ble diagnostisert og en prosent fikk diagnosen inflammatorisk tarmsykdom. Allmennpraktikere diagnostiserer og behandler de fleste uten henvisning til spesialist og trenger derfor tilstrekkelig kunnskap om IBS.

IBS, hva kjennetegner pasientene og er det egentlig et problem?

I litteraturen beskrives gjerne IBS som en lidelse som medfører betydelig redusert livskvalitet (på linje med somatiske sykdommer som hjertesvikt og leddgikt), redusert arbeids- evne og økt bruk av helseressurser. Selv om denne beskrivelsen kan passe godt for enkelte pasienter er det stor variasjon i symptomatologien fra bagatellmessige til invaliderende mageplager. Dessverre er vår kunnskap hovedsakelig basert på studier av en liten minoritet henviste pasienter, kjennetegnet av økt symptomintensitet og psykososiale problemer. Disse pasientene er ikke nødvendigvis representative for de pasientene dere ser i allmennpraksis. NoIA-studien viste at kun et mindretall (14 prosent) rapporterte alvorlig grad av magesmerte/ ubehag og at 10 prosent hadde oppsøkt lege hyppig for mageplagene (> fem ganger siste to år). Det mest slående funnet var den høye frekvensen av andre kroppslige plager (heretter kalt kroppslig komorbiditet) ved IBS.³ Oddsene for å rapportere i alt 20 av 22 subjektive helseplager (målt ved Subjective Health Complaints Inventory) var 2–7 ganger høyere hos pasienter med IBS enn i et normalmateriale. Slik kroppslig komorbiditet (fibromyalgi og kronisk tretthetsyndrom hos 30–50 prosent) og psykiatrisk komorbiditet (angst/ depresjon hos 40–90 prosent) er vel kjent hos henviste pasienter med IBS.⁴ I allmennpraksis fylte 38 prosent av pasientene våre kriterier for angst/depresjon (målt ved Symptom Check List-10), sammenlignet med 11 prosent i den norske befolkningen. Pasienter med IBS var også kjennetegnet av økt grad av helseangst, personlighets-

trekket nevrotisisme, arbeidsuførhet, belastende livshendelser og bruk av helseressurser. Få gikk til legen for IBS, men de gikk hyppig til legen av andre årsaker.

Et naturlig spørsmål er hva som plager deres pasienter mest: Mageplagene eller komorbiditeten? Vi undersøkte dette med å sammenligne pasienter med ulik grad av kroppslig komorbiditet.³ Pasienter i allmennpraksis som hadde IBS og kroppslig komorbiditet som befolkningen for øvrig rapporterte helserelatert livskvalitet (SF-12), arbeidsførhet, forekomst angst/depresjon og belastende livshendelser på nivå med normalbefolkningen. Pasienter med IBS og uttalt komorbiditet var derimot kjennetegnet av betydelig redusert livskvalitet, arbeidsuførhet, angst/depresjon, belastende livshendelser og økt bruk av helseressurser. Med andre ord fant vi undergrupper av pasienter med høyst forskjellige karakteristika og trolig overveiende ulike årsaksforklaringer. Man kan tenke seg en vesentlig perifer biologisk årsaksforklaring hos de med kun IBS, mens pasienter med uttalt komorbiditet har en overveiende psykologisk årsaksforklaring. I sistnevnte gruppe kan IBS forstås som en markør på somatisering (kroppslige plager som uttrykk for psykisk lidelse). Disse pasientene utgjør uten tvil en stor utfordring i vårt helsevesen i dag. Komorbiditen ved IBS har også implikasjoner for diagnostikk og behandling. Allmennpraktikere bruker trolig uforklarlige kroppslige symptomer som støtte for diagnosen IBS. Behandlingen ved IBS er kanskje lite effektiv fordi man ikke identifiserer undergrupper med ulike behov for målrettet behandling (se under).

Det er også grunn til å spørre seg om oppfatningen av IBS som en lidelse med betydelige konsekvenser for livskvalitet og bruk av helseressurser er korrekt. Våre funn tilsier at komorbiditeten er en hittil lite erkjent systematisk feilkilde (confounder). Selv om enkelte pasienter med IBS opplever sine mageplager som et betydelig problem, synes komorbiditeten å være et større problem hos mange av pasientene dere møter i allmennpraksis.

Diagnostikk av IBS:

En utfordring hvor kunnskap er nøkkelen

I fravær av en biologisk markør er diagnosen en utfordring både for allmennpraktikere og spesialister. Symptomene er imidlertid lett gjenkjennbare, gitt at man har den nødvendige kunnskap. Vi vet at allmennpraktikere henviser et mindretall til spesialistvurdering. På den annen side vet vi lite om hvordan leger stiller diagnosen, hvilke diagnoser som blir gitt pasienter i Norge og hvorvidt leger har tilstrekkelig kunnskap om IBS.

Internasjonale retningslinjer anbefaler en såkalt *positiv symptombasert diagnose*: Diagnosen kan baseres på gjenkjennelse av de typiske symptomer ved IBS, allerede ved

Roma II kriteriene for IBS*

Minst 12 uker i løpet av de siste tolv måneder med smerter eller ubehag i magen som har minst to av tre karakteristika:

- (1) lindres ved defekasjon; og/eller
- (2) er forbundet med forandring i avføringsfrekvens; og/eller
- (3) er forbundet med forandring i avføringens form (utseende)

Tilleggsriterier: Følgende symptomer støtter diagnosen, jo flere symptomer desto sikrere klinisk diagnose

- Unormal avføring frekvens ($> 3 \times$ /dag eller $< 3 \times$ /uke)
- Unormal form på avføring (hard/ klumpet eller løs/vandig)
- Unormal pressing/ trykking for å ha avføring
- Plutselig avføringstrang
- Følelse av inkomplett tømning
- Slim i avføringen
- Luftplager, oppblåsthet eller utspilt mage

* Diagnosen krever fravær av strukturelle eller biokjemiske abnormiteter som kan forklare symptomene. Kriteriene er oversatt av P. Vandvik

første konsultasjon selv om dere ønsker å gjøre somatisk utredning for å utelukke organisk sykdom.⁵ Denne tilnærmingen har, i motsetning til en strategi basert på eksklusjonsdiagnostikk, en rekke fordeler. En diagnose formidlet med trygghet fra legen vil gi pasienten trygghet og åpne for beroligelse og forklaring, samt redusere behovet for unødvendig, kostbar og plagsom utredning. Symptombaserte kriterier for IBS er anbefalt for å kunne stille diagnosen basert på symptomer. Roma II kriteriene, publisert i Gut 1999, er et resultat av snart 30 års arbeid med å identifisere de klassiske symptomene ved IBS.⁶ Kriteriene brukes utstrakt i klinisk og epidemiologisk forskning om IBS. Vår kunnskap er derfor basert på pasienter med IBS ifølge strenge kriterier. Imidlertid er rollen til slike kriterier i klinisk praksis usikker, og de er ikke kjent blant allmennpraktikere.

Vi testet derfor ut Roma II kriteriene i NoIA-studien og ble overrasket over resultatene.⁷ Hos 553 pasienter med en diagnose på mageplagene identifiserte Roma II kriteriene (spørreskjemaer) 209 pasienter med IBS og allmennpraktikere 107 pasienter med IBS. Hos kun 42 pasienter var Roma II kriteriene og allmennpraktikere enige i diagnosen IBS, hvilket tilsvarer samsvar som ved en tilfeldighet (kappa-verdi=0.01). Våre funn tilsier at dagens kunnskap om IBS, basert på studier hvor strenge kriterier er benyttet, ikke nødvendigvis kan overføres til pasienter diagnostisert med IBS i allmennpraksis. Det faktum at Roma II kriteriene identifiserte langt flere tilfeller med IBS enn allmennpraktikere kan tolkes som at leger mangler spesifikk kunnskap om IBS, selve forutsetningen for å lykkes med en symptombasert strategi. Situasjonen er ikke nødvendigvis annerledes i spesialisthelsetjenesten, hvor funksjonelle mageplager erfaringsmessig får mindre oppmerksomhet enn organisk sykdom. Gastroenterologer har et spesielt ansvar for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap om funksjonelle mageplager. Det er også nødvendig med flere studier for å avklare nytten og anvendeligheten av diagnostiske kriterier for funksjonelle mageplager i klinisk praksis.

Det er og blir et vanskelig spørsmål i hvilken grad pasienter med symptomer fra fordøyelseskanalen skal utredes soma-

tisk. Ved IBS symptomer anses det spesielt viktig å utelukke differensialdiagnoser som inflammatorisk tarmsykdom, cøliaki, thyroideasykdom og tykktarmskreft. Divertikulose og laktoseintoleranse ekskluderer ikke diagnosen IBS. Matvareintoleranse rapporteres hos 70 prosent av voksne med IBS og lar seg sjelden forklare med påvisbar allergi. Retningslinjer anbefaler at såkalte alarmsymptomer som vekttap, blod i avføring, tykktarmskreft i familien, uttalt diare, feber, atypisk klinikk med nyoppståtte symptomer og alder over 50 år bør lede til en mer omfattende somatisk utredning.⁵ Igjen, en grundig anamnese og undersøkelse kombinert med kunnskap og klinisk skjønn er nøkkelen til en symptombasert diagnose. Ved mistanke om alvorlig somatisk sykdom er grundig utredning nødvendig.

Behandling av IBS – Skal vi satse på legeskunst eller håpe på nye legemidler?

Vi har i dag begrenset spesifikk behandling å tilby ved IBS. Et naturlig spørsmål gitt våre funn i NoIA studien er hvorvidt pasienten ønsker eller trenger behandling. Som nevnt over er trolig en positiv symptombasert diagnose det viktigste terapeutiske verktøy ved IBS. Retningslinjer anbefaler derfor «en generell terapeutisk tilnærming» som første steg i behandlingen.⁵ Dette innebærer en symptombasert diagnose, beroligelse og forklaring. Å formidle at IBS (jeg bruker Irritabel tarm syndrom overfor pasienter) er en vanlig og helt ufarlig mageplage kan være tilstrekkelig for mange. Spesielt viktig er det å fange opp angst for kreft/alvorlig sykdom og uhenstkommessige tanker om symptomene. Min erfaring tilsier at mange pasienter dersom de får sjansen gjerne selv beskriver psykososiale problemer som lar brikene falle på plass, både for pasienten og legen. Begreper som «en følsom tarm og et følsomt sinn» kan hjelpe pasienten å forstå samspillet mellom kropp og sjel og muliggjør diskusjon om hvordan pasienten kan forstå og leve med mageplagene. Gitt den slående komorbiditeten ved IBS er det nødvendig å fange opp hvilke andre plager pasienten har. Begrepet legeskunst er vanskelig å definere. Jeg vil allikevel hevde at en generell terapeutisk tilnærming kan utgjøre legeskunst og føler meg trygg på at mange allmennpraktikere i Norge utøver dette i sin praksis.

Allikevel, noen pasienter vil ha behov for spesifikk behandling mot mageplagene. Både medikamentell behandling og psykologisk intervensjon har vist effekt i randomiserte, kontrollerte studier.⁸ Interessant nok er placebo den mest effektive behandling ved IBS, med lindring av mageplagene hos 20–50 prosent av pasientene. Dette illustrerer betydningen av psykologiske faktorer ved IBS. Nye medikamenter, som Serotonin-agonister (Alosetron, Cilansetron) og antagonist (Tegaserod, trolig på markedet i løpet av ett år) gir en tilleggsgevinst på 10–20 prosent hos undergrupper

av pasienter med henholdsvis diare og forstoppelsesdominert IBS. Tri-cykliske antidepressiva (som Surmontil, Sarotex og Sinequan) viser effekt ved IBS som ved andre kroniske smertetilstander men bruken begrenses av bi-virkninger. Imodium kan være effektiv ved plutselig avføringstrang og diare. Fiber, probiotika og antibiotika har tvedydig og lite overbevisende effekt ved IBS. Kostråd anbefales gjerne men kan være vanskelig og har usikker effekt ved IBS.

Psykologisk intervensjon, som for eksempel kognitiv terapi og hypnoterapi, er et spennende tilbud til pasienter med IBS. NoIA-studien viste at pasienter med IBS og uttalt komorbiditet utgjorde en spesielt plaget gruppe som trolig både ønsker og trenger behandling. Dersom vi kan finne effektiv behandling for disse pasientene med medisinsk uforklarlige symptomer, gjerne oppfattet som somatisering, vil det løse et hovedproblem i dagens helsevesen. En fordel med psykologisk behandling er vektlegging av pasientens egen mestring av mageplagene, fravær av bivirkninger og langtidseffekter på komorbide symptomer og livskvalitet. Dessverre er slik behandling ressurskrevende og knapt tilgjengelig. Det er behov for studier som undersøker effekten av enklere psykologiske intervensjoner. En «generell terapeutisk tilnærming» utgjør trolig en psykologisk intervensjon i seg selv, er tilgjengelig og mulig å tilby i dag dersom allmennpraktikere har tilstrekkelig kunnskap om IBS.

Veien videre

Det er lett for en som har brukt fem år av sitt liv til å lære mer om IBS å miste perspektivet og belære andre leger. Mitt hovedbudskap er allikevel at tilstrekkelig kunnskap om IBS muliggjør god håndtering av de fleste pasienter med en gåtefull mageplage som rammer nesten en av ti i den norske befolkning. Å tilegne seg slik kunnskap utgjør en stor utfordring og forutsetter at dere som allmennpraktikere finner det meningsfylt. Av tilgjengelige kunnskapskilder kan jeg anbefale Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) og artikkelnummer 1, 5 og 6 i referanselisten. Jeg håper også på tilbakemelding fra dere, til uvurderlig hjelp for en som vil fortsette å forske på mageplager i allmennpraksis (per.vandvik@start.no).

Referanser

1. Talley NJ, Spiller R. Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet* 2002;360:555-64.
2. Vandvik PO, Kristensen P, Aabakken L, Farup PG. Abdominal complaints in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:157-62.
3. Vandvik PO, Wilhelmsen I, Ihlebaek C, Farup PG. Comorbidity of irritable bowel syndrome in general practice: a striking feature with clinical implications. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20:1195-203.
4. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002;122:1140-56.
5. Jones J, Boorman J, Cann P, Forbes A, Gomborone J, Heaton K *et al*. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut* 2000;47 Suppl 2:ii1-19.
6. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45 Suppl 2:II43-II47.
7. Vandvik PO, Aabakken L, Farup PG. Diagnosing irritable bowel syndrome: poor agreement between general practitioners and the Rome II criteria. *Scand J Gastroenterol* 2004;39:448-53.
8. Mertz HR. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2003;349:2136-46.

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

Et tilbud du ikke kan motstå?

En velkledd mann kommer inn på kontoret. Ett av mange nye ansikter etter at jeg tok over denne praksisen. Jeg tar en rask kikk på time-lista, som ikke åpenbarer noe om mannens ærend. Jeg ser først nå at han faktisk ikke har fastlege hos oss. Kjenner meg litt irritert over at det ikke er fortalt meg noen grunn til dette på forhånd. Jeg spør ham, og får til svar at han kommer fra en av bygdene et godt stykke herfra. Har pleid å ta seg en bytur i ny og ne, og da har han samtidig pleid å få seg en blodtrykk-sjekk. Han forteller at den tidligere legen har vært svært grei og også sendt ham resepter i posten når han har trengt det, mot betaling. Har fastlege i hjembygda, og har ikke brydd seg med å skifte fastlege til oss.

Han ber meg måle blodtrykket, og jeg gjør det. Han ber deretter om å få resept på de faste medisinene. Jeg har allerede sett i journalen at han i flere år har fått jevnlig, betydelige mengder med Valium. Mot milde nervøse plager, forteller han. Jeg finner det merkelig, spesielt da han ikke har fastlege her. Jeg tar dette opp med ham og prøver å komme på noen gode formuleringer fra et ikke alt for fjernt grunnkurs om temaet. Blir enig med meg selv om at han kan få resept på blodtryksmedisiner her inntil han har ordnet seg med fastlegen sin. Men Valium vil jeg ikke skrive ut da jeg ikke har noen garanti for at han ikke får Valium hos fastlegen også. Hvis han vil fortsette her, må han ordne dette med fastlegekontoret. Prektig og opptatt av å gjøre det rette, synes du kanskje?

Neste trinn kommer uansett overraskende på meg: Mannen tar opp en tusenlapp og rekker meg. Han sier at han alltid har hatt et godt forhold til den tidligere legen her, som også var så grei å sende ham resepter i posten mot kompensasjon. Jeg får inntrykk av at jeg skal tjene godt på å fortsette ordningen. Litt forfjamset avslår jeg tilbudet, og tar betaling for timen. Blodtrykket var stabilt.

Lege NN.

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 «slik gjør (nå) 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!*

SMS basert time/reseptbestilling — et nyttig hjelpemiddel for legekantoret?

AAGE BJERTNÆS INTERVJUET AV ANDERS SVENSSON

Et legekantore er en service og kunnskapsbedrift og det er liten tvil om at det å kunne nå legen og legekantoret på telefon er svært viktig. Mange har undersøkt telefontilgjengeligheten til fastlegene. En undersøkelse i Trondheim på midten av 90 tallet, viste at telefontilgjengeligheten bedret seg noe de første årene i fastlegeforsøket, men likevel var det bare 48 prosent som fikk svar på anrop (1). I 2004 var det kun ni av 36 legesentre som hadde god tilgjengelighet (90 prosent sannsynlighet å få svar innen fem minutter) (2). En nasjonal undersøkelse av Hogne Sandvik og Steinar Hunskaar (3) blant 100 tilfeldig valgte fastlegekantore i 2003 viste at bare to av tre anrop til legekantore ble besvart.

Risvollan legesentre i Trondheim er et seks legesentre med 9600 pasienter. De har vært opptatt av telefontilgjengelighet i mange år. De har gjort kartlegginger av telefontilgjengelighet i 2003 og 2004 som viste at 80 prosent av pasientene var fornøyde, men andre målinger gjort av televerket og kommunen viste at tilgjengeligheten ikke var god nok. De har skiftet sentralbord tre ganger i løpet av 30 år uten merkbar bedring.

Risvollan legesentre tilbyr timebestilling/resept bestilling gjennom internett og via telefaks, men det har vist seg at et kun et fåtall pasienter benytter seg av tilbudet.

Aage Bjertnæs, fastlege ved Risvollan legesentre, har sammen med en gruppe data/tele ingeniører funnet en alternativ, moderne løsning på problemet.

«En av mine pasienter som arbeider med WAP baserte tjenester spurte om jeg var interessert i en løsning der pasientene kunne bestille time via SMS. Jeg har vært involvert i en rekke pilotprosjekter innen EDB for legekantore og var i utgangspunktet skeptisk til ytterligere et prøveprosjekt, men det viste seg at han et par dager senere kunne presentere en ferdig løsning»



Så i januar 2005, fikk de 9600 pasientene ved Risvollan tilbud om å bestille time via SMS. Systemet kan nå også brukes til å bestille resepter og attester. Selvsagt er det også mulig å gi beskjed om prøvesvar via SMS på kryptert linje.

Systemet er enkelt for pasienten. Han skriver kodeord, navnet sitt, fødselsdatoen, samt ønske om tidspunkt og hastegrad. Meldingen sendes til oppgitt nummer og han får i løpet av ti sekunder tilbakemelding at legesenteret har mottatt meldingen og at han vil få tilsendt time til sin mobiltelefon.

For legekantoret er også systemet enkelt. SMS tjenesten fordrer internett tilgang men krever ellers ingen installasjon av programvare eller kommunikasjonsløsninger. Medarbeideren åpner kantorets webside hos leverandøren og kan der lese og besvare alle SMS henvendelser. Pasientjournalen åpnes parallelt enten på en annen skjerm eller i et annet skjermbilde. Så kan medarbeideren behandle henvendelsen, gi pasienten time, skrive en resept eller gi beskjed om normale prøvesvar.

Risvollan legesentre har nå brukt systemet i tre måneder. Pasientene har blitt informert om systemet på telefonsvarer,

ved handouts under besøk på legekontoret og gjennom annonser i avisen.

«Så langt vi har vi sett at systemet fungerer godt. Pasienten setter stor pris på å bruke det, da mobiltelefonen aldri er lang unna. Vi får mellom 7–15 meldinger/dag, men vi håper naturligvis at flere kommer å bruke det etter hvert» sier Aage Bjertnæs.

«Mange som ringer til oss når det er stor trafikk og hører på meldingen på telefonsvareren hopper av køen og bruker SMS i stedet. Dette øker muligheten for de som ikke har mobiltelefon, for eksempel de eldre å komme gjennom på telefon. Siden systemet ble innført har vi ikke hatt klager på telefonen vår, det har aldri skjedd før! Systemet virker robust og driftssikkert vi har så langt ikke hatt noen driftsstans.»

Telefontrafikken hos fastlegen har økt etter at fastlegeordningen ble innført og Aage Bjertnæs mener at det er tvingende nødvendig at man forsøker gå nye veier for å løse problemet. Han har derfor takket ja til å være rådgiver for leverandøren Helserespons – WAP the WEB AS i det videre utviklingsarbeidet.

«Web og i særdeles SMS tjenester vil være verdifulle tiltak i tiden som kommer. I et land med 4,9 millioner mobiltelefoner ser vi for oss at dette kan bli et meget viktig hjelpemiddel for oss. De fleste har tilgang mobiltelefon, selv folk i høy alder».

Jeg har prøvd systemet og dersom du er vant ved å skrive SMS meldinger er dette så enkelt og raskt at det faktisk er håp om at dette kan være et alternativ for utålmodige SMS brukere som går lei av å vente i telefonkø mandag formiddag. Hva koster det å ta systemet i bruk? Totalt kr. 1290,- år pr. legekontor. Pasienten belastes kr. 3,- pr. sendt melding av leverandøren.

Fra Helserespons' nettside

Referanser:

1. Torgeir Fjermestad
Hvordan måle tilgjengeligheten på telefon? Utposten nr 5 1996
2. Undersøkelse av tilgjengelighet på telefon blant legesentre i Trondheim. Kvalitetsutvalget i Kommunen des. 2004
3. Høgne Sandvik og Steinar Hunggård
Telefontilgjengelighet hos fastlegen Nr. 2 2005
2. Tor Carlsen
Hvordan skaper allmennlegen tillit? Utposten nr 6 2000
3. Bjørn Otterlei
Logistikk på legekontoret Utposten nr 4 2000
4. Ann Helen Hansen
10 år med fastlegen Utposten nr 5 2003



Attføringscenteret i Rauland

Overlege/Assistentlege

Stillingen er godkjent som sykehusstjeneste i allmennmedisin. Tjenesten kan også eventuelt være del av det obligatoriske "sykehusåret".
Spesialistbakgrunn i allmennmedisin kan være aktuelt i overlegestillingen.
Annen aktuell bakgrunn kan være fysikalsk medisin og rehabilitering, arbeidsmedisin, samfunnsmedisin m.v.
Stillingen passer godt for lege som er interessert i problematikken knyttet til langtidssykemeldte og uførhet. Legen er medlem av et team som består av idrettspedagog, fysioterapeut, sykepleier og attføringskonsulent.
Vår arbeidsmetode er utarbeidet og utprøvet over flere år og er basert på tverrfaglig tilnærming med fokus på brukermidvirkning.
Stortinget har vedtatt at AiR skal videreutvikles til et nasjonalt kompetansesenter innen arbeidsrettet rehabilitering.

AiR har 50 behandlingsplasser. Brukerne blir tilbudt 4 ukers opphold. Senteret har 3 leger.

Vi kan tilby:

- arbeid i et bredt, positivt og sterkt fagmiljø
- et stort og aktivt nettverk
- strukturert undervisning
- lønn etter avtale
- senteret er behjelpelig med å skaffe bolig

AiR ligger i fjell-Telemark med gode muligheter for friluftsliv og jakt.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til avdelingsoverlege Rein Gustavsen eller direktør Svein Kostveit, tlf 35062800, svein.kostveit@air.no.
For mer informasjon om senteret: www.air.no

Søknad med CV og attestkopier sendes: Attføringscenteret i Rauland as, 3864 Rauland

Lyrikk

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydning 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 for tilliten og stafettpinnen fra Stine Hynne ...

Gjennom alle år har jeg sett opp til personer som kan noe jeg selv hadde ønsket å beherske bedre. Det kan være båtføreren som trygt fører skuta over urolig sjø, bakeren som til enhver tid får høyere brød og gylne kaker, eller poeten/dikteren som evner å beskrive følelser og stemninger hvor jeg lett blir ordløs.

Jeg sysler med å skrive musikk til dikt, og i denne situasjonen er jeg ofte på jakt etter mønstrene i diktet, den litt såre kjernen som etterlater en klump i magen eller en gråte-tranghet i halsen. Denne følelsen kan være like sterk i et godt og lykkelig kjærlighetsdikt som i et melankolsk og reflekterende dikt. Det er vel noe av det som gjør at et dikt «tar oss» og at vi lar oss føre med i teksten, og at et dikt kan bety så uendelig mye for oss.

Jeg vil gjerne beskrive motpolene med sine små mønstre i dikt av Sigmund Skard og Tor Jonsson.

Eitt

Eg vil ha berre eitt liv:
det eg har med deg.

Eitt brus
av morgonlauv.

Ei sevj
søt av gror.

Ei krone
kvelvd mot natt.

Med deg den kvasse kvida,
malm i vår ved.

Med deg den logne mogning,
bognande tung.

Med deg dei gylne strålar
over nakne grein.

Sigmund Skard

Jarnnetter

Tyngst var den lange natta
da ingen kom.

Men jarnnetters sorg i mitt
hjarde

taler eg aldri om.

Jarnnetters sorg for henne
eg aldri fann,

Er tagal som sorga frå alle
usale armadslånd.

Jarnnetters sorg i verda
har aldri dag.

Min elskkhug har berre mitt eige
einslege hjarteslag.

Tor Jonsson

Jeg overleverer stafettpinnen videre til kollega Svein Slagsvold, en iderik og spennende mann.

Hilsen Torfinn Kleive

Cipralex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T Tabletter filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Escitalopramoksalt tilsvarende escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioxi (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikktilstand 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. Panikktilstand 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 metabolisere 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, cirrotiske 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 trisykliske antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroidale anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), tilkøpind og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningstendens. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinering av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. risikoen for serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan, eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som johannesurt (Hypericum perforatum) kan gi økt risikoen for 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 monaminoksidasehemmer (MAOHI), og hos pasienter som ryklig 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 irreversibel MAOHI (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOHI (RIMA) moklobemid. Det bør gå 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 krampterskelen. 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. Kombinering av alkohol anbefales ikke. Samtidig administrering av legemidler som hemmer CYP 2C19, som f.eks. omeprazol, kan gi økt 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) og enkelte CNS-virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP 2D6, f.eks. antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmakonsentrasjonen for disse to. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboliseres via CYP 2C19.

Graviditet/amming: 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 seponeringsreaksjoner anbefales en gradvis nedtrapping over 1-2 uker. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Lufteveier: Sinusitt, gjesping. Metaboliske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnløshet, sømnlens, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast, muntørhet, anoreksi. Hud: Utslett, ekkymer, kløe, angioedem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metaboliske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Kramper, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktore, 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, sømnlens, bevisstløshet, kramper, takykardi, EKG-ændringer med ST-T-ændringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT-intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. Behandling: Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie lufteveier, 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: Empac: 28 stk. kr 132,10, 10 mg: 200 stk. kr 1427,20.

Endose: 49 stk. kr 375,40, Empac: 28 stk. kr 246,70, 98 stk. kr 716,70.

T: 18b).

Sist endret: 22.04.2004

Referanser:

- Montgomery SA et al. Escitalopram (S-Enantiomer of Citalopram): Clinical Efficacy and Onset of Action Predicted from a Rat Model. Pharmacology & Toxicology 2001; 88: 282-286
- Auzier P et al. Comparison of escitalopram and citalopram efficacy: A meta-analysis. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 2003; 7: 259-268
- Sorbera LA et al. Escitalopram Oxalate. Drugs of the Future 2001; 26(2): 115-120

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

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

www.lundbeck.no

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

Spørsmål til RELIS:

Spørsmålet gjelder dokumentasjon omkring bruk av myggmidler til gravide

Myggmidler og graviditet

Det finnes i dag en rekke myggmidler på markedet i Norge, og de fleste selges via apotek. Virkestoffene varierer, fra planteoljer som citronella, til DEET (N,N-diethyl-m-toluamide). Sistnevnte er det mest brukte, og er også generelt akseptert som det virkestoffet med best dokumentert effekt (1). Imidlertid har det de siste årene også kommet nye stoffer på markedet, både picaridin (Autan) og PMD (MyggA-Natural) er relativt nye både i Norge og i verden forøvrig. Picaridin har i studier (2) vist seg å ha effekt på linje med DEET, både når det gjelder beskyttelsesgrad og -lengde. Også PMD (para-Menthane-3,8-diol) har gitt gode resultater i enkelte studier (3). Citronella og andre planteoljebaserte preparater har vist seg lite effektive.

Når det gjelder bruk hos gravide, foreligger det i våre kilder lite dokumentasjon for flere av stoffene nevnt over. For Citronella og PMD er det ikke funnet noen studier som tar for seg denne problemstillingen, det er nevnt flere steder at Citronella regnes som sikkert mhp graviditet og amming, men dette er altså ikke dokumentert noe sted. Picaridin er kun testet for teratogenitet på dyr (4,5), det er her ikke påvist fosterskader hos verken kaniner eller rotter. Det har de siste årene kommet rapporter om økt forekomst av krampeanfoll og toksisk encefalopati hos barn i forbindelse med bruk av DEET (6). Det har derfor blitt advart mot hyppig bruk til små barn. Imidlertid viser det seg at dette er dårlig dokumentert. De få rapportene som foreligger om kramper ved bruk av DEET har vist seg å inneholde svakheter, bl.a. er det ikke utelukket andre årsaker til krampe. Det er også vist at kun åtte prosent av stoffet taes opp i den systemiske sirkulasjon (6), og det er dermed også spørsmål om dette er tilstrekkelig til å kunne gi en toksikologisk signifikant effekt i noe tilfelle.

For å undersøke bruk av DEET under svangerskap, ble det gjort en studie i Thailand, hvor 897 gravide kvinner i andre og tredje trimester fikk enten DEET eller placebo til daglig applikasjon som malariaproylaks (7). Det ble funnet at DEET passerer placenta, men det ble ikke funnet at stoffet

hadde negativ effekt verken på overlevelse, vekst eller utvikling hos barna. De ble kontrollert både ved fødselen og ved ettårsdagen. RELIS har ikke funnet dokumentasjon på bruk i første trimester, men dyrestudier har indikert at DEET er trygt når det brukes i anbefalte doseringer (8).

Konklusjon

Myggmidler på det norske markedet har en rekke forskjellige virkestoffer. Det er for de fleste lite dokumentasjon ved bruk under svangerskap, men dyrestudier har indikert at picaridin (Autan) ikke er teratogen. En større studie i Thailand har ikke vist at DEET har gitt skader på fosteret ved daglig bruk i andre og tredje trimester. Det er ikke funnet studier som omhandler bruk av DEET i første trimester hos mennesker, men dyrestudier har ikke vist teratogene effekter. RELIS har ikke funnet dokumentasjon om de øvrige stoffene på det norske markedet i forhold til bruk under svangerskap.

Camilla Borthen Methlie
 Lege, RELIS Vest

Referanser

1. Roberts JR et al. Does Anything Beat DEET? *Pediatr Ann.* 2004 Jul;33(7):443-53.
2. Frances SP et al. Field evaluation of repellent formulations against daytime and nighttime biting mosquitoes in a tropical rainforest in northern Australia. *J Med Entomol.* 2002 May;39(3):541-4.
3. Barnard DR et al. Repellency of IR3535, KBR3023, para-menthane-3,8-diol, and deet to black salt marsh mosquitoes (Diptera: Culicidae) in the Everglades National Park. *J Med Entomol.* 2002 Nov;39(6):895-9.
4. Astroff AB et al. Conduct and Interpretation of a Dermal Developmental Toxicity Study with KBR 3023 (a prospective insect repellent) in the Sprague-Dawley Rat and Himalayan Rabbit. *Teratology.* 2000 Mar;61(3):222-30.
5. Astroff AB et al. The Conduct of a Two-Generation Reproductive Toxicity Study via Dermal Exposure in the Sprague Dawley Rat - a Case Study with KBR 3023 (a prospective insect repellent). *Reprod Toxicol.* 1999 May-Jun; 13(3): 223-32.
6. Goodyer L et al. Short Report: The Safety and Toxicity of Insect Repellents. *Am J. Trop. Med Hyg.* 1998; 59(2):323-324.
7. McGready R et al. Safety of the Insect Repellent N, N-diethyl-M-toluamide (DEET) in Pregnancy. *Am Jo. Trop. Med. Hyg.* 2001; 65 (4): 285-289.
8. Koren G et al. DEET - based Insect Repellents: Safety Implications for Children and Pregnant and Lactating Women. *CMAJ* 2003; 169 (3):209-12.

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

Lærerike kasuistikker

Kvinne med brystsmarter – en diagnostisk nøtt



Nils Rune Nilsen

Nils Rune Nilsen, 51 år, født og oppvokst i Bergen, cand.med. Dublin 1979, 1 år indremedisin ved Ringerike sykehus, spesialist allmennmedisin fra 1994, allmennlege/kommunelege i Gol fra 1981 sammen med 3 andre leger, har stor glede av å bruke ultralyd i allmennpraksis, har student i praksis 2 ganger per år som jeg mener er en plikt vi bør gjøre.

59 år gammel overvektig kvinne. Hypertensjonsbehandlet flere år med Blocadren og Cozaar. 1998 liten cerebral trombose i form av talevansker og lett nedsatt kraft i ve. arm. Fullt restituert. Etter det brukt Albyl E, Persantin, Blocadren, Pravachol, Cozaar.

Hun konsulterte legevakten for kraftige *bevegelsesavhengige* brystsmarter natt og dag siste 3–4 dager samt noe *halssmerter*, temp. 38 grader. Når hun lå stille hadde hun nesten ikke vondt. EKG var normalt. Hun ble innlagt sykehus med diagnosen brystsmarter.

Epikrise fra sykehuset beskriver brystsmarter av noe stikkende karakter på ve. side, to sett med hjerteenzymer var neg., EKG normalt, lett forøket CRP på 42. Lett øket D-dimer, regnet som uspesifikt, blodgasser normale. Funnet trykkømheter i brystveggen, oppfattet som myalgi. Hun ble utskrevet med diagnosen brystveggsmalgi.

Dagen etter utskrivelsen kontaktet hun fastlegen pga. *svelgsmerter bak brystbeinet* og tilkommet *hevelse på ve. side av halsen*. Ved u.s. da tydelig hevelse i ve. fossa supraclavicularis, palp. øm i dette området. Feber 38,1, CRP 107. Ikke noe å se i halsen, epiglottis blek, strep A-test neg. Fortsatt vondt i thorax på ve. side. Oppfattet som infeksjonsprosess i halsområdet muligens en abscess, innlagt sykehus igjen. På sykehuset tilsett av ØNH-lege uten at det medførte noen konklusjon, CT thorax viste litt *pleuravæske ve. side* og en *rundfortetning hø. lunge* av uklar natur. Man gav henne Dalacin pga. halssmertene og hevelsen uten bedring. Det hele gav seg spontant uten noe mer behandling. Oppfattet som mulig viral infeksjon. Utskrevet med diagnosen annen brystsmerte.

Pasienten kontaktet igjen lege en måned senere pga. tilkommet hoven ve. arm. Ved undersøkelsen da tydelig hoven ve. overekstremitet. Innlagt sykehuset igjen med mistanke om subclavia/axillær venetrombose. Det ble bekreftet ved venografi og hun fikk Fragmin og Marevan. Ingen malign prosess ble funnet i halsområdet.

Diskusjon

Diagnosen er lungeemboli ved første innleggelse, symptomatisk trombose i vena subclavia ved andre innleggelse og klinisk trombose i venen i overekstremiteten ved tredje gangs innleggelse.

Her må man legge vekt på en *nøyaktig anamnese*. Pasienten hadde bevegelsesavhengige og resp.avhengige brystsmarter, men på sykehuset var man mest opptatt av å utelukke coronar sykdom. Det er *mange årsaker til brystsmarter*. Ved bevegelsesavhengige og resp. avhengige brystsmarter er hjertesykdom lite sannsynlig bortsett fra ved pericarditt. Lungeemboli (LE), pneumothorax, myalgier og pneumoni er da mest sannsynlig. Lungeemboli bør være høyt på listen over differensialdiagnoser da denne diagnosen ofte blir oversett. Det er viktig å ta en nøyaktig anamnese og tro på det pasienten forteller. Likeledes er det viktig å få frem risikofaktorer for DVT for å sannsynliggjøre eller avkrefte mulig DVT/LE: familiehistorie på DVT (trombofili), tidligere DVT, P-pille- eller hormonbruk, immobilisering, nylig gjennomgåtte operasjoner, cancersykdom, infeksjoner, overvekt, røyking. (Se også Tidsskrift for den norske lægeforening nr. 3 2005). Pasienten hadde bare en risikofaktor med sin overvekt. D-dimer ved første gangs innleggelse ble tatt og var lett forhøyet. Man har da tenkt muligheten av DVT/LE, men ikke fullført resonnementet. En negativ D-dimer kan med stor sannsynlighet utelukke DVT og lungeemboli.

I en studie sitert i Lancet i 2004 var sensitiviteten for D-dimer på DVT/LE 96,4 prosent og negativ prediktiv verdi var 99,6 prosent. Av 1106 undersøkte pasienter med klinisk mistanke om DVT/LE hadde 559 forhøyet D-dimer, 547 var normale. Av de 547 med normale D-dimerverdier var det bare to pasienter som senere viste seg å ha DVT/LE. D-dimer er også forhøyet ved infeksjon, cancer, traume og operasjon. Med denne sykehistorien med respirasjonsavhengige smerter og forhøyet D-dimer burde ytterligere utredning for LE vært gjort ved første gangs innleggelse.

Ved annen gangs innleggelse (dagen etter utskrivelsen) ble det funnet litt pleuravæske på ve. side og en fortetning i

høyre lunge. Pleuravæske kan dannes av så mangt: Lungeemboli, pleuranær pneumoni, virusinfeksjoner («pleuritt»), maligne prosesser, kollagenoser, hjertesvikt etc. Man burde ved 2. gangs innleggelse tatt konsekvensene av CT funnet og lest epikrisen fra innleggelsen første gang med forhøyet D-dimer og resp. avhengige brystmerter. Spiral CT eller lungescintigrafi burde vært utført.

Ved tredje gangs innleggelse leste primærlen leggen epikrisene og med det kliniske bildet var det ikke vanskelig å mistenke trombose i overekstremiteten.

Hennes brystmerter som var respirasjons- og bevegelsesavhengige har sannsynligvis vært lungeemboli (pleuravæske samt fortetning på CT, forhøyet D-dimer), halsmertene (retrosternalt ved svelging og supraclaviculært samt hevelse i fossa supraclavicularis) har hele tiden vært en trombotisk prosess i vena subclavia og høyt i vena axillaris som ikke ble erkjent. Man kan få lungeemboli fra overekstremitetene og!

Årsaken til trombose og lungeemboli i halsområdet kan være at vena subclavia blir utsatt for trykk mot 1. ribbe eller halsribbe og clavicula med intimaskade og trombose som resultat. Uvant fysisk aktivitet som komprimerer venen her kan være årsaken. Det er beskrevet hos malere, golfspillere, vektløftere og tennis spillere. I en kasuistikk i Lancet i 2004 ble det beskrevet en Kendo-utøver på 15 år med gjentatte hemoptyser. I Kendo svinger man et bambussverd over hodet. Hos 15 åringen fant man multiple lungeembolier og subclavia trombose. 1. ribbe ble senere fjernet og pasienten forble uten symptomer. En annen viktig gruppe som kan få trombose i overekstremitetene og risiko for lungeemboli herfra er pasientene med innlagt sentralt venekateter.

Litteratur:

Tidsskriftet nr. 3 2005, Rett og urett.
Lancet April 17-April 24, 2004, Goldhaber, seminar: pulmonary embolism.
Lancet August 28-September 3 2004, Case report: A Kendo player with haemoptysis.
Lancet March 26-April 1 2005, Eichinger, seminar: Deep vein thrombosis.

Nils Rune Nilsen

klikk...

klikk...

klikk...



- det var det!

Er det mulig? Ja, det er det! Det oppleves godt å kunne gjøre bestillingen unna på sekunder og være ferdig med det. De mange, mange telefonene som du ikke får svar på og som du må huske å ta, sliter. I dag er mobiltelefonen det apparatet som vi bruker absolutt mest. Å bestille time, resept eller attest med en enkel tekstmelding burde vært alle forunt. Flere og flere legekontorer har i dag tatt i bruk Helserespons og deres pasienter bestiller nå tjenester via SMS. For kr. 1190,- pr år kan hele legekantoret være i gang. I tillegg leveres det med en informasjonspakke til kr. 1590,-. Priser eks mva. Se også www.helserespons.no



WapTheWeb AS Sverdrupsv.18, 7020 Trondheim
adm@waptheweb.no tel: 93008369 fax: 72563466

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 39