

utposten

Nr. 5-2005
Årgang 34

Blad for
allmenn- og
samfunns-
medisin



Innhold:

LEDER: Er 150 kroner mange penger? Av JANNE REYMERT	1
UTPOSTENS DOBBELTIME! When the shit hits the fan. Intervju med Svein Rønseth Av PETER BRILLEN	2
Høyt urinsyrenivå – hva så? Av GUNNAR FJELLHØI OG KARISSA HALDORSEN	6
Allmennmedisinske utfordringer Av PETER BRILLEN	8
Wikipedia for allmennmedisin? Av GJERARD OG TOR GAMRER	10
Helsevesenets lange arm Av ANSILLA SVENSSON	12
Helikopterbasert redningstjeneste på Svalbard Av FRITHJOF SKANKE	15
Rus i fengsel Av KAROLINE VAN DER HAAGEN	18
Syning av lik	20
Om omskjæring av kvinner Av JERLENE SANDBY	22
Seminar og 2. årssamling for Praksiskonsulentordningen i Norge – en oppdatering på PKO Av UNNE RINGEBØ OG BERT STYLLAND	28
Kjøp av helsetjenester, eller Rødhette og Ulven Av PERHILDE NYLÉN	30
Samfunnsmedisin og allmennmedisin – tid for unionsoppløsning? Av MAREN NYLÉN	32
Se oftere mot nord Av TONE RUTLE	35
Faste spalter	39

Er 150 kroner mange penger?

Selvsagt er ikke 150 kroner mange penger for den tjenesten en spesialist i allmennmedisin gir sine pasienter: samtale, undersøkelse, vurdering og behandling, ofte opp mot 20 minutters konsultasjon, kanskje mer.

Problemet er bare det at spørsmålsstillingen over er feil – når vi skal diskutere egenandeler skal vi passe oss for å diskutere hva en konsultasjon egentlig er verdt. Selvsagt er den verdt langt mer enn 150 kroner, men diskusjonen må gå på hvor mye det er rimelig at pasientene skal betale for våre tjenester. Den store utfordringen er at vi har et betalingssystem som er likt for alle landets innbyggere selv om deres økonomiske og helsemessige situasjon ofte er dramatisk forskjellig. 90% av befolkningen i verdens rikeste land har ingen problemer med å betale 150 kroner og dertil hørende ekstrabeløp for blodprøver med mer, spesielt når vi både har en ordning med frikort, der f.eks. kronikere og barnefamilier blir tilgodesett og gratis konsultasjoner for barn under 7 år. (Hvorfor er det forresten de yngste som får gratis konsultasjoner? Ville det ikke ha vært mer nyttig å gi dette tilbudet til de mellom 16 og 21 år? Det er denne aldersgruppa vi ser minst til og som ofte går altfor lenge med sine helseproblemer uten å oppsøke hjelp fordi det er så dyrt å gå til lege).

Det er de siste 5–10% av befolkningen – de reelt fattige – som med de siste årenes økning i egenandeler har fått problemer med å betale for seg hos legen. Mange mennesker i denne gruppa går ikke til lege selv for ganske betydelige lidelser fordi de ikke ser seg råd til det. Jeg tror vi fastleger derfor faktisk kjenner denne gruppa svært dårlig nettopp på grunn av de høye egenandelene. Dobbeltragisk er at det er blant disse vi finner høyest sykkelighet og kompliserte, sammensatte lidelser som krever mange konsultasjoner som jo da igjen øker prisen på legekontakten ytterligere. Ikke få av dem, rusmiddelmissbrukerne og de psykiatriske pasientene spesielt, har i tillegg ofte ikke den innsikten som kreves for å innse at legebesøk må prioriteres på bekostning av andre ting.

Vi kan godt kalle egenandeler for skatt på sykdom og da snakker vi om «omvendt progressiv beskatning» siden det er de fattigste som har høyest sykkelighet og dermed betaler mest. Vi skal ikke lenger enn til Danmark og England for å se at disse pengene taes inn via skatteseddelen i stedet, noe som gir en mer rettferdig «beskatning på sykdom». Der bruker de da heller ikke høyt utdannet medisinsk personell som pengeinnkrevere for staten.

Det er Stortinget som bestemmer hva det skal koste å gå til legen. At egenandelene har økt så mye de siste årene er helt i tråd med dagens markedsliberalisme. Selve konsultasjonshonoraret er dessuten bare en liten bit av hva uhelse koster, et benbrudd koster fort 1000–1500 kroner, en forverring av KOLS med et rtg thorax, en antibiotikakur og kanskje forsøk med Spiriva koster også langt over en 1000-lapp før pasienten har kommet seg ut av døra vår. Selv om bare deler av disse beløpene blir ført på egenandelskortet oppnår selvfølgelig mange av disse pasientene frikort utover våren. For de fattigste vil det likevel være store problemer å skulle ut med så store beløp i januar før de har fått frikort i mars.

Legeforeningen skal ha all ære for å ha tatt opp spørsmålet om hvor smertegrensen går for egenandeler i helsevesenet. De har med det prøvd å sette fokus på et viktig politisk spørsmål: er den valgfriheten mange politiske partier har fokusert på i valgkampen ikke egentlig et valg politikere har tatt med å velge bort mange fattige menneskers mulighet til å få nødvendig legehjelp? Det er jo en enkel måte å finansiere skattelette på, men den samfunnsmessige prisen blir høy. Allerede for 2000 år siden var det en som sa at de som har skal få og de som ikke har skal miste alt det de har! Når vi først har beveget oss inn på politikernes og kirkens arena kan vi jo prøve å heve temaet med egenandeler opp på et litt «høyere» plan. Hvorfor har vi så ulik fordeling av egenandeler i samfunnet? Kan noen fortelle meg hvorfor vi må betale tannlegen fullt ut, hos legen skal man betale en del og stadig mer, mens f.eks. dåp og vigsel skal være helt gratis? Hva med et lite gebyr for kirkelige tjenester mot tilsvarende reduksjon av egenandelene hos leger? I kirketuktens navn kunne vi jo da anbefalt dobbelt gebyr for annen gangs ekteskapsinngåelse og dåp av barn født utenfor ekteskap!

Jannike Reymert

PS. Når disse linjer går i trykken er debatten om egenandeler blomstret opp igjen – nå blir det spennende å se om den nye regjeringen har en annen (og bedre) sosial profil enn den gamle.

Sykehusene har et særskilt ansvar for å oppdage utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Hvordan oppdaget de dette utbruddet på sykehuset i Fredrikstad?

De hadde registret mange innleggelser av pneumoni i løpet av en ukes tid. De synes dette var såpass påfallende at det ble slått opp på sykehusets intranett uten at det til å begynne med ble assosiert med et spesifikt utbrudd. Det var faktisk en svensk intensivsykepleier som først tenkte på at dette kunne være et legionellautbrudd. Det ble så tatt tre prøver fra ettermiddagen fredag 20. mai som alle viste legionella antigener.

Har de systemer for å oppdage dette på sykehusene?

Nei, de har vel egentlig ikke det. Dette har til nå vært avhengig av våkne helsearbeidere på sykehusene. Det er sykehusene som må oppdage et slikt utbrudd og det er viktig at det er en mental beredskap for dette på sykehusene.

Når, og hvordan fikk du beskjed om epidemien?

Jeg var på opera-øvelse i Halden der jeg fikk telefon lørdag 21. mai kl. 1340 etter at sykehuset hadde påvist disse tre positive antigen testene.

Hvordan tolket du den første meldingen, ante du at dette ville bli så stort som det ble?

Jeg slapp det jeg hadde i hendene, som tilfeldigvis var en dame jeg danset menuett med, og satt meg i bilen for å møte på sykehuset for nærmere orientering. Jeg tenkte at dette kunne bli stort og at vi måtte belage oss på en vanskelig situasjon. Jeg bestemte meg derfor med en gang for å utkalle de ressurser jeg ville trenge ved et stort utbrudd.

På veien til Fredrikstad begynte jeg umiddelbart å samle folk i min stab som var nødvendige for å organisere og håndtere et slikt utbrudd. En av de første jeg kontaktet er ansvarlig for miljørettet helsevern. Han grep tak i kjøletårnproblematikken og før jeg var kommet tilbake til Fredrikstad var vi i gang med å kontakte de kjøletårneiere vi hadde registrert.

Hvordan og når bestemte dere organiseringen av arbeidet?

To pasienter var fra Sarpsborg og en fra Fredrikstad. Da jeg kom til sykehuset, møtte jeg kommuneoverlege i Sarpsborg, Hans Morten Sundt. Vi ble med en gang enige om at de to kommunene skulle samarbeide om håndteringen av dette utbruddet. Vi dannet en egen organisasjon med lik deltagelse fra begge kommuner der vi delte på oppgavene uten å skjelle til kommunegrenser.

Synes du at det var skremmende?

Jeg ble ikke skremt fordi jeg visste at jeg hadde tilgang på all den kompetanse jeg trengte fra Nasjonalt Folkehelse-



institutt som jeg har samarbeidet med mange ganger tidligere. Jeg har alltid opplevd god hjelp og støtte derfra.

Hadde dere kommunale planer for håndtering av slike epidemier på forhånd og viste de seg hensiktsmessige?

Både Fredrikstad og Sarpsborg hadde selvsagt egne smittevernplaner. I vår plan var det den delen som omhandler pandemisk influensa som hadde mest relevans. Vi brukte vesentlige deler av smittevernplanen. Blant annet brukte vi organiseringen som er angitt i planen som mal for hvordan vi arbeidet. Vi opprettet en «prosjektorganisasjon» med hovedkvarter i gamle Onsøy Rådhus som vi hadde bestemt i planen, selvsagt med det tillegg at vi også hadde Sarpsborg med oss denne gangen.

Hadde dere noen bærende prinsipper for organiseringen?

Det bærende prinsipp hos oss, som i lover og forskrifter for øvrig, er det såkalte ansvarsprinsippet. Det vil si at den som har ansvar for et driftsområde til daglig, også har dette ansvaret i kriser. Vi i helseetaten har altså ansvaret for det meste i forbindelse med et slikt utbrudd. Kommuneledelse, eksterne etater og politikere har ikke automatisk ansvar eller oppgaver selv om det oppstår en kritisk situasjon. Jeg, som kommunens smittevernlege, fikk dermed ansvaret for smitteoppsporingen.

Når du sier smitteoppsporing høres det så lett ut, enhver som har forsøkt å drive litt smitteoppsporing vet at det mildt sagt kan være frustrerende og vanskelig. Rent praktisk, hvordan gjør man det når man får et slikt kjempeutbrudd i fanget en lørdag ettermiddag?

Det første vi gjorde var å stasjonere åtte helsesøstre på sykehuset for å intervju pasienter og drive smitteoppsporing. De brukte et intervjukjema som nasjonalt folkehelseinstitutt hadde utarbeidet samme dag. Med dette skjemaet kartla vi pasientenes bosted og deres bevegelsesmønster de siste ti dager før de ble syke.

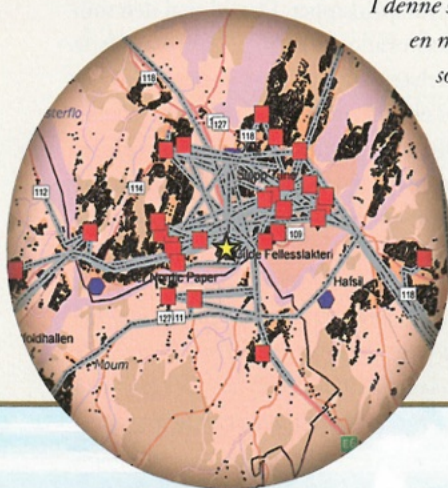
Hva gjorde dere videre med de data dere samlet inn?

Vi brukte tre innfallsvinkler.

Det er viktig med gode epidemiologiske undersøkelser. Her brukte vi for første gang i verden et avansert geodata system der de kunnskapene vi hadde fått etter intervjuer med pasientene ble sammenstilt i et elektronisk kart sammen med kunnskap om de kjøletårn vi har i kommunen. Vi hadde detaljerte lokale meteorologiske data og modeller som kunne simulere utslipp av aerosoler med forskjellige fysikalske karakteristika fra alle de aktuelle smitekildene i et fire-dimensjonalt system (tre dimensjoner + tid). Vi fikk da ut kart med områder som ville være smitteutsatte fra det aktuelle kjøletårnet. Ved å plote pasientenes oppholds sted mot «smitteskyene», kunne vi vise hvilken smitekilde som var den mest sannsynlige. Dette systemet vil bli presentert på en konferanse om Legionella som vil bli avholdt i Chicago i høst.

En annen måte å tilnærme seg problemet på er å se på de som bodde i en bestemt radius fra et kjøletårn og undersøkte hvor stor risiko det var for å bli syk i ulik avstand fra en slik mulig smitekilde. Ved disse undersøkelsesmetodene viste det seg etter hvert at en av disse smitekildene pekte seg tydelig ut.

Den siste metoden er selvsagt miljøundersøkelser, dvs. vi lette etter ukjente kjøletårn, driftsforstyrrelser av kjøletårn og tok mikrobiologiske undersøkelser av alle de aktuelle smitekilder som senere ble sammenholdt med DNA analyser fra de bakteriene som hadde infisert pasientene.



I denne saken var det involvert en mengde eksterne etater som departement, direktorat, Folkehelseinstituttet, sykehuset samt primærkommunene. Mildt sagt en organisatorisk utfordring. Hvordan var forholdet til de eksterne aktørene?

Vi holdt oss strengt til ansvarsprinsippet også på dette planet. Det er viktig at ingen etat går ut over sine oppgaver og gjør ting som andre skal gjøre. Det var nok en viss tendens til at enkelte statlige organer så dette som «sin» katastrofe og tok litt vel mye initiativ i forhold til det som var nødvendig. Slikt kan virke forvirrende og demoraliserende. Derfor ble det veldig viktig for oss å fokusere på våre oppgaver og holde på dem etter de prinsipper vi visste fungerte godt. Sykehuset tok diagnostikk og behandling, de informerte mediene om epidemiens forløp og om hvem som var rammet. Vi tok ansvar for smitteoppsporingen. En av oss deltok alltid også på møter på beredskapsrådet på sykehuset for å følge utviklingen av utbruddet. Vi hadde i tillegg felles pressekonferanse med sykehuset.

Folkehelseinstituttet har som en av sine oppgaver å bistå i slike situasjoner. Det gjorde de på en kjempegod måte. De brukte sin kompetanse, ga oss råd og hjalp oss med det vi trengte hjelp til. De var hele tiden på tilbudssiden uten å overstyre vårt arbeid.

Fylkeslegen fikk pålegg fra Tilsynet om å følge oss tett. I Østfold har vi heldigvis en klok fylkeslege som skjønnte at vi hadde annet å gjøre enn å fylle ut rapporter til dem. Hun fulgte med i det vi gjorde, ga oss god moralsk støtte uten å gi noen direkte føringer.

Vi holdt de nasjonale helsemyndighetene orientert gjennom hele utbruddet. I tre dager hadde vi en observatør fra Sosial- og helsedirektoratet som nok var sendt hit for å følge med slik at vi gjorde jobben vår. I hans rapport til direktøren fikk vi støtte for hvordan dette arbeidet hadde forløpt. Det var ikke på noe tidspunkt behov for direktoratets hjelp i dette utbruddet.

Blir deler av smittevernsplanen endret etter de erfaringer dere har gjort?

Vi har en regel om at hver gang planen blir brukt, skal den evalueres. Om det vil komme endringer nå, kan jeg ikke si noe om enda.



Hadde dere øvet på slike situasjoner?

Nei, det hadde vi ikke, men vi var vant til å samarbeide på denne måten både innad i kommunen og med de eksterne samarbeidspartnere. Vi har et nært samarbeide til vanlig. Mange av oss har jobbet sammen i mange år, har sett hverandre mange ganger og fungerer godt sammen i mange andre sammenhenger. I forbindelse med dette utbruddet høstet vi av det tette samarbeidet med Sarpsborg som vi har hatt gående i mange år.

Ingen som ble grepet av panikk?

Nei, vi arbeidet hardt, men med ro og konsentrasjon.

Hva ble din hovedoppgave?

Å lede smitteoppsporingen sammen med Kommuneoverlegen fra Sarpsborg.

Mye frustrasjoner underveis?

Jeg var forberedt på mange frustrasjoner og forventet at det etter en stund skulle bli en del irritabilitet i organisasjonen. Det kom ikke, vi hadde hele tiden et kjempegodt samarbeide uten at det knirket noe sted.

Primærhelsetjenesten ble utsatt for et betydelig press både på allmennlegekontorene og på legevakten, hvordan orienterte dere fastlegene og hvilken rolle ble de pålagt?

Fastlegene ble informert via fakser til alle legekantorene. Fastlegene ble ikke pålagt spesielle oppgaver ut over å være spesielt oppmerksom på smitteoppsporing og å delta i oppbemanningen av legevakten.

Opplevde du noen problemer i forhold til samarbeidet med allmennlegene?

Nei, samarbeidet med allmennlegene var godt. Det var ingen som klaget og alle gjorde jobben sin.

Etter hvert ble det et markert fokus på oppsporing av smitekilden. Hvorfor tok det så lang tid å få svar når prøvetakingen var unnagjort såpass fort?

Jeg synes ikke det tok lang tid.. Det tar ti dager å dyrke legionella. Det sier seg selv at identifikasjon av de forskjellige stammene da tar noe tid.

Ble dere overrasket når det viste seg at smitekilden var en «scrubber», noe som ikke tidligere har vært sett som noe problem?

Nei, vi fikk mistanke til denne scrubber allerede da våre folk gikk en runde på Borregaard. Vi fikk da vite at dette er en innretning der vann mellom 20 og 40 grader aerosoliseres og blåses ut av store vifter. Dermed ble det naturlig å ta prøver av denne også.

Du/dere har fått ros fra mange hold, sist fra Preben Aavitsland i en leder i Tidsskriftet for den norske lægeforsking. Han mener åpenbart at dere nå har vist veien for den kommunebaserte samfunnsmedisinen. Signaliserer denne typen problemstillinger et slags fokus på «back to basics» i norsk samfunnsmedisin?

Dette illustrerer at det er nyttig og viktig å ha velfungerende samfunnsmedisinske fagmiljøer i kommunene. Her hadde en samfunnsmedisinere som hadde gode samarbeidsrelasjoner med andre deler av kommunehelsetjenesten i to kommuner. Det gjorde oss i stand til å håndtere utbruddet raskt. Jeg har fremhevet at ansvarsprinsippet er nyttig, men det forutsetter at den ansvarshavende er kompetent og lokalkjent. Dette er ikke oppgaver som hvem som helst kan ha. Dette må man kunne. Fra legenes side hadde vi lokalkunnskap og relasjoner som betydde mye. Jeg hadde for eksempel samarbeidet tidligere med kommunens Geodata avdeling i et svevestøv prosjekt der problemstillingene til forveksling likner spredning av aerosoler fra kjøletårn. Det å bruke deres kompetanse viste seg å være uvurderlig. Våre folk på geodataavdelingen fikk i sin tur igjen hjelp fra norsk institutt for luftforskning for å omgjøre data-simuleringsmodellene fra å gjelde støv til aerosoler. Dette er eksempler på at det lokale nettverket fungerer fordi man har lagt en god del relasjoner gjennom års arbeide. Ingen eksterne organisasjoner kan klare å få en slik lokal oversikt på kort tid.

Så til samfunnsmedisinens store spørsmål, organiseringen. Dere var vel forberedt. Mange andre kommuner hadde åpenbart ikke den ringeste peiling på hva et kjøletårn er, langt mindre hvor de har kjøletårn i kommunen sin. Tyder ikke dette på at man med fordel kan regionalisere samfunnsmedisinen og at den kommunale organiseringen ikke er hensiktsmessig i alle norske kommuner?

Organisering er viktig. Jeg tror nok at det er hensiktsmessig å knytte dette til kommunestrukturen på en eller annen måte fordi de har så mange oppgaver som krever samfunnsmedisinsk medvirking.

Hva gjør du annerledes neste gang legionella bakteriene svever gjennom luften i nedre Glomma område?

Vi involverer enda mer informasjonspersonell tidlig under utbruddet. For oss var det viktig å vise åpenhet, men vi ville ha en viss styring med informasjonsflyten slik at det som kom ut var etterrettelig. Til å begynne med ringte mobiltelefonen nesten kontinuerlig fra journalister fra hele Norden. Jeg måtte slutte å ta telefonen dersom jeg skulle få gjort noe som helst.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Petter Brelin. Kontakt ham på brelin@c2inet

HØYT URINSYRENIVÅ

– hva så?

AV GUNHILD FELDE, fastlege i Bergen

KARSTEIN HALDORSEN, kst. overlege ved revmatologisk avdeling på Haukeland Universitetssykehus

Podagra eller arthritus urica er en vanlig tilstand i allmennpraksis. Men hvordan er sammenhengen mellom urinsyrenivå og utvikling av urinsyregikt? Hva bør vi tenke på av disponerende faktorer, og når bør vi egentlig måle urat?

Når er det grunn til å sette i gang med profylaktisk behandling? Og kan slik behandling gies samtidig med behandling for et akutt anfall av urinsyregikt?

Det har vært en del fokus på høyt urat som mulig risikofaktor for hjerneslag. Er høyt urinsyrenivå noe vi skal bry oss om i det hele tatt?

Vi har tatt utgangspunkt i en nokså vanlig pasient fra allmennpraksis. Selve sykehistorien står i kursiv, det øvrige er våre kommentarer.

Pasienten er en 79 år gammel mann som tidligere har hatt et hjerteinfarkt med postinfarkt- hjertesvikt. Han har hypertensjon og har også tidligere hatt et lite cerebralt insult med minimalt sekvele. Av medisiner bruker han Zestoretic 1 tablett daglig, Albyl-E 160 mg 1 tablett daglig, Selo-Zok 50 mg 1 tablett daglig og Simvastatin 20 mg 1 tablett daglig.

Han har det siste året hatt tre anfall som har vært oppfattet som urinsyregikt. To av gangene har det dreid seg om hevelse og smerte i stortåens grunnledd, en gang hadde han hevelse og smerte i et ankelledd. Han har alle gangene fått behandling med NSAIDs og blitt raskt bra. Det har ikke vært startet med noen form for forebyggende behandling mot nye artrittanfall.

Uratnivået har vært målt ved et av anfallene, det var da på ca 700. På en vanlig kontroll da han ikke hadde symptomer på urinsyregikt var urat målt til 750. Han har også forhøyet kreatinin på 160.

Urinsyre er et nedbrytningsprodukt av purin fra cellenes DNA og RNA. Hyperurikemi og urinsyregikt skyldes i mer enn 90 prosent av tilfellene nedsatt renal utskillelse av

urinsyre. Urat-overproduksjon forekommer hos enkelte, og kan skyldes hematologisk malignitet eller for høyt inntak av puriner i kosten. Alkohol kan medføre både økt purin-nedbrytning og nedsatt renal utskillelse, og øl inneholder i tillegg purinet guanosin. I tillegg er hyperurikemi korrelert til bruk av diuretika, samt fedme, hypertensjon og insulinresistens.

Urinsyregikt opptrer oftest, som hos denne pasienten, som **enkeltvis akutte artrittanfall: En kronisk toføs urinsyregikt** med urat-avleiringer i hud, ledd, beinvev, og i sjeldne tilfeller nyreparenchymet.

I allmennpraksis vil diagnosen oftest settes klinisk hos pasienter med typisk podagra (= «fot-anfall») og forhøyet urinsyre. Stortåens grunnledd (første metatarsofalangealledd, MTP-1) blir rødt, hovent og eksessivt palpasjonsømt. Litt verre kan det være ved affeksjon av andre ledd og en sikker diagnose kan kun settes ved polarisasjonsmikroskopering av fagocyterte intracellulære uratkrystaller i leddvæskeaspirat. Ved tvil om diagnosen – i hvert fall der konsekvensen kan bli livslang urinsyresenkende medikasjon – bør det henvises til revmatolog, eller leddvæske kan sendes til revmatologisk avdeling.

Det finnes et kriterie-sett for diagnosen, men dette er omfattende og lite anvendelig (American Rheumatism Association, 1975).

MTP-1 rammes hos mer enn 90 prosent av pasientene, og som første anfall hos over 50 prosent av pasientene. Andre vanlige lokalisasjoner er ankel, hæl, kne – men alle ekstremitetsledd kan rammes. Distal lokalisasjon er vanligst fordi temperaturen her er lavere og løseligheten til urat er mindre. Akutte urinsyregiktanfall er monoartikulære i 85 prosent av tilfellene, og anfallet gir seg gjerne etter tre til ti dager. Men ved alvorlig, toføs urinsyregikt kan det være hyppige anfall med artritt i mange ledd enten samtidig eller migrerende.

Podagra



FOTO: SVEIN RØEN

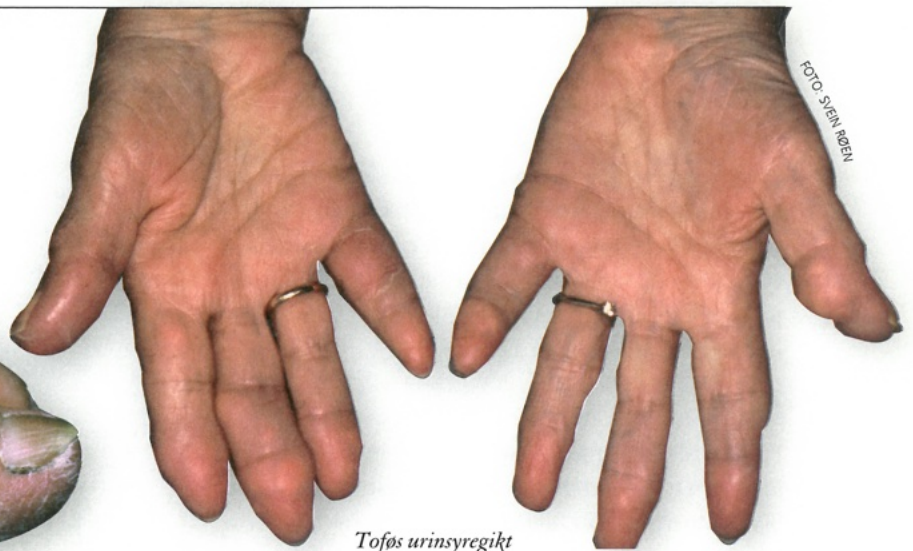


FOTO: SVEIN RØEN

Toføs urinsyregikt

Vedrørende **nivået av serum-urat**, er dette oftest høyest under anfall, men trenger ikke være det. Denne pasienten hadde hatt litt lavere urat-nivå under anfall.

Pasienten vår oppsøker nå fastlegen på ø-hjelptime på grunn av hevelse og smerter i et ankelledd. Han har nå vanskelig for å belaste benet og kommer hinkende. Ved undersøkelse er ankelen kraftig hoven og rød med nedsatt bevegelighet. Ut fra det kliniske bildet og tidligere sykehistorie, vurderer almenlegen dette som et akutt urinsyregiktanfall i ankelleddet. Hun velger å starte med NSAIDs og smertestillende. Pasienten begynner samtidig med allopurinol. I tillegg avtales kontroll om noen dager.

Akutte anfall behandles med avlastning, NSAIDs og/eller andre analgetika. En annen mulighet er kolkisin tabletter 0,5 mg, og Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell anfører følgende dosering: «0,5 mg hver time inntil effekt eller inntil gastrointestinale bivirkninger opptrer. Maksimaldosen er seks mg de første 24 timer. Deretter tar man en pause på 48 timer og fortsetter så med 0,5 mg tre ganger daglig, i tre til fire dager, med gradvis reduksjon av dosen de neste tre til fire dager.» Ved store smerter og/eller funksjonsproblemer (gangvansker etc.) anbefales intraartikulær steroidinjeksjon, som kan gi meget god effekt innen ett til to døgn. Ved flere ledd affisert kan prøves Prednisolon nedtrappende fra 30–50 mg dgl. i løpet av sju til ti dager. Alle disse tiltakene er kun symptombehandling. Dersom pasienten fra før bruker urinsyresenkende medikasjon, trenger ikke dette å kuttes ut under et anfall, og heller ikke andre medisiner.

Vi vil peke på to punkter når det gjelder **forebyggende behandling**:

1

Det er forskjellige muligheter for medikamentell artrittprofylakse med livslang **urinsyresenkende medikasjon**. Dette er indisert ved hyppige anfall, minst to til tre anfall i løpet av ett til to år, samt ved urat-nyrestein og urat-nefro-

pati, ved toføs urinsyregikt, og ved skjelettforandringer med ledderosjoner som følge av langvarig artritt. Behandlingsmål er reduksjon av s-urat til nedre del av referanseområdet. Å innsette urinsyresenkende medikasjon under et pågående anfall sies å kunne gi forverring av anfallet eller hyppigere anfall i starten, men dette er dårlig dokumentert i kontrollerte forsøk.

Allopurinol: Hemmer purin-nedbrytningen. Vanligst i bruk, tolereres som oftest godt. Dosering opptil 600 mg daglig. Omtrent tre prosent av pasientene får kløende makulopapuløst utslett, noen få av disse igjen får også en alvorlig hypersensitivitetsreaksjon som kan være livstruende. Hvis ikke andre urinsyresenkende midler kan brukes, kan allopurinol likevel som oftest brukes etter en desensitiserings-behandling med gradvis økende doser fra 0,05 mg. (En viktig interaksjon er mellom allopurinol og azathioprin (Imurel): Azathioprin-speilet øker kraftig og kan gi alvorlig beinmarsvikt, hvis ikke Azathioprin dosen reduseres med 50–75 prosent.)

Probenecid: Øker renal uratutskillelse. Virker ikke ved betydelig nyresvikt. Det anbefales kreatinin-clearance over 50 ml/min, alder under 60 år, og ingen nyrestein. Tåles av de aller fleste, gitt at disse faktorene tas hensyn til. Doserer med opptil tre gram daglig.

Benzbromarone: Øker renal uratutskillelse. Kan brukes også ved en viss nyresvikt (kreatinin-clearance bør være over 25 ml/min). Reduserer serum-urat minst like effektivt som allopurinol og probenecid, men ble trukket fra markedet for få år siden på grunn av flere tilfeller av fulminant leversvikt. Likevel forskrives det av revmatologer til enkelte pasienter.

I tillegg brukes **Kolkisin** forebyggende. Dette påvirker ikke urinsyrenivået, men virker antiinflammatorisk blant annet på granulocytene, og motvirker at et urinsyregiktanfall utvikler seg. Doseringen ved profylakse er 0,5 mg x 2, eventu-

elt kun en gang daglig. Kolkisin kan tas alene eller kombinert med urinsyresenkende middel. Enkelte pasienter tar kolkisin de første månedene etter oppstart med urinsyresenkende middel. Angiotensin II-blokkeren lisinopril har en mild urinsyresenkende effekt, men er ikke indisert ved urinsyre gikt alene.

2

I tillegg til forebyggende medikasjon kan følgende tiltak iverksettes: sju til ti dager med purin-fattig kost (unngå blant annet sardiner, ansjos, innmat, bønner, linser og visse andre plantesorter) reduserer serum-urat med 60–120 $\mu\text{mol/l}$. Dette viser at **kostomlegging** kan bidra til færre artrittfall. **Vektreduksjon** hos overvektige gir også et fall i urinsyrenivå. Redusert forbruk av **øl og brennevin**. En undersøkelse angir at to øl om dagen gir en RR (relativ risiko) på 2,6 for urinsyre gikt, to glass brennevin gir RR 1,6, mens to glass rødvin ikke økte risikoen. Men kanskje bare 20 prosent av pasientene har vilje og evne til å opprettholde slik livsstilintervensjon. I tillegg vil reduksjon i dose eller seponering av **diuretika** og **acetylsalisylsyre** kunne bidra.

Asymptomatisk hyperurikemi og hjerte-kar-sykdom:

De fleste med hyperurikemi har insulinresistens, men høyt serum-urat er så langt ikke påvist å være en selvstendig risikofaktor for hjerte-kar-sykdom. Urinsyre har i seg selv ingen egen plass i utredning av metabolsk syndrom – men er den først målt forhøyet, må en være oppmerksom på blodsukker, lipider og blodtrykk. Serum-urat måles sannsynligvis for ofte. I almenpraksis er det kun to indikasjoner for måling av serum-urat.

- Utredning av manifest artritt ved mistanke om urinsyre gikt. Hvis pasienten da har høyt urat, vil dette støtte diagnosen, selv om dette oftest ikke er avgjørende.
- Kontroll av urinsyresenkende medikasjon. Urinsyrenivået skal da ligge i nedre del av normalområdet.

I tillegg kan det være indisert med uratmåling ved visse former for kreftbehandling, men dette er sjelden aktuelt i almenpraksis.

Kilder:

Rheumatology Secrets, 2. utgave. Elsevier 2002. www.uptodate.com

Fam, AG: *Excess Calories, Purines, and Alcohol Intake and Beyond. Response to a Urate-Lowering Diet*. The Journal of Rheumatology, 2005; 32: 5.

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

ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

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

Min store fete greske kongress

AV PETTER BRELIN

Mesteparten av det vi driver med har med folks uvaner å gjøre. Hadde folk oppført seg rasjonelt, sunt og fornuftig, ville vi hatt gode dager på kontorene i det ganske land. Sånn er det ikke. Folk røyker. De drikker.

Og de spiser for mye. Alt for mye.

Vi vet hvordan det går. Energiregnskapet går ikke opp. Det gjør vekten. Folk går i et energetisk plussregnskap og blir tyngre for hvert år som går. Vi ser konsekvensene med økende belastningslidelser, diabetes, hypertensjon osv.

Dette må vi gjøre noe med. Og vi forsøker så godt vi kan. Vi gir råd, oppfølging og veiledning. Med vekslende hell og usikker kunnskap forsøker vi å få tonnasjen på lista ned. I denne prosessen møter vi en rekke krav og en mengde spørsmål. Bør jeg bare spise proteiner? Er karbohydratene mine bra nok? Hva med koffein, blir jeg slank av det? Hva med den enestående pudding-kuren som jeg har funnet på side 48 i Norsk Ukeblad?

Jeg tror jeg tar stilling til ukebladartikler ukentlig. Hver gang omsorgsfullt brettet sammen og brakt til legen av en håpefull pasient med høyere BMI enn det som godt er.

For å svare må vi vite. For å vite må vi søke kunnskap.

Den 14. (!) Europeiske kongressen om overvekt ble holdt i Athen i år. Den samlet en rekke forskere og deltakere til et utall seminarer, symposier og forelesninger.

De som har vært på en slik stor kongress vet at det ikke på noen måte er mulig å gi noe utfyllende og helhetlig inntrykk av den. Alle plukker opp forskjellige ting og sitter igjen med sitt eget inntrykk.

Mitt inntrykk er at dette i hvert fall ikke er lett. Det er tungt. Og ikke bare er det tungt for det europeiske folk som vi hadde et spesielt fokus på. Det virket heller ikke helt lett for deltakerne på denne kongressen. Vi, som er de flinkeste og mest kunnskapsrike på temaet, hadde åpenbart ikke fått til dette med vektkontroll noe bedre enn alle de andre. Vår BMI var nok over gjennomsnittlig høy. Ikke så det ut til at vi hadde tenkt å gjøre noe med det heller. Vi kom bekymret ut av forelesninger der vi hadde hørt om eksplosiv vektutvikling i både det ene og det andre landet. Og kastet oss over maten. Med en svært god appetitt. Boller og kaker gikk ned på høykant. En dag var det for lite lunsj. Det ble rene opp-tøyene. Lubne forskere fra en hel verden oppførte seg som gribber rundt et nyfelt bytte på Serengetisletta.

Slikt får en til å undres.
Virker kunnskap?
Det ser ikke helt slik ut.

Det holder altså ikke med kunnskap. Hva så med dietter? Her var det mer glede. Nå har vi flere gode sammenliknende studier mellom forskjellige dietter og de viser at dietter virker. Den banale sannheten er at dersom dietten din har mindre kaloriinnhold enn det du forbruker, blir du slankere. Enkelt og greit. Det er ingen som ser ut til å klare å vise at det er viktig hva dietten er sammensatt av. Det store spørsmålet de siste årene har vært spesialdiettene. Høyt fettinnhold, høyt proteininnhold, Atkinson, Fedon, osv osv. Jo da, de virker de også, men bare som et resultat av det reduserte kaloriinntaket. Forskingen indikerer at dietter med høyt proteininnhold (og tilsvarende lavt karbohydrat innhold) resulterer i et noe større vekttap i løpet av det første året, men etter et år er det faktisk noe dårligere resultater for de som sverger til dietter med høyt proteininnhold. Årsaken til dette synes å være er at det er vanskeligere å holde seg til en slik ensidig sammensatt diett og at det dermed er flere som faller ut av «behandlingen». Very Low Calorie Diet (Nutrilett o.l.) virker raskt og er effektive, men få klarer å holde ut særlig lenge.

Det ser ut som om det i store studier med mange deltakere er veldig vanskelig å få til mer enn fem til ti prosent vekttgang, uavhengig av metoden man bruker. Samme greia med medikamentene. De virker, ingen tvil om det, men effekten kan ikke med den beste vilje kalles dramatisk. Ved seponering er det en lei tendens til at kiloene kryper tilbake på plass. Det ble presentert et par nye substanser på kongressen. Enestående fine greier så vidt jeg forstod, men en tilbøyelighet

til å indusere sprutbrekninger gjorde at markedspotensialet ble antatt å være begrenset. Nye medikamenter er i emning, men det ser ikke ut til at det er noen grunn til å stille seg i kø på apoteket for å kjøpe pillen som gir evig vektkontroll på en stund enda.

Mange har, med god grunn, vært bekymret for vektutviklingen blant barn og unge. Det var gjort flere studier med tanke på å finne effektive intervensjoner for å få kontroll med barns vektøkning. Noen store studier der det ble iverksatt til dels omfattende trening/fysisk aktivitet viste knapt noen forskjell i vekt på de «trente» barna og de som ikke trente. Konklusjonen er nok at det er vanskelig å kontrollere vekten uten å gjøre noe med kaloriinntaket. Barn

kompenserer sannsynligvis det økte energiforbruket med øket inntak. Selv om det ikke er dramatiske effekter på vekten av trening, er det ingen grunn til å sette seg rolig til av den grunn. Det mangler ikke på andre gunstige effekter, det positive er at barn som trener selvsagt blir sprekere og at de får bedre selvtilit enn sofasliterne. En annen konklusjon som ble presentert av en noe oppgitt forsker, var at dersom barn skal trenes, må de bestikkes! Amerikanerne ga hver deltaker i en av studiene en dollar for hver gang de møtte til trening. Nederlenderne vurderte å bestikke ungene med en Ipod for å gjennomføre et trenings- og diett-opplegg. Noe å lære av i praktisk medisin?

Forskning er i mange medisinske disipliner dominert av genetik. Det ser ut til å komme sterkt også innenfor fedme-forskning. Det er funnet ca 400 gener som på en eller annen (som regel fullstendig ukjent) måte er assosiert til overvekt. Mange gjør mye for å finne ut hva disse genene gjør. En rekke hormoner er karakterisert (ghrelin, leptin...) som spiller inn i kontroll av kroppsvekten. Forsøk på å skru av og på gener og stoppe eller stimulere hormonell påvirkning er det også en del av. Det virker logisk, men det er enda ikke kommet mye ut av dette. Skruv du av et gen eller hemmer et hormon, skruv noe annet seg på og dermed er det ikke så mye igjen av den effekten du trodde du ville se.

For meg ser det ut som om vi bare har begynt å skrape på overflaten. Men sånn vil det antagelig ikke forbli. Mange mennesker arbeider hardt med sin forskning. De jobber jevnt og trutt og samler inn stadig nye gigabyte med data. Før eller senere kommer det sikkert mye nyttig innsikt ut av dette. Innsikt som gir oss evig vektkontroll i en liten pille. Slik som det ser ut nå, er det lite annet enn sult, disiplin og trening som du kan tilby de pasientene som ønsker seg hjelp med slanking.



Wikipedia for allmennmedisin?

KUPs nettsted – åpent forum for fagutvikling

AV SVEIN GJELSTAD OG TOR CARLSEN

Wikipedia er kanskje den største kunnskapsdugnad verden har sett. På fire år har dette nettstedet (www.wikipedia.com) vokst til nær en million artikler om alle tenkelige emner, nesten 400 000 på engelsk og over 10 000 på norsk. Alle kan legge inn sine bidrag. Ingen får honorar, og ingen betaler for bruken. Det er ingen redaktør, men en effektiv uformell kvalitetskontroll og justis.

Kan ideen brukes i mindre skala? Allmennmedisinen trenger et torg hvor ideer og kunnskap om kvalitetstiltak kan samles, oppdateres og suppleres. Her bør vi finne metoder og forskningserfaringer, beskrivelse av de sentrale prosjektene, lovverk og lenker ut i verden. Men først og fremst trengs rapporter om de lokale aktivitetene, erfaringer om hva som har virket og hva som ikke har virket.

Mange som arbeider med kvalitetsutvikling på legekontorene, opplever å få bedre samhandling og samhold på kontoret. Det gir bedre trivsel på jobb, større produktivitet, i tillegg til mulige gevinster for pasientene. Vi trenger beskrivelse av slike prosesser, til inspirasjon for alle som ønsker å forbedre egen praksis,

Kvalitetsutvalg for primærmedisin (KUP) presenterte sitt nettsted (www.kup.no) i 2003. Vi ønsker å videreutvikle dette til å bli et sted hvor grasroterfaringer blir samlet og diskutert. Legeforeningen støtter arbeidet gjennom kvalitetssikringsfondet.

Hva finnes på dagens nettsted?

Beskrivelse av praktiske verktøy og metoder

- **Mal for internkontroll** – håndbok som vil oppfylle Helse-tilsynets krav til allmennpraksis, med lenker til praktiske eksempler fra legesentra
- **TrinnVis** – guide til dokumentasjon og bedring av data-sikkerhet, utviklet i samarbeid med tilsynsmyndighetene.
- **Verktøykasse** – inneholder definisjoner, metodikk, måle-verktøy og informasjon om pågående prosjekter, og er ment å være til hjelp når du har en idé som skal omsettes i praksis.
- **Problemstillinger** – En oversikt over og lenker til aktuelle verktøy med utgangspunkt i aktuelle problemstillinger.



Kvalitet kan vurderes ut fra en rekke vinkler: Kliniske oppgaver, organisering/tilgjengelighet, lege-pasientforholdet m.v. Denne oversikten er særlig egnet for kollega-grupper.

- **Lenker til lovverk** for helse- og sosialsektoren, og informasjon om kurs- og møte virksomhet som har betydning for kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten.
- **Ordbok i «kvalitetslatin»** – en veiledning til en delvis uoversiktlig nomenklatur
- **Aktuelt om kvalitetsutviklingsarbeid**, henvisning til aktuelle kurs, konferanser, litteraturanmeldelser.

Hva ønsker vi framover?

Et nettsted fyller sin hensikt først når innholdet er i samsvar med det brukeren leter etter. Vi mener derfor at brukeren av nettstedet vil være den beste bidragsyteren. Mange av leserne sitter på verdifull kunnskap fra små eller store prosjekter innen kvalitetsutvikling på kontoret. Det er like viktig å beskrive et lite hverdagsprosjekt som et større prestisjeprosjekt.

www.kup.no har stor takhøyde og lav terskel for publisering, det stilles derfor ikke bestemte krav til utformingen av stoffet, foruten at temaet må ha betydning i forhold til kvalitetsutvikling. Skriv gjerne en bokanmeldelse eller kommentar med henvisning til en aktuell artikkel. Vi mottar gjerne kommentarer på om stoffet på sidene er skivebom, eller om du ikke finner det du leter etter.

Nettstedet har ikke en Wikipedia-struktur som gjør det mulig å publisere direkte. Bidragene må derfor sendes inn i form av vanlig e-post, eventuelt med vedlegg i form av Word dokumenter, Adobe acrobat (pdf) dokumenter eller andre tekstformater. Bruk menyvalget «E-post til KUP» på nettstedets forside.

Vårt ønske er at www.kup.no skal bli brukernes nettsted til nytte og inspirasjon, og vi ønsker alle velkomne som bidragsytere.

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

Helsevesenets lange arm

AV ANDERS SVENSSON



Dersom du er lege, er du lege uansett hvor du er i verden.

Utposten har vært på langtur. Til Europas Utpost – Nordaustlandet på Svalbard.

Og fikk oppleve hvordan det er å være barfota lege, i seilerstøvler.

Christophe var ikke helt frisk da han mønstret på i Longyearbyen. Han klaget over løs mage og tretthet. To uker tidligere hadde han vært i Marokko. Etter å ha drukket et glass appelsinjuice på markedet i Marrakesh, fikk han feber, magesmerter og diaré. Han ble behandlet med ampicillin av en lokal lege. Jeg oppfattet hans symptomer som rester etter en bakteriell mageinfeksjon av ukjent genese og tenkte at han nok ble bedre etter hvert. Han ble også bedre og deltok som oss andre de første ukene av turen. Kanskje var han litt mindre entusiastisk, litt mindre aktiv og kanskje litt mer gretten. Men det er sagt med fasit i hånd.

Målsettingen for turen var å filme isbjørn i driviskanten og kanskje også få bilder av isbjørn som jakter på hvalrossunger. Vi forlot Longyearbyen tredje august med fem mann om bord. Det franske filmteamet bekreftet alle mine fordommer og fylte båten med delikatesser og en ikke ubetydelig mengde vin. Med alt kamerautstyr og slike forsyninger for en måned var det trangt om bord.

Isforholdene var ekstreme sommeren 2004. Isen hadde trukket seg langt nord, og Nordaustlandet var isfritt allerede i juli. Nordaustlandet låg åpent for oss. På Storøya, lengst nordøst på Svalbard samler hvalrosshunner og unger seg om sommeren. Der har man ofte observert isbjørn. Naturligvis skulle vi til Storøya, 400 nautiske mil fra Longyearbyen.

Vi kom frem til Storøya 10. august, etter en ikke helt ukomplisert seilas, og jeg var fryktlig sliten da vi ankret opp ved Norvargodden. Det var likevel en fantastisk opplevelse å se hvalrossunger og deres mødre leke i strandkanten. Christophe derimot klarte ikke å glede seg. Han følte seg dårlig, spiste lite og drakk dårlig. Han hadde klaget av og til under seilasen, men jeg hadde ikke tatt det alvorlig. Legerollen hadde jeg lagt igjen på kaia på Andenes. Jeg hadde nok med å være skipper. Dessuten var det jo lite jeg kunne gjøre. Jeg hadde legekoffert med «blanda drops», men mine diagnostiske muligheter var begrensede.

Etter et par «bygge-konsultasjoner» skjønte jeg at jeg var nødt til å ta på meg den imaginære legefrakken og gjennomføre en konsultasjon. Jeg fant frem legekofferten, og vi satte oss i forpiken. Han fortalte at han ikke hadde hatt avføring på fire dager, at han følte seg trøtt og sliten, at maten ikke smakte og at han ønsket at jeg skulle gjøre noe. Jeg fant lite i status. En tentativ diagnose var parasittinfeksjon, og jeg undersøkte derfor leveren, som var normal. Jeg følte meg utilpass da jeg på engelsk skulle forklare at det var lite jeg kunne gjøre, at jeg ikke hadde Flagyl ombord og at vi var nødt til å se det an.

Etter tre dager ble været dårlig, og vi lettet anker. Christophe var ikke bedre, tvert om. Han var nå sengeliggende, og var bare oppe for å drikke litt vann av og til. Etter to

døgn gav han klar beskjed, han ville avslutte turen og dra hjem. Christophe er en ung mann, en svært ambisiøs ung fotograf i begynnelsen av sin karriere. Han er veltrent, sterk og villig. At han sa at han ønsket å dra hjem, var et signal som jeg var nødt til å ta alvorlig.

Vi ankret opp i Zordragerfjorden.

Ny konsultasjon. Han fortalte

at urinen skummet og var

mørk. Han

følte seg elendig.

Jeg fant

lite nytt ved

undersøkelsen.

Blod-

trykket

var nor-

malt.

Stabil



normofrekvent puls og ingen ømhet over abdomen. Urinen var mørk, eplejuice-farvet, men ellers ikke påfallende.

Jeg visste ikke hva som feilte ham. Jeg savnet blodprøver, jeg savnet urin-stix. Jeg savnet Dr Sæther i nabokontoret og Bente på laboratoriet. Jeg savnet alt som finnes på et legekontor. Tentativ diagnose var fortsatt parasittinfeksjon, og jeg var fortsatt like hjelpesløs.

Vi hadde to alternativer. Vi kunne seile til nærmeste havn, Ny Ålesund, en tur på 40 timer i godt vær. Været på Svalbard er notorisk ustabil, og seilasen kunne godt ta både fire og fem døgn.

Eller vi kunne få et redningshelikopter til å hente ham. Jeg nølte.

*Iolaire ankret opp ved Storøya.
I forgrunnen hvalrosser.*





Isbjørn i Zordragerfjorden.

Var han syk nok for å bli hentet av helikopter? Vi hadde redningsforsikring, men jeg så for meg at helikopter stort sett bare skulle brukes dersom noen ble spist av isbjørn.

Det skader ikke å ringe og spørre tenkte jeg. Legen, Frode Skanke, allmennpraktiker på Longyearbyen sykehus, hørte min forklaring.

«Mann med mageinfeksjon og dårlig allmenntilstand? Ikke noe tvil. Han skal hentes. Gi meg deres posisjon, så skal jeg bestille helikopter»

Jeg ble stum. Sjokkert over at det var så enkelt. Vi befant oss så langt borte fra sivilisasjonen som det er mulig å komme i Europa. Likevel var det bare å ta telefonen og bestille ambulanse. Presis som hjemme. Frode Skanke gav inntrykk av at dette var helt ukomplisert, ytterligere et oppdrag i den lange rekken av oppdrag.

Seks timer senere kom det svære helikopteret ut av tåken og landet på stranden. Legen kom ut, hilste, tok med seg vår venn, og etter fem minutter var de på vei tilbake over fjellene mot Longyearbyen. Det var med blandede følelser jeg så helikopteret forsvinne i tåken. Lettelse over at dette ikke lenger var mitt ansvar og sorg over at Christophe var nødt til å forlate oss.

Vi seilte videre, nå med fire mann om bord. I slutten av august kom vi tilbake til Longyearbyen. Ei uke senere låg Iolaire til kai på Andenes.

Hva som feilte ham? Hepatitt A. Selv ble jeg syk ei uke etter jeg kom hjem til Norge. Fire uker etter smitteeksponering. Å vaksinere seg mot hepatitt A stod ikke på den lange sjekklisten før avreise til Svalbard i juli.

Etter seks timer kom helikopteret oss til unnsetning.



Helikopterbasert redningstjeneste på Svalbard

AV FRODE SKANKE

I forbindelse med Anders Svenssons interessante kasuistikk i dette nummeret av Utposten, er jeg blitt bedt om å skrive litt om Redningstjenesten her oppe på Svalbard. Ved denne anledning vil det stort sett handle om den helikopterbaserte redning som bare er en del av den totale redningstjenesten på Svalbard.

Man møter kolleger i mange sammenhenger. Å møte en kollega på ei strand på nordspissen av Nordaustlandet, omtrent siste stopp før Nordpolen, er fascinerende, og hadde det ikke vært for temperatur og mangel på tropisk skog kunne selvsagt en naturlig åpningsreplikk ha vært: «Dr Livingstone, I suppose?»

Når samme kollega medbringer ferdigskrevet innleggelsesbrev på diskett fra sin seilbåt, så blir kontrasten mellom moderne teknologi og det totale ødeland sterk. Kanskje er kontrastene litt av årsaken til at det føles som et privilegium å få være doktor på Svalbard en periode i livet.

For de som aldri har besøkt øya, litt om verden her oppe: Svalbard er ei øygruppe hvor Spitsbergen er den største øya. Innbyggertallet i Longyearbyen er i øyeblikket ca 1800 og langsomt stigende. Longyearbyen er et samfunn i endring.

Tidligere var det et utpreget og barskt gruvesamfunn, i dag er det mer og mer et familiesamfunn med økende antall kvinner, barn og «myke» verdier. Verdier som sikkert kan skape identitetskrise i en innbarket gruvebus!

I Ny-Ålesund er det en bosetning med ca 30 innbyggere vintertid og omtrent det tidobbelte om sommeren.

Der er noen få fangstasjoner spredd rundt på øya der man fortsatt overvintrer og jakter på isbjørn. Noen fangstfolk overvintrer år etter år. Måneder med totalt mørke og med isbjørn som kanskje eneste besøkende i ukevis. I vår stadig mer siviliserte og teknologiske verden blir kontrasten til deres tilværelse stor. De har min fulle respekt, samtidig som jeg er nysgjerrig på deres motivasjon og drivende kraft.

Frode Skanke

Frode Skanke f. 1952. Cand med. 78. Spesialist i allmennmedisin. Arbeidet som kommunelege og privatpraktiserende i Røros fra 83. Kommunelege i Tolga og Os. Arbeidet to år ved Seksjon for Lindrende Behandling, Kreftavd. St.Olav før han begynte som almenpraktiker ved Longyearbyen sykehus for to år siden.



Frode Skanke foran Super Puma-redningshelikopteret på Svalbard.

Barentsburg, med sine knappe 1000 innbyggere, har sitt eget sykehus, og det er i dag svært lite samarbeid med det medisinske miljøet der.

Det har vært drevet aktivt fiske rundt Svalbard og Bjørnøya i århundrer, og det var en fiskebåtulykke som egentlig startet den helikopterbaserte redningstjenesten her oppe.

I oktober 1992 synker fiskebåten Njord ved nordspissen av Spitsbergen. Seks overlever og fem forulykkes. Redningshelikopter fra fastlandet bruker sju timer på å nå ulykkesstedet, og i ettertid blir det reist spørsmål om flere kunne vært reddet.

Fram til da hadde man ikke redningshelikopter med heis stasjonert på Svalbard. Årsaken var at redningshelikoptre



er militære, og Svalbardtraktaten tillater ikke faste militære installasjoner på Svalbard. Etter massivt press fra særlig fiskerierorganisasjonene etter ulykken blir det utplassert et Super Puma Redningshelikopter på Svalbard. Sysselmannen, som er en sivil statsinstans, får ansvaret for helikopteret.

I dag er det fortsatt Sysselmannen som har hovedansvar for redningstjenesten og Airlift som utfører selve helikoptertjenesten med to helikoptre, et Super Puma og et mindre Dauphin helikopter. Longyearbyen sykehus er samarbeidspartner og deltar med lege/anestesisykepleier etter behov. I tillegg er det redningsmann på helikopteret som har ambulansefagbrev, flyerfaring og uunnværlig praktisk erfaring.

Oppdragene er mangfoldige og forskjellige ut fra årstid. Samtidig er de begrenset i antall. I 2004 var det knappe 60 oppdrag.

Longyearbyen har tre legestillinger, to i allmennmedisin og en i kirurgi. Vi har erfarne anestesisykepleiere, men ikke anestesilege.

Utfordringen er derfor å prøve å bygge opp erfaring og kompetanse god nok med så vidt sjeldne oppdrag. Vi har relativt hyppige helikoptertreninger med diverse øvelsesmomenter. Faglig prøver vi å perfektionere oss bl.a. gjennom nært og godt samarbeid med Akuttmedisinsk avdeling UNN.

I løpet av året kommer det ca 55 000 turister til Spitsbergen som beveger seg rundt på øya. Med den skisserte bosetningen, avstandene og et veinett kun begrenset til Longyearbyen er helikopteret vår ambulans.

Sommer er tiden for cruiseskip og turistbåttrafikk. Passasjerene er ofte noe eldre mennesker med et sykdomspanorama som man kan forvente. Når man skal prøve å bringe en 150 kg tung turist med lungesvikt fra nedre dekk via heis opp i et helikopter er man glad for bistand av en ung og sterk redningsmann!

Høsten er tid for oppdrag på fiskebåter av forskjellig nasjonaliteter der kanskje de språklige utfordringer er nesten like store som de medisinske... Det er mye lyd og ståhei rundt spanske hjerteinfarkt!

Vinter er tid for opplevelsene, ikke minst på snøscooter. Folk kjører ned i bresprekker, går igjennom usikker våris og blir tatt av snøskred. Ryggskader og frakturer dominerer. Hvert år registrer vi ca 40 snøscooterulykker ved Longyearbyen sykehus, og en del av disse skadene blir naturlig nok fraktet inn med helikopter.

Et interessant fenomen er at vi i motsetning til fastlandet knapt har registrert alkoholrelaterte scooterskader.

Hvert år har vi dødsulykker i forbindelse med bruk av snøscooter. Kanskje noen ulykker skjer ut i fra manglende re-

spekt for de klimatiske forhold på Svalbard. Et fascinerende landskap, men med klare utfordringer.

Medisinsk sett er risikoen for hypotermi ved skader nesten et helårsproblem. Risikoen er selvsagt ekstrem vinterstid ved den hyppige kombinasjonen av lave temperaturer og vind. Slik sett blir helikopteret også et viktig hjelpemiddel ved ulykker i nærområdene rundt byen, bl.a. på isbreene.

Tredve prosent av oppdragene er sjøbaserte, dvs. sykdom og ulykker om bord på båter. Turistbåtene har sitt sykdomsspekter, ofte eldre mennesker med hjerteproblematikk. Midnattssol i Magdalenafjorden kan forøvrig få mangt et hjerte til å slå raskere ...

Fiskeflåten rammes av de mer traumatiske ulykkene, ofte med hodeskader og stygge ekstremitetskader.

Ut i fra oppdragets art kan man utstyre helikopteret med det man ønsker av medisinsk og annet utstyr. Det er bl.a. stasjonert breredningsutstyr på basen. Det finnes skredgruppe i regi av Røde Kors og redningstjenesten har et tett samarbeide med den. Slik sett kan man i samarbeid, og under ledelse av Sysselmannen, bruke de ressurser man trenger ved de forskjellige typer ulykker.

Helikopteret har Zollenhet, og slik sett er det f.eks. intet hinder for å gjøre prehospitaletrombolys med innsending av EKG via Iridium-telefon fra en turistbåt i Hinlopenstredet (i den grad det er et mål!).

Super Pumaen har god kabinplass og stabilitet, slik at det kan jobbes relativt aktivt med en pasient på vei til sykehuset. Derimot kan helikopteret ikke fly uten mellomtanking til fastlandet. Derfor må pasienter alltid flys inn til Longyearbyen sykehus for primærbehandling før eventuell videre transport med ambulansfly.

Dette er en enkel beskrivelse av den helikopterbaserte redningstjenesten på Svalbard. Fra en doktors side en utfordrende og spennende del av doktorjobben som man nok vil tenke tilbake på når de kroniske muskel-skjelettplager igjen skal være den allmenmedisinske hverdagen.

Mye viktigere er hva denne tjenesten har betydd og betyr for den totale eksistens på og rundt Svalbard. Den betyr trygghet for fastboende, fiskere og turister. Slik sett er vi tilbake til en seilbåt ved Kapp Platen, en syk franskmann og en svensk doktor ...

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



RUS FENNGSEL

AV KAROLINE VAN DER HAGEN

Jeg er fastlege i Fredrikstad og jobber i en tre-legepraksis i sentrum. Min kommunale oppgave som fengselslege i Fredrikstad Fengsel har jeg hatt siden 1997 da dette ble endret fra mannsfengsel til kvinnefengsel. Dette er en liten institusjon med 16 ordinære plasser, men det er i snitt 21 innsatte til enhver tid pga soningskø og overbelegg. Det er en såkalt Åpen Anstalt, dvs at den har et lavere sikkerhetsnivå enn en lukket anstalt. Gjennomsnittstiden for soning er 36,5 dager; det er en blanding av bøter, dommer og varetekt. I 2004 hadde vi 215 innsatte i løpet av året. Ca 75 prosent av de innsatte soner for rusrelaterte handlinger.

Min oppgave i fengselet er å ta hånd om de akutte helseproblemene de innsatte har. Jentene kommer fra hele landet, mange har ikke fast bopel og jeg har ingen mulighet for å følge dem etter løslatelsen. Jeg er i fengselet en dag i uken men er tilgjengelig på telefon hele uken og kommer i sykebesøk ved behov. Jeg har individuelle samtaler med hver nyinnsatt der jeg vurderer medisiner, behov for blodprøvetaking og evt innleggelse i somatisk eller psykiatrisk institusjon. Det er svært sjelden behov for innleggelser; ca to til fire i løpet av et år. Jeg har oppfølgende samtaler utover soningen med de som trenger det og med alle som ønsker det. I tillegg til meg har helsetjenesten fengselsykepleier 1 dag/uke og hjemmesykepleien kontrollerer medisindosettene og skifter evt på sår. Vi har psykolog fra Voksenpsykiatrisk Poliklinikk som kommer to ganger/mnd og har samtaler med de innsatte som ønsker det. Fysioterapeut kommer ved behov, dette er mest aktuelt for de med lange dommer.

Når det gjelder medikamentbruk foreskrives vanligvis ikke A- eller B-preparater i fengsel. Fast medisiner for øvrig følges på vanlig måte så lenge det er skrevet ut av lege ute. De innsatte får utdelt medisiner fra vårt lager da vi ikke kan bruke det de medbringer, og da de har rett til gratis medisiner i fengselet.

Den medikamentelle behandlingen av rusmisbrukere i fengselet dreier seg oftest om behandling av abstinens. Dette kan vanskeligjøres når den innsatte ikke innrømmer misbruket, for eksempel av benzodiazepiner (BZ), men ofte vil dette vise seg etter kort tid slik at plagene kan lindres. De opiatavhengige er vanligvis nøye med å fortelle



Karoline van der Hagen
er fastlege i Fredrikstad.
Hun har vært fengselslege
i mange år

meg hva og hvor mye de bruker ute da de har erfaring med at abstinens kan behandles. Det er lettere å behandle dette jo raskere etter siste dose vi begynner.

Behandling av opiatabstinens

Tegretol® 200 mg x 3 er en vanlig dose for behandling av kramper, men iblant må denne økes dersom de bruker store doser heroin/dolcontin/metadon og spesielt dersom de i tillegg bruker BZ. Dersom de kun bruker kodein fast kan det holde med 200 mg x 2, men det er viktig at de også får annen smertebehandling hvis det er en kronisk smerte som er årsaken til bruken.

Nevroleptika er ofte nødvendig for å behandle uro. Truxal® og Nozinan® er mest brukt, dosen er individuell ut fra tidligere erfaringer og evt annen psykiatrisk sykdom.

Afipran® behandler kvalmen ganske bra, men det er nødvendig å være tidlig ute for å få best effekt.

Imodium® lindrer diareen som kan være et betydelig problem ved fravær av opiat.

De innsatte har hyppig tilsyn av betjentene, spesielt er de trent til å passe på at den abstinente får i seg mye væske. Dehydrering er en fare, det øker kramperne og uroen og svekker allmenntilstanden. I enkelte tilfeller blir den innsatte innlagt for rehydrering, men det er som tidligere nevnt sjelden behov for det. Den verste fysiske opiatabstinensen gir seg etter en til to uker.

Behandling av ren BZ-abstinens

Tegretol® 200 mg x 2 pleier å være bra kombinert med angst-dempende C-preparat etter ønske/behov. Truxal® eller Atarax® er mye brukt.

Mange av disse pasientene har en underliggende angst/depresjon som krever mer spesifikk behandling med moderne antidepressiva. Det er lettere å diagnostisere disse tilstandene

når pasientene er rusfrie og ikke bare jager etter neste dose. Dersom pasienten er interessert i annen behandling starter jeg ofte dette under soningen og informerer nøye om at behandlingen må følges videre av fastlege ute. Jeg erfarer ofte at pasienter som har brukt BZ i mange år opplever nærmest en oppvåkning når de har vært uten i tre til fire uker. De er da veldig interesserte i annen behandling for sin angst/depresjon og det prøver jeg å hjelpe dem med. De motiveres til samtaler med psykologen mens de er hos oss. Mange trenger faktisk ingen behandling da plagene hovedsakelig har vært relatert til medikamentavhengighet. Dette opplever jeg også ofte med Imovane® som etter min erfaring gir mye angst og depresjon som bivirkninger ved langvarig og fast bruk.

Behandling av alkoholabstinens

De får rutinemessig B-vitaminer ved innsettelsen og betjentene er påpasselige med væskeinntaket. De fleste trenger beroligende medikamenter og jeg velger da gjerne Truxal® på grunn av tidligere erfaringer. Annen symptomatisk behandling gis ved behov. Jeg har enda ikke opplevd delir hos oss, men en slik tilstand vil resultere i innleggelse.

Sentralstimulerende stoffer

Noen få er brukere kun av sentralstimulerende stoffer som amfetamin og ecstasy, men dette er relativt uvanlig. Abstinensen består da for det meste av en blanding av uro og trøtthet. De kan få nevroleptika ved behov, men mange ønsker ikke det. Jeg tror at noen av disse pasientene har behandlet seg selv for noe som arter seg som en ADHD. Det er lettere for meg å se dette når de har vært uten sentralstimulerende midler i noen uker. Dersom soningen er lang nok forsøker jeg å få i gang en utredning, ellers ber jeg de om å ta det videre til fastlegen når de kommer ut.

Søvnvansker

Søvnvansker er svært hyppig blant innsatte. Jeg forsøker å gjøre en enkel utredning av type søvnforstyrrelse og gir søvnhygieniske råd. Som medikamentell behandling bruker jeg Vallergan®, Surmontil®, Tolvon® eller nevroleptika.

LAR (Legemiddelasistert rehabilitering)

De som allerede er i LAR-prosjekt forsetter prosjektet i fengselet, men det er utskrivende lege som sender resepter til vårt lokale apotek slik at vi unngår misforståelser med dosering. De får ikke fortsette med sidebruk, enten den er utskrevet av lege eller ikke. Det gir både brukeren og de andre innsatte større rusbehov slik at det blir umulig i en så liten og åpen institusjon som vår. For fengselet er det vanskelig da det skjuler evt annet BZ-bruk. Jeg har opplevd mer slik utskrivning de siste to årene, men vi har i vårt fengsel kommet til at dersom brukeren skal ha BZ i tillegg til Metadon®/Subutex® kan hun ikke sone hos oss. Urinprøvene blir

tatt forskriftsmessig og kopi av svarene blir sendt utskrivende lege. Det blir ofte hyppigere urinprøver hos oss enn ute da fengselet trenger flere prøver selv. Dersom en metadonbruker kommer inn med stort sidemisbruk velges ikke Tegretol® som krampehemmer da denne reduserer tilgjengeligheten av Metadon®. Orfiril® eller Neurontin® kan brukes i stedet. Vi starter også LAR hos oss dersom alle formaliteter er i orden og utskrivende lege synes det er OK. Betjentene er erfarne og flinke til å følge opp og brukerne oppfatter det som trygt.

Jeg har hyppig kontakt med rusmisbrukerne i starten av soningen, etter hvert blir kontakten bestemt av den innsatte selv. Dersom hun er interessert kan jeg hjelpe med kontakt med rustjenesten der hun hører hjemme, men det er ikke alle som ønsker det. Ellers tar jeg meg av andre helseproblemer som de har og typisk dreier det seg om infeksjoner, feil- og underernæring og, som tidligere nevnt, psykiatriske lidelser. Tannstatus er ofte elendig, de får tannbehandling mens de soner og noen trenger behandling i narkose. Jeg gjør gynekologiske undersøkelser etter behov, men har ikke kapasitet til rene rutinekontroller.

Jeg skulle ønske at fengselsstraff i større grad kunne kombineres med videre rehabilitering ute. I fengselet er det stort sett rusfritt, det er trygt og de ansatte har stor kompetanse og mye erfaring. Altfor ofte er det ingenting som møter misbrukerne når de kommer ut og da blir letteste og kanskje eneste løsning kontakt med gamle «venner». Det ville være utrolig bra hvis sosialkontorene hadde kapasitet til å plukke opp misbrukeren under soning og planlegge rehabilitering direkte. Iblant skjer dette og det er veldig bra for alle parter. Kanskje kunne vi skape en mellomløsning hvor siste del av soningen foregikk et annet sted og kun hadde som målsetning å planlegge rehabilitering?

Jeg synes min jobb som fengselslege er spennende og utviklende. Arbeid med rusmisbrukere er ofte tungt og vanskelig og det følger mange skuffelser med det. Jeg tror jeg klarer å lindre mange plager, men ofte kan jeg ikke gjøre annet enn å lytte og trøste. Iblant gjør jeg en forskjell og det er veldig inspirerende. Jeg synes jeg er heldig som så ofte får treffe nyktre rusmisbrukere. De bruker ikke tid og krefter på å forsøke å manipulere meg, men snakker med meg om livet sitt slik de ser det når de ikke er påvirket av dop. Dette gir meg et unikt bilde av disse jentene som jeg gjerne skulle kunne andre å se.

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

Syning av LIK

Mange kommuner i landet inngår i disse dager avtaler med nabo-kommunene om legevaktssamarbeide over kommunegrensene. Dette ansees som en stor lettelse for legene som belastes med færre vakter. En ulempe er at vaktene blir tilsvarende krevende med store reise-avstander og flere problemstillinger å håndtere. Oftest kompenseres dette med at pasientene må komme til legevaktskontoret der legen kan jobbe mer effektivt. Noen oppgaver vil allikevel alltid kreve at legen reiser ut, tvangsinnleggelse og større ulykker er naturlige eksempler på dette.

Rettslig plikt til syning av lik i forbindelse med legevakt

I henhold til kommunehelsetjenesteloven §1-1 har kommunen plikt til å sørge for nødvendige helsetjenester til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunen har videre plikt til å ha en legvaksordning, jf lovens §1-3. Krav til legevaksordningen er ikke tidligere formalisert i forskrift. I utkast til forskrift «om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus» er legevaktens innhold og organisering noe nærmere presisert.

Det foreligger imidlertid ingen klar definisjon i lovverket vedrørende hvor grenseoppgangen skal trekkes i forhold til hva som faller inn under tjenesten og hva som for eksempel kan håndteres neste dag eller ved timeoppsett. Derimot vil formålet med ordningen og etablert praksis være veiledende for hva tjenesten må inneholde. Legevaktstjenesten favner videre enn for eksempel plikten til øyeblikkelig hjelp i helsepersonelloven. Tradisjonelt sett har syning av lik vært en del av legevaktstjenesten i kommunen. Spørsmålet er om dette har en særskilt rettslig forankring.

I henhold til helsepersonelloven §36 plikter leger å gi erklæring om dødsfall som de blir kjent med i sin virksomhet. Bestemmelsen forutsetter at leger som blir tilkalt til en døende eller en som er død, vil ha plikt til å vurdere den døde for å utferdige melding om dødsfall. Videre plikter leger i henhold til samme bestemmelse å underrette politiet øyeblikkelig dersom det er grunn til å tro at et dødsfall er unaturlig. Dødsfall i fengsel eller ved funn av ukjent lik skal på samme måte underrettes politiet. Påtalemyndigheten skal deretter i henhold til straffeprosessloven §228 beslutte om det er grunnlag for sakkyndig likundersøkelse. Bestemmelsen gjelder dødsfall «legen blir kjent med i sin virksomhet» og er i seg selv ikke noe pliktregel i forhold til syning av lik.

Smittevernloven §4-6 med forskrift pålegger legen et særskilt varselsansvar dersom dødsfallet skyldes en mistenkt eller påvist smittsom sykdom. Dette ansvaret er pålagt den legen som skriver legeerklæringen om dødsfall. Nærmere plikt til å rykke ut og skrive en slik erklæring er ikke angitt. Det finnes ikke noen særskilt bestemmelse i lovverket som

regulerer legers plikt til å syne lik. En eventuell plikt til å syne lik forutsetter en endring i likbehandlingsloven og helsepersonelloven. Rapporten «Ny dødsattest» avgitt juni 2000 av en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn, anbefaler at det innføres en slik plikt til å syne lik. Det antas at en slik plikt vil medføre at innholdet i Dødsårsaksregisteret vil bli mer nøyaktig.

Ved dødsfall utenfor institusjon tilsier hensynet til pårørende, kravet om utfylling av legeerklæring og meldeplikten ved unaturlige dødsfall, at syning må gjøres inne rimelig tid og at ansvaret påhviler spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Disse tjenestene må sørge for beredskapen. I kommunene kan det skje enten ved avtale med fastleger eller ved at legevakten innrettes slik at dette blir en naturlig oppgave.

Hvorvidt legevaktslegen skal prioritere å rykke ut i forbindelse med et dødsfall beror på den medisinskfaglige vurderingen den enkelte lege gjør ut i fra den konkrete situasjonen. Å rykke ut i forbindelse med et forventet dødsfall kan i kommuner med lange avstander innebære at legens tilgjengelighet i forbindelse med helsehjelp av mer øyeblikkelig karakter blir redusert. Det kan derfor tenkes løsninger som i enkelte situasjoner kan fremstå som mer hensiktsmessige. Ved forventet dødsfall i hjemmet kan lik transporteres til for eksempel bårhuset på et sykehjem etter at det er synet av to voksne personer, jfr «Lov indeholdende visse Bestemmelser om Behandling af Lig». Pasientens fastlege kan deretter skrive døds melding påfølgende dag. Det er heller ikke noe i veien for at familien sammen med for eksempel hjemmesykepleien syner liket og ordner det praktiske med begravellesbyrået før fastlegen skriver døds meldingen. I mange tilfeller er det imidlertid ønskelig fra de pårørendes side at en lege er tilstedet i forbindelse med dødsfallet. Et slikt ønske bør respekteres.

Arild Hagesveen
Rådgiver
Forhandlings- og helseettsavdelingen.
Dnlf

Vi har i denne sammenheng undret oss på om det å syne lik av personer som har dødd utenfor institusjon er en nødvendig oppgave for legevaktslegen. Hvis vi på en travelt lørdag formiddag blir tilkalt til den ytterste avkrok (les: 10–12 mil fra legevaktssenteret, kanskje til og med med en ferjestrekning) der for eksempel en gammel mann har blitt funnet død i sin seng – skal vi da bruke mange timer av arbeidsdagen på å reise ut og bekrefte at han er død, eller kan vi løse dette på en annen måte? Må det være

en lege som syner liket eller gjelder fortsatt loven av 1898 som sier at utenfor institusjon er det tilstrekkelig at to voksne bekrefter et dødsfall?

Vi har spurt legeforeningen om de kan avklare dette spørsmålet og nedenfor trykker vi svaret vi fikk. Vi har også fått tillatelse til å trykke et rundtskriv der kommunelege I, Torgeir Wiik, i Andøy kommune har skrevet hvordan en slik situasjon skal håndteres i deres legevaktdistrikt.

Legens syning av lik – utfylling av «legeerklæring om dødsfall» i legevaktsituasjon



Bakgrunn

I sammenheng med innføring av interkommunal legevakt i Vesterålen tok jeg 2/3–05 kontakt med ass. fylkeslege Eli Løkken angående forholdet. Dette som en følge av at det i vår region i helger og ellers tider av døgnet ikke er lege på vakt annet enn ved Vesterålen legevakt på Stokmarknes. Spørsmålet er om en lege må syne liket og skrive «Legeerklæring om dødsfall» eller om dette kan ordnes på annen måte i den enkelte kommune.

Drøfting

Ass. fylkeslege sendte meg bakgrunnsmateriale dekkende for situasjonen.

Statens Helsetilsyn skriver i 1995 til Fylkeslegen i Nord-Trøndelag som forklaring til meldingsgangen ved dødsfall, tatt inn i Rettledning ved utfylling av dødsmelding: «Ved dødsfall i bykommuner, og ved dødsfall i herredskommuner når den døde skal kremeres eller liket føres ut av riket – må en lege ha synt liket, og legeerklæring om dødsfall skal fylles ut». Helsetilsynet skriver videre: «Dere sier i deres brev at dette må forstås dithen at lege skal syne ethvert lik i bykommuner, men tilsvarende gjelder bare ved kremasjon/utførsel i landkommuner og dere spør om et slikt skille mellom land- og bykommuner er riktig».

«I følge den informasjon vi har er dette en riktig tolkning av gjeldende regler. Det er forskjell på bykommuner og herredskommuner når det gjelder plikt for lege å syne lik. Dette skriver seg fra den tid det av kommunikasjons-hensyn var urimelig å kreve at lege på landet skulle syne ethvert lik». Det er denne situasjonen vi også i dag står ovenfor med legen lokalisert på sykehuset og dødsfall f.eks. 130 km unna. Sortland har bystatus, men er de bykommune? Kanskje det samme med Hadsel?

Fastsett av Sosialdepartementet 1983

Blankslett 1

Legeerklæring om dødsfall/melding om unaturlig dødsfall

Jfr. lov om leger av 13.6.1980 §§ 40 og 41.
 Kommittéutvalget som i byene adresseres til skifteretten og på landet til lensmannen (den som har plikt til å melde dødsfallet) i forseglede politimyndighet, hvis dødsfallet kan være unaturlig. (Se rettledning på baksiden.) Kopi av legeerklæringen sendes den lokale avdødes saksbehandler, for og mellomnavn.

Bosted, kommune: _____ gate og husnr.: _____ Kjønn: 1 M 2 K Født dag, mnd., ar: _____ Personnr.: _____ Fylles ut av Statistisk Sentralbyrå

Dødssted, kommune: _____ postadresse: _____

Død utenfor institusjon: 1 Hjemme 2 Annet sted 3 Under transport til sykehus 4 Død i sykehus eller annen institusjon

For døde i sykehus eller annen institusjon: Institusjonens navn: _____ Undertransport til sykehus: _____ Dødsdag, mnd., ar: _____

Hvis sykehus: Avdeling: _____ For annen institusjon: Type institusjon: _____

Yrke (legget, eventuelt forsørgerens): _____

Ekteskapsstatus: Ugift 3 Enk. mann 4 Skilt 5 Separert For barn døde innen 1 timer 24 timer eller foruten: _____

Navn og adresse på den lege som har behandlet avdøde under siste sykdom: _____

Opplysning om dødsårsaken

Alle rubrikker må fylles ut. (Se rettledning på baksiden.)

I. Sykdom eller tilstand som direkte (umiddelbart) har ført til døden. (Umiddelelige årsaker skal ikke føres dødsårsaken f.eks. hjerte- eller hjerte-lungemåte, astma, men den sykdom, skade eller komplikasjon som umiddelbart fremkalt døden.) _____ a) _____ b) _____ c) _____

Oppgi den eller de sykkelige tilstander, skade eller misgjerninger som har ført til (a) den dødsårsaken som er nevnt ovenfor. Den tilstand som innledet sykdomsforløpet, føres sist _____

Om tilrentlig tid mellom sykdommens begynnelse og døden _____

II. Andre vesentlige tilstander som kan ha bidratt til dødens inntrøden, men som ikke står i direkte årsaksforhold til den sykdom eller tilstand som har fremkalt døden.

Dersom døden skyldes skade (ulykke) eller følger av denne: _____

Dato skaden (ulykken) skjedde: _____ Sted: _____

Hvordan skjedde ulykken? I vedkommende Annet sted Yrkesulykke? Ja Nei

Spesielle omstendigheter ved dødsfallet/foretatte undersøkelser typer på (se i kryss) _____

Ble det foretatt operasjon? Ja Nei _____

Opplysningene under I bygger på _____

Undertegnede lege som har synt liket og som har behandlet den døde under siste sykdom (se i kryss), erklærer herved at dødsårsaken er den ovenfor nevnte. Ja Nei

Melding om unaturlig dødsfall er sendt/gitt munlig til politierstnevningen Ja Nei

Undertegnede lege erklærer herved at det ikke er grunn til å anta at døden er skedd ved en straffbar handling. (Erklæringen gjelder bare når kremasjon ønskes eller liket føres ut av riket.) _____

Dato: _____ Adresse: _____

Dato: _____ Adresse: _____

Dato: _____ Adresse: _____

Dato: _____ Adresse: _____

IK-1025 B

Lov om helsepersonell § 36 sier: «Leger skal gi erklæring om dødsfall som de blir kjent med i sin virksomhet...». Fylkeslegen i Nordland skriver 31/1–95: «Et vilkår for å avgi slik erklæring er at legen har vært tilstede ved dødsfallet eller har synt liket».

Det skrives videre: «Så er det et definisjonsspørsmål hva som skal til for at man kan si at legen har hatt med dødsfallet å gjøre. Noen vil kanskje hevde at hvis legevakslege får meldt dødsfall på pasient som tidligere er ukjent for vedkommende lege er kravet i Helsepersonellovens §36 ikke oppfylt og plikten til å skrive dødsattest dermed ikke til stede. Det vil likevel være naturlig at vakthavende lege syner liket». Fylkeslegen uttaler seg her tydeligvis under forutsetning av at kommunen har en legevakslege, – noe vi ikke har når Vesterålen legevakt er operativ.

Fylkeslegen skriver videre: «Dersom dødsattest ikke foreligger, må lensmann/politi fylle ut en egen dødsattest som sendes til kommunelege I. Kommunelege I får da oppgave med å undersøke saken, innhente nødvendige opplysninger fra de leger som har vært involvert ved dødsfallet, og fylle ut de nødvendige opplysninger på «Dødsmelding fra lensmann til den offentlige lege». Regelverket har ingen bestemmelse om når (tid etter dødsfallet) en dødsattest skal skrives.

Lov av 1898 (Bestemmelser om Behandling av Lig) sier at et lik først kan stelles seks timer etter dødens inntreden, dersom det ikke foreligger legeerklæring om dødsfallet. Dette er et absolutt krav. Fylkeslegen presiserer at først etter seks timer kan liket flyttes, dersom det ikke foreligger legeerklæring. Videre sier samme lov at liket «*ikke må hensettes på et Koldt sted eller uden Tilsyn, med mindre der enten foreligger en af en Læge efter foretagen Besigtigelse af Liget utfærdiget Dødsattest, eller der før Udflytning har været to voxne Personer tilstede, som i Tilfælde kan afgive gyldig Vidnesbyrd om, at de har besigtiget Liget*». (Skinndødhet; min anmerkning)

«Fylkeslegen mener at blant annet av hensyn til at lege alltid skal vurdere omstendighetene rundt dødsfallet og om legens plikter etter Helsepersonellovens §36 (melding til politiet ved unaturlig dødsfall) er tilstede, må legens konstatering av dødsfallet ved syning av liket alltid skje der dødsfallet skjedde, så fremt dette er mulig».

Gjennom årene med kommunale legevakter har den nevnte situasjon tydeligvis blitt løst tilfredsstillende. Vi har imidlertid nå en situasjon som stiller samfunnet ovenfor andre utfordringer.

Konklusjon

Lovverket pålegger ikke en lege å rykke ut for å syne et lik og derved heller ikke å fylle ut «Legeerklæring om dødsfall».

Det vil være uetisk at begravellesbyrået, minst seks timer etter dødsfallet, skal transportere liket til Stokmarknes for syning og legens utfylling av legeerklæring, og så transport tilbake til kommunen.

Sykehjemmene bør ta opp situasjonen med tilsynslegen i tilfeller hvor en beboer dør i tiden den interkommunale legevakten opererer. Kanskje kan det gjøres en avtale med legen at denne kan ringes uten å ha vakt. Håndteringen av slike situasjoner må beskrives i sykehjemmets internkontrollsystem.

I kontortiden forutsettes det at vedkommendes fastlege eller sykehjemmets tilsynslege ivaretar dette. Ukedagene mandag t.o.m. torsdag i tidsrommet kl. 1600–2100 ivaretar kommunens egen legevakslege situasjonen.

For å lage en rutine som fungerer i forhold til lovverket, når den interkommunale legevakten er operativ:

- 1) Ved dødsfall i kommunen synes liket av to voksne personer.
- 2) Pårørende eller en av disse to nevnte personer kontakter politiets operasjonssentral (112) og meddeler de opplysninger som lensmannen trenger for å fylle ut «Dødsmelding fra lensmann til den offentlige lege».
- 3) Begravellesbyrået kan gjennomføre stell/forflytting av avdøde etter seks timer.
- 4) Lensmannen sender lensmannsmeldingen til kommunelege I på dødsstedet.
- 5) Kommunelege I innhenter hos vitner/familie/fastlegen nødvendige opplysninger for å kunne fylle ut sin del av lensmannsmeldingen (opplysning om dødsårsaken).
- 6) Kommunelege I sender så denne dødsmeldingen til Statistisk sentralbyrå som ellers gjøres med «Legeerklæring om dødsfall».

Torgeir Wiik
kommunelege
Andøy kommune

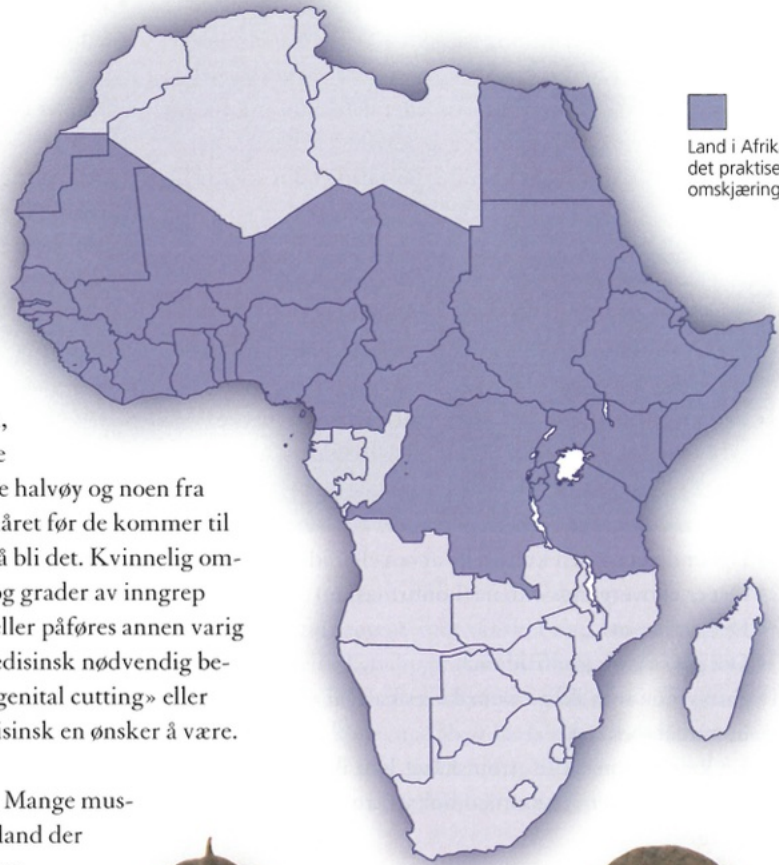
Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@online.no

Om omskjæring av kvinner

AV JOHANNE SUNDBY

Det finnes mange kvinner som er omskåret i Norge. De lever sine kvinneliv blant oss, og noen ganger dukker de opp på legekontoret. Ofte er det ikke omskjæringen som er i fokus, men noen ganger er det graviditet, prevensjon eller fødsel som skal ha sin del av oppmerksomheten. Vi vet ikke hvor mange som er rammet av dette fenomenet. Men vi vet at i Norge dreier dette seg om kvinner og deres døtre, der de kommer som immigranter og flyktninger fra land der omskjæring er vanlig. Det er Somalia, Etiopia, Eritrea, Sudan og noen vestafrikanske land, og sannsynligvis kvinner fra den arabiske halvøy og noen fra Malaysia og Indonesia. Kvinnene er ofte omskåret før de kommer til Europa, og døtrene deres er av og til i fare for å bli det. Kvinnelig omskjæring er en fellesbetegnelse på ulike typer og grader av inngrep hvor ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis eller påføres annen varig skade, og som foretas av andre årsaker enn medisinsk nødvendig behandling. Man kaller det kjønnslemlestelse, «genital cutting» eller omskjæring, etter som hvor politisk eller medisinsk en ønsker å være.

Ingen religion krever omskjæring av kvinner. Mange muslimer er omskåret, men det finnes muslimske land der dette ikke praktiseres (palestinske områder, Iran, Pakistan etc). Koptiske kristne i Egypt praktiserer



Afrika trenger friske barn – her er Eboy, Bintu, Isalou og Adj, glade og friske.



omskjæring. Folk fra andre religioner omskjærer jenter. Dette skjer likevel på grunn av tradisjon og ikke religion. Kvinnelig omskjæring handler mye om kvinnelighet, hva det er å være en god og riktig kvinne. Det er noe vi strever med over hele verden og som gir seg ulike utslag. Kvinnelig omskjæring er en type inngrep som ofte knyttes til skjønnhet, ønske om å fremme ønskelig seksualitet, fruktbarhet og renhet. Og til det å være jomfru, eller det å kunne gifte seg med rett person. Ærbarhet og kvinnelighet hånd i hånd, undertrykt kvinnelig seksualitet og normer for kvinnelig framferd.

Her er noen grunner som ofte anføres:

- Man konstruerer kvinneligheten, den er ikke medfødt.
- Hvis man ikke omskjærer, kan klitoris vokse og bli som en penis.
- En omskåret kvinne sees som mer «ren» eller vakker
- Det er en religiøs skikk, selv om Islam ikke eksplisitt sier det så tolkes det dit hen av noen Imamer.
- Det øker sjansene for å bli gift
- Det er deler av den kulturelle arven eller identiteten
- Det er et overgangs-rituale (konfirmasjon)
- Det ser bra ut
- Det garanterer jomfrudom
- En kvinne som ikke er omskåret kan bli seksuelt vill og utemmet – en hore
- En kvinne som ikke er omskåret kan ikke kontrolleres, hun blir som en mann med bukser, røyker, går ute med gutta.

WHO skiller mellom tre ulike typer omskjæring – men overgangsformer finnes

- **Klitoridectomi:** fjerne huden foran klitoris eller bare klitoris eller begge
- **Eksisjon:** fjerne klitoris samt deler av labia minora
- **Infibulasjon:** fjerne klitoris, deler av labia majora, minora, og sammensynging av åpningen slik at den blir to til sju millimeter i diameter.

Omskjæring er forbudt i Norge. Vi har en egen lov mot omskjæring (Lov av 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse):

Den som forsettlig utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer straffes for kjønnslemlestelse. Straffen er fengsel inntil tre år, men inntil seks år dersom inngrepet har som følge sykdom eller arbeidsudyktighet som varer over to uker eller en uheldredelig lyte, feil eller skade er voldt, og inntil åtte år dersom inngrepet har som følge død eller betydelig skade på legeme eller helbred. Medvirkning straffes på samme måte. Rekonstruksjon av kjønnslemlestelse straffes som nevnt i første ledd. Samtykke fritar ikke for straff.

Helsearbeidere har altså ikke lov til å gjøre noen former for omskjæring av kvinner på ikke-medisinsk grunn. De som bidrar til at dette skjer, kan straffes eller settes i fengsel. Det er heller ikke lov å sy igjen til omskåret status etter fødsel. Noen helsearbeidere i andre land utfører omskjæring fordi de tjener på det og det kan gjøres i anestesi (Sundby, Lancet 2003). Dette er sett på som uetisk i følge den internasjonale

Travel mor-barn klinikk.





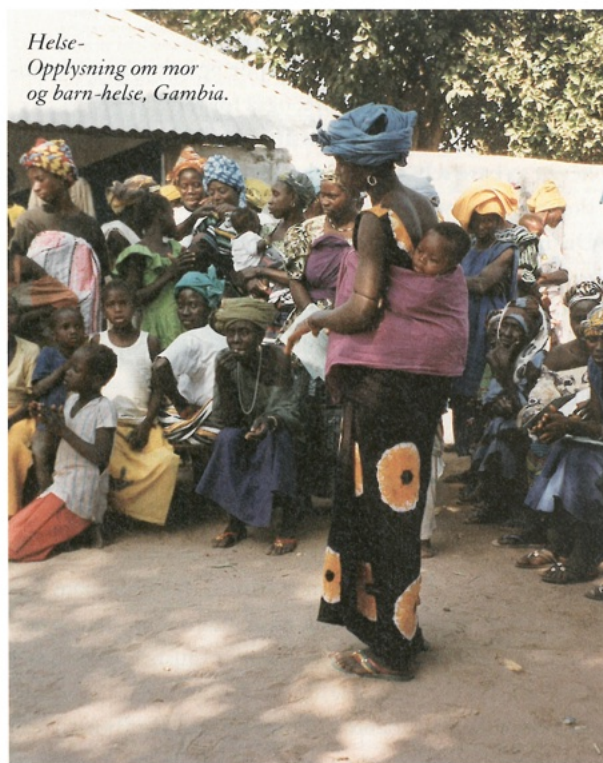
Nyfødt.

føderasjonen for gynekologi og obstetikk. Helsearbeidere skal holde fingrene av fatet her. Det er likevel antatt at noen innvandrere sender sine barn til andre land for å få dem omskåret. Det finnes gynekologer i noen land i Sør som lever av slik praksis. Det er ikke lov for personer bosatt i Norge å omskjære barna sine i andre land heller. Barnevernet kan gripe inn dersom man tror det er risiko for dette.

Noen av argumentene mot omskjæring baserer seg på at dette er en helseskadelig praksis. Risiko knytter seg til selve omskjæringen, ofte uten anestesi og utført av en gammel halvblind klok kone med sløvt barberblad som ikke er desinfisert..., risiko som knytter seg til naturlige funksjoner som urinering, mens og seksualitet og risiko knyttet til fødsel.



*Post partum
(barsel) avdeling,
Gambia.*



*Helse-
Opplysning om mor
og barn-helse, Gambia.*



Ikke noen muslimsk skikk – Gambia.

Helsekonsekvenser – både på kort og lang sikt:

- Protrahert fødsel
- Risiko for perinealrifter
- Smerter ved samleie
- Større risiko for uheldige fødselskonsekvenser
- Unødvendige keisersnitt
- Urin/mens retensjon
- Mangel på seksuell nytelse
- Økt risiko for infeksjon (UVI, arrinfeksjon)
- Keloiddannelse, arr
- Vanskelig å gjøre GU
- Forblødning (ved inngrepet)
- Mentale problemer som skyld, depresjon, smerteangst

Hva trenger innvandrere å vite:

- De bør vite om loven i Norge
- De bør vite mer om helsekonsekvensene
- De bør vite om at det går an å åpne og rekonstruere omskjæringen for å få det bedre, også før fødsel.
- De må vite mer om kvinners situasjon i Norge, at kvinner her er ærbare selv om de ikke er omskåret, ikke går med skaut og går med busker.
- De må vite om hvor de kan få gode reproduktive helsetjenester for seg selv og døtrene sine.
- De trenger generelle helsetilbud og opplæring om seksualitet, prevensjon og reproduksjon. De vet knapt hvordan et underliv ser ut eller fungerer.

Hva trenger leger å vite?

Leger er ofte litt uforberedt på å snakke om det at en pasient de har foran seg faktisk er omskåret. De hemmes av sin egen redsel eller forlegenhet og unngår å nevne fenomenet i konsultasjonene. Det blir som et stort IKKE-tabu som ligger der, begge, både legen og pasienten vet at det finnes, men ingen tar det opp. Legen kan bryte tausheten ved å si « jeg ser at du er fra Somalia. Jeg vet at mange der er omskåret. Er det slik at du er det? » Matter-of-fact. Da får man ofte til svar « selvfølgelig, det er jeg. » Da kan legen spørre om



Seremoni – Gambia.

det er noe han/hun kan gjøre vedrørende det, og noen ganger kommer da temaer på banen. Andre ganger ikke.

Leger trenger altså å vite at det kan være en sjanse for at en kvinne de har foran seg er omskåret, uten å gjøre henne til en « omskjæring » med kvinne på. Hun er mye mer enn underlivet sitt. Legene trenger å lære å ta avstand fra omskjæring og likevel behandle kvinner som er omskåret med selvfølgelig empati.

De trenger altså å vite og å øve på hvordan man gir råd om omskjæring og hvordan man bringer temaet på banen uten å vise avsky, sjenertthet eller inkompetanse. Det kan bli for mye fokus eller situasjonen kan oversees helt.

De trenger fagkunnskap om hvordan man formidler kunnskap om abort, prevensjon, fødsler og GU hos kvinner som er omskåret, inkludert spesialtjenester som alle regionsykehusene nå har på GYN/OBST- siden, for rekonstruksjon og så videre.

Noen av dem trenger erfaring i forløsning av omskårede kvinner. Det er vist (Vangen et al) at somaliske kvinner har dårligere fødselsutfall en alle andre etniske grupper kvinner, inkludert norske. Det er ikke sikkert det skyldes omskjæring, men man må være observante i slike situasjoner. Episiotomi legges « klokka 6 og 12 » hos disse kvinnene, ikke klokka 4 eller annet. Keisersnitt er ikke nødvendig med mindre det er tilleggsindikasjon. Somaliske kvinner er ofte redd for keisersnitt også fordi de er redd for å bli sterilisert uten at de vet det fordi de har så mange barn. Det er selvsagt ikke lov i Norge, men det vet de ikke.

Hva sier OK prosjektet?

OK-prosjektet er det norske prosjektet, som er forankret i Barne og Familiedepartementet, som i mange år har jobbet med temaet spesielt rettet mot opplysningsarbeid blant og til innvandrere. Dette prosjektet er nå avsluttet, men arbei-



Nyfødte jenter, fødeavdeling i Tanzania.

det har også vært rettet inn mot opplæring av ulike helsearbeidere. Det videreføres nå på NAKMI, på Ullevål sykehus. OK sier følgende på sine hjemmesider:

Kvinnekroppen er flott som den er skapt. Det er ingen grunn til å forandre på kvinnekroppen. Den er skapt til glede og nytte av Gud eller naturen, og alle deler har en funksjon.

Kvinnelig omskjæring er et skadelig og unødvendig inngrep i jenters og kvinners kropp.

Kvinnelig omskjæring handler mye om kvinnelighet, hva det er å være en god og riktig kvinne. Det er noe vi strever med over hele verden, og som gir seg ulike utslag. Kinesisk fot-binding, halsforlengende smykker og kosmetiske operasjoner er noen av de mange inngrep kvinner går igjennom for å tilpasse seg kulturelle og sosiale forventninger. Kvinnelig omskjæring er et type inngrep som ofte knyttes til skjønnhet, ønske om fremme ønskelig seksualitet, fruktbarhet og renhet.

Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse

Offentlige institusjoner kan bestille trykt utgave på e-post: publikasjonsbestilling@ft.dep.no eller faks: 22 24 27 86.

Private institusjoner kan bestille fra Akademika, Postboks 8134, Dep 0033 Oslo

Statens Helsetilsyn har utarbeidet en *veileder for helsepersonell*. Den kan lastes ned fra nettet (se OK-prosjekt) eller bestilles som trykksak. Statens helsetilsyns veileder for helsepersonell

Andre ressursbaser og litteratur:

- <http://www.okprosjekt.no/>
- <http://www.rainbo.org/>
- http://www.who.int/reproductive-health/pages_resources/listing_fgm.en.html
- Vangen, Siri: Perinatal health among Immigrants, Doktoravhandling, UIO, 2002
- Essen, Birgitta. Perinatal mortality among immigrants from Africa's Horn, Doktoravhandling, Universitetet i Lund, Malmö 2001
- Sundby, Johanne. Lancet Supplement, 2003

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

Cipralex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T **Tabletter filmrasede 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder: Escitalopramkalsat tilsvarende escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikktilfelle 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. **Panikktilfelle 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 behandlingssukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. En startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingssukene anbefales for pasienter som er kjent som sakte metaboliserere av CYP 2C19. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over 1-2 uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

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

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

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv monaminoxidasehemmer (MAOH), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOH-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonergt syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversible MAOH (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitalopram-behandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Pga. risiko for serotonergt syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinasjon med selegilin (irreversibel MAOH) 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 krampetærskelen. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinasjon med alkohol anbefales ikke. Samtidig administrering av legemidler som hemmer CYP 2C19, som f.eks. omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via dette enzymet, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvik) eller 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 av disse to. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboliseres via CYP 2C19. **Graviditet/Amning:** Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Ingen humandata foreligger for escitalopram. I reproduksjonstoksikologiske studier i rotter med escitalopram, ble det observert embryo-føtotoksiske 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 amning er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Kvinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amning bør opphøre.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Svimmelhet, hodepine og kvalme er observert hos noen pasienter etter brå seponering av escitalopram. De fleste symptomene var milde og forbigående. For å unngå seponeringsproblemer anbefales en gradvis nedtrapping over 1-2 uker. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Luftveier: Sinusitt, gjesping. Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnsløshet, sømnløse, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast, munn- tørrhet, anoreksi. Hud: Utslett, ekkymer, kløe, angjødem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metabolske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampet, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktoré, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, analfyktisk 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, sømnløse, bevisstløshet, krampet, takykardi, EKG-endringer med ST-T-endringer, utvidet QRS-kompleks, forlengt 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 luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Maveskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Bruk av medisinsk kull bør vurderes. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

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

T: 18b).

Sist endret: 22.04.2004

Referanser:

1. 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
2. Auquier P et al. Comparison of escitalopram and citalopram efficacy: A meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2003; 7: 259-268
3. 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. Telefax: 67 53 77 07.
E-post: lundbeck-norge@lundbeck.com.
www.lundbeck.no

Seminar og 2. årssamling for Praksis

– en oppdatering på PKO

AV UNNI RINGBERG, *praksiskonsulentkoordinator, UNN* og BERNT STUELAND, *praksiskonsulent, UNN*
REDIGERT AV HELEN BRANDSTORP

Praksiskonsulentene i Norge har hatt sin andre årlige samling med kurs 2. juni – 4. juni på vakre Sommarøya i Tromsø, i strålende midnattssol. Arrangør var praksiskonsulentordningen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), som i år runder ti år. Det var i alt 35 praksiskonsulenter fra hele landet, også deltakere fra PKO i Danmark og Sverige. Apf stilte med leder og han med hilsen fra entusiastisk nyvalgt president i legeforeningen.

Utposten vet at mange kolleger er usikre på hva PKO bedriver og bringer derfor et referat fra samlingen for å vise hva som er på agendaen nå. Tidligere er tre helseforetaksordninger grundigere presentert i Utposten (UNN, Helse Fonna, Stavanger Universitetssykehus; SUS). Mange helseforetak jobber med å få etablert PKO eller er godt i gang. Full landsdekning er målet.

Programmet i juni bød på ei god blanding mellom faglig og sosialt samvær. Den 2. juni var det fellesmøte mellom praksiskoordinatorer i tre nordiske land. Den 3. og 4. juni besto programmet av erfaringsutveksling og diskusjon av andre temaer. I vakkert vær ble det arrangert båttur til Hekkingen, topptur på Hillesøya, festmiddag med badestampaktiviteter og midnattssoltur. Rammene kunne gi deltagerne en følelse av å være oppløftet, noe temaene også skulle være i vårt allmennt medisinske landskap, – løftet litt opp fra hverdagens arbeid.

Bjørnar Nyen innleder om Helse Sør sine planer.



De mest sentrale tema for praksiskonsulentene på Sommarøya i juni:

- Hvordan forbedre samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialhelsetjenesten.
 - Hvordan bedre henvisnings- og innleggelsesprosessen.
 - Hvordan bedre utskrivelsesprosessen.
 - Hvordan bedre informasjonsflyten mellom nivåene.
- Målet er å sikre gode pasientforløp mellom nivåene.

Mer spesielt fra programmet nevnes:

Hvordan forbedre samarbeidet rundt kronikerne som trenger koordinerte tjenester mellom nivåene

Temaet ble diskutert i grupper på bakgrunn av konkrete pasientforløp der samarbeidet mellom fastlege og sykehuslege ikke var godt nok.

God kommunikasjon mellom fastlege og sykehuslege er spesielt viktig for å gi en god helsetjeneste til disse pasientene. Både fastlege og sykehuslege må prioritere denne pasientgruppen og bl.a. sette av mer tid til samarbeid om disse pasientene.

I tillegg er følgende viktig:

- gode henvisninger fra fastlegen
- utskrivningssamtale
- gode epikriser
- kortest mulig epikrisetid
- god oppfølging fra fastlegene

Erfaringer fra Nord-Norge om hvordan elektronisk samhandling kan forbedre samarbeidet mellom nivåene

Dag Nordvåg, UNN, innledet. Alle legekontor og sykehus i Nord-Norge er koplet opp mot Norsk helsenett. Alle legekontor i Nord-Norge får elektroniske epikriser. Mange sender elektroniske henvisninger. I plenumsdebatten kom det fram noe varierende erfaringer med bildeoverføringer som vedlegg til henvisninger.

Betydningen av dokumentasjon av arbeidet i PKO

Trygve Deraas, UNN, innledet om betydning av å formulere målsetninger og dokumentere prosess og resultat. PKO er i utvikling og ønsker ekspandere. Mer formell viten er nyttig for å dokumentere effekt og for å kunne dele erfaringer innad i Norge eller med kolleger i Danmark og Sverige. Det ble en plenumsdebatt hvor det ble diskutert

Praksiskonsulentordningen (PKO) i Norge



Midnattsol over Håja (naboøy til Sommarøya). FOTO: OLAV THORSEN

hvordan en kan dokumentere kvaliteten på samarbeidet om pasienten uten at unødvendige ressurser taes bort fra det mer konkrete PKO arbeidet.

Hvordan kan praksiskonsulenten i ti prosent stilling være synlig nok for sine kolleger på sykehus og i allmennpraksis slik at det blir fokus på samarbeidet mellom nivåene

Sirin Johansen, UNN, og Kåre Øygarden, SUS, innledet om erfaringer og utfordringer. I plenumsdebatten ble det poengtert at en kan være synlig gjennom personlig kontakt, gjennom trykt materiale og gjennom gjerninger. Utfordringen er størst i forhold til kolleger i allmennpraksis pga desentral organisering. En kan være synlig gjennom deltakelse på faste møter, faste kurs, i videre- og etterutdanningsgrupper og via e-post.

Kortere ventetid for henvisning til proteseinnsetting for pasienter med cox- og gonartrose

Pasienter med cox- og gonartrose bidro i 2004 bidro med 12 260 heldøgnsopphold og 46 773 polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus i Norge (www.ssb.no). De fleste store sykehus i Norge har ventetid for dette på mellom fire måneder og ett år, mange over seks måneder (www.sykehusvalg.net). Praksiskonsulentene ønsker å fokusere på denne pasientgruppen. Ved å følge retningslinjer utarbeidet i sam-

arbeid mellom praksiskonsulenter og ortopedier, kan fastlegen stille diagnosen og velge ut de pasienter som kan opereres. Dermed kan pasientene henvises direkte til operasjonsbordet uten først å bli undersøkt på poliklinikken. En slik innleggelsespraksis skjer ved Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) hvor ventetiden for proteseinnsetting er seks uker for hoftelddsartrose og fire uker for kneleddsartrose (www.sykehusvalg.net). Praksiskonsulentene vil arbeide for at alle fastleger og sykehus i Norge forenkler henvisningspraksis slik at disse pasienter med mye smerter slipper å vente på operasjon.

Organisering av PKO nasjonalt og regionalt

Aplfs leder Kjell Maartmann-Moe innledet, og Bjørnar Nyen fra Helse Sør RHF la fram planene om organisering av PKO i Helse Sør. Det er viktig at ordningen forankres i ledelsen både i det regionale foretak og i lokalt foretak. Dessuten må den forankres i kommunen og blant allmennlegene.

Det er inngått en rammeavtale for praksiskoordinatorer og -konsulenter mellom de fem regionale helseforetak og Legeforeningen. Det vil bli dannet et nettverk blant koordinatorene for å sikre erfaringsutveksling og bidra til å videre utvikling av PKO.

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

Kjøp av helsetjenester, eller Rødhette og Ulven

AV PERNILLE NYHLEHN

Redaktør, her følger en skummel historie fra Vestlandet! Jeg satt her i vår og leste medlemsbladet til Rogaland legeförening – bladet heter poetisk nok Syd-Vesten – og lot blikket gli over en artikkel fra Fylkestyret om Kjøp av helsetjenester. Denne ordningen skifter jo innhold og budsjettamme fortere enn regnbygene flyr over Jæren, så det gjelder å følge med. Jeg tenkte jeg fikk se hva de nå kunne by på.

Og det *var* nyheter. For det første har de utvidet ordningen til å gjelde hjerteutredning, lungeutredning, revmatologisk utredning og artroskopi av bihuler (!), for å nevne noe. Forutsetningen er, som før, at pasienten må være sykmeldt fra et arbeid, og at behandlingen/utredningen skal føre til bedring innen rimelig tid, – som i denne sammenheng er 14 uker. Jaja, tenkte jeg, det er vel ikke så mange som blir fortere frisk av å undersøkes av en nevrolog, men det kan vel ikke skade å prøve.

Men så var det den *virkelige* nyheten. Den heter «Hjelp 24 Trygghetsalarm AS», og er en sammenslutning (les: firma) av psykologer og tilbyr **samtalerapi innen lettere psykiske lidelser** (min utheving).

Saksgangen er som følger: En person (la oss kalle henne Rødhette) med en presumptivt lettere psykisk lidelse går til legen og blir sykmeldt. Legen sender så, etter moden overveielse, en henvisning til lokalt trygdekontor, som sender den videre til firmaets administrasjon i Oslo, som så tar kontakt med den av sine psykologer som er nærmest, som igjen tar kontakt med Rødhette, og kaller henne inn til en time innen to uker. På dette tidspunkt er altså opplysninger om Rødhette sendt til tre ulike instanser.

Ved den første konsultasjonen vurderer psykologen om tilstanden kan behandles, slik at Rødhette kan friskmeldes innen 14 uker. I så fall skal behandling iverksettes. Og så kommer rosinen i pølsen: Hvis psykologen *ikke* kan snakke Rødhette frisk innen 14 uker, skal behandling *ikke* iverksettes, og hun sendes hjem med uforrettet sak. Den andre rosinen i pølsen er følgende: Når behandling er utført, skal epikrisen gå til 1. Behandlende lege, 2. Lokalt trygdekontor, og 3. Fylkestyret. Dette gjelder forøvrig alle typer kjøp av helsetjenester.

For å si det på godt rogalandsk: «Eg e øvegiddel!»

For det første har vi visst endelig nedlagt hele taushetsplikten. Tre instanser, utenom behandlende lege og spesialist, får under denne ordningen automatisk tilgang til følsomme opplysninger om vår venninne. Jeg gjentar at både lokalt

trygdekontor og fylkestyret skal ha epikrise. Ikke et kort notat om resultatet, f.eks. om at behandlingen var vellykket og førte til friskmelding. Nei, **epikrise**.

Hvor skal trygdekontorene lagre epikrisene? Hva skal de med dem? Kan de lese dem? Har de bruk for dem? Hva hvis Rødhette motsetter seg at informasjon om hennes privatliv blir spredd omkring til tilfeldige saksbehandlere i trygdeetaten og antagelig blir liggende i en usikret haug på kontoret til en eller annen saksbehandler. Får hun ikke behandling da? Og i neste omgang, mister hun retten til sykepenger siden hun ikke tar imot den behandlingen hun blir tilbudt? Finnes det en passus i pasientrettighetsloven som beskytter oss mot trygdefunksjonærers innsyn? Kan man påberope seg nødverge? Kjære redaktør, jeg er overhodet ikke paranoid. Overhodet ikke. Jeg tenker konsekvenser.

Og så har vi nyskapningen: Psykologfirmaet som skal løse alle de lettere psykiske lidelsene på rekordtid, og med rekordlav ventetid: To uker til vurdering, og så maks 14 uker til friskmelding. Hvis man er heldig, da.

Altså: Ikke bare går RTV over bekken etter vann ved å sette ut på anbud de psykiske lidelsene som *allmennlegene både kan og bør behandle selv*. RTV tilbyr også særfordeler for dem som har vært lure nok til å bare bli litt psykisk syke: De kan gå forbi hele køen og komme til psykolog med en gang*, mens de som har litt tyngre for det (eller: har det litt tyngre) kan få stå der i tremånederskøen for å komme til en sosionom på psykiatrisk poliklinikk, eller ettårskøen for å komme til psykolog eller psykiater.

I rettferdighetens navn. Jeg tviler ikke på at psykologene i dette firmaet er skikkelige folk som sikkert kan gjøre en utmerket jobb for en viss gruppe mennesker som er kommet i en krise. Det er ikke deres feil at RTV med dette viser sitt sanne ulveansikt, og at alle de fine ordene om satsing på psykiatri koker ned til at Vi Vil Ha Folk i Arbeid. De som ikke kan arbeide får vente pent på tur. Heldigvis er det få som dør av å ha en litt tyngre psykisk lidelse. Men det er noen.

Dette føyer seg pent inn i rekken av mer eller mindre elegante krumspring fra offentlige etater for å få ned sykmeldingsprosenten. Og jeg undrer, som så ofte før, på hva som er grunnlaget for dette tiltaket. Utgjør lettere psykiske lidelser en så stor del av sykmeldingene at det er gode grunner til å ta ekstra tak i denne gruppen? Gjør allmennlegene

*Unntatt de som viser seg å ha en tilstand som ikke garantert kan behandles ferdig innen 14 uker. De har ikke krav på behandling hos trygghetsalarmørene, for de er for syke, og rykker dermed tilbake til start.

en så dårlig jobb med disse at det er nødvendig å hente inn forsterkninger? Er det grunn til å anta at pasienter har så mye bedre utbytte av å snakke med en fremmed psykolog fremfor en kjent fastlege at denne ordningen er rasjonell?

Jeg må også undre på prisen for dette kalaset. Psykologer uten driftsavtale pleier å ta ca. 800 kroner pr. konsultasjon, og det kan nok være disse tar mer, siden det er et firma som skal drives. Rødhetta, som bor i min kommune, må reise tre til fire timer for hver eneste konsultasjon (nærmeste psykolog er nemlig i Sandnes) har dermed også krav på reisetilskudd. Har RTV virkelig regnet ut at dette tross alt lønner seg, både menneskelig og økonomisk?

Jeg tillater meg å formode at det er få, om noen, i trygdekontrollen som kan svare på disse spørsmålene. Jeg er glad hvis jeg tar feil.

SVAR FRA RIKSTRYGDEVERKET:

Viser til innlegg om ordningen «kjøp av helsetjenester». Vi vil her besvare de mest sentrale spørsmålene i innlegget. Ordningen «kjøp av helsetjenester» har omfattet mange ulike medisinske tilstander hvor det har eksistert lange ventelister for utredning og behandling. Utredning hos nevrolog er viktig i en del tilfeller for å få bekreftet eller avkreftet nevrologiske forandringer/patologi som kan forklare symptomene på pasientens lidelse. I tillegg har nevrologer spesialistkompetanse på behandling av en lang rekke lidelser som f.eks. migrenetilstander, epilepsi, kompliserte søvnproblemer etc.

Når det gjelder utredning og behandling av «lettere psykiske lidelser», er det viktig å være klar over at ordet «lettere» ikke er å forstå som lettere i betydningen enkel, men «lettere» i motsetning til «alvorlige». I ICD-9 og i historisk sammenheng har det vært sedvane å skille mellom nevroser og psykososer. I det nåværende diagnosesystemet, ICD-10, har skillet mellom nevroser og psykososer falt bort. Som en erstatning har det blitt mer vanlig å gjøre et skille mellom lettere psykiske lidelser og alvorlige psykiske lidelser.

Innenfor Spesialisthelsetjenesten utredes og behandles pasientene med lettere psykiske lidelser, som er henvist av fastlegene, enten ved offentlige psykiatriske poliklinikker eller hos privatpraktiserende psykologer eller psykiatere. Nasjonale og internasjonale undersøkelser viser at nesten alle pasientene som behandles ved offentlige psykiatriske poliklinikker (med unntak av polikliniske psykoseteam) og hos privatpraktiserende psykologer eller psykiatere faller innenfor kategorien lettere psykiske lidelser.

Ferske undersøkelser viser at køene for behandling for psykiske lidelser i Spesialisthelsetjenesten har økt drastisk. I april 2005 ventet 7416 voksne mennesker på behandling for psykiske lidelser, mot 5116 i april 1999. Dette innebærer en

økning på 45 prosent (Sintef Samdata, Sosial- og Helsedirektoratet). Ordningen «kjøp av helsetjenester» er blant annet opprettet med den hensikt å få ned ventekøen.

Undersøkelser viser at allmennlegene behandler opptil 90 prosent av pasientene med lettere psykiske lidelser selv. De henviser bare ca ti prosent av disse pasientene til Spesialisthelsetjenesten. Det er allmennlegen selv som henviser pasienten til en offentlig psykiatrisk poliklinikk eller en privatpraktiserende psykolog eller psykiater. Det kan være flere grunner til at allmennlegen velger å henvise en pasient: Usikkerhet mht diagnose, manglende respons på medikamentell behandling, psykiatrisk, psykososial problematikk etc. Det som er viktig å understreke er at Rikstrygdeverket (RTV) går ut fra at allmennlegene har tilstrekkelig kompetanse til å avgjøre hvorvidt en pasient bør henvises videre eller ikke. Ordningen «kjøp av helsetjenester» har ikke til hensikt å endre dagens praksis ved at pasienter som allmennlegen er fortrolig med å behandle selv, nå skal henvises til psykologer og psykiatere som RTV har opprettet avtale med. Hensikten med ordningen er at pasienter som allmennlegen finner det hensiktsmessig å henvise skal få raskere behandling slik at ventekøen går ned.

Lønner denne ordningen seg, både menneskelig og økonomisk? For det første vil reduserte ventekøer føre til at pasientene hurtigere får kvalifisert hjelp. Forskning har klart vist hvilke uheldige konsekvenser det kan ha for en pasient med denne typen plager å ikke få adekvat behandling. Tidlig adekvat behandling øker sannsynligheten for en god prognose og redusert tilbakefallshyppighet. Sett både fra en menneskelig og samfunnsøkonomisk synsvinkel må dette være en positiv gevinst. Forskning har dokumentert at sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid reduseres dramatisk når pasienter blir sykmeldt i lengre tid, og denne dårlige prognosen gjelder relativt uavhengig av hvilke type lidelse pasienten hadde i utgangspunktet. For det andre vil redusert ventetid føre til at pasienten hurtigere får adekvat hjelp som igjen vil føre til hurtigere friskmelding som også er samfunnsøkonomisk besparende. RTV har enda ikke utført vitenskapelig kontrollerte undersøkelser som dokumenterer lønnsomheten, men vi mener det er holdepunkter for å være rimelige optimistiske i forhold til at ordningen faktisk er det. I tillegg er det viktig å legge til at både det politiske miljøet, arbeidsgiverforeningene og arbeidstakerorganisasjonene er opptatt av å redusere sykefraværet, og det politiske miljøet har lenge slått fast at psykisk helsevern er et satsningsområde.

Lettere psykiske lidelser utgjør en stor del av sykmeldingene. Statistikken viser at 60–65 prosent av både pasienter som er sykmeldt og de som blir uføretrygdet har enten en psykisk lidelse og/eller en muskelskjelettlidelse. Psykiske lidelser utgjør alene ca 20 prosent av pasienter som blir sykmeldt eller uføretrygdet.

Når det gjelder kvalitetssikring av aktørene som utfører tjenester overfor ordningen «kjøp av helsetjenester», er aktørene underlagt streng kvalitetskontroll. RTV kontrollerer at aktørene holder tidsfrister, sender epikriser og tilfredsstillende resultatkravene. Vi er klar over at kvalitetskontrollen fortsatt kan og bør forbedres slik at en øker sannsynligheten for at den enkelte pasient får mest mulig optimal utredning og behandling.

RTV er spesielt opptatt av å ivareta taushetsplikten. Helsearbeidere har en plikt til å utvise diskresjon og taushet. Dette er hovedregelen. I tillegg er trygdefunksjonærer som ikke er helsearbeidere underlagt forvaltningslovens paragraf 13 som fremhever at «Enhver som utfører tjenester eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite.» Men dersom helsepersonell og trygdeetat ikke kunne utveksle opplysninger om pasienten, ville det skape en meget vanskelig behandlingssituasjon. Derfor er det lovbestemte unntak fra taushetsplikten som ivaretar nødvendig samarbeid mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og trygdeetat. Dette innebærer at pasientopplysninger kan gies til annet helsepersonell og trygdefunksjonærer når dette er nødvendig av hensyn til undersøkelse og behandling av pasienten.

RTV har inntrykk av at allmennlegene skjønner sitt arbeid tilfredsstillende. De utreder og behandler størsteparten av sine pasienter selv og har god kunnskap om når det er faglige indikasjoner for å viderehenvise pasienter. Vi vil samtidig påpeke at det også er grunn til å respektere det arbeid ulike legespesialister, psykologer og andre helsearbeidere utfører både innenfor Spesialisthelsetjenesten og over ordningen «kjøp av helsetjenester».

Karin Tidemann
Rikstrykerverket

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

Samfunnsmedisin og – tid for unions

AV MAGNE NYLENNA, *Helsebiblioteket og Institutt for samfunnsmedisin NTNU*

Samfunnsmedisin som fenomen har eksistert lenge i Norge, men begrepet er ungt og legespesialiteten bare 20 år gammel. Befolkningsrettet legearbeid har historisk vært nært knyttet til allmennlegevirksomhet. Distriktslegen, som både drev individuelt og befolkningsrettet arbeid, var lenge selve symbolet på god allmennlegevirksomhet her i landet. Med tiden har imidlertid allmennlegene rendyrket behandlingen av enkeltpasienter. Og spesialisthelsetjenesten, som nå dominerer helsevesenet økonomisk og faglig, har aldri tatt befolkningsansvaret på alvor. Det er derfor gode grunner for å løse den historiske unionen mellom allmennmedisinen og samfunnsmedisinen. En ny samfunnsmedisinsk giv bør omfatte både primær- og spesialisthelsetjenesten. Den nye samfunnsmedisinen må defineres ut i fra morgendagens behov og oppgaver og de særpreg som ligger i fagets grupperettede tilnærming.

Fra tidenes morgen har legene arbeidet på to måter: det mest åpenbare har vært diagnostikk og behandling av enkeltpasienter, men det har alltid også blitt drevet befolkningsrettet arbeid. Karantene som virkemiddel mot epidemier er et av de første slike tiltakene. Smittsomme sykdommer er fortsatt et av de viktigste innsatsområder for befolkningsrettet arbeid, og vaksinasjoner er sannsynligvis det viktigste virkemiddel gjennom alle tider. Mye samfunnsmedisinsk arbeid handler om forebygging, men også arbeid mot pasientgrupper og planlegging og drift av helsetjenester på et overordnet nivå kommer i samme kategori.

Om vi tenker oss medisinsk innsats langs to akser, der den ene handler om tid og den andre om målgruppe, karakteriseres samfunnsmedisinen av arbeid på lang sikt, rettet mot befolkningsgrupper (1). Slikt arbeid drevet av leger, har hatt ulik betegnelse til ulike tider. På 1800-tallet ble det gjerne kalt «offentlige gjøremål» fordi oppdragsgiveren nesten alltid var det offentlige. I tillegg til arbeidet mot de smittsomme sykdommer omfattet slike gjøremål tilsyn med institusjoner (helsein-

allmennmedisin oppløsning?

stisjoner, skoler, apoteker etc.) og utsatte grupper (fattige, sinnssyke, fanger etc.), rettsmedisinske forpliktelser og en rekke administrative oppgaver. Med lov om utførelse av de offentlige lægeforsretninger av 1912 ble disse oppgavene enda sterkere knyttet til distriktslegene. Distriktslegene arbeidet i første linje og kombinerte diagnostikk og behandling av enkeltpasienter med befolkningsrettet arbeid, noe som var gjensidig befruktende for begge oppgavene (2). I det 20. århundret fikk spesialisthelsetjenesten sitt gjennombrudd, men sykehusene ble aldri engasjert i befolkningsrettet arbeid. I Karl Evangs (1902–81) etterkrigshelsetjeneste ble begrepet «offentlig legearbeid» brukt om distrikts- og fylkeslegenes grupperettede oppgaver og deres ivaretagelse av lover og forskrifter. Fellesbetegnelsen offentlige leger ble da også brukt om legene som inngikk i aksene distriktslege – fylkeslege – helsedirektør.

Historisk har samfunnsmedisinsk arbeid vært lagt til primærlegene av minst to grunner:

- Da de samfunnsmedisinske oppgavene ble formalisert og fordelt var det ikke andre å spille på i den norske helsetjeneste enn de offentlige leger, senere distriktslegene.
- Nærheten til lokalsamfunnet har vært en viktig kilde til kunnskap og inspirasjon i det samfunnsmedisinske arbeidet – i tråd med den norske politiske desentraliseringsideologien.

Samfunnsmedisin som legespesialitet

Begrepet *samfunnsmedisin* skriver seg fra 1970-tallet og er en norsk variant av det britiske *community medicine*. Det ble brukt i Medisinsk studieplan for Universitetet i Tromsø allerede i 1971, der fagområdet medisin ble delt i tre institutter hvorav «Institutt for samfunnsmedisin omfatter sosialmedisin, almenmedisin og psykiatri» (3). I en oversikt i Helsedirektoratets kontaktorgan Synapse i 1975 drøfter Arne-Birger Knapskog sammenhengen mellom «community medicine» og samfunnsmedisin med utgangspunkt i utviklingen i Storbritannia (4).

Etter et langt forarbeid ble samfunnsmedisin opprettet som egen spesialitet for leger i 1984, samtidig som allmennmedisin ble en fullverdig spesialitet. Utposten (med Ola Lilleholt som den kreative «sjefredaktør» på den tiden) kunne presentere det historiske gjennombruddet under overskrif-



Fig. 1
De nyopprettede spesialitetene allmennmedisin og samfunnsmedisin ble i 1984 karakterisert som Knoll og Tott av Utposten.

ten «Det ble tvillinger» (fig. 1). Spesialiteten i samfunnsmedisin ble utviklet på bakgrunn av den strukturen som til da hadde eksistert i norsk helsevesen. Selv om målbeskrivelsen av faget innholdt en formulering om at «samfunnsmedisinere arbeider innenfor den offentlige helsetjeneste på alle tre forvaltningsnivåer» (5), var spesialistutdanningen i all hovedsak rettet mot kommunehelsetjenesten. Det var distriktslegenes etterfølger, kommunelegen, som ble prototypen på en samfunnsmedisiner.

Samfunnsmedisin er fortsatt en av de yngste legespesialitetene her i landet, men langt fra den minste. Per 28.6.2005 er det i alt 573 godkjente spesialister i samfunnsmedisin, hvorav 476 er yrkesaktive, under 70 år og i Norge. Av alle 43 spesialiteter og grenspesialiteter er det bare ni som har flere godkjente spesialister totalt (6). Etter 1998, da det ble godkjent 31 nye spesialister, er det imidlertid blitt utdannet kun fire til seks samfunnsmedisinere årlig. For omtrent like store spesialiteter som barnesykdommer, fødselshjelp og kvinnesykdommer og radiologi, ble det i 2004 godkjent henholdsvis 26, 37 og 41 nye spesialister (7). I tillegg til den svake rekrutteringen til spesialiteten er det et dårlig samsvare mellom det å være spesialist i samfunnsmedisin og det å utføre samfunnsmedisinsk arbeid. De fleste spesialister i samfunnsmedisin er ikke i samfunnsmedisinske stillinger, og de fleste som har samfunnsmedisinske stillinger mangler formell spesialistkompetanse (8,9).

Samfunnsmedisinere er blitt karakterisert som en «utrydningstruet rase» (10), og det er bred enighet om at «noe må gjøres». Som vanlig er det vanskeligere å oppnå enighet om *hva* som må gjøres. Det er de senere årene utarbeidet en rekke utredninger om norsk samfunnsmedisin (11–14).

Sosial- og helsedirektoratet publiserte i 2004 rapporten «Samfunn + medisin = samfunnsmedisin?» (15). Rapporten

Organisering	Kompetanseheving
Sosial- og helsedirektoratet tar koordineringsansvar	Etablere faglige nettverk
Tydeliggjøring av roller og tilrettelegging for bedre samhandling mellom alle aktører	Opprette utdanningsstillinger
Plan for kommunenes medvirkning i samfunnsmedisin arbeid	Forsknings- og fagutviklingsprogrammer
Rapporteringsystem	Revidere utdanningshåndboken
Kvalitetsforbedringsstrategi	Opprette et elektronisk emnebibliotek i samfunnsmedisin
Utvikle en tydeligere folkehelseplattform	Bestille samfunnsmedisinske kunnskapsoppsummeringer
	Påvirke finansieringsordningen i helsetjenesten
	Styrke grunn-, videre- og etterutdanningen

Tab. 1. Hovedelementene i en handlingsplan for styrking av samfunnsmedisin

konkluderer med at legenes innsats i folkehelsearbeidet er nødvendig. Alle legers kompetanse i samfunnsmedisin bør økes, men det vil fortsatt være behov for spesialister med særlig kyndighet i faget. Spesialistutdanningen må revideres og fagidentiteten styrkes blant annet gjennom utvikling av nettverk og møteplasser. Effektive samfunnsmedisinske tiltak må identifiseres, og selve samfunnsmedisinbegrepet må redefineres i tråd med den internasjonale utvikling (16). På bakgrunn av en omfattende prosess med høringsuttalelser og seminarer har direktoratet utarbeidet en handlingsplan for styrking av norsk samfunnsmedisin. Programmet har to hovedelementer; organisering og kompetanseheving (tab 1).

Unionsoppløsningen

«Spesialiteten i samfunnsmedisin har vært sterkt knyttet til kommunelegefunksjonen... Det er imidlertid flere arenaer som har behov for å trekke på samfunnsmedisinens kompetanse», fastslår Folkehelsemeldingen (17).

En forutsetning for at dette skal lykkes, er sannsynligvis at båndene mellom allmennmedisin og samfunnsmedisin løses. De ideologiske og faglige premisser for de to spesialitetene er ulike, og disse ulikhetene er økende. «Tvillingene» som ble født for vel 20 år siden må leve mer selvstendige liv, på egne premisser.

Samfunnsmedisinen må fortsatt være tungt forankret i kommunene, men ikke bare der. Lokalsamfunnsengasjementet har vært viktig, men spørsmålet er om det er tilstrekkelig til å forsvare den nære tilknytningen mellom de to spesialitetene. Ulempen er nemlig at sykehusene og spesialisthelsetjenesten definerer befolkningsrettet arbeid utenfor sitt eget ansvarsområde. Fastlegeordningen kunne ha medført et klarere befolkningsansvar hos allmenn-legene, men har heller svekket enn styrket det lokale samfunnsmedisinske engasjement i allmennmedisinen. Nå er det avgjørende å få samfunnsmedisinsk tenkning inn i helseforetakene. Samfunnsmedisin er ingen spesifikk primærmedisinsk spesialitet. Mens allmennmedisineren er generalist med særlige forutsetninger for å arbeide med enkelt-pasienter i helsetjenestens førstelinje, har

samfunnsmedisineren kompetanse på befolkningsrettet arbeid. Det må utdannes samfunnsmedisinere med kompetanse for mer enn kommunalt arbeid. Det må opprettes stillinger for samfunnsmedisinere i sykehusene, og leger i samfunnsmedisinsk arbeid må utvikle et fellesskap på tvers av forvaltningsnivåene.

I år markerer vi oppløsningen av den nesten hundre år lange svensk-norske unionen i 1905. Den faglige «unionen» som har eksistert mellom allmennmedisinere og samfunnsmedisinere i langt over 100 år, bør også oppløses. Så kan vi leve og arbeide videre som «broderfolk» med egen faglig identitet, side ved side til gjensidig stimulans og nytte.

Litteratur

1. Larsen Ø. Exploring external and internal public health concepts. Michael 2004;1:193–205.
2. Schiøtz A. Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984. Oslo: Pax, 2003: 40.
3. Medisinsk studieplan. Universitetet i Tromsø. Oslo: Universitetsforlaget, 1971.
4. Knapskog A-B. Hva er «community medicine»? Synapse 1975 nr 1:10–3.
5. Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin. Målbeskrivelse og krav til spesialistutdanningen i samfunnsmedisin. I: Nylenna M red. Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin. Oslo: Den norske lægeforening, 1995.
6. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=75613>
7. http://www.legeforeningen.no/asset/24619/24619_2.xls
8. Aasland O.G, Akre V. Fra distriktslege til resultatområdeleder. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt, 2003.
9. Nylenna M, Larsen B-I. Samfunnsmedisin – fag for historikere eller leger? Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124: 3217–9.
10. Øgar P. Er samfunnsmedisinen liv laga? Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124: 3083–5.
11. Innstilling om videreutdanning i samfunnsmedisin og administrasjon for leger. Oslo: Den norske lægeforening, 1983.
12. Akademisk styrking av samfunnsmedisin. Lysaker: Den norske lægeforening, 1993.
13. <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=10679>
14. Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Utredning nr. 3 fra NR. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, 2003.
15. Samfunn + medisin = samfunnsmedisin? En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004. http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00000/Samfunn_medisin_sa_151a.doc
16. Beaglehole R, Bonita R. Public health at the crossroads. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
17. St.meld. nr 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.

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

Se oftere mot nord

AV TOVE RUTLE

Se oftere mot nord.
Gå mot vinden, du får rødere kinn.
Finn den ulendte stien. Hold den.
Den er kortere.
Nord er best.
Vinterens flammehimmel,
Sommernattens solmirakel.

Gå mot vinden. Klyv berg.
Se mot nord.
Oftere.
Det er langt dette landet.
Det meste er nord

Rolf Jakobsen



Kirkenes ligger i Sør-Varanger kommune ved grensen til Russland.

FOTO: ASTRID ØYE

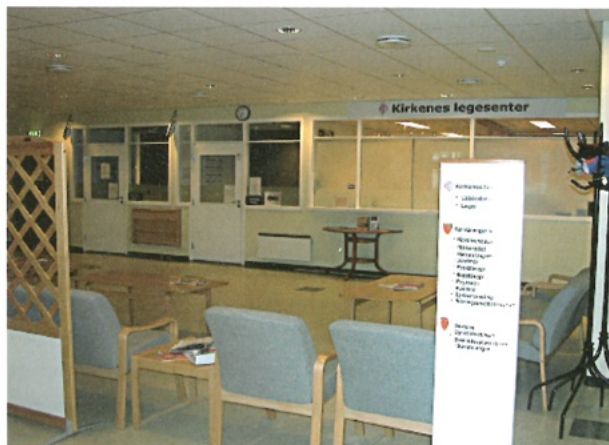
Vi har alle tanker om hva som er et godt drevet legekontor. Vi gjør så godt vi kan, men det er nok likevel stort forbedringspotensial ved de fleste legekontorene. Etter et besøk på Kirkenes legesenter sier jeg som Rolf Jakobsen:

Se oftere mot nord ... det meste er nord ...

Jeg ble veldig imponert og ikke minst inspirert over det jeg så.

Flotte nye lokaler og harmonisk stemning er en ting, men først og fremst er dette et veldrevet og særdeles godt administrert primærlegekontor. Jeg tror ikke det er så mange legekontorer som har så gode arbeidsavtaler og ordnede arbeidsforhold ved alle arbeidsstasjonene, eller har godkjenning som inkluderende arbeidslivsbedrift. De har også nedskrevet eget arbeidsreglement, permisjonsreglement og nedskrevet hva som er legekontorets avsatte velferdsmidler.

Ekspedisjonslokaler ved Kirkenes legesenter.



Kirkenes legesenter AS ble opprettet 1. januar 2001, og er et resultat av sammenslåingen av to kommunale legekontor. Det er et privat legesenter basert på kommunale fastlegeavtaler. Åtte fastleger, to turnuskandidater, en daglig leder og ni sekretærer har sitt daglige arbeid her. Sekretærstillingene deles av elleve ansatte, hvorav sju er autoriserte helsesekretærer, en er sykepleier og tre er legesekretærer uten autorisasjon.

Legesenteret har et styre som er øverste organ, og dette består av alle legene som er medeiere i AS'et. Daglig leder av Kirkenes legesenter er også styrets sekretær og en av legene har verv som styreleder. Når det gjelder de praktiske daglige oppgavene er det en lege som har det øverste personalsansvar, en lege som har økonomiansvar, en lege har dataansvar og en lege er utstyrsansvarlig. Helsesekretærene har egen faglig leder; ledende helsesekretær, som sin nærmeste overordnede.

En del fakta om legesenteret:

- Kirkenes legesenter er et fastlegekontor for hele Sør-Varanger kommune på ca. 9300 innbyggere.
- **Utekontordrift** i Neiden, Pasvik og Bugøynes (1 dag annen hver uke)
- **Helsetjeneste** på skolene, eldresentre/sykehjem og helsestasjonene.
- **Hudpoliklinikk** på sykehuset 1 dag i uka.
- **Kommunejordmor** praktiserer i legesenterets lokaler. Kommunen leier laboratorie- og sekretærtjeneste av Kirkenes legesenter.
- **Budsjett:** Legesenteret har et driftsbudsjett på ca 5 millioner kroner. Personalkostnadene består av lønnskostnader, pensjoner og forsikringer, velferdsmidler, kursmidler og arbeidstøy.

AVTALER OG REGLEMENT

PERMISJONSREGLEMENT FOR KIRKENES LEGESENTER

Vi satter på å skape et godt arbeidsmiljø og gode arbeidsforhold på vår arbeidsplass ved at så vel ledelsen som arbeidstakerne viser respekt for hverandre, er pålitelige og deltagende i sitt arbeid, viser initiativ, arbeidsglede og lojalitet for bedriften!

Styret w/Kirkenes legesenter AS

Permisjonsreglementet gjelder for alle arbeidstakere i et fast forpliktende arbeidsforhold med en på forhånd fastsatt arbeidsstid, pr. uke.

Dehilsansatte innvilges permisjon forholdsvis etter stillingens størrelse.

Permisjonsreglementet gjelder så langt ikke annet er bestemt i lov (Arbeidsmiljøloven/Folketrygde) og i arbeidsavtale.

Permisjonsreglementet skal benyttes ved behandling av permisjonsansøknader for ansatte ved Kirkenes legesenter AS.

Hensikt:

- Et å et kortfattet, oversiktlig oppsett over de gjeldende regler.
- Å legge grunnlag for lik behandling av alle arbeidstakere som kommer inn under ordningen.
- Å sørge for rask behandling.
- Søknad om permisjon skal som hovedregel skje skriftlig på fastsatt skjema og sendes tjenestevei via sitt myndelige legeråd til bedriftsrettskontoret og økonomiske begrunnelser for øvrig. Legesenteret vil til dokumentert. Når det søkes sysselskattelig permisjon, kan personlig framsett, eventuelt telefonisk, benyttes godtas.

Permisjon er ingen rettighet, men kan innvilges dersom det ikke går støver den daglige drift, og det er satt nødvendige hensyn til bedriftsrettskontoret og økonomiske begrunnelser for øvrig. Legesenteret vil til dokumentert. Når det søkes sysselskattelig permisjon, kan personlig framsett, eventuelt telefonisk, benyttes godtas.

Faglig leder uttaler seg i forhold til permisjonsansøknaden som innvilges av daglig leder etter delegasjon fra personalsaker. Gjennom en permisjonsansøknad arkiveres i personalsaker. Alt fravær registreres i egen fraværstatistikk.

VELFERDSPERMISJONER MED LØNN

Velferdspermisjoner med lønn kan maksimalt innvilges for til sammen 10 arbeidsdager i løpet av et kalenderår (forholdsvis med redusert stilling). For støver 10 dager, må i tillegg innvilges som ulønnet permisjon.

ARBEIDSREGLEMENT FOR KIRKENES LEGESENTER AS

Vi satter på å skape et godt arbeidsmiljø og gode arbeidsforhold på vår arbeidsplass ved at så vel ledelsen som arbeidstakerne viser respekt for hverandre, er pålitelige og deltagende i sitt arbeid, viser initiativ, arbeidsglede og lojalitet for bedriften!

Styret w/Kirkenes legesenter AS

Reglementet gjelder for alle tilsette som ikke har ledende eller kontrollerende stilling i virksomheten.

§1 - Tilsetning og oppsigelse
Arbeidstakerne tilsettes og sies opp av bedriftens styre, eller den de gir fullmakt. Den ryssansett fra ved tilsetning utlevert et eksemplar av arbeidsreglementet.

Oppsigelse skjer skriftlig fra begge parter. Oppsigelse fra bedriftens side skal leveres til arbeidstakeren personlig eller sendes i rekommendert brev til dennes oppgitte adresse. Oppsigelse fra arbeidstakerens side skal inneholde opplysninger om arbeidstakerens rett til å kreve forhandling, reise saknål og om retten til å fortsette i stillingen, og om de frister som gjelder for dette. Der oppsigelsen er begrunnet i arbeidsmengde skal den inneholde opplysninger om fortrinnsretten etter arbeidsmiljøloven §67. Den oppgave kan kreve å få oppgitt skriftlig grunn til oppsigelsen. Ved fratrøden gir bedriften vanlig sluttattest.

Arbeidstaker som blir avvåkjet, jf. §8, har også rett til attest, men arbeidsgiver kan uten angivelse av grunnen påføre at arbeidstakeren er avvåkjet.

§2 - Oppsigelsesfrister
Den gjennomsnittlige oppsigelsesfrist er 3 - tre måneder for fast ansatte, 1 måned for vikariat over 2 mnd. og 14 dager for ansatte i vikariat under 2 måneder. Viser for øvrig til AML §58 nr. 2 og nr. 3 for eldre arbeidstakere og ansatte som har vært i bedriften over 5 år.

Arbeidsavtaler som er inngått for et bestemt tidrom eller for et bestemt arbeid opphever uten oppsigelsesfrist ved tidsrommets utløp eller når det bestemte arbeid er utført, dersom ikke annet er skriftlig avtalt eller fastsatt i tariffavtale. Arbeidstaker som har vært midlertidig tilsett i mer enn ett år, skal ha skriftlig varsel om tidspunkt for fratrøden senest en måned før fratrødes tidspunkt.

Sykdøm
Arbeidstaker som har vært fraværende på grunn av sykdom, plikter å varsle om dette til arbeidsgiver samme dag. Første dag som vedkommende kommer tilbake til arbeidet, men senere en uke etter sykdommens begynnelse plikter arbeidstaker å fylle ut og sende melding til arbeidsgiver. I stedet for slik melding kan arbeidstakeren innlevere legemerk. Fravær blir registrert i egen statistikk, som jensvis blir lagt fram for styret. Kirkenes legesenter AS er en inkluderende arbeidstakerbedrift der arbeidsgiver og arbeidstaker i virksomheten er enig om et forpliktende samarbeid for å nå målene om et mer inkluderende arbeidsliv.

Velferdsreglement

Kirkenes legesenter AS

VELFERDSMIDLER 2004

Strøk av velferdsmidler for 2004 foreslås brukt med tanke på å opprettholde et godt arbeidsmiljø i tillegg til å forebygge sykefravær i henhold til vår avtale om å være en inkluderende arbeidstakerbedrift.

Julebord: kr. 200,- pr. person x 10 personer = kr. 2.000,-
Juleønsj: kr. 1.000,-

Andre velferdsmidler for ansatte:

Klipping kort bussing - Inntil kr. 1.000,- pr. år.
eller

Klipping kort treningscenter - Inntil kr. 1.000,- pr. år.
eller

Takst for inntil kr. 400,- pr. år for enten:

-Aromamassasje
-Fotpleie
-Fygg/hakke
-Jem massasje
-Mahari massasje
-Solarium

Kvittering for utlagt beløp må forelegges daglig leder. Beløpet godskrives lønn.
Midlene er tildekk eget bruk!
Event. møtter til andre tilskudd må forelegges styret.

Permisjonsreglement

Da det er ti ansatte i bedriften er det utarbeidet eget arbeidsreglement som er godkjent av Arbeidstilsynet.

Det finnes et eget permisjonsreglement som stort sett følger det kommunale reglementet i forhold til rett til forskjellige velferdspermisjoner og permisjon til utdanning. Velferdspermisjoner innvilges i den grad det er mulig og under forutsetning av at driften tillater det.

Legesenteret har eget velferdsreglement som har som hensikt å redusere sykefraværet og øke trivselen. For eksempel gies refusjon for treningskort, massasje m.m. Legesenteret gir julegaver, blomster ved alvorlig sykdomsforfall og legesenteret sponser jule- og sommerlunsj og har selvsagt eget julebord.

Møterom og telematikkstudio.



Arbeidsreglement

Møtevirksomhet

En gang i året er det medarbeidersamtaler, med oppfølgingssamtaler etter behov. Medarbeiderne og legene har et fellesmøte en gang i uken. Legene har ukentlige fagmøter med fastlagt program. Sekretærene har også eget fagmøte en gang i uken med oppsatt sakliste. Her diskuteres både faglige-, administrative- og personalsaker. Egen sak på saklisten hver gang er: Arbeidsmiljø

Legesenterets motto er:

Vi satter på å skape et godt arbeidsmiljø og gode arbeidsforhold på vår arbeidsplass ved at så vel ledelsen som arbeidstakerne viser respekt for hverandre, er pålitelige og deltagende i sitt arbeid, viser initiativ, arbeidsglede og lojalitet for bedriften!

Legesenteret arrangerer også en årlig personalsamling med faglig innhold hvor alle medarbeiderne og leger deltar. Denne avsluttes med middag.

Kvalitetssystem

- Kvalitetshåndbok med prosedyrer
- HMS-håndbok
- Vedlikeholdsavtale av medisinsk teknisk utstyr med tekniske konsulenter ved sykehuset

Inkluderende arbeidsliv!

Det har de også ved Kirkenes legesenter og det er imponerende!



Ansatte ved Kirkenes legesenter.

Den 23. juli i 2002 fikk de bekreftelse på at de er godkjent som inkluderende arbeidslivsvirksomhet.

Gode arbeidsmiljøtiltak ble beskrevet, og disse ble evaluert i mai i år. Det som lett kunne bli «ord på papir» ble konkrete tiltak med resultater som viser at det nytter. (Fig 1)

Oppfølging av avtalens mål

For å kunne følge opp dette blir alt fravær registrert i egen fraværstatistikk som blir forelagt ledelsen og tillitsvalgt, som vurderer situasjonen og eventuelt kommer med forslag til andre løsninger for å få ned sykefraværet. De ansatte blir informert om resultatet i form av kvartalsvise statistikker.

I tillegg til å gå inn for å forebygge sykdom blant de ansatte, forsøker de med jevnlig oppfølging av de som i dag er/eller vil bli sykemeldt ved:

- å bidra til dialog mellom ledelsen og den sykmeldte gjennom sykemeldingsperioden
- informere om rettigheter og muligheter i forhold til aktiv/gradert sykemelding tilpasset arbeidssituasjon.
- ved behov rettlede om rettigheter i forhold til trygde-etaten vedrørende søknad om hjelpemidler, attføring, omskolering m.m.

Styret er i utgangspunktet åpen for å tilsette arbeidstakere med redusert funksjonsevne så lenge arbeidstakeren kan forholde seg til legesenterets arbeidsreglement og stillingsbeskrivelsen kan bli oppfylt på en tilfredsstillende måte.

FIG. 1

EVALUERING av avtalens mål pr. 1.5.2005

a) Redusere sykefraværet	Evaluering
Kirkenes legesenters mål er fortrinnsvis å holde arbeidstakere på arbeid, og vil ved å forebygge sykdom forsøke å følge avtalens mål med å redusere sykefraværet med 20% innen 2005.	Sykefraværet er redusert fra gjennomsnitt 13.025% 10.275% fra 2004 til 2005.
b) For å forebygge vil vi fortsette i samme linje som i dag ved:	
– å ha praktiske og funksjonelle kontorlokaler med nytt og moderne medisinsk utstyr samt de nødvendige kontortekniske hjelpemidler	OK
– varierte arbeidsoppgaver ved å rullere i tjenesten	OK
– tilpasse arbeidet for enkelte arbeidstakere med spesielle behov	OK
– være fleksible når det gjelder arbeidstid	Vanskelig på grunn av faste åpningstider på legesenteret, men det jobbes med å tilrettelegge ved individuelle behov
– utarbeide gode og trygge arbeidsforhold for de ansatte ved å ha jevnlig fagmøter og personalmøter og la de ansattes medbestemmelsesrett bli ivaretatt	OK
– ha møter med ergoterapeut etter behov med informasjon om det fysiske og psykiske arbeidsmiljø	OK
– begynne med trimøvelser som et avbrekk i arbeidstiden	Nei – Har vært vanskelig å praktisere pga bunden tid til telefon- og pasientekspedering
– tilby treningskort i treningsstudio/basseng i fritiden	OK
– til enhver tid forsøke å ha tilstrekkelig bemanning	Til daglig er alle stillinger besatt, og bemanningen er tilfredsstillende, men ved sykdom kan det være vanskelig å skaffe vikar. Dette er en kontinuerlig utfordring. Har to faste vikarer, men har som mål å lære opp en vikar til innen sommeren.
– ha arbeidsmiljøet på møteplan og ved de årlige medarbeider-samtalene	OK
– foreslå sosiale aktiviteter med ledelse og arbeidstakere både i fritid og arbeidstid	OK
– å ha utarbeidet kvalitetshåndbok	OK
– å ha utarbeidet gode prosedyrer med blant annet arbeidsinstrukser	OK
– å ha et fungerende HMS-utvalg og en oppdatert HMS-håndbok	OK
– å ha et valgt verneombud	OK
– å ha et Akantilbud	OK
– å vise respekt og lojalitet for hverandre og bedriftens anliggender i hverdagen	OK

Kontorlokalene er tilgjengelig for rullestolbrukere og det fysiske arbeidsmiljøet skal etter behov kunne tilpasses etter samarbeid med trygdeetaten. En forutsetning er at arbeidstakeren er funksjonell i forhold til direkte pasientkontakt.

Kirkenes legesenter ser det også som verdifullt å holde på eldre erfarne arbeidstakere så lenge arbeidet kan tilpasses og utføres på en tilfredsstillende måte både til nytte for arbeidstaker og bedriften.

For å nå dette målet ser de det som viktig å øke ressursene i forhold til både å bidra med nødvendige tekniske hjelpemidler, kontinuerlig opplæring/oppdatering av det faglige/datatekniske. At arbeidet kan tilpasses ved å vise fleksibilitet når det gjelder arbeidstid/pauser. Oppfølging av arbeidstakeren ved medarbeidersamtaler og ved jevnlig dialog med arbeidstakerens arbeidssituasjon.

Avslutning

Sykefraværet ved bedriften har vært høyt, og er fortsatt høyt, men det er redusert i forhold til målsettingen. Det er flere årsaker til det høye fraværet. De siste årene har fraværet hovedsakelig handlet om kronisk sykdom, fravær pga. skader og til dels alvorlig sykdom. De regner med at fraværprosenten vil bli redusert i inneværende år.

Egenmeldingsdagene har ikke økt, til tross for muligheten til å ta ut 24 dager pr. år. Det ser ikke ut som om dette har vært misbrukt.

De mener det fortsatt er en terskel i forhold til «troverdigheten» i å skrive egenmelding for sykefravær over flere dager (inntil åtte) framfor å levere en sykmelding som dokumentasjon på sykdom til arbeidsgiver.

Daglig leder

Jeg tror at Kirkenes legesenter gjorde veldig klokt da de valgte å ha egen daglig leder på full tid til å ha ansvar for den administrative driften av legesenteret. Jeg tror det er vanskelig for legene eller medarbeiderne å ha det rette overskuddet til denne delen av legekontorets virksomhet.



Daglig leder heter Astrid Bye. Hun har full stilling og kontorfaglig bakgrunn. Daglig leder har etter avtale med styret ansvar for forvaltning av selskapets ressurser og virksomhet med rapporteringsplikt til styret og til myndighetene. Daglig leder er ansvarlig for å forberede og legge frem underlag til styrets arbeid.

Det daglige arbeidet er i praksis av økonomisk art som budsjett- og regnskapskontroll, dagsoppgjør, fakturering, pasientpurringer, månedsoppgjør for legene, beregning av leieutgifter, utarbeidelse av reglement og avtaler internt i bedriften, beregning og forsendelse av refusjonskrav til kommunen og trygdekontor. I tillegg til å behandle personell- og lønsspørsmål i samarbeid med ansvarlig lege og ledende helsesekretær utføres de daglige oppgavene som til enhver tid er nødvendig i forhold til driften.

Daglig leder er sekretær på styre, personal- og fagmøter, samt ansvarlig for at kvalitetshåndbøkene blir revidert.

Jeg gjentar; se mot nord ... det vil si; ... se mot nordøst ...

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

Nødvendig utstyr i legevaktskofferten

Historier fra
virkeligheten

På en legevakt i Stavanger blir jeg tilkalt for å skrive døds-erklæring på en dame som er død i hjemmet, 90 år gammel. Mannen har ringt etter ambulans, og det er ambulansfolkene som har bedt legevakten om å komme. De er der alle når jeg ankommer.

Den gamle damen ligger fredelig i sengen. Mannen forteller at hun har sovnet fredelig inn. De har ingen barn, men han vil ringe for å gi beskjed til sine nærmeste. Jeg gir råd om bedemann og hva som skal skje videre med liket. Ambulansfolkene vil gå. Jeg tenker på noen trøstende ord til enkemannen og spør om han har et lys vi kan tenne for den døde. Han finner et fint vridd stearinlys som vi setter på nattbordet. Har du fyrstikker, spør jeg. Han leter, men finner ingen. Jeg ber ambulansfolkene om hjelp, men heller ikke de kan hjelpe. Jeg har ikke fyrstikker i kofferten. Hva gjør jeg? Jeg må videre neste sykebesøk og må derfor forlate mannen der, med sin døde kone og et lys uten flamme.

Etter dette har jeg alltid en fyrstikke i legekofferten.

Olav Thorsen
Stavanger



Seretide 'GlaxoSmithKline'
Adrenergikum + kortikosteroid.

ATC-nr.: R03A K06

T INHALASJONSAEROSOL 25/50, 25/125 og 25/250: Hver dose inneh.: Salmeterol. xinaf. aeqv. salmeterol. 25 µg et fluticason. propion. 50 µg, resp. 125 µg et 250 µg, norfluran (1,1,1,2-tetrafluoretan).

T INHALASJONSPULVER 50/100, 50/250 og 50/500 i Diskus: Hver dose inneh.: Salmeterol. xinaf. aeqv. salmeterol. 50 µg et fluticason. propion. 100 µg, resp. 250 µg et 500 µg, lactos.

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

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

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

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Både heshet og candidainfeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skylning av munnhule med vann etter inhalasjon. Symptomgivende candidainfeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med preparatet fortsetter. Paradoksal bronkospasme kan inntreffe umiddelbart etter dosering og preparatet seponeres da straks. Pasienten behandles deretter med kortidsvirkende bronkodilatorer til inhalasjon, med raskt innsettende effekt. Etter klinisk vurdering av pasienten gis alternativ terapi dersom det er nødvendig. Preparatet er ikke til behandling av akutte anfall, men for regelmessig behandling. Pasienten trenger en bronkodilator med raskt innsettende effekt og kort virketid (f.eks. salbutamol) til behandling av akutte symptomer. Dersom pasienten må øke forbruket av beta₂-agonister med kort virketid for å kontrollere symptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen og pasienten bør kontakte lege. Plutselig og tiltagende forverring av astmasymptomer er potensielt livstruende og pasienten bør umiddelbart undersøkes av lege. En

bør vurdere å øke dosen av inhalert kortikosteroid. For pasienter med astma eller KOLS bør en ved økende symptomer vurdere tilleggsbehandling med systemisk kortikosteroid og/eller et antibiotikum dersom det er en infeksjon med i sykdomsbildet. Systemiske effekter kan forekomme ved høye doser brukt over lengre tid. Ved langtidsbehandling av barn anbefales kontroll av høyde. Pga. mulig svekket binyrebarkrespons, bør pasienter som overføres fra oral steroidterapi til inhalasjonsterapi følges nøye og binyrebarkfunksjon kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring fra peroral behandling kan pasientens binyrebarkrespons være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, f.eks. forverring av astmaanfall, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk behandling til inhalasjonsterapi kan også avdekke tidligere steroidmaskerte allergier. Disse behandles symptomatisk. Både selektive og ikke-selektive betablokkere bør unngås, med mindre det er svært tungveidende grunner for bruk av disse. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom inkl. hjertearytmier, ubehandlet hypokalemi, lungetuberkulose og/eller tyreotoksikose. Inhalasjonspulver: Hjelpestoffet laktosemonohydrat inneholder 0,1-0,2 % melkeprotein. Det må utvises forsiktighet hos pasienter med allergi mot melkeprotein.

Interaksjoner: Ritonavir (høypotent CYP 3A4-hemmer) kan gi sterk økning i plasmakonsentrasjonen av flutikasonpropionat og sterk reduksjon i serumkonsentrasjonen av kortisol. Cushings syndrom og binyrebarksuppresjon er rapportert ved samtidig bruk av ritonavir, og kombinasjonen bør derfor unngås. Andre CYP 3A4-hemmere gir uvesentlig (erytromycin) eller mindre (ketokonazol) økning i systemisk eksponering for flutikasonpropionat, uten merkbart redusert serumkonsentrasjon av kortisol. Det skal likevel utvises forsiktighet ved samtidig bruk av sterke CYP 3A4-hemmere f.eks. ketokonazol, pga. potensiell fare for økt systemisk eksponering for flutikasonpropionat.

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

Bivirkninger: Som for salmeterol og flutikasonpropionat hver for seg. Tremor, hodepine og palpitasjoner er vanlig, som regel forbigående og avtagende ved jevnlig dosering. **Hyppige (>1/100):** Candidainfeksjoner i munn og svelg. Heshet og irritasjon i svelg. Palpitasjoner, hodepine, tremor og muskelkramper. **Mindre hyppige:** Kutane hypersensitivitetsreaksjoner. Takykardi. **Sjeldne (<1/1000):** Paradoksal bronkospasme. Hypersensitivitetsreaksjoner med symptomer som angioedem (hovedsakelig i ansikt og svelg), respirasjonssymptomer (dyspnø og/eller bronkospasme) og anafylaktiske reaksjoner. Artralgi og myalgi. Arytmier (inkl. atrieflimmer, supraventrikulær takykardi og ekstrasystoler). Angst, søvnproblemer, adferdsendringer inkl. hyperaktivitet og irritabilitet (hovedsakelig hos barn). Mulige systemiske effekter er: Cushings syndrom, karakteristisk kjenneegn på Cushings syndrom, binyrebarksuppresjon, vekstretardasjon hos barn og ungdom, nedsatt bentetthet, katarakt og glaukom.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og takykardi. Dersom bruk av høyere enn godkjent dose flutikasonpropionat har pågått over lengre tid, er betydelig suppresjon av binyrebarken mulig. Det har vært meget sjeldne rapporter om akutte adrenale kriser, hovedsakelig hos barn eksponert for høyere enn godkjente doser over lengre perioder (flere måneder eller år). Observerte karakteristika inkluderer hypoglykemi med påfølgende nedsatt bevissthet

og/eller kramper. Situasjoner som potensielt kan utløse akutte adrenale kriser inkluderer eksponering for traume, kirurgi, infeksjon eller enhver hurtig reduksjon av dosen inhalert flutikasonpropionat. **Behandling:** Antidot ved symptomer på over-dosering av salmeterol, er kardioselektive betablokkere som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med Seretide må avbrytes pga. overdosering av betaagonistkomponenten, bør hensiktsmessig kortikosteroidterapi opprettholdes.

Egenskaper: **Klassifisering:** Kombinasjonspreparat av kortikosteroid med høy lokal antiinflammatorisk aktivitet (flutikason) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (salmeterol). **Virkningsmekanisme:** Flutikasonpropionat: Potent antiinflammatorisk effekt i lungene og forebygger eksaserbasjoner. Salmeterol: Relaksere bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Den bronkodilaterende effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. **Absorpsjon:** Flutikasonpropionat: Systemisk biotilgjengelighet er ca. 10-30 %. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<1 %). Salmeterol: Maks. plasmakonsentrasjon etter 1 dose (50 µg) er ca. 200 pg/ml. **Proteinbinding:** Flutikasonpropionat: I plasma ca. 90 %. **Fordeling:** Flutikasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 300 liter. Halveringstid: Flutikasonpropionat-reseptorkomplekset i lungevev: Ca. 10 timer. Terminal halveringstid ca. 8 timer. **Metabolisme:** Flutikasonpropionat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A til en inaktiv karboksylsyremetabolitt. Salmeterol: Utstrakt hydroksylering i lever. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet. **Utskillelse:** Flutikasonpropionat: Hovedsakelig via fæces. Clearance 1,1 liter/minutt. Salmeterol: Hovedsakelig via fæces.

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

Andre opplysninger: **Inhalasjonspulver:** Til inhalasjon ved hjelp av Diskus. Administreringsmåte: Se pakningsvedlegg. **Inhalasjonsaerosol:** Preparatet inneholder neonfri drivgass. Et tellervekviser antall resterende doser gjennom et vindu bak på inhalatoren; se pakningsvedlegget. Pasienter som har koordineringsproblemer ved bruk av inhalasjonsaerosol bør bruke et inhalasjonskammer som hjelpemiddel. Metallbeholderen må ikke utsettes for vann.

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

Pakninger og priser: **Inhalasjonsaerosol: 25/50:** 120 doser kr 340,00, **25/125:** 120 doser kr 488,00, **25/250:** 120 doser kr 641,80, **Inhalasjonspulver: 50/100:** 60 doser kr 367,60, 3 x 60 doser kr 1033,90, **50/250:** 60 doser kr 496,70, 3 x 60 doser kr 1421,20, **50/500:** 60 doser kr 627,00, 3 x 60 doser kr 1812,30.

T: 2g), 30a)7.
Sist endret: 21.06.2005
Priser av 01.06.2005



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

Lyrikk

En Lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

*Forgjeves banker en hakkespett på:
den vesle hytten uten vert
hører Stillheten til.*

Diktet er skrevet av Basho (1644–1694) – en av de fremste japanske haikudikterne.

Versene er eksempler på direkte opplevelse av det beskrevne hvor den som opplever og det som oppleves er et. Hvor mennesket som subjekt (Jeg!) selv blir en del av alt, på lik linje med steinen, månen, lyden av et eple som faller (en frigjørende tanke) – og som slik snakker til det religiøse i oss (behovet for å se oss selv i en større sammenheng).

Diktene er små modeller, små buddhistiske salmer, som søker å vise en verden slik den er – i et gitt øyeblikk – her og nå. Mitt møte med haikudikt skapte resonans og nysgjerrighet etter å finne frem til en kilde for denne måte å være i verden på. Zen buddhisme har siden vært til daglig inspirasjon.

Det umiddelbare, den uhildede opplevelse av mennesker, dyr, ting og hendelser – livet i sin «slikhet» kan med stort utbytte brukes i de daglige møtene med pasienter.

(Og et til – de er så korte ...)

*Blekkspruten
drømmer i rusen
under sommerens sol*

Jeg utfordrer Pål Hestvold – Bjørnsletta legesenter.

Svein Slagsvold



FOTO: SERGEY PRISTYZHNYUK

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!*

Voldsalarm på legekontoret

Vi hører om det av og til: helsearbeidere som er blitt truet eller utsatt for vold i sitt arbeide, på kontoret eller på vakt. Så lenge vi ikke har opplevd det selv er det lett å tenke at slikt vil aldri skje oss personlig, ikke her på vårt fredelige lille kontor! Men APLF har prisverdig nok tatt opp dette temaet og bedt oss om å gjøre visse foranstaltninger for håndtering av vold på legekontoret (Les på APLFs hjemmeside, medlemsbrev desember 2003).

På vårt kontor har en lege to ganger opplevd trusler under konsultasjoner som var av såpass alvorlige at hun ble oppriktig redd. Sittende alene inne på kontoret med pasienten, som i disse tilfellene hadde med seg pårørende som var like truende som pasienten, gav henne bla en ubehagelig oppdagelse; «Med min stol lenger unna døra enn pasientens har jeg ingen fluktmuligheter! Går pasienten til angrep på meg kan jeg i verste fall ble drept uten at kollegaen i naborommet hører noen ting!» (Vi har jo satset på god lydisolering av hensyn til taushetsplikten!)

Etter hennes to hendelser drøftet vi saken på personalmøtet og plutselig (og for første gang) så vi nytten av å ha en (mannlig!) kollega som leser Clas Ohlson-kataloger på senga. (De som ikke kjenner til disse katalogene finner firmaet på Internett. De har et utall tekniske, praktiske duppeditter av den typen mange menn tror de *må* ha og som så etter kort tid finner sin plass langt innerst i kjellernes mørkeste kroker fordi det viser seg at vi ikke hadde så veldig bruk for dem allikevel).

Vår gode kollega foreslo nå at vi skulle skaffe oss voldsalarm for en rimelig penge: trådløs ringeklokke montert under skrivebordet. Legen som føler seg alvorlig truet kan så diskret trykke på knappen som da gir en ringelyd ute i ekspedisjonen. Medarbeider som hører ringingen skal ved dette signal skal gå inn på legekontoret etter først å ha banket på og for eksempel late som hun skal ha en underskrift eller likende.

Vi har hatt øvelser på systemet, men ikke prøvd det ut i en reell situasjon, heldigvis! Foreløpig ser jeg to svakheter ved systemet. På et år har ringeklokken i ekspedisjonen ringt åtte til ti ganger uten at noen har trykket på knappen. Det positive med det er at vi har erfart at medarbeiderne reagerer riktig på ringinga, de kommer diskret inn og spør om et eller annet samtidig som de kaster et lett blick på gamlemor som sitter i stolen sin og klager over sine vonde knær og urinlekkasje, i en svært så lite truende tone. Et halvt blick er nok til å skjønne at dette var falsk alarm, tvert imot har vi hatt oss mang en god latter over tanken på at akkurat *den* pasienten skulle vare farlig!

Den andre svakheten er at jeg har undret meg på om jeg når jeg virkelig føler meg truet husker på alarmen og får til å trykke så diskret som jeg har øvd meg på å gjøre. Det vil jo eventuelt bare tiden vise, er jeg heldig får jeg jo aldri svar på det spørsmålet!

Og medarbeiderne da, har vi tenkt på dem? Ja, det har vi gjort. Claes Ohlsson selger også små dingser man kan ha i lomma som lager lyd når man trykker på den ene enden. Hva de egentlig er lagd for vet ikke jeg, men er situasjonen ille nok kan de altså lage en ule-lyd som gir de andre på kontoret beskjed. Denne løsningen er ikke så god siden pasienten skjønner opplegget med det samme. På den annen side er det jo oftest flere medarbeidere i samme rom, noe som gir større trygghetsfølelse og mindre behov for alarm hos dem og når selv vår oppfinnsomme Clas Ohlsonlesende kollega ikke har funnet en bedre løsning finnes den vel heller ikke?

Jannike Reymert





Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøytter 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.

Sikkerhetsvurdering av parabener

Spørsmål til RELIS

På grunn av omtale i media, har RELIS fått spørsmål om sikkerhet og hormonelle virkninger av parabener (konserveringsmidler)

Parabener er en samlebetegnelse for parahydroksibensosyreestere (inkludert metyl-, etyl-, propyl-, butylparaben m.fl.). Disse har antibakterielle og antifungale egenskaper over et pH-område fra fire til åtte. Aktiviteten øker med lengden av alkylgruppen, men da vil samtidig vannløsligheten avta. Bedre vannløslighet kan oppnås ved å bruke natriumsaltet og ved å kombinere to parabener med kort alkylkjede (1). Metyl- og propylparaben er mest anvendt, og ofte i kombinasjon (2).

På grunn av deres egnede kjemiske egenskaper har parabener vært brukt som konserveringsmiddel i mat i over 50 år. De finnes i over 13000 forskjellige kosmetiske preparater, samt i en rekke emulsjoner og flytende legemidler (2). Konsentrasjonen som anvendes i legemiddelformuleringer er normalt opp til 0,25 prosent (1).

I en oversiktsartikkel fra 2004 (3) finner vi at det er utført analyser av innholdet av parabener i forskjellige kroppspeleieprodukter hvor deklartert mengde ikke alltid stemmer overens med faktisk innhold, samt at metylparaben er det parabenet som oftest er brukt.

Parabener blir absorbert og metabolisert. De akkumuleres ikke i kroppen. Hovedmetabolittene blir utskilt i urin som parahydroksibensosyre, samt glycin-, glukuron- og svovel-syrederivater av parahydroksibensosyre (2).

Det finnes oversiktsartikler som beskriver sikkerhetsaspekter for både metyl- og propylparaben (2,3). Disse konkluderer med at stoffene har lav eller ingen toksisitet og at gren-

sen for akseptabelt daglig inntak trolig trygt kan heves fra ti mg/kg til 55 mg/kg for parabener. De bivirkningene som er assosiert med parabener er i all hovedsak hypersensitivetsreaksjoner, da primært hvor parabenholdige produkter er applisert på sprukken eller ødelagt hud. Parabenholdige produkter bør ikke nyttes på hudtransplanterte områder. Mennesker har inntatt to g/dag peroralt i en måned både av metyl- og propylhydroksibensoat uten å rapportere bivirkninger (2,4). Metyl- og propylparaben har ikke vist mutagene, karsinogene eller teratogene effekter (2).

Hormoneffekter av parabener

Parasubstitusjonen av den aromatiske ringen, som man ser hos parahydroksibensosyreestere, er en viktig forutsetning for østrogeneffekt av flere kjemikalier (4). Parabener og deres hovedmetabolitt parahydroksibensoat kan binde seg til østrogenreseptorer i *in vitro* modeller, men effekten er maksimalt 10000 ganger mindre enn for østradiol avhengig av lengden av alkylgruppen i esteren (2). Det er også vist at butyl- og isobutylparaben øker genekspressjonen av progesteronreseptoren. Overføring av disse *in vitro*- og dyreforsøk til humane effekter er foreløpig tvilsom (5).

På bakgrunn av parabeners østrogenlignende effekt har det vært diskutert om disse kan medføre brystkreft hos kvinner. I en studie ble 20 prøver fra humane brystkreftsvulster analysert for innhold av parabener. Studien viste en gjennomsnittlig parabenkonsentrasjon på 20,6 ng/g svulst. Av de forskjellige undersøkte parabenene var mengden av metylparaben høyest. Det vites ikke om parabenene har vært inntatt oralt eller topikalt, eller hvilke mengder som er

inntatt. Det spekuleres videre i at den høye forekomsten av metylparaben enten kan skyldes at metylparaben er mest brukt eller at metylparaben har en lavere metabolisme via hydrolyse enn de andre parabenene. Forfatterne presiserer at det er viktig også å analysere normalt brystvev for parabener for å se om det er forskjeller i akkumulerte verdier (6).

Det er altså foreløpig uklart om det er en sammenheng mellom innhold av parabener i kroppspieprodukter, legemidler og mat og utvikling av brystkreft hos kvinner. Per i dag finnes det ikke studier som bekrefter denne sammenheng (2).

Hos hannrotter har man sett at det ikke var noen behandlingsrelaterte forskjeller i vekt av testikler etter 4 ukers eksponering for propylparaben, man så derimot at det nedsatte spermieproduksjonen og serumtesteron i et doseavhengig forhold. Høyeste dose gitt i studien tilsvarer høyeste akseptable dose av parabener i EU og Japan (ti mg/kg/dag) (7). Forfatterne konkluderer videre med at mer detaljerte studier er nødvendige for å få kartlagt parabenenes effekt på mannlige kjønnsorganer.

I 2004 vurderte Folkehelseinstituttet, på bakgrunn av den gang kjent informasjon, at parabener er trygge å bruke (8).

Konklusjon

Parabener er mye brukt som konserveringsmiddel i mat, kosmetikk og legemidler. Disse stoffene er antatt å være ikke-toksiske. Man har funnet at deklart mengde av parabener i kosmetiske produkter ikke alltid stemmer overens med faktisk innhold av disse. Det er vist at parabenene og dens hovedmetabolitt (parahydrokibensoat) har noe østrogenlignende effekt, men om dette har klinisk betydning hos mennesker er foreløpig svært usikkert. Vår gjennomgang støtter Folkehelseinstituttets vurdering fra 2004 av at parabener er trygge å bruke.

Børge M. Larsen og Vigdis Solhaug,
RELIS ØST, rådgivere, cand. pharm

Referanser:

1. Sweetman SC, editor. Martindale. The Complete Drug Reference 2005; 34th ed.: 1183–1184.
2. Soni MG, et al. Safety assessment of p-hydroxybenzoic acid (paraben). Food Chem Toxicol 2005; 43: 985–1013.
3. Harvey PW, Darbre P. Endocrine disrupters and human health: Could oestrogenic chemicals in body care cosmetics adversely affect breast cancer incidence in women? A review of evidence and call for further research. J Appl Toxicol 2004; 24: 167–176.
4. RELIS database 2004; spm.nr. 1243, RELIS Midt-Norge (www.relis.no/database)
5. Pugagazhendi et al. Oestrogenic activity of p-hydroxybenzoic acid (common metabolite of paraben esters) and methylparaben in human breast cancer cell lines. J Appl Toxicol 2005; 25: 301–309.
6. Darbre PD et al. Concentrations of parabens in human breast tumours. J Appl Toxicol 2004; 24: 5–13.
7. Oishi S. Effects of propyl paraben on the male reproductive system. Food Chem Toxicol 2002; 40: 1807–1813.
8. Nytt fra folkehelsa 2004; 3 (6): 17. mars 2004.

Ebixa® – Verdt å huske på!

memantine

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, kaliumsorbitat (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 hjelpestofferne.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat(NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller dekstromeorfan 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 dekstromeorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmavæver. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig.

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

Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amning 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. **Hypypige (>1/100):** Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner, forvirring, svimmelhet, hodepine og tretthet. **Mindre hypypige:** 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, krampes, 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:

1. Wimo A, Winblad B, Stöfler A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. PharmacoEconomics 2003; 21 (5): 1–14.
2. Reisberg B, Doody R, Stöfler 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.

ODDVAR RUNE LARSEN

FORBIFARTEN

STILLING HALV STILLING SOM FASTLEGE VED HALSNØY HELSESENTER PÅ SÆBØVIK
HALV STILLING SOM KOMMUNELEGE 1 I KVINNHERAD KOMMUNE STED HORDALAND



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Født i Kristiansand for 50 år siden, ferdig med medisinerstudiet i Bergen i 1981. Har jobbet i primærhelsetjenesten i Kvinnherad siden 1985 inkludert ti år som bedriftslege. Gift siden 1981, to voksne jenter og to halv voksne gutter som alle er flyttet ut av hjemmet. Interesser og aktiviteter utenom jobb er friluftsliv (tur, sykkel, kajakk) er medlem av kommunestyre, av kontrollkommisjon for Valen psykiatriske sykehus og mekler i Konfliktrådet. Har hatt prosjektarbeid i Bosnia og Kosovo etter krigen, har vært et halvt år i Kabul som lege i forsvaret.

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

Etternavn

Hva gir deg mest glede?

Mye gleder meg, fra små ting i hverdagen, ting som virker, gode samtaler med familie eller venner, gode dager på job-

ben, eller naturopplevelser og større ting som når det er framgang og framskritt i samfunn og politikk.

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

Bytta jobb fra travel og slitende allmennlege praksis til ordnet arbeidstid som bedriftslege da ungene var små.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

I positiv samhandling med enkeltmennesker.

Når gjør du uviktig arbeid?

Regnskap.

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

Konkrete årsaksforhold og behandlingsmåter for det vi kaller muskel/skjelettplager.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Dialog.

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

Det er umulig å ikke bli det, vanskelig å ikke vise det, – dvs pasienten vil nok merke det, bedre å formulere og sette ord på det.

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Ikke sikker, håndverker, kanskje snekker.

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

Vet ikke.

Du er helseminister for én dag. Budsjettkontrollspøkelset gjør at du må flytte midler fra et formål til et annet. Hvem får mer, hvem får mindre med deg som minister?

Behandling og rehabilitering av rus/ psykiatri får mer. Mer får også forebyggende tiltak for barn og unge i form av mer kroppøving og fysisk aktivitet i skolen, tilrettelegging for å kunne gå og sykle til skolene, samt skolelunsj. Subsidiert av private spesialisthelsetjeneste får mindre.



Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Hvilket sykehus er Norges beste?

Vet ikke, Haukeland er vel ikke så verst.

Hvordan kobler du best av fra stress på jobben?

En kveldstur i kajakken.

Forslag til neste intervjuobjekt.

Hege Raastad Basmo.

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!



Utposten har fått tilsendt en kraftig anonymisert sykehistorie. Selv om den er svært spesiell tror vi den er lærerik, spesielt fordi dens juridiske sider minner noen og enhver av oss om hvor fort vi blir usikre når jurister engasjerer seg i vårt arbeidsfelt. Kanskje kan den motivere oss til å melde oss på neste kurs som omhandler juridiske forhold i legers praksis.

Vi har forespurt Advokatforeningen og Legeforeningen om de kunne kommentere sykehistorien, Advokatforeningen så seg ikke i stand til å bruke tid på dette mens Legeforeningen ved jurist Anne Kjersti Befring har lagt inn sine kommentarer underveis i kasuistikken.

Hans ankomst var varslet

Jeg følte meg advart og var godt forberedt. Jeg leste gjennom tilsendt pasientjournal og beregnet gjennomsnittet av hans daglige B-preparatforbruk.

Journalen som overføringsnotat

Det var utfyllende journalnotater, ført av en og samme lege i en stor bykommune på Østlandet, men legen kjente åpenbart pasienten godt. Arbeidsnotatene angående utredninger og behandlingsforsøk var svært ryddige. Mellom linjene gjenspeilet de kollegaens fortvilelse over utilstrekkeligheten i de forsøkte tiltak.

Pasienten hadde vært en aktet mann, tidligere høy stilling i skolevesenet. Han var operert for isjias for noen år siden, hadde en velregulert hypertoni og var ellers frisk.

Medikamentavhengigheten begynte da han kom i en arbeidskonflikt der han følte seg forrådt av kolleger som hadde tatt avstand fra hans undervisningsmetoder. Rektor støttet kollegene hans i sin kritikk. Han var 43 år gammel da problemene startet. Sviket, som hans pertentlighet og hans kontrollerende natur ikke hadde klart å forutsi eller forhindre, forvandlet ham til en liten gutt med et uendelig stort behov for trøst. Da startet også en strøm av legekontakter, to til tre ukentlig på de mest ubeleilige tidspunkter, hjemme og på kontoret, samt ubehjelpelige selvmordsforsøk.

Etterhvert som tablettforbruket økte, fikk han stadig kraftigere humørsvingninger, depresjoner og konsentrasjons-svikt, langvarig sykmelding og uførhet.

Jeg kunne lese hvordan legens fortvilelse økte proporsjonalt med hans økende forbruk av benzodiazepiner og hvordan de psykiatriske symptomene fulgte samme trenden.

Den ene sønnen (av tre barn) som fremdeles ønsket kontakt med sin far hadde påtruffet ham naken på kjøkkenet mens han forsøkte å koke suppe på toalettbørsten.

Pasienten hadde kontaktet legen i panikk den gangen da han hadde våknet på sofaen hjemme uten å huske hva han hadde foretatt seg de siste 18 timene, han hadde altså klassiske benzodiazepinoverdosering- og abstinenssymptomer. Likevel ble han utredet nevropsykologisk for mulig begynnende demens, uten patologisk resultat.

Nå hadde han flyttet hit, en mindre Vestlandsby, for å kunne holde kontakten med sønnen.

Journalnotatet som huskelapp for videre behandling

Jeg satte av meget god tid til første konsultasjon og passet på at jeg ikke var alt for mye forsinket da han kom til vår første konsultasjon.

Han var mest opptatt av at jeg skulle fortjene hans respekt under hele timen.

Jeg følte meg noe usikker og på vakt da jeg fornemmet hans behov for styring av samtalen og av den videre behandlingen.

Han mer enn antydte at han sto i tett kontakt med sterke krefter som bestyrer dette landet, helt utenfor demokratisk og byråkratisk kontroll, og at han derfor ikke kunne snakke om alt til meg tross min taushetsplikt. Jeg mer enn antydte at det meste av hans psykiske uføre nok ble vedlikeholdt av hans medikamentavhengighet.

Jeg noterte kort og saklig hans utsagn og mine konklusjoner, hans åpenbare paranoide beredskap og hvordan han ved slutten av samtalen fremdeles tvilte på om jeg fortjente hans respekt.

ANNE KJERSTI BEFRING:

Dette er en meget krevende situasjon for legen. Pasienten bruker tid og virkemidler for å posisjonere seg mht styring. En viktig utfordring for legen vil være å ikke overlate styringen av behandlingen til pasienten men samtidig være tydelig på pasientens rett til informasjon og til å medvirke.

Dette bør også kommuniseres til pasienten ev gjennom at legen eventuelt foreslår et behandlingsopplegg – og opplyser om pasientens rett til medvirkning men understreker at beslutningen ligger hos legen. Derimot kan pasienten velge å ikke få behandling (noe han er avhengig av jfr bruk av medikamenter) – eventuelt å bytte fastlege.

Legen bør kort dokumentere hvordan han vurderer pasientens helsetilstand, situasjonen og hvilket behandlingsopplegg han tilbyr. Han bør også dokumentere at dette er kommunisert til pasienten – og at legen opplever at dette blir en krevende situasjon både for pasienten og legen. Legen bør også kort dokumentere pasientens uttalelser.

Det virker som om legen har dokumentert disse opplysningene.

Journalnotatet som dokumentasjon av inngått samarbeid og avtaler

På ansvarsgruppemøtet med psykiatrisk poliklinikk, hjemmetjenesten og pasienten, klarte vi å enes om nedtrapping fra 18 benzodiazepintabletter daglig med (sic!) en halv tablett per måned. Hjemmetjenesten skulle dele ut i daglige porsjoner.

For å tilfredsstille pasientens eget kontroll- og mestringsbehov ble 25 tabletter av dosen hver måned utlevert til ham selv til bruk etter opplevd behov.

Opplegget ble behørig dokumentert i journalen og som avtale underskrevet av pasient og meg som ansvarlig lege.

Og, forunderlig nok, avtalen fungerte! Han som hadde oppsøkt sin tidligere fastlege med stadige medikamentelle og atferdsmessige kriser oppsøkte ikke meg annet enn når jeg inviterte ham til en oppfølgingstime i ny og ne.

Fra hjemmesykepleien fikk jeg tilbakemelding om at han nok stadig mente at han fikk for lite medisin men etter litt krangling ga han seg, da han var mest opptatt av å være korrekt.

ANNE KJERSTI BEFRING:

Opplysninger fra hjemmesykepleien bør også inntas i pasientjournalen. Men mitt råd er å ikke innta «synsinger» mht pasientens motiver som: «han var mest opptatt av å være korrekt».

Journalnotater og advokater (1)

Det kom inn en faks, uten logo eller heading, fra en advokat som på vegne av pasienten krevde utlevert kopi av pasientjournalen.

????? tenkte jeg, en faks? Hvordan kan jeg vite at dette virkelig kommer fra en advokat, hvorfor spør ikke pasienten selv om innsyn, hvorfor legges det ikke ved pasientens egen begjæring om innsyn? Og: hvem skal betale for utskriften?

ANNE KJERSTI BEFRING:

Det er helt OK at en anmodning kommer på faks, men legen kan ikke sende pasientopplysninger uten at dette er klarert med pasienten dvs hvilke opplysninger som skal utleveres og til hvem. Pasienten har rett til kopi av sin journal. Legen kan kun kreve dekket kr 70 (summen har ikke blitt justert siste årene)

Kontorpersonalet vårt som stilte disse spørsmålene til advokaten (for han var virkelig det!) fikk en telefonisk overhøring for at jeg i det hele tatt hadde tvilt, han skulle sende kravet sitt i brev form med pasientens krav, og betale skulle han også, men bare om jeg kunne vise til den lovmessige hjemmelen for et slikt krav. Han godtok normaltariffens bestemmelse.

ANNE KJERSTI BEFRING:

Mennesker uten god oppførsel finnes innen for alle yrkesgrupper. Dekningen av kopiutgifter gjelder kun pasientens rett til kopi. Dersom pasienten ønsker at andre skal få denne kopi må det skje i henhold til konkret avtale med pasienten.

Med advokaten til legetime

Ansvarsgruppemøtet som jeg så inviterte til ble mislykket. Advokaten meldte at pasienten ønsket å ha ham med på møtet.

Det fylte meg selvsagt med et visst ubehag, da en advokat er noe annet enn en vanlig pårørende, men OK.

Journalnotatet som grunnlag for pasientens selvoppfatning

Advokatens tilstedeværelse medførte at pasienten stort sett klarte å styre samtalen. Helst om hvor pertentlig og flink han hadde vært, og om alle feil om ham i journalen fra psykiatrisk poliklinikk. Han krevde at det nå ble ryddet opp i dette, og at det ikke kunne være riktig at han måtte krangle med hjemmesykepleien om dosering av medikamenter. Han fokuserte sterkt på jussen i alt dette.

Det ble derfor ikke tid til oppsummering av behandlingen så langt og planlegging av veien videre. Da møtet tok slutt spurte advokaten meg:

«Hva slags belegg har du egentlig for å skrive på side to linje åtte i journalen at han er medikamentavhengig? Vi krever det strøket!»

Med irritasjonen kokende i meg ba jeg ham om å formulere slike spørsmål skriftlig, og at jeg skulle besvare dem da.

Pasienten sa at han fremdeles ikke visste om jeg fortjente hans respekt.

Jeg svarte at han gjerne kunne velge en annen lege hvis han ikke stolte på meg (det er mange åpne lister her i traktene).

Journalnotater og advokater (2)

Det kom et brev fra advokaten som krevde at jeg skulle slette uttalelser fra pasienten som var referert i mine notater, og han henviste til paragrafer i pasientrettighetsloven.

Bare hvis jeg kunne bevise at uttalelsene virkelig var gjort, kunne de få stå. Pasienten på sin side benektet at han skulle ha sagt det han hadde sagt.

Det var noen dulgte trusler i brevet om rettslige konsekvenser m.m., og jeg stusset og var opprørt.

Jeg leste gjennom notatene. De var riktige referater, og den videre behandlingen var basert på dem. Å slette dem ville gjøre mine konklusjoner ubegripelige.

ANNE KJERSTI BEFRING:

Det kan i denne situasjonen være til god hjelp å kjenne til reglene for sletting av journalopplysninger. For legen er det en fordel å ha bedre kunnskap til de reglene som gjelder for egen virksomhet – enn pasienten.

Den som er omtalt i journalen har fått visse rettigheter – til innsyn – og ev til retting og sletting på bestemte vilkår. Legen kan ikke slette uten at vilkårene er oppfylt fordi det er ubehagelig med slike krav fra en pasient.

Journalnotater og pasientrettigheter

Nei, jeg gikk ikke gjennom pasientrettighetsloven ... eller helsepersonellovens bestemmelse om sletting.

ANNE KJERSTI BEFRING:

Det bør gjøres dersom legen ikke kjenner bestemmelsen fra før.

Jeg skrev tilbake at etter nøye vurdering kunne jeg ikke se at det var noe uriktig i mine notater, at det å endre dem i ettertid ville være dokumentforfalskning, og dermed i strid med helsepersonelloven, men at jeg skulle legge hans brev i pasientjournalen som dokumentasjon på pasientens synspunkter.

Igjen oppfordret jeg til legebytte, da jeg ikke kan se at jeg vil takle følelsesmessig å måtte veie mine ord på en juridisk gullskål hver gang han kommer til konsultasjon med sin advokat.

Jeg ringte advokaten og spurte om han ikke så at han hovedsaklig forsterket pasientens «åpenbare paranoide beredskap» (sitat fra journalen, som ikke var krevd slettet) ved å styrke hans skepsis mot meg.

Advokaten svarte at dette var den jobben han var satt til å gjøre, om jeg likte det eller ikke, og at han ville fortsette å tjene sine penger på denne måten.

«Jeg kan ikke være en god fastlege for ham på denne måten» sa jeg.

Ti dager senere kom det inn en «rett kopi» med stempel fra domstolsadministrasjonen (!) om at pasienten hadde funnet en annen fastlege og at han ba om oversending av journalen.

Avslutning.

Hva er egentlig meningen med journalen?

Ved siden av de ovennevnte funksjonene, skal journalen også være grunnlag for ettersyn av fylkeslegen og andre instanser som f.eks. trygdekontor, ved feilbehandlingssaker (alle vesentlige og uvesentlige valg skal dokumenteres og begrunnes), den skal også være oppslagsverk for kommunikasjon med hjemmesykepleien.

Skriver du mye, er det galt (dessuten rekker du da ikke komme hjem til middag), skriver du for lite, risikerer du også «å bli hengt».

ANNE KJERSTI BEFRING:

Neppe. Og det skjedde vel heller ikke her. Men det er riktig at journalen blir brukt også i kontrollsammenheng noe som får betydning for hvordan den skrives. Heldigvis er de fleste pasienter fornøyd med doktoren sin, bare han gir dem en klem i ny og ne, og med åpenhet og ærlighet i kontakt med pasienter blir de fleste tabber tilgitt.

Men spesielt trygg føler en seg ikke når forskjellige lover og regelverk setter ofte motstridende krav til vår håndtering av dokumentasjonsplikten.

ANNE KJERSTI BEFRING:

Det dreier seg ikke om motstridende bestemmelser, men det er viktig for legen med kjennskap til bestemmelsene.

Dr. Rank, fastlege i en middels stor by på Vestlandet.