



## Innhold:

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| LEDER:<br>Geriatrien i støpeskjeen<br>Av JANNIKE REYMERT                               | 1  |
| UTPOSTENS DOBBELTTIME:<br>Intervju med Torgeir Asdahl<br>Av TOVE RUTLE                 | 2  |
| MENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:<br>Er dette noe jeg skal gjøre noe med?<br>Av IVAR SKEIE | 6  |
| Eldre og førerkort<br>Av ANNE BRÆKHUS                                                  | 11 |
| Delir og atferdsproblemer ved demens<br>Av PETER WETTERBERG                            | 14 |
| Geriatrisk radiologi<br>Av JOHN TERJE GALTUNG                                          | 18 |
| Elektronisk pasientjournal<br>i sykehjem – hva skal vi bruke<br>Av INGER LUND THORSEN  | 22 |
| Geriatri inn i fremtiden<br>Av PETER F. HJORT                                          | 26 |
| Jakt kan føre til så mangt<br>Av ARNE Z. HENRIKSEN                                     | 31 |
| Vi vet vi ikke har lov, men vi gjør det likevel<br>Av DAG-HELGE RØNNEVIK               | 35 |
| Legionella sett fra Bø<br>Av ANDERS SVENSSON                                           | 39 |
| Faste spalter                                                                          | 42 |

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

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22. Fax 63 97 16 25

Mobil: 907 84 632

E-post: [rmrtove@online.no](mailto:rmrtove@online.no)

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

**Jannike Reymert***Koordinator*

Skogstien 16, 7800 Namsos

Tlf. 74 27 33 50.

Faks: 74 27 54 10

E-post: [jannike.reymert@online.no](mailto:jannike.reymert@online.no)**Helen Brandstorp**

Smalfjord

9845 Deatnu/Tana

Mobil: 991 52 115

E-post: [helenbra@hotmail.com](mailto:helenbra@hotmail.com)**Gunhild Felde**

Vognstølbakken 18 d, 5096 Bergen

Tlf. priv.: 53 29 70 50

Mobil: 959 29 356

E-post: [gunhild.felde@sensewave.com](mailto:gunhild.felde@sensewave.com)**Petter Brelín**

Furuvn. 1,

1781 Halden

Tlf. priv.: 69 18 16 32

Mobil: 911 15 510

E-post: [brelín@c2i.net](mailto:brelín@c2i.net)**Ivar Skeie**

Ragnhildsvei 15 b, 2819 Gjøvik

Tlf. priv.: 61 17 70 03

Tlf. jobb: 61 13 67 80

Mobil: 917 35 632

Faks jobb: 61 13 67 50

E-post: [ivskeie@online.no](mailto:ivskeie@online.no)**Anders Svensson**

Boks 181, 8465 Straumsgjøen

Tlf. priv.: 76 13 85 60. Tlf. jobb: 76 11 42 10

Faks jobb: 76 11 42 22. Mobil: 416 82 489

E-post: [anders.svensson@bo.nhn.no](mailto:anders.svensson@bo.nhn.no)**Ingvild Menes Sørensen**

Prestegården, 7660 Vuku

Tlf.: 74 07 07 08. Mobil: 907 41 034

E-post: [ingmenes@online.no](mailto:ingmenes@online.no)**Forsidebilde:**

Anders Svensson

**Layout/ombrekning:**

Morten Hernæs, PDC Tangen

**Design, repro og trykk:**

PDC Tangen

Du finner Utposten på

[www.uib.no/isf/utposten](http://www.uib.no/isf/utposten)



# Geriatrien i støpeskjeen

**I** dette nummeret har vi samlet et knippe artikler om geriatriske problemstillinger. Du kan lese om førerkort hos eldre, IT-løsninger på sykeheimer, behandling av ulike uro-tilstander hos eldre og hva du får ut av en MR caput av demente. Mest debatt vil det nok bli av artikkelen til Peter F. Hjort der han legger fram sin visjon for geriatrien i Norge i årene fremover. Hjort foreslår at vi innfører en grenspesialitet i allmennmedisin: Omsorgsgeriatrien. Denne spesialiteten tenker han seg som f.eks. et-års videreutdanning etter spesialiteten i allmennmedisin. Funksjonen skal være å dekke mellomrommet mellom fastlegen og sykehusgeriatren. Geografisk tenker han seg omsorgsgeriatren knyttet opp mot sykeheimene, men da i helt andre sykeheimer enn de vi har i dag. Selv om han ikke bruker ordet selv, synes jeg Hjorts visjoner minner om det vi kan kalle halvannenlinjetjeneste innen geriatrien der sykeheimspersonalet inklusive omsorgsgeriatren tar over mange av de funksjonene som i dag dekkes av lokalsykehusene.

Å tenke seg at allmennmedisinen skal splittes opp med grenspesialister vil provosere mange. Vi har i dag en nokså stor enighet om at primærlegen skal beherske alle aldergrupper, og at pasienten skal få beholde sin faste lege gjennom «hele livet» eller i alle fall så lenge det er praktisk mulig. Å innføre grenspesialitetsbegrepet i primærhelsetjenesten tror jeg fort vil pulverisere fastlegeordningen og ta livet av allmennmedisinen som den eneste generalisten norsk medisin har i dag. Vi ser jo allerede at pediaterne vil ha barna uten henvisningsplikt (i alle fall i de strøk av landet der pediaterne vil bo). Får de andre spesialistene også en fot innenfor, vil helhetsbegrepet i allmennmedisinen forsvinne som dugg for solen. Selv om Hjorts ide er at en omsorgsgeriater skal utgå fra spesialiteten i allmennmedisin, kan selve ideen om grenspesialisering bli den første spikeren i kista for vårt fagfelt.

Hjorts forslag sier lite om hvilken rolle lokalsykehusene bør ha i hans modell. I denne sammenhengen kan vi grovt sett dele Norge i to: de områdene (les: sentrale Østlandet og de store byene) der lokalsykehusene stadig mister, eller alt har mistet innhold, og sengeplasser. Så har vi resten av Norge der geografiske og demografiske forhold gjør at vi har små lokalsykehus som befolkningen heldigvis vet å kjempe hardt for å beholde. En kraftig opprustning av sykeheimene vil fort utarme de små lokalsykehusene som da vil lekke i to ender: de sykeste pasientene sendes til de store sentralsykehusene og de eldste legges ikke lenger inn fra sykeheimene. Befolkningen som helhet, og ikke minst de eldre, vil fort sitte igjen med Svarteper: Når sykeheimen må overlate behandlingen til annenlinjetjenesten kan kanskje lokalsykehuset være lagt ned. Ingen er vel mer tjent med å ha et lokalsykehus i nærområdet enn våre eldre pasienter. Dersom ideen om omsorgsgeriatrien skal ha livets rett må vi passe på at ikke Helseforetakene her ser mulighet til ytterligere budsjettkutt ved å legge ned lokalsykehusene!

Hjort har helt rett i at geriatrien må rustes opp for å møte morgendagens utfordringer. Dette temaet bør snarest løftes opp på det politiske planet, verken Helseforetakene eller kommunene har i dag midler til dette. Uten politisk vilje til å komme med friske midler tvinges Helseforetakene og kommunene til å fortsette den krigen de allerede har ført i mange år med å dytte de eldre over i hverandres senger og budsjetter. Skal legevirksomheten innen geriatrien i kommunene styrkes må det, som Hjort helt riktig påpeker, legges til rette for både kompetanseheving blant legene og lønnsøkning til sykehuslegenivå. Dagens avlønning i kommunale legestillinger på sykeheimene aksepteres bare fordi hver lege er pålagt noen få timer hver, og at man ser den dårlige timelønna som en liten del av en større avtale der inntjeningsmulighetene resten av arbeidsuka er svært gode.

Jannike Reymert



Utpostens  
dobbeltime

# Torgeir Asdahl

INTERVJUET AV TOVE RUTLE

Torgeir Asdahl født på Årnes, er allmenn-  
medisineren og ideologen «uten alder»,  
men med engasjement og radikale  
tanker som vi har noe å lære av.

Han har jobbet som allmennmedisiner,  
samfunnsmedisiner, flymedisiner i  
Forsvaret, bedriftslege, tilsynslege ved  
kursted for rusmiddelavhengige og  
ikke minst som dedikert sykehjems-

lege gjennom 25 år. Fra april 2004 har han vært heltidspensjonist  
på «Børke Søndre», en vakker liten gård på Arneberg i Solør.





Jeg føler meg både beæret og egentlig litt skamfull over å bli intervjuet av Utposten. Skamfull fordi jeg aldri har vært noen aktiv støttespiller for Utposten til tross for at den hadde fortjent det. Da Per Wium og Harald Siem i 1972 tok initiativet til utgivelsen av Utposten som et talerør fra grasrota i primærlegetjenesten – var det til ergrelse og bekymring for Ole K. Harlem, daværende redaktør i «Tidsskriftet». Harlem ga i «Tidsskriftets» redaksjonskomité, hvor jeg da var Aplf-representant og komitéleder, uttrykk for at han følte det som å bli dolket i ryggen av venner. Han mente at det var hans oppgave å ha plass for allmennmedisinen i «Tidsskriftet» og fryktet konkurransen om skriveføre bidragsytere blant primærlegene. Som Aplf-representant i redaksjonskomiteen var det naturlig å støtte redaktøren som i praksis virkelig var en varm støttespiller for allmennmedisinske interesser både innad i Legeforeningen og utad. Slik ble det og bra gikk det både med «Tidsskriftet» og Utposten.

*I et intervju til avisa Glåmdalen for lenge siden, sa du, og gjentok det senere i et prangende intervju i Dagbladet at «Hetsen mot røykerne har alvorlige negative sider. I tillegg sier du i en artikkel i Tidsskriftet i 1988 at du tror at vårt «korstog» mot livsstilsykdommer skaper så mye angst og negative følelser at det påvirker vår helse negativt. Er ikke du gammel nok til å se hvor viktig det er å få god livsstilskunnskap ut til befolkningen?*

Jo, det burde jeg være. En intens propaganda mot røyking er prisverdig, og vil forhåpentligvis på sikt forebygge at den oppvoksende slekt begynner å røyke. Det er antagelig også en del som klarer å slutte, og som opplever et bedre liv uten røyk. Det store spørsmålet er imidlertid hva hetsen mot røykerne gjør med helsa til dem som har vedvarende problemer med å slutte og som stadig blir samvittighetsplagede tapere i forhold til det helsebegrunnede samfunnskrav om livsstilsendring. Eller hva skjer det med dem som har karakterstyrke nok til å lykkes med å stumpe røyken, som vedvarende må undertrykke et savn, et følelsesmessig røykebehov? Påfører vi kanskje disse en sterkere negativ risikofaktor enn røykingen i seg selv – i helseopplysningens navn –? Jeg tror det kan være farlig å farliggjøre! Jeg kan referere til Frode Thuen sin bok «Vårt indre liv» (1999) hvor dette er vitenskapelig dokumentert.

*Du har mange års erfaring med pasientinformasjon og kommunikasjon. Hvordan tenker du da at vi kan gi fornuftig helseinformasjon til befolkningen uten den store formanende pekefingeren?*

Slik jeg ser det bør kollektiv helseopplysning være saklig og lettfattelig. Skremmende og sterkt formanende helseopplysning bør gis på individuell basis. Jeg har lite til overs for pekefingeren som maner til kollektiv livsstilsendring av den gode grunn at vi er individualister, ikke minst følelses-



messig og med hensyn til betingelser for opplevelse av trivsel og livsglede. Men dette er vanskelig. Jeg mener det er viktigere hva pasienten selv tenker, tror, og kanskje engster seg for, enn hva legen i utgangspunktet måtte mene eller tro om symptomer, plager og årsaker. Det er vanskelig fordi verken leger eller annet helsepersonell i helserådgiverroller har en entydig felles forståelse av betydningen av det kontinuerlige samspill mellom kropp og sjel. Ikke alle leger vektlegger i nevneverdig grad betydningen av selvhelbredende eller



helsebevarende mekanismer. Og pasientene selv, hva vet han/hun om egne innebygde ressurser og påvirkningsmuligheter?

Derfor er det viktig for legen å komme i tillitsfull dialog med pasienten. Det gjør man neppe med en hevet pekefinger i utgangspunktet. Det er viktig å lodde pasientens egne tanker om egen helse. Det er min erfaring at det er lettere å få napp hvis jeg for eksempel spør om det er noe i eget liv som han/hun tror kan ha betydning for «helsa», enn om jeg velger et sykdomsorientert ord.

#### *Hvorfor mislykkes helsevesenet i helseopplysningsarbeidet?*

Med få hederlige unntak ser det for meg ut som det dualistiske menneskesynet er dominerende. Vi snakker om helse som et somatisk begrep og om psykisk helse som et begrep for seg. For meg er det ufattelig at det fortsatt er slik og jeg er tilbøyelig til å klandre samfunnsmedisinerne for at de ikke i nevneverdig grad har påvirket samfunnet til «samrøre» i så måte. Fraværet av et overordnet holistisk menneskesyn i rådgivende helseprofesjoner så vel som i samfunnet for øvrig, er etter mitt skjønn hovedgrunnen til at helsevesenet har mislykkes i helseopplysningsarbeidet. I stedet har man undergravet den smule tillit til egen toleranse for sykdomsangrep og egen forsvarsevne ved skremselspropaganda og farliggjørende vinkling av statistiske data. Hvis helsetjenesten hadde vært mer opptatt av å nedtone farlighet og anskueliggjøre mediaomtalte risikoanalyser på en helsestimulerende måte, ville antagelig mye vært annerledes. Jeg tror det kan ha betydning for folkehelsa om man f.eks. i stedet for å publisere med store bokstaver at én av tre kvinner får brystkreft, at to av tre kvinner ikke får brystkreft. Jeg tror også at såkalte screeningundersøkelser for å oppdage noe galt på et tidligst mulig tidspunkt kan ha alvorlige negative helsekonsekvenser ved å bidra til å svekke tilliten til egen helse og til å sykeliggjøre en ellers frisk befolkning.

#### *Livskvalitet er nesten blitt et banalt ord. Hva legger du i det?*

Det er vel «rammen» i hverdagen som er bestemmende for enkeltindividets muligheter for livskvalitet, jeg tenker på oppvekst, familie, de mulighetene du har til å utøve ditt fag, ditt yrke og ellers det sosiale liv.

Generelt er det vel trivsel i denne hverdagen som betyr noe. Vi har som mennesker egne ønsker og behov, men samtidig må vi tilpasse oss rammekravene. Vi har vel også et behov for å bli respektert, og vi har vel et grunnleggende behov for valgfrihet. Helsemessig tror jeg det viktigste kanskje er å ha evnen til tilpasning. Kanskje ikke minst evnen til å justere egne forventninger til mest mulig samsvar med virkeligheten. For stor avstand mellom forventninger og virkelighet vil på sikt kunne virke helsenedbrytende.



#### *Du har moderne og til dels radikale tanker og synspunkter...*

At jeg har radikale tanker og synspunkter er dine ord, men antagelig har du rett selv om jeg ikke oppfatter meg selv som radikal. Jeg er et produkt av det liv jeg har levd og de miljøer jeg er oppvokst og videreutviklet i. De har vært dramatisk forskjellige. Barneår i en søskenflokk på seks i et religiøst autoritativt bondehjem på Romerike med indoktrinering av barnetro. Tre eldre og ulike brødre. Alle aktive i motstandsbevegelsen under krigen. Umiddelbart etter krigen studerte jeg ved Københavns Universitet i sju år og ble «adoptivsonn» hos en klok, samfunnsengasjert og kritisk tenkende rektorfamilie. Det var nok tiden i denne familien i København som utviklet den, som du sier, radikale måten å tenke på. Kunnskap er ikke makt hvis den ikke overbeviser. Kunnskap tilegner man seg ikke uten å gjøre den til sin egen. Altså krever kunnskapstilegnelse refleksjon og aksept. Forkaste eller godta. Det første jeg forkastet var min «barnetro». Vedtatte medisinske sannheter forkastet jeg selv etter kortere og kortere levetid. Jeg har alltid hatt en skrøpelig hukommelse. Det tvinger meg til å tenke selv i stedet for å lete i hukommelsen etter andres løsninger. Jeg har lært mye av egen praksis og deltagelse i kollegers omfattende arbeid i å utvikle allmennmedisinen til eget fag og utforming av vår egen identitet. Gode kolleger og samtalepartnere var godt å ha da jeg fikk i oppdrag å skrive en artikkel til jubileumsnummeret i Tidsskriftet i 1988 om «Helse, en utfordring til legen?». Det var vanskeligere enn jeg trodde. Jeg visste en hel del om sykdom, men hva visste jeg om helse? Arbeidet med den artikkelen ble en øyeåpner for meg. Birger Kaadas fremragende artikkel om «Placebogåten mot sin løsning?» la for meg grunnlaget for





en helhetlig forståelse av samspillet mellom sinn og kropp. Det var en ubeskrivelig lettelse å kunne erkjenne at det er hjernen som er sentralorganet og at det er hjernen som i første rekke trenger kroppen, og ikke omvendt. Men selv sagt er det en gjensidig avhengighet, et gjensidig samvirke med gjensidig påvirkning. Da gikk det med forferdelse opp for meg at jeg virkelig hadde vært lege i 35 år uten å ha erkjent helheten, sammenhengen, og samspillet mellom kropp og sinn i menneskene som var og hadde vært mine pasienter. Med ett forsto jeg hvorfor individene er så forskjellige, også kroppslig sett. Mine overveielser, refleksjoner og måte å kommunisere med pasientene på måtte endre seg etter dette.

*Du er opptatt av våre selvhelbredende mekanismer?*

Vi må nok erkjenne at det er få som bevisst benytter seg av eller dyrker de selvhelbredende mekanismene, men heldigvis er det slik at genene våre sørger for at immunsystemene virker automatisk og sørger for daglig renovasjon og eventuelt restitusjon. Jeg tror ikke pasientene har nok eksakt kunnskap om hvilke tanker, følelser og problemrettede holdninger som virker spesifikt stimulerende, eller for den saks skyld spesifikt hemmende; om de er allmenngyldige for homo sapiens, eller om de også er kompliserende individuelle. Jeg tror de må forventes å være i betydelig grad individuelle.

*Du er pensjonist nå?*

Ja, yrkesmessig. Det var en stor overgang. Jeg sluttet med tre ting på en gang: Først sluttet jeg i jobben som tilsynslege på sykehjemmet i bygda. Jeg hadde en fin og faglig sett



svært interessant tid på sykehjemmet. Gamle og syke mennesker er greie å forholde seg til. De krever ikke helbredelse. De er tilfredse dersom livet blir så lett å leve som mulig. Sykehjemmet holdt eksepsjonelt høy kvalitet for beundringsverdig små midler. Fikk likevel stadig pålegg om nedskjæringer. Slik er det vel alle steder i kommunen Norge. Det er tøft med 110 pasienter! Jeg synes det er en lettelse å slippe det medisinskfaglige ansvaret.

Så har vi hatt to hester her på gården gjennom mange år, de har gitt mye glede, mosjon og ikke minst arbeid, men på et tidspunkt måtte vi avvikle. Det ble naturlig da den ene hesten ble gammel og leddplaget. Jeg fulgte henne selv på den siste reisen til slakteriet på Rudshøgda. Det var en tung tur. Den andre hesten ble så ensom at den har vi satt bort til et annet hestefellesskap.

Så har jeg vært piperøyker gjennom livet, men valgte å slutte med dette på grunn av hoste. (Må innrømme at hosten har bedret seg, så jeg nyter en pipe i ny og ne.)

Jeg synes det var bra å gjøre alt på en gang! Man får plutselig så mange nye muligheter. Man blir så å si tvunget til en ny tilværelse. Det er mye arbeid her på gården og jeg trives med det. Aldringsprosessen går naturligvis sin gang, det må bare aksepteres. Alt jeg foretar meg går tregere og jeg øver meg på å glede meg over alle skavankene jeg enda ikke plages nevneverdig av. Det er mange ting å tenke på som en kan være glad for. Det er om å gjøre å få øye på dem i hverdagen. Pensjonisttilværelsen gir frihet. Frihet til å velge innenfor en hensyns- og mulighetsramme.



Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelse. 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.



## «Er dette noe jeg skal gjøre noe med?»

Rusrelatert klinisk allmennmedisin – på vakt og hos fastlegen

AV IVAR SKEIE

Jeg melder meg på legevakt kl 16. Beskjed om at jeg må rykke ut til en leilighet der det bor en alkoholiker som naboene ikke har sett siste par dager, bror har låst seg inn og funnet pasienten i elendig forfatning. Jeg får vite at han var i mottagelsen på sykehuset for to-tre dager siden, men nektet innleggelse.

Jeg kommer fram og går inn i leiligheten sammen med broren. Kommer først inn i stua som er møblert med en sofa, et par lenestoler, en TV og en kjøkkenkrok. Det er klint av-

føring rundt i sofa og stoler, og det lukter ikke godt. Det står en del ølflasker på bordet og kjøkkenbenken. Pasienten ligger naken i senga på soverommet innenfor, på madrass uten laken, med et tilklint sengeteppe over seg. Han er i live, men svarer ikke, men reagerer når vi rusker i ham. Jeg tilkaller ambulanse og legger ham inn på medisinsk avdeling.

Pasienten har septisk lungebetennelse. Han overlever etter intensiv sykehusbehandling.

Kliniske problemer knyttet til bruk og avhengighet av rusmidler er vanlige i allmennpraksis. Alle allmennleger møter slike problemer i sitt daglige arbeid, ikke minst i vakt-sammenheng. Pasienter med rusproblemer kan være krevende og ha en oppførsel som avviker betydelig fra «vanlig» pasientatferd, og dette gjør at de lettere enn andre kan bli avvist. Samtidig kan sykdom som enten er direkte rusmiddelutløst eller som kompliseres av rusmiddelbruk, ofte være alvorlig og kreve rask legereaksjon og behandling. Det er derfor viktig at disse pasientene ikke møtes med avvisning, men at opplysninger om akutt eller kronisk rusproblem tas som et viktig anamnestic poeng når legen eller annet helsepersonell skal vurdere pasienten.

Hensikten med denne artikkelen er å sette lys på en del sentrale, mer akutte kliniske problemstillinger knyttet til rus og rusmidler, som allmennleger ofte møter, ikke minst på

vakt. For en mer helhetlig gjennomgang av sykkelighet hos pasienter med alvorlig stoffmisbruk henvises til en tidligere artikkel i Utposten.<sup>1</sup> Fokuset i denne artikkelen er klinisk her-og-nå-rettet: «Hva gjør jeg med denne pasienten her-og-nå før jeg tar inn nestemann?».

### Hva er spesielt med «akutt rusmedisin»?

Den akutte rusmedisinske situasjonen, på vakt eller i en hektisk allmennpraksis, er ofte uoversiktlig og ruspasientens forhold til legen er ofte komplisert. På den ene siden et «vanlig» lege-pasient-forhold, der legen og pasienten har felles interesse av å diagnostisere og behandle sykdom, på den andre siden et «manipulatorisk» forhold, der ruspasienten – bevisst eller ubevisst – prøver på styre legens atferd i en retning legen ikke ønsker.<sup>2</sup> Samtidig somatikk, psykiatri, rus (ofte akutt ruspåvirkning) og «vanskelig» atferd, gjør situasjonen uklar, særlig hvis man ikke kjenner pasien-



ten. Da er det viktig for legen å holde hodet kaldt, og å overvinne den spontane uvilje og ubehag man gjerne føler som lege i en slik situasjon. Det vi – som oftest raskt – må ta stilling til er: Er dette en oppgave for helsevesenet – eller kanskje heller politiet eller sosialtjenesten? Er dette noe som krever medisinsk behandling? Må denne behandlingen eventuelt skje med en gang? Skal denne behandlingen gis av meg her-og-nå, eller skal pasienten henvises eller akutttinnlegges, og i tilfellet hvor? Hva slags problemstillinger er det riktig å gå inn i på vakt, og hva skal man holde fingrene unna? Og hva bør eventuelt overlates til fastlegen eller sosialtjenesten?

### Hva er en «ruskrise»?

En «ruskrise» er en tidsavgrenset sammensatt situasjon som preges av både akutt og kronisk rusmiddelmissbruk, psykisk ustabilitet og ofte sosialt kaos (økonomi, bolig, relasjoner), gjerne kombinert med somatisk sykdom eller skade. De hjelpe- og omsorgstiltak som til vanlig er etablert rundt pasienten, er i slike situasjoner ikke tilstrekkelige til å stabilisere situasjonen. Og da må noen ofte gripe inn. Det kan være politiet eller sosialtjenesten, men ofte blir problemet presentert for legen, og legen må da tenke og handle rasjonelt medisinsk. I en del tilfeller vil det være behov for umiddelbare medisinske tiltak, særlig ved akutte forgiftninger eller alvorlig psykiatrisk eller somatisk sykdom. Slike situasjoner fører ofte til sykehusinnleggelser. Andre situasjoner som er mindre akutte, krever gjerne annet enn medisinske tiltak, og da må man spille på det tverrfaglige samarbeidet, særlig med kommunal sosialtjeneste og det spesialiserte rusbehandlingsapparatet.

Siktemålet med denne artikkelen er å prøve å rydde litt i dette uoversiktlige landskapet, og å gi noen råd om hva man kan gjøre og hva man ikke skal begi seg inn på i en del vanlige akuttsituasjoner. Jeg vil drøfte akutte rusrelaterte forgiftninger, abstinens, akutte og kroniske infeksjoner, skader, og akutte rusrelaterte psykiatriske tilstander.

### Blandingsforgiftninger og forgiftninger med opioider

Overdoser med opioider er vanlige hos injiserende heroinmisbrukere. Disse er enten rene opioidoverdoser eller blandingsforgiftninger. Det opioid som hyppigst gir overdoser er heroin, men andre legemidler – ikke minst metadon og i noen grad buprenorfin som lekkasje fra substitusjonsbehandling – forekommer ikke sjelden. Svært ofte blandes opioidet med andre stoffer, ikke minst benzodiazepiner (særlig flunitrazepam), alkohol og karisoprodol (Somadril). Hovedproblemet ved opioidforgiftninger er respirasjonshemningen som kan forsterkes av alkohol, flunitrazepam og andre stoffer, og som kan gi respirasjonsstans og død.

Overdosepasienter vil ikke være i stand til selv å komme seg til lege, det vil helst dreie seg om lege- eller ambulansetrykning. Behandlingen i en slik situasjon vil være generell akuttbehandling og antidot. Hvis bruk av antidot i adekvat dose ikke gir forventet effekt, må det antas at forgiftningen skyldes annet stoff eller at bevisstløsheten har annen årsak. De fleste pasienter som vekkes opp etter en slik akutt forgiftning, vil det være aktuelt å observere i sykehus, men det er et problem at mange pasienter i slike situasjoner velger å forlate sykehuset på egen risiko. Man bør da prøve å avtale med andre at de ikke skal være alene. Dette er spesielt viktig ved overdoser med langtidsvirkende opioider som metadon og buprenorfin.

En annen sjelden komplikasjon til heroinbruk kan være akutt lungeødem.<sup>1</sup>

### Opioidabstinens

Abstinens opptrer når en pasient etter en tids vedvarende bruk av opioid, slutter å bruke det. Det er noe alle heroinister har vært gjennom mange ganger. Symptomene er fysisk og mental uro, kuldefølelse/frysninger, svetting, diaré, muskelsmerter, kramperisiko med mer. I de fleste tilfeller vil abstinensreaksjonene ikke være medisinsk alvorlige, men de oppfattes som sterkt ubehagelige. Graden av tilvenning og avhengighet og dosenivå vil ha betydning for abstinensreaksjonen.

I akutt legevaktsammenheng er det begrenset hva man bør gjøre. Man bør i størst mulig grad unngå benzodiazepiner. Abstinensreaksjonen kan dempes med klonidin. Visse anti-epileptika kan gi symptomlindring og beskytte mot kramper.

#### **Mistenkt eller kjent opioidforgiftning:**

##### **Generell førstehjelp**

##### **Medikamentell behandling:**

Naloxon (Narcanti <sup>®</sup>) 0,4 mg/ml, amp. a 1 ml

Kan gis i.v., i.m., s.c. eller som i.v. infusjon.

Initialdosen er vanligvis 0,4–2 mg (1–5 ml) i.v.

Hvis ønsket forbedring av respirasjonsdepresjonen ikke inntreffer umiddelbart etter i.v. administrering, kan injeksjonen gjentas med 2–3 minutters intervall. Hvis manglende oppvåkning etter totalt 2 mg naloxon, mistenk andre farmaka enn opioider, annen sykdom eller irreversibel hjerneskade.

Naloxon har kort virketid, viktig å være klar over fare for ny respirasjonsdepresjon etter en tid.

Diazepam inj./rektalt (Vival<sup>®</sup>): 10 mg i.v. eller rektalt dersom kramper etter naloxonbehandling.

(Kilde: Felleskatalogen og Norsk Elektronisk Legehåndbok)



### Mistenkt eller sikker benzodiazepinforgiftning

#### Generell førstehjelp

#### Medikamentell behandling:

Flumazenil (Anexate) – injeksjonsvæske 0,1 mg/ml (ampuller 5 ml).

Initialt gis 0,3 mg i.v. i løpet av 15 sekunder. Om tilstrekkelig våkenhetsgrad ikke oppnås i løpet av 60 sekunder, kan gjentatte doser på 0,1–0,3 mg gis til pasienten våkner eller opptil en total dose på 2 mg. Om det ikke oppnås tydelig effekt på våkenhet og åndedrett etter gjentatte doseringer, må det antas at intoksikasjonen ikke skyldes benzodiazepiner. Dersom bevissthetsforstyrrelser vender tilbake, kan det gis en i.v. infusjon på 0,1–0,4 mg pr. time. Infusjonshastigheten skal justeres individuelt for å nå den ønskede våkenhetsgrad.

(Kilde: Felleskatalogen)

Hvis ikke effekt, mistenk annen årsak.

Ved avrusning i institusjon er det nå vanlig å bruke en kombinasjon av opioid og antiepileptikum. I fastlegesammenheng kan man i enkelte tilfeller vurdere nedtrapping med opioid, men ikke med ukjente pasienter i en vaksituasjon. Man må da tenke godt gjennom sikkerheten rundt forskrivningen. Utskrivning av opioider uten tett oppfølging, kontrollsystemer rundt utlevering og inntak og tverrfaglig samarbeid vil ofte være verre enn å ikke gjøre noe, og det bør i alle fall ikke gjøres i legevaktsituasjonen. Legen må være klar over at ustabile pasienter som får utlevert legemidler i abstinenssituasjoner, svært ofte ikke vil bruke dem slik legen har beordret, og det kan faktisk øke overdoserisikoen.

Mer langvarig nedtrapping av opioider, eventuelt stabilisering før inntak i LAR, er det en viss åpning for, jmf. Helseilsynets veileder fra 2001, IK 2755, kap. 4.3.1.<sup>4</sup> Slik behandling bør aldri startes uten at den er grundig vurdert og planlagt og sikret gjennom et tverrfaglig apparat der fastlege, sosialtjeneste og spesialisttjenesten samarbeider om et langsiktig behandlingsopplegg. Å starte slik behandling i legevaktsammenheng vil aldri være aktuelt.

### Alkoholforgiftning og abstinens

Akutte etanolintoksikasjoner kan forekomme både hos alkoholikere og hos andre med akutt stort alkoholinntak, ikke minst ungdom. Den direkte giftvirkningen i hjernen kan føre til respirasjonsdepresjon og eventuelt død ved promille over 3,5. Men kanskje oftere vil alkoholutløst koma kombinert med andre uheldige hendelser som aspirasjon og nedkjøling være dødsårsak. Ved alkoholforgiftning finnes ingen spesifikk antidot, her må behandlingen følge generelle akuttmedisinske retningslinjer. Pasienter som er ko-

matøse av alkoholforgiftning bør observeres i sykehus. Og man skal være spesielt oppmerksom på blandingsintoksikasjoner, spesielt med benzodiazepiner og eventuelt nevroleptika (suicidalforsøk).

Et spesielt problem knyttet til alkohol som har vært meget aktuelt de siste åra er **metanolforgiftning**. Den som drikker vil ikke kunne skille metanol fra etanol. Ved mistanke om metanolforgiftning må pasienten innlegges og eventuell behandling under transport bør avtales med sykehuset. Det er viktig å sette inn spesifikk behandling raskt, derfor er også rask innleggelse ved mistanke om metanolforgiftning viktig. Det finnes spesifikk antidot (Fomepizole) til bruk i sykehus, evt. kan etanol brukes.<sup>5</sup>

**Abstinensreaksjonene** ved alkohol kan være meget sterke. Det gjelder somatiske reaksjoner som uro, kramper, hypotensjon med mer og mest alvorlig er faren for delirutvikling. Alkoholutløst delir er en akutt alvorlig tilstand og pasienter med delir eller truende delir skal innlegges i sykehus. Delir kan utvikle seg livstruende. Ved kraftige abstinensreaksjoner uten delir kan det være aktuelt å gi diazepam, B-vitamin tilskudd og antiepileptika. Man må vurdere konkret behov for sykehusinnleggelser/avrusning, mange alkoholavhengige må ha «hjelp» til å bryte destruktive drikkeperioder, som er en typisk «ruskrise». Muligheten for å legge disse pasientene inn i spesialiserte avrusningsavdelinger varierer i ulike deler av landet, ofte må de innlegges på indremedisinske avdelinger, noe som ikke alltid er like populært. Men det er meget viktig å være klar over at det ikke sjelden også er alvorlig somatisk sykdom hos disse pasientene, for eksempel infeksjoner. En ikke sjelden årsak til «kollaps» hos øldrikkende alkoholmisbrukere er **hyponatremi**, som skyldes svært stort inntak av hypoton væske (vannintoksikasjon). Alkoholikere i drikkeperioder med nedsatt allmenntilstand og mental orienteringsevne, og som det er vanskelig å få et klinisk overblikk over, bør innlegges for avklaring/avrusning.

### Sentralstimulerende stoffer

I denne gruppen er amfetamin det mest utbredte, men også ecstasy og kokain forekommer. Disse stoffene har akutte virkninger med oppstemhet, økt aktivitetsnivå og nedsatt evne til å registrere kroppens signaler på utmattelse. Akutt overbelastning av kroppens biologiske systemer kan derfor forekomme. Særlig kan dette være risikabelt for noe eldre pasienter med etablert eller skjult hjertelidelse, særlig koronarsykdom, og rus med disse stoffene – særlig hos slike pasienter – kan føre til hjerterinfarkt og plutselig hjertedød.

Akutte psykoser er også ganske vanlig ved bruk av sentralstimulerende narkotika. I de fleste tilfeller er disse psyko-



sene kortvarige – et eller få døgn – og godartede, men hos disponerte individer kan de utløse mer kroniske psykotiske tilstander. Psykisk ustabilitet og sårbarhet i fasen etter akutte rusperioder, med angst, depresjon, økt stressfølsomhet og søvnproblemer er vanlig. Man regner med at det tar opp til seks uker å gjenvinne psykisk stabilitet etter en større rusepisode, og depresjoner utløst av slike stoffer kan vare mye lenger. Mange brukere av sentralstimulerende stoffer bruker benzodiazepiner for å «lande» etter rusperioder.

Behov for innleggelse må vurderes konkret i det enkelte tilfelle, medikamentell behandling i legevaktsituasjon vil sjelden være aktuelt.

### Benzodiazepiner

Behandling av avhengighet og abstinens ved benzodiazepiner bør aldri startes i legevaktsituasjoner. Utskrivning av benzo på vakt bør bare skje unntaksvis, og ellers henvises til fastlegen.

Nedtrapping ved benzoavhengighet kan gjennomføres i en fastlegesetting, dersom pasient og lege er motivert. Ved jevnt forbruk og rimelig god sosial funksjon og psykisk helse, er langsom nedtrapping over mange måneder best. Nøye plan og «kontrakter» er vanligvis gode redskaper, og den siste tabletten er som regel vanskeligst.

### Andre stoffer

Andre sjeldnere stoffer som GHB (gamma-hydroksy-smørsyre), «psykedeliske stoffer» som LSD og sniffing av bl.a. løsemidler og formfett kan føre til akutte intoksikasjoner som kan kreve akutt behandling. Førstehjelp vil stort sett følge vanlig akuttmedisinske prosedyrer. Man skal i denne forbindelse være spesielt oppmerksom på «eksperi-

menterende ungdom», som ikke nødvendigvis vil bli oppfattet som «narkomane». De sjeldne dødsfall som de senere år har forekommet ved bruk av stoffer som GHB og sniffing av formfett, har mest rammet slike – i denne sammenheng – ofte uerfarne ungdommer. Man bør ha lav terskel for innleggelse – ikke minst for ungdom – ved uklare forgiftningstilstander.

### Infeksjoner

De typiske infeksjonene som rammer særlig injiserende misbrukere, er det som oftest enklere å forholde seg til i akuttsituasjonen. Pasienten er da som regel ikke akutt russet, og legen og pasienten har «felles interesser» i å behandle sykdommen. **Blodsmittinfeksjonene** HIV, hepatitt B og C, vil sjelden føre til legevaktkontakt, og eventuell behandling av disse skjer etter klare prosedyrer som regel i annenlinja.

**Lokaliserte hudinfeksjoner** etter uhygienisk bruk av sprøyter er vanlige og medfører ofte akutt legekontakt. Dype abscesser bør åpnes i sykehus med adekvat anestesi, og man bør ikke ha høyere terskel for innleggelse i slike situasjoner for denne gruppa enn for andre. Det er også viktig å vurdere allmenntilstand og sirkulatorisk stabilitet, for slike lokaliserte infeksjoner kan spre seg og føre til alvorlige invasive bløtdelsinfeksjoner og hematogen spredning. Man må være på vakt overfor akutte (for eksempel sepsis og nekrotiserende fasciitt) og subakutte (endokarditt, osteomyelitt o.a.) systemiske bakterielle infeksjoner. Medisinske sjeldenheter som tetanus og botulisme kan også forekomme.

**Munnhule med dårlig tannstatus** er i seg selv et problem, men kan også være utgangspunkt for alvorlige systemiske bakterielle infeksjoner hos svekkede pasienter, noe man skal være klar over når det gjelder nedkjørte «slitne» misbrukere.

**Dyp venetrombose** i bein og armer og **lungeemboli** er heller ikke uvanlig hos disse pasientene.

### Skader

Skader er vanlige i denne gruppa og behandles etter vanlige prinsipper. Men det er spesielt viktig å være klar over at hodeskade med eller uten intrakraniell blødning kan være en viktig differensialdiagnose ved akutt nedsatt bevissthet pga rusmiddelpåvirkning. Dette er grundig behandlet i en artikkel fra Oslo kommunale legevakter.<sup>6</sup> Nevrologisk status og anamnese vil være viktig, og det er i slike situasjoner viktig å følge et «føre vår prinsipp». Samme resonnement gjelder i forhold til andre alvorlige somatiske tilstander, som for eksempel hjerteinfarkt og pneumonier. I denne sammenheng kan det også være på sin plass å minne om rhabdomyolyse og akutt nerveskade med lammelser som komplika-

#### Opioid abstinens

Medikamentell behandling utenfor institusjon forutsetter hjelp fra rusfrie, pålitelige pårørende eller andre.

Clonidin (Catapressan) gir symptomlettelse. 100 mg x 3 i 4–5 dager, deretter 50 mg i ytterligere 2–3 dager. Obs. sedasjon, hypotensjon. Må følges opp, mer enn to ukers behandling kan føre til seponeringsproblemer.

Karbamazepin 200 mg x 3 i 8–10 dager kan også gi symptomlettelse.

Avrusning i institusjon gjøres nå gjerne på en «myk» måte med en kombinasjon av buprenorfin (Subutex) og valproat (Orfiril).

Obs: Fare for aksidentell overdose ved heroinbruk etter opioidfri periode.



### Etanolavrusing

Medikamentell behandling ved «drikkekrise» som ikke krever innleggelse:

Karbamazepin 200 mg x 3 i 7 dager

Ved delirrisiko og mer uttalte abstinensplager kan man vurdere benzodiazepiner opptil en uke, men dette bør forutsette samarbeid med rusfrie, pålitelige pårørende eller andre.

B-vitaminer (thiamin), evt. multivitaminpreparat, bør gis, særlig til dårlig ernærte.

sjon til ikke-dødelige overdoser der pasienten blir liggende komatøs i lengre tid i forkjærte kroppstillinger, med klem på nerver og blodårer. Rhabdomyolyse (høy CK, mørk urin med myoglobin som kan feiltolkes som blod og som tester negativt på urin-blodstix, subakutt debut) kan føre til akutt nyresvikt, og må i slike tilfeller behandles i sykehus, ofte med dialyse.

### Psykiatri

De akutte stoffutløste psykosene er nevnt. Disse forekommer særlig ved sentralstimulerende stoffer som amfetamin og ecstasy, men kan også forekomme ved for eksempel LSD og opioidabstinens. Cannabis (hasj) kan utløse akutte psykosier hos disponerte individer. Samspillet mellom psykisk sårbarhet og rusmiddelmisbruk er generelt viktig, og det vil ofte foreligge en vekselvirkning mellom en slik underliggende sårbarhet og de utløsende og forsterkende virkningene av rusmidler. Dette er noe av den særegne problematikken som kjennetegner mange av de tunge misbrukerne, men som også representerer en særskilt risiko for de «skjøre» sårbare unge. Som oftest vil det være behov for innleggelse ved akutte stoffutløste psykosier.

Rusutløste akutte psykiske kriser er vanlige i legevaktssammenheng, og vi kjenner vel alle den fortvilede – eller-

kanskje manipulerende – misbrukeren som truer med selvmord. Disse pasientene er sjelden populære – det være seg hos legevaktlegen eller de psykiatriske avdelingene. Men også her bør vi overvinne motviljen og vurdere suicidalitet på en nøktern måte. Også her vil det i en del tilfeller være slik at ruspåvirkning vil øke risikoen for selvmord, fordi det i rusituasjonen er lettere å gjøre det man egentlig også kunne tenke seg å gjøre i edru tilstand, fordi «ekstrem atferd» er mer «akseptert» under ruspåvirkning. Derfor bør rus i en del tilfeller heller senke terskelen for innleggelse enn heve den, men dette må selvsagt vurderes individuelt.

### Til slutt

Dette har vært en gjennomgang av en del akutte rusrelaterte kliniske problemstillinger. Konklusjonen er at rus – akutt eller kronisk – bør skjerpe vår diagnostiske årvåkenhet, og at vi må skille mellom det vi i en vaksituasjon kan eller bør gå inn i, og hva vi absolutt ikke bør gå inn i. Som fastleger for rusmiddelavhengige kan vi jobbe med et videre spekter av problemstillinger enn på vakt, men en hovedregel bør være at grundig legearbeid med pasienter med alvorlig stoffmisbruk bør være en del av et større, tverrfaglig behandlingsopplegg.

### Referanser

- 1 Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse – Utposten 5–2003, Ivar Skeie
- 2 «Hvorfor er de så vanskelige?» – stoffmisbrukeren som pasient hos fastlegen – Utposten 7–2003, Ivar Skeie
- 3 Heroinindusert lungeødem – Tidsskrift DNLF 13–2004, Svein Aslak Landsverk, Karen Granheim, Knut Arvid Kirkebøen
- 4 Vanedannende legemidler, forskning og forsvarlighet – veileder Helsetilsynet 2001 – IK 2755, <http://www.helsetilsynet.no/publikasjoner.htm>
- 5 Dagens Medisin, 15. september 2005 – Knut Erik Hovda
- 6 Hvordan skille mellom sykdom, skade og rus på Legevakten? – Tidsskrift DNLF 09–2001, Anne Katrine Nore, Ole Eigil Ommundsen, Siri Steine

**UTPOSTEN**  
– en viktig arena for  
utvikling av primærmedisinen



# ELDRE OG FØRERKORT

AV ANNE BRÆKHUS

Det blir stadig flere eldre bilførere i trafikken.

Selv om de fleste kjører skadefritt, stiger ulykkesfrekvensen med økende alder. Med unntak

av aldersgruppen 18–19 år har eldre over 65 år den høyeste ulykkesfrekvens per kjørt distanse.

Man har få holdepunkter for at det er alder i seg selv som er årsak, men flere studier viser at ulike sykdommer som først og fremst forekommer hos eldre, bidrar til å øke ulykkesrisikoen.

Men det er kanskje i denne fasen av livet at bilen oppleves som viktigere enn noensinne for å opprettholde en god livskvalitet?

En allmennlege har sendt inn nedenstående kasuistikk som reiser flere interessante problemstillinger. Jeg har få fasit-svar, men vil gjerne fremme noen synspunkter.

Demensdebatten er viktig. Jeg hadde nettopp en skrekkelig oppryddingssjau etter at min flinke, men unge vikar hadde brukt klokkestet og MMS som screeningverktøy i en førerkortsak. Mannen ble funnet dement fordi han var pissnervøs og aldri har tegnet noe som helst i hele sitt liv, og i alle fall ikke en klokke! Hvorfor skulle han det? Og stave bakvendt tror jeg han fant meningsløst. Til alt overmål ble han videregjort til psykiatriklinikken for verifisering. Han var jo bare interessert i å få igjen lappen og fant seg i det meste. Men da han kom ned til psykiologen på sykehuset som igjen bare kjørte tester på ham (han så knapt frakkeskjøtene av en psykiater) fikk han fullstendig hetta og pådro seg nok et par mindre flatterende merknader. Jeg kjenner ham godt. Han er en kristelig samfunnsstøtte som aldri gjorde det særlig skarpt på skolen og som er redd for straffen i sin alminnelighet og eksamener i særdeleshett. Han snakker om politikk, historie, den nye bilen sin (innkjøpt i fjor) og årstidene. Han kjører bare korte strekninger. Han er ikke dement. Og hvis han er det, så spiller det ingen rolle. Han har kjørt i 40 år uten ett uhell (hvilket ikke kan sies om legen som har hatt utallige uhell på halvparten av tiden). Nå har jeg tatt saken opp med Fylkeslegen på prinsipielt grunnlag og avventer svaret. Fylkeslegen sendte ballen i retur til legen og sa at han var suveren i sin vurdering. Pasienten ble sendt til sjåførlærer som bekreftet at han er en utmerket sjåfør, og så fikk han attest for et år. Men demensdiagnosen står jo der – som en ripe i lakken både for pasienten og vårt kontor.



**Anne Brækhus**

44 år, gift og har tre barn i alderen 11–14 år. Hun tok doktorgrad i 1999 på et arbeid om tidligdiagnostikk av demens. Hun var med på å starte Hukommelsesklinikken på Ullevål universitetssykehus i 1990 og har arbeidet der i 12 år. Fra 1998 til 2002 ledet hun et prosjekt med formål å etablere demensutredning i primær- og spesialisthelsetjenesten på ulike steder i Norge. Har fra november 2002 arbeidet som assistentlege ved nevrologisk avdeling på Rikshospitalet. Hun har arbeidet med problemstillingen demens og bilkjøringen nesten fra Hukommelsesklinikkens spede begynnelse. Det ble fort oppdaget at det var et problem.

Kasuistikken belyser mange problemstillinger:

- Bruk av screeningverktøy i førerkortsaker
- Hvordan stilles demensdiagnosen?
- Skal demensdiagnosen stilles? («ripe i lakken»)
- Allmennlege – suveren?
- Kan personer med demens kjøre bil? («Han er ikke dement. Og hvis han er det spiller det ingen rolle»).
- Validitet av praktisk kjøretest

## Bruk av screeningverktøy i førerkortsaker

Som nevnt innledningsvis skyldes den økte forekomsten av trafikkulykker hos eldre personer antakelig økt forekomst av ulike sykdommer. Både hjerneslag, forskjellige synslidelser, Parkinsons sykdom og demens er forbundet med økt antall ulykker i trafikken. Ulike former for demens, med demens av Alzheimers type og vaskulær demens som de to hyppigste, er vanlige lidelser hos eldre og rammer så mange som 20 prosent av alle over 80 år (1). Og det er et uomtvistelig faktum at disse pasientene på et eller annet tidspunkt i sykdommen vil kjøre uforsvarlig (selv om uforsvarlig på ingen måte er et absolutt begrep!) Så spørsmålet er: Hvordan identifisere bilførere med en begynnende mental svikt uten at det medfører en «bedre føre var»-holdning? Å kunne kjøre bil er svært viktig, ikke minst for den eldre del av befolkningen, så det er viktig å treffe beslutningen på det riktige tidspunktet.



Det er her viktig at man har problemstillingen klart for seg. På den ene side, min oppfatning er at korttester ikke fungerer perfekt, men oftest godt nok til å påvise begynnende mental svikt hos eldre personer. På den annen side mener jeg at korttestene man bruker i dag ikke er godt nok validert til at de kan brukes som screening hos eldre generelt med spørsmål om bilkjøring. Ingen studier har til nå vist at en eller flere korttester predikerer evnen til å kjøre bil på en tilfredsstillende måte.

Mini-mental status test har vært mye benyttet til påvisning av mental svikt, i de senere år er også klokke testen (i ulike varianter) tatt i bruk (2–4). Mye kan sies om denne type tester. De fleste korrigerer verken for alder eller utdanning, noe som er en klar ulempe. Et annet problem er at selv om det i ulike studier påvises høy sensitivitet og spesifisitet for mental svikt, kommer det som oftest ikke så klart frem at prevalensen av demens i disse studiene er høy. I en normal-

befolkning med langt lavere forekomst av mental svikt/demens vil antallet med positiv test som faktisk er syke være betydelig lavere. Man får med andre ord mange falske positive med de problemer det medfører. En annen vanskelighet, som det også hentydes til i kasuistikken, er at noen eldre reagerer på at de blir utsatt for trivielle og enkle spørsmål. Min erfaring med dette er imidlertid at hvis man forbereder pasienten godt på at det vil forekomme spørsmål som virker urimelig lette, pleier det å gå uproblematisk. Kan man da ha noen nytte av slike korttester i denne sammenheng? Ja, jeg tror likevel det. Selv om mange allmennpraktikere kjenner sine pasienter til dels meget godt, kan det være vanskelig å oppdage de første symptomer på mental svikt. Forekomsten av demens er som sagt høy hos eldre mennesker, og jeg mener at man vil kunne ha nytte av regelmessig testing, særlig av noen grupper (for eksempel pasienter over en viss alder og de som mottar hjemmetjenester). Om et enkeltresultat er vanskelig å tolke, kan endring over tid gi viktig informasjon.

Tabell 1

**Utredning av demens – hva bør gjøres?**

- Anamnese av pasient og pårørende
- Testing av kognitiv funksjon
- Blodprøver
- CT eller MR cerebrum
- Evt andre undersøkelser (f. eks nevropsykolog)

Tabell 2

**Kriterier for demens i følge ICD-10**

- 1) Svekket hukommelse
- 2) Svekkelse av andre kognitive funksjoner, den kognitive svikten må influere på dagliglivets funksjoner
- 3) Klar bevissthet
- 4) Svekkelse på det emosjonelle, atferdsmessige eller sosiale området
- 5) Varighet minst 6 måneder

Tabell 3

**Viktige grunner til å utrede symptomer forenlig med mental svikt**

- Utelukke andre, reversible, årsaker til mental svikt
- Informasjon om demens til pasienten
- Informasjon om demens til pårørende
- Avdekke funksjonssvikt, slik at adekvate hjelpetiltak kan settes inn der pasienten trenger hjelp
- Spesifikk behandling av demenssykdommen
- Behandle tilleggssymptomer ved demens (angst, depresjon)
- Vurdering mht. bilkjøring
  - Identifisering og adekvat behandling av andre tilstander
  - Praktiske hjelpemidler; bør settes inn tidlig før pasienten mister evnen til nynnæring

**Hvordan stilles demensdiagnosen?**

Slik det er beskrevet i kasuistikken kan det virke som om demensdiagnosen her er stilt kun ved bruk av MMS og klokke testen. Og uansett hva man måtte mene om denne type tester så er det i de aller fleste tilfeller ikke tilstrekkelig. Korttester skal brukes til screening eller casefinding, eller, som de oftest benyttes, sammen med andre kilder. Demensdiagnosen er en ren klinisk diagnose, og det er derfor i de fleste tilfeller nødvendig med informasjon fra ulike kilder. Spesielt er det viktig å innhente informasjon fra noen som kjenner pasienten gjennom lengre tid. Tabell 1 viser elementer i en demensutredning. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har utviklet en «kokebok», dvs et konkret forslag til en minimumsutredning for demens. Det er verd å legge merke til at dersom pasienten fyller de formelle kriteriene for en demenssykdom (tabell 2), har han eller hun per definisjon en demenssykdom, uansett hva årsaken til symptomene er.

**Skal demensdiagnosen stilles?**

Jeg reagerer litt på utsagnet «... hvis han er [dement] spiller det ingen rolle». For det første er det mange grunner til at personer med begynnende mental svikt bør utredes, se tabell 3. For det andre, både av hensynet til pasienten selv, og ikke minst sikkerheten for andre trafikanter bør disse pasientene identifiseres og vurderes relativt tidlig i sykdommen med tanke på bilkjøring.

**Demensdiagnose – ripe i lakken**

Dette utsagnet får meg til å stusse. Er dette fremdeles tilfelle? Ville vi ha skrevet «hjerterinfarkt – en ripe i lakken»? Jeg antar at mannen er frisk, og føler det er ille å få merkelappen «syk». Men er det å få en demensdiagnose verre en





annen sykdomsdiagnose? Dersom det motsatte faktisk er tilfelle, pasienten har en begynnende mental svikt, vil det ikke da være en like stor feil ikke å påvise dette? Både fordi han etter en stund ville være usikkert som sjåfør, og fordi det som tidligere nevnt, er rikelig med andre grunner til å utrede symptomer forenlig med mental svikt. Undersøkelsen utført av Vernooij-Dassen og medarbeidere viser at demenssykdommer fortsatt er forbundet med stigmatisering og at det sannsynligvis er det viktigste hinder for at utredning av demens blir iverksatt på et tidlig tidspunkt (5).

#### *Hvilken plass har vurdering av praktiske kjøreferdigheter?*

Mange anser praktisk kjørevurdering som gullstandard. Men er det det? Det finnes ingen standardisert kjørevurderinger for eldre mennesker i Norge i dag. Tvert i mot, kravene varierer fra sted til sted, samt også mellom sjåførlærere og sensorer ved Trafikkstasjonen. Og, som det antydes i kasuistikken, mange er fryktelig nervøse, (hvem ville ikke ha vært det?) og presterer antakelig ikke det de er gode for. Vi vet svært lite om hvor godt den praktiske kjørevurderingen korrelerer med faktiske kjøreprestasjoner, uten «overvåker» tilstede, i egen bil og på kjente områder. På den annen side er det liten tvil om at kjørevurdering i mange tilfeller kan gi god informasjon som supplement til en medisinsk vurdering.

#### *Allmennleger – suveren*

Å vurdere egnethet for bilkjøring er vanskelig, det er det ingen som helst tvil om. Vi vet ofte ikke hvilken innvirkning de ulike symptomene har på pasientens kjøreferdigheter, retningslinjene fra myndighetene er ofte tvetydige, og det er ingen enighet om hvilken ulykkesrisiko som aksepteres. Det virker derfor noe underlig på meg at en enkelt aktør kan anses suveren. Vel vet primærlegen ofte mye om den enkelte pasient, men er det alltid den riktige kunnskapen i dette tilfellet?

#### *Hvordan skal vi da kunne vurdere om eldre bilførere er skikket som bilførere?*

Det er særlig tre helsemessige forhold som er særlig viktig med tanke på bilkjøring. Har pasienten tilfredsstillende syn, foreligger det mental svikt eller har det forekommet episoder med bevissthetsreduksjon? Er det medisinske i

orden kan en kjørevurdering være aktuell. Men, til tross for at kasuistikkforfatteren ikke hadde gode erfaringer med å henvise til spesialisthelsetjenesten mener jeg at de må mer på banen her. Dette er et komplisert spørsmål, i de fleste tilfeller finnes ingen sikker fasit og det er spesielt sett fra pasientens synsvinkel uomordentlig viktig at problemstillingen belyses grundig og korrekt. For som en av mine gamle pasienter sa: «Å miste førerkortet er verre enn å miste kjer-ringa.» I spesialisthelsetjenesten bør pasienten møte en lege som er opptatt av problemet og har kunnskap og erfaring på området. I en del tilfeller kan det være aktuelt å henvise pasienten til nevropsykolog og en praktisk kjørevurdering hører gjerne med.

Jeg vil i lys av det ovenstående anbefale å bruke korttester til utredning av mental svikt. Venne seg til én uten å stole blindt på den. Videre bør man være svært lydhør overfor pårørendes bekymringer. Vurdering av helse og egnethet for bilkjøring er vanskelig, gjør derfor en grundig vurdering, ha lav terskel for å koble inn spesialisthelsetjenesten. Medisinske sannheter varer som kjent ikke lenge, så la dette være min anbefaling inntil videre.

#### **Referanser**

1. Engedal K, Haugen PK. Demens. Fakta og utfordringer. Sem, 2004.
2. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.
3. Nishiwaki Y, Breeze E, Smeeth L et al. Validity of the clock-drawing test as a screening tool for cognitive impairment in the elderly. Am J Epidemiol 2004;160:797-807.
4. Yamamoto S, Mogi N, Umegaki H et al. The clock drawing test as a valid screening method for mild cognitive impairment. Dement Geriatr Cogn Disord 2004;18:172-9.
5. Vernooij-Dassen MJFJ, Moniz-Cook ED, Woods RT et al. Factors affecting recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. Int J Geriatr Psychiatry 2005;20:377-86.

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



# Delir og atferdsproblemer ved demens

AV PETTER WETTERBERG

Overlege, Hukommelsesklinikken, Geriatrisk avdeling, Ullevål Sykehus

## Delir

Du blir tilkalt i sykebesøk til Knut Nilsen som er 78 år gammel. Han har stort sett vært frisk tidligere, men du vet at han har hatt litt sviktende hukommelse de siste årene. Det som nå har skjedd er at han plutselig er blitt forvirret. Han forstår ikke at han er hjemme, og han er sint på sin kone fordi hun ikke vil la ham reise hjem. Han ble slik i natt og har ikke sovet. Nå er det formiddag, og kona er fortvilet. Du prøver å snakke med ham. Han kjenner deg ikke igjen, og han forstår ikke hva du vil. Han vandrer rundt i rommet og plukker med ting mens du snakker med ham, og det virker ikke som om han forstår hva tingene er.

Delir kalles også akutt konfusjon og defineres som en akutt opptredende tilstand med forvirring på grunnlag av en somatisk sykdom. I bildet inngår også oppmerksomhetssvikt, desorientering, psykomotoriske forstyrrelser og søvnforstyrrelser. Tilstanden er ofte svingende.

Man kan se på delir som en «akutt hjernesvikt» som kan utløses av en rekke ulike sykdommer. De vanligste er hoftebrudd, hjerneslag og infeksjoner. Da delir er en farlig tilstand med relativt høy mortalitet, er det viktig for en pasient som Knut at man finner den utløsende årsaken til hans delir og gir adekvat behandling. Som regel må pasienter med delir behandles inneliggende.

De viktigste risikofaktorene for delir er høy alder, demens og andre hjernesykdommer eller skader, multimorbiditet og polyfarmasi. En aktuell gjennomgang av legemidler som gir øket risiko for delir finnes i referanse ni. Dersom man er dement har man altså en høyere risiko for å få et delir, f.eks. hvis man får en infeksjon. Derfor vil man ikke så sjelden se delir hos sykehjemspasienter i forbindelse med annen akutt sykdom.

I behandlingen av delir er det viktigste å behandle den utløsende sykdommen, og passe på at personens hjerne får optimale forhold for å fungere. Det innebærer å tilby et miljø som ikke er for stimulerende eller for fattig på orienterende stimuli. Å tilføre nok oksygen er viktig, liksom å korrigere eventuelle væskebalanse- eller elektrolyttforstyrrelser. Alle ikke livsnødvendige medikamenter bør seponeres.

Noen ganger kan det bli nødvendig å roe ned den hyperaktive pasienten som har hallusinasjoner og vrangforestillinger. Det finnes faktisk lite god dokumentasjon på hva som fungerer best. Erfaringsmessig er Heminevrin\* et raskt virkende preparat med kortvarig effekt, og betraktes som et førstehåndspreparat. Det er et rent hypnotikum og har ikke noen spesifikk antipsykotisk effekt. Ulempen er at det ikke så lett kan gis parenteralt, men bare som kapsler eller mikstur. Miksturen har en svært skarp lukt og smak.

Haloperidol (Haldol) er et medikament med raskt innsettende spesifikt antipsykotisk effekt, som også kan brukes ved delir. Haloperidol skal dog kun brukes som akuttmedisinering, og nedtrapping skal skje så snart man får effekt. Pasienter som har hatt et delir må ikke bli langvarig medisinert med haloperidol, på grunn av de betydelige nevrologiske bivirkningene med ekstrapyramidale symptomer. Se referanse 10 for detaljerte doseringsanvisninger.

## Atferdsproblemer ved demens

På sykehjemmet der du er tilsynslege, bor Amalie som har en demenssykdom og nå er i moderat alvorlig stadium. På visitten får du vite at hun de siste månedene har vært urolig og forstyrrende på avdelingen. Hun sitter ofte og roper «kom og hjelp meg!» og hun er aggressiv når man skal prøve å hjelpe henne med stell. Personalet ønsker at du skal gi henne noe slik at hun roer seg.

Hos denne typen pasient må man prøve å utelukke somatiske årsaker først, der smerte, infeksjoner og forstoppelse er de vanligste. Imidlertid forekommer atferdsproblemer ved demens også uten slike utløsende faktorer.

Atferdsproblemer ved demens er nok et kjært barn, i alle fall på bakgrunn av hvor mange navn det har fått. Begrepet «utfordrende atferd» synes å ha blitt populært i det siste, men «senil uro» håper jeg er et passert stadium i vår medi-

\* Heminevrin kapsler er på 300 mg og initial dose er en til to kapsler som så kan gjentas med 30-45 minutters intervall ved manglende effekt. En sjelden bivirkning er rennende øyne og nese, som ved en akutt forkjølelse. Det skjer en viss tilvenning med svakere effekt over tid (dager-uker).



sinske terminologi. Den moderne betegnelsen internasjonalt er BPSD, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Dette er blitt fornorsket til APSD, atferdsproblemer og psykologiske symptomer ved demens. I amerikansk litteratur ser man ofte begrepet «agitation in dementia» som delvis dekker de samme symptomene.

APSD omfatter alle demenssymptomer som ikke er kognitive eller intellektuelle. En kjent skala for vurdering av graden av atferdsproblemer er NPI, Neuropsychiatric Inventory. NPI tar opp 12 ulike undergrupper av APSD, et prøvekart på hva man mener med APSD:

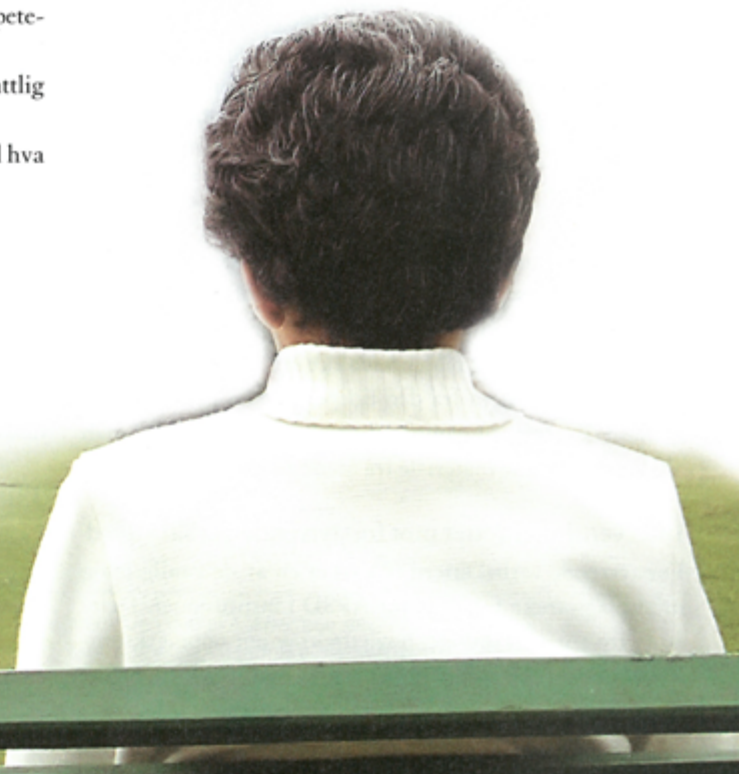
1. **Vrangforestillinger.** Paranoide tanker, stjeling, ubudne gjester bor i huset. Ektefellen er ikke den han/hun utgir seg for å være (Capgras-syndrom).
2. **Hallusinasjoner.** Syn vanligst, hørselshallusinasjoner forekommer.
3. **Agitasjon/Aggresjon.** Motstand eller sinne ved stell, sint roping eller banning, endog vold eller at man slår i dørrer, sparker i møbler eller kaster ting.
4. **Depresjon og dysfori.** Evt. være tårefull eller gråte.
5. **Angst og uro.** Forventingsangst eller situasjonsbetinget angst.
6. **Opprømtet/Eufori.** Mer uvanlig. Barnslige rampestreker eller morsomheter man selv ler høyt av kan forekomme.
7. **Apati/Likegyldighet.** Manglende interesse og initiativ. Ofte vanskelig for pårørende.
8. **Disinhibisjon.** Tap av normale (sosiale) hemninger. Impulsiv tale eller handling uten tanke på følgene.
9. **Irritabilitet/Instabilitet.** Raskt skiftende sinnelag, uventede utbrudd av sinne.
10. **Avvikende motorisk atferd.** Vandring, roting, repeterende aktiviteter.
11. **Søvnforstyrrelser.** For lite eller for mye soving. Nattdaglig aktivitet.
12. **Appetitt og spising.** Endrede spisevaner i forhold til hva eller hvordan man spiser.

Det er lett å skjønne at det ikke kan finnes ett medikament eller ett tiltak som hjelper mot alle disse ulike symptomene. Når det gjelder studier av ikke-medikamentelle tiltak ser man ofte gode effekter på individnivå, men ikke på gruppenivå. I tillegg har man en stor og uspesifikk effekt av bare det å studere en pasientgruppe. Man ser altså at atferden forbedres også i kontrollgruppen, som kun er observert og ikke utsatt for noen intervensjon. Dette sier oss noe om hvor viktig det er for pleiepersonalet at fagpersoner viser interesse for denne pasientgruppen og gir opplæring i hvordan de skal vurderes og behandles.

Archibald sier i sin avsluttende kommentar til referanse 1 at:

Erfarne behandlere som arbeider med personer med demens forstår at intervensjoner for «utfordrende atferd» kan fungere ved én anledning, men ikke ved en annen. For eksempel kan noe fungere om morgenen, men ikke om kvelden. Derfor trenger man et repertoar av ulike intervensjoner som man vet er effektive og som oftest, om ikke alltid, kan gi noen positiv respons fra pasienten.

Det er ikke nok å undervise personalet på en institusjon i hvordan håndtere atferdsproblemer én gang, og så forvente at de vil tillemppe denne kunnskapen. All forskning taler for at man må se på dette arbeidet som en kontinuerlig, langvarig prosess som må foregå på flere plan. Det trengs undervisning, men også praktisk veiledning i det daglige arbeidet med pasientene. Dersom man som tilsynslege er så heldig at man har personer med interesse og kompetanse på dette området, som f.eks vernepleiere eller sykepleiere med spesialutdanning i geriatri, bør man ha et strukturert samarbeid med dem for undervisning og veiledning.





Det finnes god litteratur på norsk om behandling av atferdsproblemer, se litteraturlisten (2, 3, 4, 6 og 7) for eksempler. Jeg vil også her beskrive noen ulike former for intervensjoner som kan være effektive.

### Realitetsorientering

Dette begrepet blir ofte mistolket som at man umiddelbart skal korrigere den demente dersom vedkommende gir uttrykk for noe som ikke er «riktig», sett fra behandlerens ståsted. Den typen av realitetsorientering er dog ikke å anbefale, da den synes å skape mer usikkerhet og forvirring samt gir pasienten en følelse av å mislykkes. En korrekt utført realitetsorientering innebærer at man fortløpende informerer pasienten om enkle fakta som dag, tid og sted, uten å sette ham eller henne i en «skolesituasjon» der man blir tvunget til å svare på spørsmål. En hyggelig form for realitetsorientering er å jobbe med forberedelser for en fremtidig hendelse, som jul, påske, syttende mai etc. Dette gir både naturlige tema for aktiviteter og en orientering til tid.

En Cochraneoversikt av studier av riktig utført realitetsorientering viser at denne kan ha positiv effekt på forekomst av APSD (12).

### Reminisens

Å snakke om minner fra fortiden er en engasjerende, hyggelig, sosial og populær aktivitet som man ofte kan fortsette med langt inn i en demenssykdom. Når man skal finne tema, gjenstander og bilder å snakke om, pleier det å lønne seg best å velge dem fra den tidsperiode da pasienten var mellom ti og tretti år gammel. For noen født i 1925 bør man altså prøve å finne materiale fra årene 1935–1955.

### Intervensjoner rettet mot forstyrrende verbal atferd

Forstyrrende verbal atferd (FVA) er en av de vanligste og mest plagsomme formene for APSD i institusjoner. Dette kan ytre seg som stadige, høylytte krav om oppmerksomhet, umotivert skriking og roping, at man prater med seg

selv, negative bemerkninger, banning og obsceniteter. Det finnes en rekke mulige intervensjoner som kan være effektive. I en studie noterte man helt tilfeldig at pasientene hadde betydelig mindre FVA når de satt under hårtørrener hos frisøren. Man prøvde ut effekten av dette ved å spille opp ulike susende og brusende lyder i høretelefoner og kunne vise at dette hjalp. Man brukte opptak av bølgeskulp, rennende vann etc.

Det er også vist at musikk spilt på denne måten kan ha lignende effekt. Her er det viktig å prøve mange ulike typer av musikk for å finne det som passer for individet. Det trenger ikke nødvendigvis å være den musikken vedkommende har likt tidligere i livet. Audun Myskja har laget en veiledning i musikkterapi, og også en CD med eksempelmusikk som kan brukes for å finne ut hva som fungerer i det enkelte tilfelle (8). Individualisert musikkterapi kan ha effekt også ved andre typer av APSD.

Simulert nærvær er en annen interessant type intervensjon som er blitt prøvd ved FVA og andre former for APSD. Prinsippet er at man lager et lyd- eller filmopptak som så blir spilt av for pasienten. Det er blitt prøvd ulike varianter som kan ha varierende effekt på ulike pasienter. Man kan bruke et opptak av et familiemedlem som snakker til pasienten om kjente og kjære ting, f.eks. favoritt-

minner. Andre eksempler er videoopptak av en musikkterapeut som synger og spiller kjente sanger og oppfordrer tilskueren å være med.

### Tiltak mot vandring

Vandring uten mål oppleves ofte som forstyrrende på en institusjon, selv om man kan argumentere for at vandring er positivt for pasienten og gir stimulanse og fysisk trening. Det som er vist å være effektivt for å redusere vandring, er å skape et mer hjemmelignende miljø i deler av avde-





lingen, og å prøve å engasjere pasienten i sosiale aktiviteter som f.eks. reminisens og musikkterapi som nevnt tidligere i artikkelen.

### Fysisk og verbal aggressivitet

Det er oftest i stellesituasjoner at aggressivitet blir et problem. Ofte kan dette forklares ut fra at pasienten ikke forstår hva som er i ferd med å skje og opplever situasjonen som et overgrep. Andre ganger kan det være at pasienten helt enkelt synes det er uønskelig at han eller hun skal bli vasket og stelt, da dette er ting pasienten opplever å klare utmerket godt selv. Det er beskrevet god effekt av behavioristiske teknikker med forsterkning av ønsket atferd og ignorering av uønsket atferd. Det er viktig å forstå at gjentatte negative stellopplevelser for pasienten vil føre til en innlæring og forsterkning av aggressiviteten.

Min personlige erfaring er at det ofte er én eller et par personer i personalet som har den rette kontakten med pasienten for å få til stellet uten aggressivitet. Man kan da bruke dette slik at man utsetter stellet til de dagene disse personene er på arbeid.

### Medikamentell behandling av APSD

Vel så viktig som å legge til medikamenter, er å ta dem bort. Har man en alvorlig demens så bør man skånes fra medikamenter så langt mulig. Medisinlisten bør bli gått gjennom kritisk, og all ikke livsviktig medisin seponeres.

Det finnes ikke en universell «bli-snill-og-grei-pille». Ved såkalt psykotiske symptomer, det vil si plagsomme vrangforestillinger eller hallusinasjoner, kan det være grunn til å gjøre et behandlingsforsøk med nevroleptika, kolinesterasehemmere eller memantin. Tross de siste årenes diskusjoner om overhyppighet av cerebrovaskulære hendelser ved bruk av atypiske nevroleptika, er det ikke sikkert vist at de på dette punktet er farligere enn de klassiske nevroleptika. Fortsatt er atypiske nevroleptika, og da først og fremst risperidon, det som er best dokumentert i denne pasientgruppen.

Ved overveiende depressive symptomer kan antidepressiva prøves. Preparatvalget bør styres av bivirkningsprofil og interaksjonspotensial, og de mest aktuelle preparatene er sertralin og escitalopram. Ved samtidig søvnforstyrrelse kan mianserin eller mirtazapin være et alternativ.

Medikamentell behandling skal ses på som et forsøk, og effekten bør jevnlig vurderes og revurderes, og da helst med en eller annen form for anerkjente vurderingsskalaer. Studier viser at det er helt ufarlig å seponere psykofarmaka, og at det til og med kan forbedre pasientenes atferd (11).

### Referanser

1. Allen-Burge R, Stevens AB, Burgio LD. Effective behavioral interventions for decreasing dementia-related challenging behavior in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:213–232.
2. Aremyr G. Hvorfor vil ikke Asta dusje? Personlig hygiene i demensomsorgen. Kommuneforlaget 2000. ISBN 8244607084.
3. Aremyr G. Hvorfor vil ikke Asta spise? Måltidene i demensomsorgen. Kommuneforlaget 2001. ISBN 8244608501.
4. Aremyr G. Leve livet glemsk. Aktivisering av aldersdement. Kommuneforlaget 1993. ISBN 8244600284.
5. Beck CK. Psychosocial and Behavioral Interventions for Alzheimer's Disease Patients and Their Families. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998;6:S41–S48.
6. Demens. Håndbok for pårørende. Utgitt av Nasjonalforeningen for folkehelsen og kan bestilles på [www.nasjonalforeningen.no](http://www.nasjonalforeningen.no). Dette er en utmerket bok med mange praktiske tips og råd. Den passer like bra for pårørende som for personale på alders- og sykehjem!
7. Lundström K. Når Asta blir sint. Sinne og aggresjon hos demensrammede. Kommuneforlaget 2001. ISBN 8244608528.
8. Myskja A. Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1497–9. Veileder i musikkterapi og preferanse-CD kan bestilles fra GERIA i Oslo. Se på Oslo kommunes hjemmesider: [http://www.byrådsavdeling-for-velferd-og-sosiale-tjenester.oslo.kommune.no/alderspsykiatri\\_-demens](http://www.byrådsavdeling-for-velferd-og-sosiale-tjenester.oslo.kommune.no/alderspsykiatri_-demens)
9. Ranhoff AH, Brørs O. Legemidler som kan gi delirium hos eldre. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2366–7.
10. Ranhoff AH. Medikamentell behandling av delir. *Demens i Allmennpraksis* nr 2, 2003. (Tilgjengelig på internett: [www.dia-online.no](http://www.dia-online.no))
11. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Bjorvatn B, Pallesen S. Effect of antipsychotic withdrawal on behavior and sleep/wake activity in nursing home residents with dementia: a randomized, placebo-controlled, double-blinded study. *The Bergen District Nursing Home Study. J Am Geriatr Soc.* 2004 Oct;52(10):1737–43.
12. Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Reality orientation for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3.

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



# Geriatrisk radiologi

AV JONN TERJE GEITUNG

Avdelingsoverlege dr. med, Radiologisk avdeling, Haraldsplass Diagonale Sykehus, Bergen

«Geriatrisk radiologi, det er jo bare generell radiologi det», bemerket en kollega, og det er vel på sett og vis riktig. Det finnes likevel forskjeller, det gjelder både sykdomspanorama og bruk av metoder.

- Eldre har ofte multiple sykdommer.
- Eldre har ofte problemer med bevegelse i ledd og å kunne gjennomføre undersøkelser som krever medvirkning fra pasienten.
- Eldre med langt kommet sykdom eller flere sykdommer, er ofte «skjørere» enn yngre og vil tåle dårligere belastninger i forbindelse med enkelte undersøkelser.
- De fleste «vanlige» sykdomstilstander øker i insidens og prevalens med økende alder, og noen sykdommer sees alt overveiende hos eldre, så som hjerneslag og demens.
- Osteoporotisk skjelett gjør en del eldre mer utsatt for frakturer, og diabetes II gir problemer både for pasientens helse og for gjennomføringen av kontrastundersøkelser på røntgen.
- Cancer øker med alderen, men det blir vanskeligere å gjennomføre gode undersøkelser for å diagnostisere det. Det er spesielt de «hyppige sykdommene» colorectal cancer og prostatacancer som man bør tenke på.
- Det vil bli flere tilfeldige funn i forbindelse med billegdiagnostikk, både funn som betyr noe og funn som er uten betydning.
- Det er et spørsmål om å utrede eller ikke utrede, om kostnader og prioriteringer og om hvor langt pasientene egentlig ønsker å drive en utredning. Problemstillingene blir spesielt viktige for radiologi, som kanskje fremste representant for høyteknologisk medisin. Eldre blir ofte, både bevisst og ubevisst, nedprioritert. Er det riktig, og gir det egentlig det vi er ute etter i form av mindre kostnader og lettere behandling?

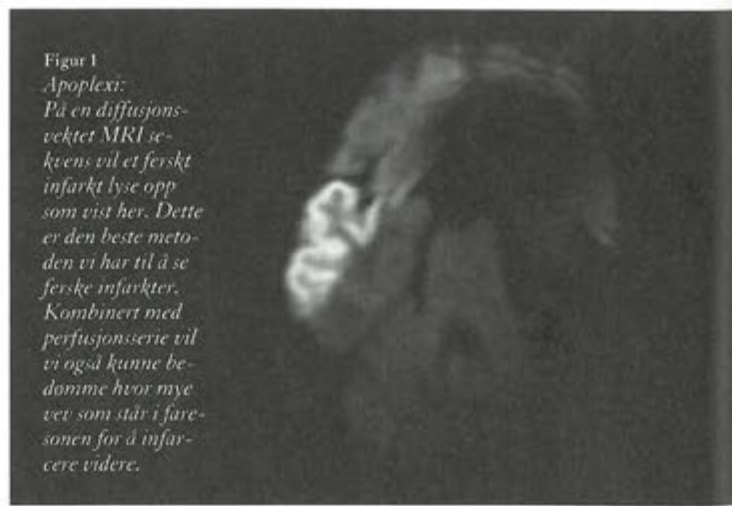
Når det gjelder metodevalg, så vil jeg først fortelle hvor enkel en moderne CT undersøkelse er. Pasienten ligger stille på et bord i et lite antall minutter og undersøkelsen kjøres ved at pasienten dras gjennom «smultringen» i maskinen. En CT av thorax + abdomen vil gi mye mer informasjon enn ultralyd + rgt og være mindre plagsomt for pasienten.

På toppen av det, så vil en CT ofte være mindre tidkrevende personalmessig, spesielt for pasienter som ikke kan stå eller bevege seg på kommando. Hos unge pasienter betyr CT'ens forholdsvis høye stråledose at man er tilbakeholden, men for eldre er CT en strålende god undersøkelse. Det er ikke alltid det beste, men ofte er det både det enkleste og beste, og man bør ha det i tankene som et godt alternativ for eldre pasienter.

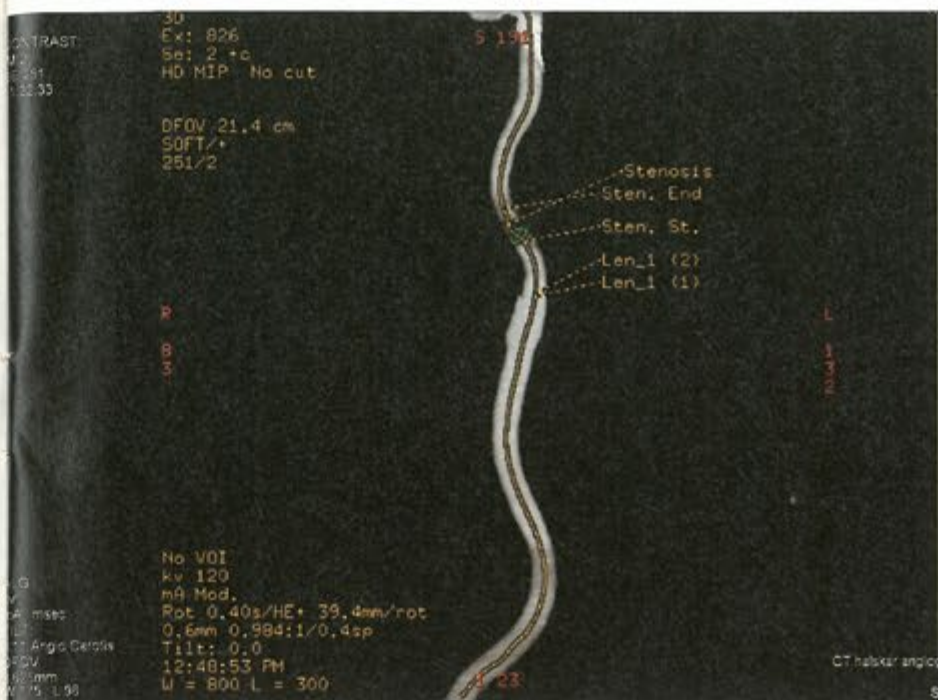
Innen medisinen er vi vant med å gå organmessig til verks, så artikkelen disponeres først etter organsystemer, hvilke sykdommer som er mest aktuelle for radiologisk diagnostikk, og hvilke metoder som er mest aktuelle å bruke. Det som kommenteres er det jeg oppfatter som spesielt for eldre, i tillegg kommer alle de sykdommene som eldre kanskje har mer enn andre, men som er fordelt mer over hele aldersspekteret.

**Hodet.** Det viktigste her er slagdiagnostikk. Her er MR nesten enerådende. MR med diffusjon gir en eksakt diagnostikk med en gang og gir også en god pekepinn på hvor gammelt et eventuelt infarkt er (fig 1). I en akutfase vil også MR-perfusjon være av verdi for å se hvor mye av området omkring det akutte infarkt som er truet. Hvis det er mye vev i faresonen blir det viktig å gå inn med acilyse. I fortset-

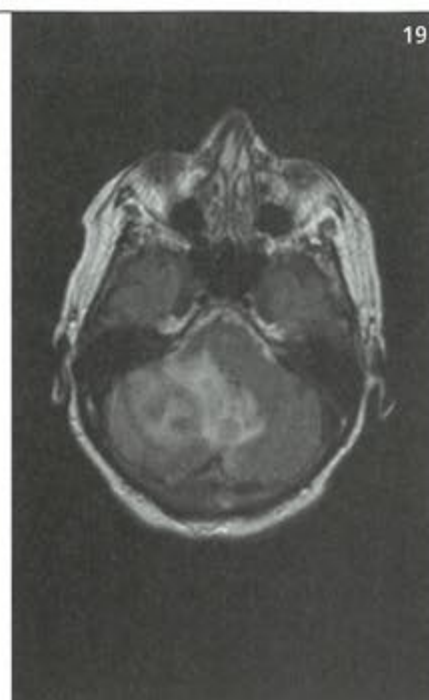
Figur 1  
Apoplexi:  
På en diffusjons-  
vektet MRI se-  
kvens vil et ferskt  
infarkt lyse opp  
som vist her. Dette  
er den beste meto-  
den vi har til å se  
ferske infarkter.  
Kombinert med  
perfusjonsserie vil  
vi også kunne be-  
domme hvor mye  
vev som står i fare-  
sonen for å infar-  
cere videre.







**Figur 2**  
Resultatet av en CT angi. Her er det merket og analysert en stenose i a. carotis. På samme måte kan man også analysere arterier andre steder, f. eks. coronarkar.



**Figur 3**  
Stor tumor i cerebellum, sees som det lyse i den ellers grå massen.

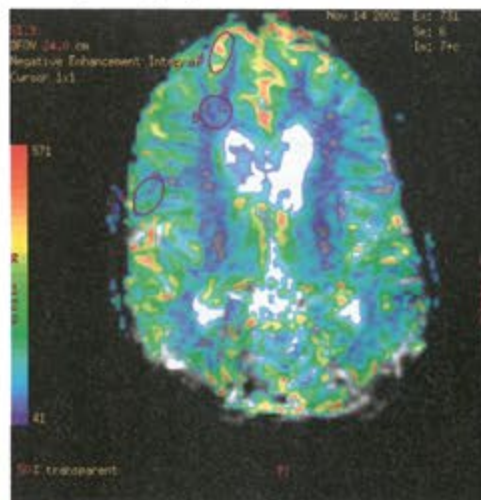
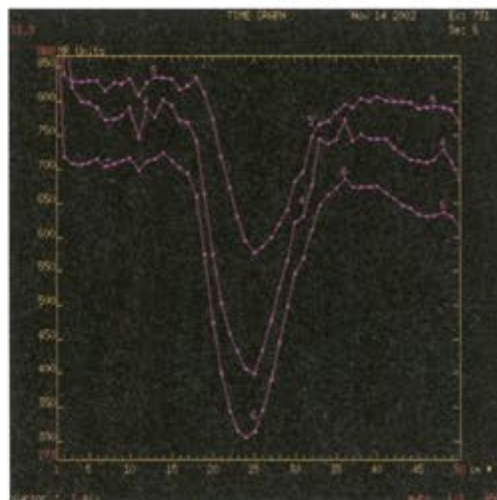
telsen av slagdiagnostikken er det også viktig å se på blodforsyning og atherosclerose da det kan være mulig å gjøre noe med f.eks. stenoser i carotidene (fig 2). For diagnostikk av precerebrale kar har vi tre muligheter; MR-angi, CT-angi og duplex-Doppler ultralyd. Alle metodene stiller krav til både utstyr og kompetanse, så man får høre med sin lokale, radiologiske avdeling hva som er tilgjengelig. Demensdiagnostikk er dominerende innen geriatri, men har vært et mindre problem innen radiologi – vi har helst konsentrert oss om å utelukke annen patologi som tumores og store infarkter (fig 3). Demente utgjør en stor gruppe pasienter som nødvendigvis vil øke med et økende antall eldre.

Demens er kanskje det som i dag tydeligst skiller ut geriatri fra andre fag, og derved blir demensutredning også viktig innen geriatrisk radiologi. Demensutredning med MRI er et område som ikke mange driver med, men som har en økende utbredelse og interesse. Det er gjort en del vedrørende volumetri, altså målinger av substans i forhold til bestemte strukturer, som hippocampus (figur 4), eller forholdet mellom grå og hvit substans. Noe er gjort innen perfusjonsmålinger (figur 5), men her er litteraturen liten. Det er en sammenheng mellom volum av hippocampus og Alzheimers sykdom og det er påvist sammenheng mellom perfusjon og demens.

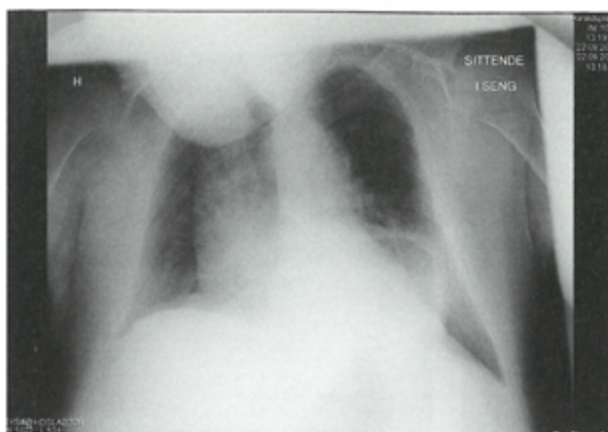
**Figur 4**  
Coronalt snitt gjennom hjernen. Her er ett av snittene som kan brukes for vurdering av volum/trofi av hippocampus. Dette snitt gir mulighet for å måle volum, og også se bedre på skillet grå/hvit substans.



**Figur 5**  
Tre perfusjonskurver. Denne pasienten har generelt heller lav perfusjon. På det visuelle bildet ser vi en fargelegging som gir en grov presentasjon av perfusjonen.



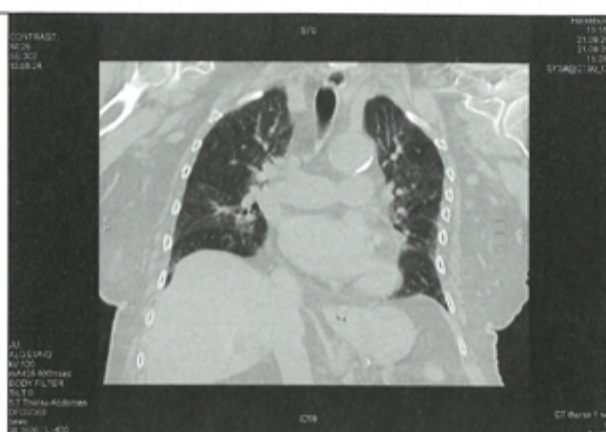




**Figur 6**  
 Dette er et frontalbilde av hjertelunger av en pasient som sitter. Det gir en «feil» vinkling og blir et vanskelig bilde å få god informasjon fra. Vi ser et hiatushernie, men ellers virker det normalt.

**Thorax.** Røntgen thorax er den hyppigste undersøkelsen ved enhver radiologisk avdeling, og den kommer nok til å forbli mye brukt også i fremtiden. For en pasient som kan stå uten hjelp (pasienten må stå alene i thoraxstativet), er det en grei undersøkelse som gir mye informasjon. Hvis pasienten sitter eller ligger er det begrenset med informasjon å få (fig 6). Selv det beste thoraxrøntgen gir betydelig mindre informasjon enn en CT, så hvis man er ute etter detaljinformasjon om lungene eller oppfylninger i mediastinum, er CT å foretrekke (fig 7). Er problemstillingen en pneumoni, eller kontroll av kjent sykdom, vil nok et rgt thorax være tilstrekkelig. Når velge CT da? Forsøkene med mobilt røntgen til sykehjem i Oslo har vært vellykket, og hvis dette blir videreført til andre deler av landet vil kanskje svaret bli at man skal se hvor mye informasjon det er å få uten å flytte pasienten. Hvis pasienten flyttes til en radiologisk avdeling for en undersøkelse av thorax, vil jeg anbefale følgende: Pasienter som kan stå og ikke har en for komplisert problemstilling sendes til rgt thorax, pasienter som ikke kan stå, samt pasienter som har vanskelige/kompliserte problemstillinger, vises til CT-thorax. Moderne CT-maskiner har en mulighet for å utføre utredning av hjertet, inklusive CT-angio av coronare kar (fig 8). Dette er avhengig både av maskin og kompetanse, men der hvor det er mulig, vil det være et alternativ til annen utredning (som kanskje er umulig å utføre).

**Abdomen.** Her er det ikke noe som utpeker seg spesielt for eldre. CT-colon kan være et mer skånsomt alternativ til andre colonundersøkelser. Prostata er et vanskelig område uansett hvilken diagnostikk. Et problem i forbindelse med nyrene er diabetes/diabetisk nefropati/nyresykdom generelt og kontrastmidler. Det finnes retningslinjer for metforminbruk og kontrast og det finnes også retningslinjer for kreatinin og kontrast. En pasientgruppe vi helst vil unngå å gi iodbasert kontrastmiddel til er pasienter med diabetisk nefropati og pågående behandling med metformin. Detaljopplysninger om dette kan fåes hos enhver radiologisk avdeling. Det finnes også tilgjengelig publiserte både nasjonale og internasjonale retningslinjer om dette.



**Figur 7**  
Dette er et coronalt snitt fra en multidetektor-CT. Med ny CT-teknikk har snittene like god oppløsning, uansett hvilket plan vi velger å rekonstruere snittene i.

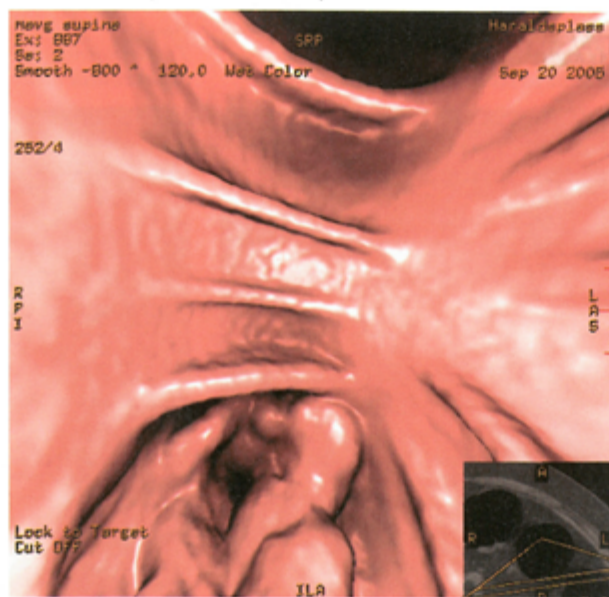
**Skjelett.** Osteoporose og skjelettmetastaser er det som det blir mer av med alderen. Når det gjelder det siste, så blir det innsatsen i forhold til grunnsykdommen som styrer, billediagnostikk er MR og scintigrafi. Osteoporose betyr fracturer og der er gjerne vanlig røntgen førstediagnose.

**Kar**, både arterielle og venøse. Eldre har de samme problemerne som vi ser også noe tidligere i år. Eldre har gjerne mer forandringer og andre sykdommer, det blir da oftere spørsmål om non-invasive undersøkelser som MR-angio, CT-angio og duplex-Doppler ultralyd.

Her vil jeg sett opp en, noe forenklet, oversikt over hva jeg anser som beste valg for en del pasienter i denne pasientpopulasjonen:

- **Akutt slag.** Pasientene bør få en akutt MRI med diffusjon (figur 1), både for positivt å påvise infarkt og for å avklare blødning. Hvis ikke MRI kan tas raskt nok, får en nøye seg med CT for å avklare om blødning eller ikke. Hode-skader skal undersøkes med CT.

Figur 8. Bilde fra en virtuell endoscopi.  
Vi ser her en buklete cancer som buker inn i colon.





- **Puste- og lungeproblemer.** Hjertesvikt kombinert med infeksjoner er hyppig forekommende i denne pasientgruppen. Dessuten følger det ikke sjelden med andre sykdommer som KOLS gammel tuberkulose og metastaser. Det bør brukes CT mye oftere enn i dag. Vanlig rtg vil ofte ikke avklare problemet, selv om det kan gi mye informasjon. CT vil gi bedre informasjon om stuvning, infiltrater og eventuelle maligne sykdommer enn det vi kan forvente å få fra et rtg thorax, gjerne bare frontalbilde.
- **Akutt abdomen.** Her er CT et svært klart førstevalg, ingen annen metode vil kunne gi så mye informasjon på så kort tid. CT er best på å se fri luft, ileus og fri væske. Selv en akutt CT vil gi en del informasjon om kar og vil kunne avsløre større svulster. En røntgen oversikt abdomen er mer belastende for en dårlig pasient og vil gi lite informasjon. Problemstillingene er fri luft pga av perforasjoner, noe som vil være hyppigere med økende alder; ileus på grunn av cancer både i og utenfor tarmtraktus; betennelser som diverticulitt; urinveisproblemer som konkrementer eller prostata, eller galleproblemer som konkrementer eller betennelse; også tarmischemi blir et problem som det vil være mulig å si noe om, i alle fall mistenke.
- **Brudd, delvis på basis av osteoporose.** Her vil man i hovedsak kunne avklare problemet med vanlig røntgen. MRI vil kunne være en supplerende undersøkelse for å avklare.
- **Utredning av cancer, hjerte- karsykdommer og andre sykdommer** skjer hos eldre som hos yngre. Det er to til-

leggsproblemer: Eldre har oftere flere sykdommer og er multimedisinert og det kommer et spørsmål om hvor langt man skal gå i sin utredning. Det første punktet taler for å gå til undersøkelser som gir mye i en undersøkelse, som CT og MRI, det andre spørsmålet er et generelt spørsmål for medisin og samfunn.

Og hva blir så konklusjonen? Den får vel leseren trekke selv, men jeg vil påpeke at avansert teknologi som CT er raskere og skånsommere enn de fleste konvensjonelle metoder og bør brukes mer i denne aldersgruppen. Jeg vil også påpeke at det kliniske skjønn er like viktig som før. Husk å spørre om konsekvens av en utredning. Hva vil et svar, uansett hva det måtte være, føre til? Hvilken endring i behandling vil det gi?

## Referanser

- Grainger, Allison, Adam, Dixon: Grainger and Allison's Diagnostic Radiology. Churchill Livingstone, London 2002  
 Impallomeni, Smiddy, Lipton, Curati, Allison. Diagnostic Imaging in the Elderly. Martin Dunitz Ltd, London 2002  
 Husband, Reznick. Imaging in Oncology. ISIS Medical Media. Oxford 1998.  
 Lærum et al. Sykehjemsrøntgen på hjul. Michael 2/05. Artikkelsamling. Dnlf, Oslo 2005

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@senswave.com](mailto:gunhild.felde@senswave.com)

## Cialis Lilly ICOS

### Legemiddel mot erektil dysfunksjon.

ATC-nr.: G04B E08

**TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg og 20 mg:** Hver tablett inneholder: Tadalafil 10 mg, resp. 20 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172).

**Indikasjoner:** Behandling av erektil dysfunksjon. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk hos kvinner. **Dosering:** Anbefalt dose er 10 mg tatt før forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor tadalafil 10 mg ikke gir tilstrekkelig effekt, kan tablettene 20 mg forsøkes. Tabletten kan tas med eller uten mat. Preparatet kan tas minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Maks. dosering er 1 gang daglig. Daglig bruk frarådes sterkt da sikkerhet ved langtidsbruk ikke er klarlagt, og også fordi effekten av tadalafil vanligvis varer lenger enn en dag. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt dose er 10 mg tatt før forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrensede data vedrørende alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av fordeler og risiko. Det foreligger ikke data for administrering av høyere doser enn 10 mg, se forevrig Forsiktighetsregler. **Eldre eller diabetikere:** Dosejustering er ikke påkrevd. **Barn og ungdom:** Bør ikke brukes av personer under 18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tadalafil eller et eller flere av hjelpestoffene. Kan forsterke den blodtrykk-senkende effekten av nitrater, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerte-problemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse/hjertelidelse. Følgende pasientgrupper med kardiovaskulære lidelser er ikke inkl. i kliniske utprøvinger og bruk av tadalafil er derfor kontraindisert: Pasienter med hjerteinfarkt i løpet av de siste 90 dager, pasienter med ustabil angina eller angina som har oppstått under samleie, pasienter med hjertesvikt N.Y.H.A klasse II eller høyere i løpet av de siste 6 måneder, pasienter med ukontrollerte arytmier, hypotensjon (<90/50 mmHg), eller ukontrollert hypertensjon, pasienter som har hatt slag i løpet av de siste 6 måneder. **Forsiktighetsregler:** Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og mulige underliggende årsaker. Alvorlige kardiovaskulære episoder, inkl. hjerteinfarkt, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytmi, slag og forbigående iskemiske anfall er rapportert ved bruk av tadalafil. I tillegg er det i sjeldne tilfeller sett hypertensjon og hypotensjon (inkl. postural hypotensjon). Flesteparten av disse pasientene hadde allerede eksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. En kan ikke definitivt fastslå om disse episodene er direkte relatert til disse risikofaktorene. Det foreligger begrensede sikkerhetsdata hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad C), og en grundig individuell evaluering av fordeler og risiko bør utføres før ev. forskrivning. Pasienter som får ereksjon som varer i 4 timer eller mer bør tilrådes å oppsøke medisinsk hjelp omgående. Bør brukes med varsomhet av pasienter med anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkling, kaveros fibrose eller Peyronies sykdom) eller ved tilstander som gjør dem disponert for priapisme (f.eks. sigdcelleanemi, multiple myelomer eller leukemi). Det er ikke kjent om tadalafil har effekt hos pasienter med ryggmargsskader og pasienter som har gjennomgått bekkenkirurgi eller radikal ikke nervebevarende prostatektomi. Bør ikke brukes hos pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, lappisk laktasemangel eller glukose/galaktosemalabsorpsjon. Samtidig bruk av  $\alpha_1$ -blokkere som doxazosin kan medføre symptomatisk hypotensjon hos enkelte pasienter. Kombinasjonsbehandling med  $\alpha_1$ -blokkere er derfor ikke anbefalt. Forsiktighet bør utvises ved forskrivningen av tadalafil til pasienter som anvender potente CYP 3A4-inhibitorer (ritonavir, saquinavir, ketokonazol, itraconazol og erytromycin) da det er observert økt AUC for tadalafil ved kombinasjon av disse legemidlene. Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av tadalafil med annen behandling av erektil dysfunksjon er ikke undersøkt og slike kombinasjoner anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** I interaksjonsstudier der kun tadalafil 10 mg er benyttet, kan interaksjoner ved høyere doser ikke utelukkes. **Effekter av andre legemidler på tadalafil:** Tadalafil metaboliseres hovedsakelig av CYP 3A4. En selektiv hemmer av CYP 3A4, ketokonazol (200 mg), dobler tadalafils AUC og øker  $C_{max}$  med 15%. Ketokonazol (400 mg) firedobler tadalafils (20 mg) AUC og øker  $C_{max}$  med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) dobler tadalafils AUC uten endringer i  $C_{max}$ . Det skal utvises forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som saquinavir, og andre CYP 3A4-hemmere, som erytromycin, klaritromycin, itraconazol og grapefruktjuice, fordi disse forventes å øke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. Potensielle legemiddelinteraksjoner foreligger ved mulig inhibering av transportproteiner. CYP 3A4-induseren, rifampicin, reduserer tadalafils AUC med 88%. Det kan forventes at samtidig administrering av andre CYP 3A4-indusere som fenobarbital, fentanyl og karbamazepin også vil senke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. **Effekter av tadalafil på andre legemidler:** Tadalafil forsterker den hypotensive effekten av nitrater. Interaksjonen varer i mer enn 24 timer og er ikke detekterbar etter 48 timer. Dersom en pasient som har fått tadalafil trenger livreddende behandling med nitrater, bør det derfor ha gått minst 48 timer før nitratbehandlingen igangsettes. Ved slike tilfeller bør nitrater kun administreres under tett medisinsk oppfølging og hemsensmessig hemodynamisk monitorering. Tadalafil er vist å øke oral biotilgjengelighet av etinylostradiol. En lignende økning kan ventes ved oral administrering av terbutalin. Det er usikkerhet omkring klinisk betydning. Tadalafil (10 mg) administrert samtidig med teofyllin, gir en liten økning i hjertefrekvens (3,5 slag pr. minutt). Selv om denne effekten er liten og uten klinisk betydning, bør den vurderes når legemidlene administreres samtidig. Tadalafil er brukt samtidig med warfarin, acetylsalicylsyre, angiotensin II reseptorblokkere og amlodipin uten interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med enalapril, metoprolol og bendrofluazid uten interaksjoner. Tadalafil er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiva. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiva synes det som om endringer målt ved ambulatorisk blodtrykksmåling relaterer seg til graden av blodtrykkskontroll. Hos pasienter med godt kontrollert blodtrykk er reduksjonen tilsvarende den sett hos friske. Hos pasienter med ukontrollert blodtrykk er reduksjonen større, men reduksjonen er hos et flertall av pasientene ikke forbundet med hypotensive symptomer. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtrykkssfall skal gis til pasienter når de behandles med antihypertensiva. Ved samtidig bruk av doxazosin (8 mg) er det sett en forsterkning av den blodtrykkssreducerende effekten av doxazosin. Denne effekten er fremdeles tilstedes 12 timer etter dosering og er vanligvis forsvunnet etter 24 timer. Kombinasjonen med  $\alpha_1$ -blokkere er derfor ikke anbefalt. Er brukt sammen med tamsulosin (selektiv  $\alpha_1$ -A-blokker) uten blodtrykkssendringer forårsaket av tamsulosin. Det er ikke kjent om resultatet kan overføres til andre  $\alpha_1$ -A-blokkere. Tadalafil er brukt samtidig med alkohol (0,08%) uten endringer i alkohol- eller tadalafilkonsentrasjonen. Tadalafil forsterker ikke gjennomsnittlig blodtrykkssfall forårsaket av alkohol (0,7 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkelte individer. Lavere alkoholdoser (0,6 g/kg) ga ikke økt hypotensjon og svimmelhet. Virkningen av alkohol på kognitiv funksjon forsterkes ikke av tadalafil (10 mg). **Graviditet/Amning:** Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det er ikke utført studier på gravide kvinner. Det er ikke funnet holdpunkter for teratogenisitet, embryotoksitet eller fostertoksitet i rotter eller mus som ble gitt opp til 1000 mg/kg/dag. **Bivirkninger:** Forbigående og generelt milde eller moderate. Bivirkningsdata for pasienter over 75 år er begrenset. Mest vanlig (>1/10) er hodepine og dyspepsi. **Hyppige (>1/100):** Luftveier: Nesetetthet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, myalgi. Sentralnervesystemet: Svimmelhet. Sirkulatoriske: Rødme. **Mindre hyppige:** Hovne øyelokk (beskrevet som øyesmerter), konjunktival hyperemi. Forlenget ereksjon og priapisme er rapportert svært sjelden. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Det er gitt enkelt-doser på opptil 500 mg til friske, og multiple daglige doser på opptil 100 mg er gitt til pasienter. Observerte bivirkninger tilsvarte dem som ble sett ved lavere doser. **Behandling:** Standard symptomatisk behandling etter behov. Hemodialyse bidrar ubetydelig til tadalafiliminering. **Pakninger og priser:** 10 mg: Enpac: 4 stk. kr 338,20 mg: Enpac: 4 stk. kr 338, 8 stk. 641,60, 12 stk. 945,30. Sist endret: Oktober 2005.



# ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL i sykehjem – hva skal vi bruke?

AV INGER LUND THORSEN

IT-teknologien har for lengst inntatt legenes hverdag. De fleste allmennleger har lenge forholdt seg til elektronisk pasientjournal på legekantorene. Fastleger blir ofte pålagt kommunal oppgave som tilsynslege på sykehjem. Her mangler som oftest gode elektronisk journalsystemer. Dette oppleves som et svært tilbakeskritt når det gjelder å få til god journalføring med hensyn til faglige krav og effektivisering av tidsbruk. Sykehjemsbeboerne er ofte demente og kan ikke selv bidra til anamnesen. Desto viktigere blir god og oversiktlig medisinsk dokumentasjon. Hvilke alternative elektroniske løsninger finnes pr. i dag?

## Aktuelle lover og forskrifter

Nåværende Forskrift om pasientjournal (heretter kalt «journalforskriften») ble fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 21. desember 2000 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (Helsepersonelloven). Før den nye helsepersonelloven trådte i kraft 1. jan 2001 var journalføringsplikten uttrykt i Forskrift 17. mars 1989 om leges og helseinstitusjons journal for pasient og hjemmet i Lov om leger. Annet helsepersonell hadde ikke egen dokumentasjonsplikt. Deres dokumentasjon var å regne som en del av deres funksjon som legens medhjelper og som sådan var for eksempel, sykepleieres dokumentasjon en del av legejournalen. Tidligere var betegnelsen legejournal, nå heter det pasientjournal.

I journalforskriften defineres pasientjournal slik: samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp.



**Inger Lund Thorsen**

Inger Lund Thorsen f.1958. Cand.med. 1984. Kommunelege i Gamvik kommune 1988–2001. Fra 2001 kommunelege med medisinsk faglig rådgivende funksjon for omsorgstjenesten i Larvik kommune samt sykehjemslege. Gift. 4 barn i alderen 5 til 19 år.

Den nye journalforskriften får en del praktiske konsekvenser for hvordan man oppretter og organiserer journalen enten den produseres elektronisk, i papir eller er en kombinasjon av dette.

I journalforskriftens §5 (Oppretting og organisering av journal) står å lese:

Det skal opprettes en journal for hver pasient. Det skal som hovedregel anvendes en samlet journal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten. Hovedregelen om en samlet journal for den enkelte pasient kan fravikes dersom virksomhetens enheter både faglig og organisatorisk klart fremstår som separate deltjenester. Der det ikke er hensiktsmessig med en samlet journal, kan journalen deles i en hovedjournal og en tilleggsjournal. Det skal da fremgå av hovedjournalen at det eksisterer en tilleggsjournal og hvilken dokumentasjon den inneholder.

## KITH

Kompetansesenteret for IT i helsevesenet har på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet utarbeidet to kravspesifikasjoner som har særlig relevans for oss som tilsynsleger i sykehjem. I 2001 kom «Elektronisk pasientjournal standard: Arkitektur, arkivering og tilgangsstyring» som er en generell kravspesifikasjon for elektronisk pasientjournal (EPJ) med utgangspunkt i den nye journalforskriften og øvrig lovverk som helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, personopplysningsloven og arkivloven.

I 2003 kom kravspesifikasjonen til «Elektronisk dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenesten». Kravspesifikasjonen er ment å være et hjelpemiddel ved utvikling, anskaffelse og forbedring av elektroniske dokumentasjonssystem i pleie- og omsorgstjenesten, og målgruppen er både firmaer som



utvikler EPJ og kommuner som anskaffer dette. Kravspesifikasjonene tar utgangspunkt i hva som skal til å for at en EPJ oppfyller lovens krav og ikke så mye krav til funksjonalitet. Det siste blir opp til kundene å vurdere.

**Hvilke funksjoner bør et elektronisk pasientjournalssystem innen den kommunale pleie- og omsorgstjenesten inneha?**

1. **Generelle data:** Registrering av persondata, adresse, fastlege, mottatte tjenester etc.
2. **Pleiepersonalets behov:** Datasystemet bør være utviklet slik at det er funksjonelt og dekker sykepleiere, hjelpepleiere og evt. annet pleiepersonells behov for dokumentasjon (bl.a. kartlegging av omsorgsbehov, saksbehandling i forbindelse med tildeling av tjenester, postjournal, registrering av IPLOS-verdier, daglig rapportering, medikamentmodul for forordnede medisiner, dokumentasjon for gitt medisin, kurveark for føring av blodtrykk, temperatur, andre observasjoner etc.)
3. **Legenes behov:** Registrering av sosiale opplysninger, tidligere sykdommer, dagens notat, medikamentforordning med mulighet for å legge inn faste medisiner, behovsmedisiner, resepskriving, ulike typer rekvisisjoner (lab. rtg. Cyt. etc.), henvisningsmal med mulighet for gjenbruk av ovennevnte registrerte opplysninger, epikrisemal med tilsvarende, kurveark for blodtrykk etc.
4. **Andre faggrupper** som kommunalt ansatte fysioterapeuter, ergoterapeuter etc. som yter tjenester til brukere i pleie- og omsorgssektoren har sine tilsvarende behov.
5. Datajournalssystemet bør ha mulighet for **elektronisk kommunikasjon** med eksterne samarbeidspartnere som fastleger, spesialisthelsetjenesten, laboratorier etc.
6. **Funksjonalitet:** Det ideelle er at alle disse funksjonene kan finnes i samme elektroniske datasystem. Et optimalt fungerende datajournalssystem er utviklet slik at opplysninger kun trenger å registreres en gang. Deretter bør det lages linker slik at relevante opplysninger kommer opp i nye bilder og maler. Eks. en henvisning er laget som en mal med link som automatisk henter inn pasientens personalia, sosiale forhold, tidligere sykdommer, faste medisiner, evt. medisiner, dagens notat kommer opp under aktuelt, adresse til de vanligste henvisningsadresser hentes ut fra et register, tilsynlegens navn og adresse ligger automatisk i malen. Deretter har man mulighet til å redigere etter behov før den aktuelle henvisning ferdigstilles.
7. Hver faggruppe bør kunne få opp **eget oversiktsbilde** slik at pasienten fremstår på en oversiktlig måte sett i relasjon til den aktuelle fagpersoners faglige behov.
8. EPJ bør kunne inneha funksjoner for **tilgangsstyring** mellom faggruppene slik at ikke alle faggrupper kan lese alt. De skal kun ha tilgang på opplysninger som er nødvendig for den tjenesten de skal yte pasienten.



ILLUSTRASJONSFOTO

Mange ønsker i tillegg at samme datasystem har løsninger for **plassadministrasjon, økonomi** i forhold til egenbetaling, turnusplanlegging, arbeidslister etc. Dette hører ikke formelt med til en pasientjournal, men det vil være praktisk å kunne behandle disse opplysningene i samme datasystem jf. økonomisk/administrative funksjoner i en elektronisk allmennlegejournal. Imidlertid bør ikke dette behov være styrende for valg av elektronisk pasientjournal. Hvis et datasystem er god på administrative/økonomiske funksjoner, men dårlig på det som angår EPJ bør man vurdere å heller satse på to systemer. Ellers anbefales KITH rapportene for utfyllene kravspesifikasjoner.

### Hvilke relevante elektroniske datajournalssystemer finnes på markedet i dag?

#### *Elektroniske allmennlegeprogrammer*

Som tilsynsleger på sykehjem er vi sykehjemspasientenes allmennleger. Utfra *legens* synsvinkel vil et av datajournalprogrammene utviklet til legekantor dekke *legenes* behov for faglig dokumentasjon. De programmer som finnes av denne typen på markedet er Infodoc, Profdoc Vision, System-x og Winmed. Disse programmene er også utviklet slik at de kan sende meldinger via helsenett og statens helse/trygdpostkasse og dermed kommunisere sende/motta henvisninger/rekvisisjoner/labsvar/epikriser der hvor sykehusene har utviklet dette i sine datastystem.

I småkommuner hvor sykehjem og kommunelegekontor er samlokalisert, er legens dokumentasjonsbehov ofte dekket ved at sykehjemmet har en egen dataterminal med samme elektroniske datajournal som legekantoret har. Dette vil kun være lovlig hvis fastlegen er kommunalt ansatt. Forskjellige virksomheter kan ikke benytte felles pasientjour-



naler. Dersom fastlegekontoret er privat drevet, må sykehjemmet anskaffe egen elektronisk datajournalssystem adskilt fra fastlegekontoret.

Allmennlegeprogrammene dekker ikke pleie-personalets behov for dokumentasjon og har heller ikke pasientadministrative funksjoner beregnet på pleie- og omsorgstjenesten.

#### *Elektronisk pleie- og omsorgsjournalssystemer*

De datasystemer som pleie- og omsorgstjenestene har benyttet så langt har hatt hovedfokus på saksbehandling og administrasjon. Før den nye helsepersonellloven trådte i kraft i 2001 hadde de fleste tjenesteyterne i pleie og omsorgstjenesten ikke lovpålagt dokumentasjonsplikt.

De programmer som finnes på markedet er: Gerica, Omsorg, Profil og Cosdoc. Firmaet Visma-Unique har kjøpt opp både Omsorg og Profil. De har valgt ikke å videreutvikle Omsorg.

#### **Vurdering av pleie og omsorgsprogrammene sett fra behovet for medisinsk dokumentasjon**

Mange kommuner har allerede kjøpt inn ett av disse omsorgsprogrammene og på hjemmesidene til firmaene opplyses det at de er utviklet til dokumentasjon for alle faggrupper i pleie og omsorg. Erfaringen viser at kommunenes innkjøp av datajournalprogram til pleie- og omsorgstjenesten stort sett er gjort uten at tilsynsleger eller andre medisinskfaglige har vært med i prosessen vedrørende vurdering av legenes faglige behov. Likevel har det blitt forventet fra pleie- og omsorgsledelsens side at legen også bør kunne bruke disse programmene. Dette ville selvsagt være ønskelig utfra prinsippet om at hver virksomhet skal ha en felles pasientjournal. Dessuten vil det også være ønskelig utfra behovet for det tverrfaglige arbeidet som foregår i sykehjem. Problemet er imidlertid at med unntak av ett program synes ikke programmene å være utviklet med tanke på medisinsk dokumentasjon. Man har forventet at legen kunne skrive sine notater inn i egne mapper i pleiepersonalets dagsrapporter og ment at dette ville dekke deres faglige behov.

Kolleger påpeker at dokumentasjonen blir svært uoversiktlig og rotete og er langt fra rasjonell og effektiv. Når legevaktsleger kommer og skal ha akutt tilsyn på sykehjemspasientene er det svært vanskelig å skaffe seg en tilfredsstillende faglig oversikt.

Man ønsker seg et oversiktlig bilde hvor det er lett å klikke seg videre inn i pasientens journal. Dette er langt fra tilfelle ved de fleste av disse programmene.

#### **Hvordan lage tilfredsstillende data-løsninger utfra dagens situasjon?**

Cosdoc er det programmet som pr. i dag har laget noe spesielt beregnet på legene. Dette er et nytt program. Jeg har vært i kontakt med tilsynslege Astrid Holm i Sortland kommune som mener dette kan være brukbart sett fra legesyndspunkt selv om det ikke er like bra utviklet som allmennlegeprogrammene.

Gerica har utviklet egen legemodul som skal være på markedet innen oktober 2005. Trondheim kommune, med tilsynslege/rådgiver Torgeir Fjermestad som ansvarlig, har laget en kravspesifikasjon som inneholder de viktigste elementer fra dagens legesystemer. Han har sett en foreløpig demoversjon og vurderer at 1.0-versjonen vil være et brukbart hjelpemiddel til å starte med, selv om det fortsatt vil være mye å videreutvikle. Bl.a. må elektronisk kommunikasjon utvikles.

**Profil** har ikke egen legemodul.

**Omsorg** har ikke egen legemodul, og vil som sagt heller ikke videreutviklet i det store og hele.

Det ideelle er at det som utgjør en virksomhets pasientjournal kan håndteres av ett elektronisk datajournalssystem. Dette vil fremme det tverrfaglige arbeidet i sykehjemmene. Vi har behov for å lese andre faggruppers dokumentasjon på en lett tilgjengelig måte. Våre tjenester bør utfylle hverandre og utgjøre en helhet til pasientenes beste. Dette er likevel ikke lett å få til utfra det som foreligger av elektroniske datajournalssystemer pr. idag, særlig hvis det skal tas hensyn til behovet for tilfredsstillende medisinsk dokumentasjon.

Mange kommuner har allerede kjøpt inn elektroniske pleie- og omsorgsjournalssystemer. Store økonomiske ressurser er lagt inn i disse investeringene fra kommunenes side. Tilsynslegene må forholde seg til de valg som allerede er gjort og søke en best mulig totalløsning.

**KITH** presiserer på sin hjemmeside:

Det er viktig å være oppmerksom på at pasientjournalen og dermed EPJ er et logisk begrep. Den samling av opplysninger som utgjør en pasients EPJ f.eks. på et sykehus trenger ikke nødvendigvis å være håndtert av ett og samme EPJ-system. Ofte vil det være slik at det i tillegg til opplysningene i det generelle EPJ-systemet finnes opplysninger i flere spesialiserte system som inngår i pasientens EPJ.

Noen kommuner har kjøpt inn et allmennlegeprogram (Infodoc, Profdoc, Winmed eller lignende) og bruker det i sammenheng med ett av omsorgsprogrammene. Det er teknisk mulig å legge begge programmer bak samme brannmur. Da kan man bruke programmene i sammenheng. Legene kan lese pleiepersonalets dokumentasjon i omsorgsprogrammet og samtidig dokumentere i et allmennlegepro-



gram. Opplysninger kan evt. overføres via klipp/lim-metoden. Allmennlegeprogrammene er utviklet over mange tiår og har rukket å bli en relativt billig og god investering. Der hvor kommunen allerede har gjort sine valg i pleie og omsorgstjenesten, og disse ikke tilfredstiller de medisinskfaglige behovene, kan dette synes som en funksjonell løsning.

Ellers anbefaler jeg alle kommuner som ennå ikke har gått til anskaffelse av elektronisk pasientjournal å involvere alle faggrupper i valg av datajournalssystem og nøye forholde seg til KITH's kravspesifikasjoner når man vurderer alternativene.

Utviklingen av EPJ innen pleie- og omsorgstjenesten er i støpeskjeen. Leser man KITH's kravspesifikasjoner synes pleie- og omsorgsprogrammene langt fra å oppfylle de kravene som er utarbeidet her. Det kreves både høy fagkompetanse og datakompetanse for å kunne lese og forstå KITH's kravspesifikasjoner. Jeg tviler på om kommunene generelt besitter denne kompetansen. Mye økonomiske ressurser blir lagt i å utvikle og tilrettelegge disse programmene for den særskilte kommune. Det vil alltid være behov for enkelte lokale tilpasninger, men de sentrale faglige krav til dokumentasjon vil stort sett være like. Etter min mening bør Helsetilsynet sentralt ta stilling til hvorvidt de elektroniske programmene hol-

der mål i forhold til aktuell lovgivning. Dette burde ikke være en umulig oppgave siden KITH allerede har utarbeidet sine kravspesifikasjoner. Kommunene sliter med dårlig økonomi, mye gevinst kan ligge i rasjonelle EPJ-systemer. Utvikling av gode EPJ-systemer er på den annen side en kostbar affære som i hovedsak nå betales av kommunene. Det er viktig at dette foregår på en målrettet og faglig forsvarlig måte. Man trenger ikke finne opp kruttet på nytt i hver kommune. Det fører sjelden til verken gode økonomiske eller faglige resultater.

Våre sykehjemspasienter er som regel svært syke pasienter med mange ulike og komplekse sykdommer. De fortjener god og relevant behandling som alle oss andre. Forbedring av den medisinske dokumentasjon på sykehjem er ett sentralt ledd i kvalitetsikringen av det medisinske arbeidet som foregår på sykehjemmet. Her må vi som leger være aktive og samarbeide med andre faggrupper om å skaffe et godt EPJ som bidrar til best mulig behandling. Jeg ønsker alle kolleger lykke til i dette viktige arbeide.

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

# FURST



Utfyllende informasjon  
og oppdatert blåbok på  
[www.furst.no](http://www.furst.no)

## Primærhelsetjenestens sentrallaboratorium

### Vårt varemerke er kvalitet

Hele prosessen fra prøvetaking til svarrapportering er kvalitetssikret

- akkreditert laboratorium
- god service
- tilgjengelig fagkompetanse
- kurstilbud
- IT-støtte og råd
- hentetjeneste
- kundestøtte



### Hovedkontor:

Søren Bulls vei 25, 1051 Oslo  
Tlf 22 90 95 00 - Fax 22 90 96 06  
Sentralbord betjent til kl. 16.00

### Prøvetaking hverdager kl. 7.30 - 15.00

Furuset: Søren Bulls vei 25  
Oslo Sentrum: Dronningensgt. 40  
Majorstuen: Kirkevn. 64 B, 3. etg.  
Ski: Jernbaneveien 5-7 (Stasjonstorget)

### For flere opplysninger

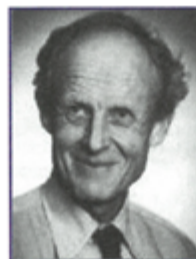
Kontakt markedsgruppen, tlf 22 90 96 69  
eller [markedsgruppe@furst.no](mailto:markedsgruppe@furst.no)

Ansvarlig lege: Dr. med. Kjell Torgeir Stokke, spes. i medisinsk biokjemi



# Geriatrici inn i FREMtiden

AV PETER F. HJORT



**Peter F. Hjort**

startet som indremedisiner og ble professor i blodsykdommer på Rikshospitalet. I 1969 dro han til Tromsø som formann for interimstyret for universitetet i Tromsø. I 1975 ble han leder for NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning. Gruppen ble senere flyttet til Folkehelse, og han ble leder for avdeling for samfunnsmedisin. Nå er han 81 år og er opptatt med prosjekter, forelesninger og – sykling!

I denne artikkelen legger jeg frem min visjon for geriatrici i Norge. Det viktige for meg er ikke å få rett, men å dele min dype bekymring for geriatrici i Norge. Det er grunn til bekymring:

- Geriatricerne utgjør bare ca. 0,5 prosent av legene, ca. 90 av 18000 leger
- Legene viser liten interesse for eldreomsorgen, og sykehjemmene er etter mitt skjønn «det store svarte hullet» i norsk helsetjeneste
- Forskningen på dette området er svak, langt svakere enn i nabolandene.

Den enkleste forklaringen er at geriatrici er konkurrert ut av den høyspesialiserte medisinen.

## To prosesser i alderdommen

For å forstå alderdommen og syke gamle mennesker, må en kjenne de to prosessene som karakteriserer alderdommen. Den ene er den normale aldersprosessen, gerontologien (geront på gresk betyr olding). Den legemlige aldersprosessen er karakterisert av en jevn reduksjon av evnen til fysisk arbeid med knapt en prosent per år etter 25–30-års alderen. Den psykiske aldersprosessen reduserer hastigheten: eldre blir langsommere, men ikke dummere. I tillegg blir de glemske, og selvbildet svekkes. Sosialt skrumper nettverket.

Den andre prosessen er sykdommene, geriatrici, og den preges av kroniske sykdommer. Ikke alle eldre blir syke, men en norsk 80-åring har gjennomsnittlig tre kroniske sykdommer. Eldre kan selvfølgelig rammes av alle de vanlige sykdommene, og bildet er ofte diffust, gråaktig og upresist. I tillegg får de alderssykdommene, særlig i hjernen og i skjelettet. – Legen må sortere de to prosessene fra hverandre: Hva er sykdom, og hva er alder? Det er ofte vanskelig, sykehistorien og klinisk undersøkelse er som regel viktigere enn prøver.

Det er praktisk å dele alderdommen i to deler. Aldersgruppen 65–80 år er eldre, stort sett ganske friske, og har det

bra. Gruppen over 80 år er gamle, og her øker problemene. Det sentrale i alderdommen er at sårbarheten øker, fordi en må møte mer sykdom med mindre reserver.

## Utviklingen fremover

Før jeg kan drøfte geriatriciens fremtid, må jeg si noe om forutsetningene, og i det følgende har jeg valgt ut de viktigste.

**Eldrebolegen.** Prognosene viser at antall over 80 år vil omtrent dobles frem til 2050, altså ca. to prosent økning per år. De eldre lever lenger og får bedre helse, noe som skyldes både et sunnere liv, bedre livsvilkår og bedre helsetjeneste. Etter hvert får vi imidlertid en økende gruppe av gamle, kronisk syke «overlevende» som kan takke moderne medisin for at de ikke er døde av sine alvorlige sykdommer (1).

**Sykehusene** vil preges av to forhold. Det ene er medisinske fremskritt som vil gi nye muligheter for diagnostikk og behandling. Det andre er et økende press om effektivisering og inntjening. Dette fører til kortere liggetider, mer poliklinikk og dagkirurgi, og mer «svingdørsmedisin» for de gamle pasientene.

**Eldreomsorgen.** Det er en stadig diskusjon, også internasjonalt, om hvor mye presset på eldreomsorgen vil øke. Prognosene tyder på dobling mot 2050. Samtidig vil utviklingen på sykehusene føre til at både primærhelsetjenesten, hjemmetjenestene og sykehjemmene får ansvar for flere og sykere gamle. Vi har en evig diskusjon om omsorgsboliger og sykehjem. Fremdeles gjelder kravet om en dekning for «heldøgns pleie» som svarer til 25 prosent av antall over 80 år. Mange kommuner slår sammen omsorgsboliger og sykehjem når de beregner dekningsgraden. Dette er etter mitt skjønn ureddelig for de omsorgsboligene som ikke har fast personale, og denne diskusjonen blir skarpere i årene fremover.

**Spesielle utfordringer** står i kø. Den første er å drive godt forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre i primærhelsetjenesten. Den andre er å øke innsatsen i rehabilitering



for eldre. Den tredje er å organisere en god døds-pleie etter hospiceprinsippene både i hjem og sykehjem. Den fjerde er å drive en stadig økende eldreomsorg uten noen «yngrebølge». Skal eldreomsorgen klare å trekke til seg og beholde personalet, blir arbeidsforhold og miljø viktig.

**Legebølgen.** Den siste utfordringen er at vi får stadig flere leger. Norge ligger på legetoppen i Norden, og vi har for tiden ca. 5000 unge som studerer medisin. Derfor må vi tenke over fremtiden: Hvordan bør vi bruke alle de nye legene? Ett åpenbart svar er å bruke mange flere leger i eldreomsorgen, særlig i sykehjemmene.

### Hva er geriatri?

Etter at jeg har drøftet forutsetningene, må jeg si noe om hva som etter mitt skjønn karakteriserer geriatrien og den gode geriater. Kunnskaper om alderdommen og om geriatriens sykdommer og tenkemåte er en selvfølge. De kan delvis leses i bøkene, men de må for en stor del læres i praksis. Mesterlære er blitt et populært begrep, dvs. at de unge lærer praksis av gode rollemodeller. Jeg er engstelig for at denne mesterlæringen er blitt svekket, både i studietiden, i turnustjenesten og på sykehusavdelingene.

Diagnostikken er det selvfølgelig grunnlaget for all praktisk medisin, og den reiser et problem i geriatrien. Det skyldes at gamle pasienter alltid lider av flere sykdommer, og den høyspesialiserte medisinen har en tendens til å se bare det problemet som hører til en spesialitet. Resultatet blir «svingdørsmedisinen». Et annet problem er at mange leger er defaitistiske i sin diagnostikk av gamle mennesker, fordi de tror at diagnostikken ikke får terapeutiske konsekvenser. Jeg mener at dette ofte er en gal holdning, og at gamle mennesker skal ha en fullstendig diagnostikk.

*Indremedisinen og geriateren er forskjellige.*

|                         | Indremedisinen                                     | Geriateren                                               |
|-------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Tenkemåte</b>        | Reduksjonistisk                                    | Holistisk                                                |
| <b>Filosofi</b>         | Finne og behandle det akutt syke                   | Finne og behandle alt det syke og styrke det friske      |
| <b>Mål</b>              | Adekvat behandling                                 | Godt (brukbart) liv                                      |
| <b>Diagnostikk</b>      | Organ-spesifikk: ett problem av gangen             | Fullstendig: alt med én gang                             |
| <b>Behandling</b>       | Flere medikamenter, ofte store doser               | Få medikamenter, små doser                               |
| <b>Rehabilitering</b>   | Ikke mitt ansvar                                   | Viktig                                                   |
| <b>Ved innleggelse</b>  | Rask utskriving, høy DRG<br>Ny innleggelse, ny DRG | Fullstendig vurdering, lage en «livsplan», ikke svingdør |
| <b>Pårørende</b>        | Sand i maskineriet, minst mulig tid                | Pasientens viktigste ressurs, skal støttes               |
| <b>Sosial situasjon</b> | Ikke min sak                                       | Viktig del av vurderingen                                |
| <b>Dødspleie</b>        | Ikke viktig del av faget                           | Viktig del av faget                                      |
| <b>Kommunikasjon</b>    | Tar for lang tid                                   | Selve grunnlaget                                         |

Behandlingen er ofte vanskelig, fordi det så lett blir mange legemidler – mange gamle har sine dosetter med minst fem om dagen. Jeg tror at den gode geriater er tilbakeholdende i sin behandling.

Omsorg er uløselig knyttet til geriatrien. Den krever talent og tid, og alle har ikke det. Men det går an å lære, ikke minst av de pårørende og av pleierne. Som pårørende til en pleiepasient fikk jeg stor respekt for hjelpepleierne.

Kommunikasjon er selve grunnlaget for geriatrien, og jeg har merket som pårørende at leger har en tendens til å snakke *til* meg, og ikke *med* meg. Kjernen i dialogen er å gi den andre følelsen av å bli møtt (2). Jeg tror det er selve grunnbetingelsen for å være lege for gamle, at en liker disse pasientene.

Det er viktig å huske at de pårørende nesten alltid er den gamle pasientens viktigste ressurs. Derfor gjelder det å møte de pårørende, forklare dem, og – så å si – vinne dem for samarbeid.

Det er en stor vanskelighet i all kommunikasjon med pasient og pårørende, og det er skrittet fra informasjon til motivasjon. Tenk på diabetespasienten og KOLS-pasientene f.eks. Det er ikke nok å informere, legen må også motivere dem for det de må gjøre. Jeg synes det er det vanskeligste av alt.

Jeg må også nevne etikken, for geriatrien er full av etiske dilemmaer. Det som kjennetegner et dilemma er at det er uløselig, men likevel må en finne en løsning her og nå. Jeg tror geriateren må ha interesse for etikk, han må kommunisere om etiske problemer, og han må våge å velge.

Jeg har forsøkt å sammenfatte forskjellene mellom geriatri og indremedisin i rammen. Med vilje har jeg valgt å provosere, for jeg er selv spesialist i generell indremedisin.





*Venterommet til en fastlege er i grunnen ikke så forskjellig fra en geriatrik poliklinikk.*

## Spesialiteten geriatri

Jeg tror at geriatrien må deles i to store felt. Det ene er sykehusgeriatrien, og det andre kaller jeg omsorgsgeriatrien.

**Sykehusgeriatrien** har ofte vært kalt «blålysgeriatrien», dvs. den geriatri som er knyttet til gamle pasienter som legges inn i sykehus for øyeblikkelig hjelp. Den foregår ofte i mottakelsesavdelingene, men noen sykehus har egne geriatrike avdelinger.

Jeg nevnte ovenfor at sykehusmedisinen er utilfredsstillende for de gamle pasientene, fordi den er høyspesialisert og kortsiktig. Målet er ikke å gjøre en fullstendig diagnostikk og lage en plan for behandling og oppfølging, men bare å få skrevet pasienten ut med kort liggetid og høy DRG. Jeg tror at dette systemet må legges om, og jeg ser to muligheter:

- Den ene er å gjenopplive generell indremedisin og lage store poster for denne oppgaven. På mange måter skulle jeg gjerne sett denne løsningen, fordi jeg selv ble spesialist i generell indremedisin for mange år siden.
- Den andre løsningen er å overlate denne oppgaven til geriaterne, og det krever at sykehusene lager ganske store geriatrike poster eller avdelinger.

Jeg tror at vi må skjære igjennom og finne en løsning som er god for de gamle pasientene. Jeg har landet på den geriatrike løsningen, fordi vi har en levedyktig geriatrik subspecialitet under indremedisinen, mens vi ikke har en levedyktig subspecialitet i generell indremedisin. Men denne løsningen krever at vi avklarer noen betingelser:

- Reglene for subspecialiteten geriatri kan antakelig være uforandret.
- Geriatrien må få tilstrekkelig sengekapasitet til å løse denne oppgaven. Det blir et problem, fordi det stadig blir flere eldre og fordi liggetiden må bli noen dager lenger.
- Forholdet mellom geriatri og indremedisin må avklares. Både generelt og på det enkelte sykehus. Blant annet må en bestemme seg for navnet: geriatrik avdeling eller geriatrik sengepost.
- Det må være en geriatrik poliklinikk ved sykehuset.



- Endelig må en ta standpunkt til rehabiliteringsspørsmålet: Skal rehabiliteringen skje i sykehuset eller utenfor sykehuset? Rehabilitering krever både senger og personale, og jeg er i tvil om dette spørsmålet. Jeg har ingen tro på at sykehjemmene får ressurser til aktiv rehabilitering. Derfor må en satse enten på sykehusene eller på egne rehabiliteringssentre, som det etter hvert finnes ganske mange av.

Jeg mener at alle disse spørsmålene kan løses, men jeg tror at det krever en aktiv innsats fra geriatriens side.

**Omsorgsgeriatrien** er et forslag til en ny spesialitet. Jeg definerer omsorgsgeriatrien som hele den geriatrike legevirksomhet som foregår utenfor sykehus, dvs. i allmennlege-tjenesten, i hjemmesykepleien, i omsorgsboligene og i sykehjemmene. Pasientene er eldre mennesker med kroniske og ofte kompliserte sykdommer. Denne definisjonen reiser minst to spørsmål. Det ene er: Ved hvilken alder begynner geriatrien? Det er ufattelige forskjeller mellom menneskene. Det fins skrøpelige 60-åringer og spreke 90-åringer. Dessuten har mange mennesker tilleggsfaktorer som funksjonshemminger, kroniske sykdommer, arbeidsløshet, eller er innvandrere. Derfor kan en ikke sette noen aldersgrense, men jo eldre, jo skrøpeligere og jo mer kompliserte kroniske sykdommer pasienten har, desto nyttigere er geriatrik kunnskap og erfaring.

Det andre spørsmålet er: Er all behandling av gamle pasienter geriatri? Det finnes mange medisinske tiltak hos eldre som ikke krever geriatrik kunnskap og erfaring, men jo mer komplisert sykdomsbildet er, desto nyttigere er geriatrik kunnskap.

Det fins ca. en million pensjonister i Norge. Det betyr, tror jeg, at det er et stort behov for geriatri utenfor sykehusene. Det som kjennetegner denne geriatrien er at gode vurderinger krever både spesiell kunnskap om sykdommene, generell kunnskap om alderdommen og personlig kjennskap til pasientens livssituasjon. Jo eldre pasienten er, desto viktigere er det at vi ikke behandler bare sykdommer, men hele det syke mennesket.

Hva slags utdanning krever omsorgsgeriatrien? Jeg tror at allmennmedisin bør være grunnlaget, og jeg tenker meg ett





års tilleggskutdannning ved geriatrik avdeling eller ved sykehjem med lege i heldags stilling. Jeg tror at rekrutteringsgrunnlaget vil være meget større i allmennmedisinen enn det har vært i indremedisinen. Dette betyr antakelig at omsorgsgeriatrien bør være en grenspesialitet til allmennmedisinen.

Hvor mange slike spesialister trenger vi? Min grove gjetning er 500, men dette anslaget kan være for lavt.

Jeg tror at omsorgsgeriatrien krever en spesiell arbeidsmåte. Legen må bygge opp en relasjon til pasient og pårørende som gir tillit. Dette vil kreve litt ekstra tid i begynnelsen, men senere spare tid. Det er viktig at legen kjenner pasient og pårørende som personer. Av og til er hjemmebesøk nyttige. Jeg tror det er uheldig at sykebesøkene er rasjonalisert bort fra allmennmedisinen.

Det er viktig at omsorgsgeriatrien har et organisert samarbeid med hjemmesykepleien. De fleste av hjemmesykepleiens pasienter har sykdommer som trenger geriatrik vurderinger. Mange, kanskje de fleste kommuner, mangler et slikt samarbeid. Det samme gjelder omsorgsboligene. Mange av beboerne her er (eller blir) meget skrøpelige og kronisk syke gamle mennesker, og jeg tror at mange får både for dårlig legetilsyn og for dårlig sykepleie. Den store svakheten i hjemmesykepleien er dårlig kontinuitet, og det fører til at den driver service og ikke omsorg (3). Desto viktigere er det å få til en god legetjeneste.

Sykehjemmene er selve ankerfestet i eldreomsorgen og er den eneste institusjonen som har en reell mulighet for å drive heldøgnspleie og omsorg. Men legedekningen er alt for svak. Jeg tror at vi må få flere sykehjemsleger i heldags stilling, evt. ved at mindre sykehjem deler en legestilling. På denne måten vil sykehjemslegene få mer erfaring, og de kan engasjere seg på en helt annen måte på tre viktige områder:

- Pasientbehandling
- Det jeg kaller kulturutbygging i sykehjemmet (4)
- Evaluering av virksomheten og undervisning av personalet.

Forutsetningen for alt dette er selvfølgelig at sykehjemslegene får samme status og lønn som sykehuslegene.

I Nederland ble sykehjemsmedisinen egen medisinsk spesialitet i 1990. Nederland har ca. 15,6 mill. mennesker, og ca. 85 unge leger starter på et to års utdanningsprogram hvert år. Erfaringene er gode, men likevel er Nederland det eneste landet som har denne spesialiteten (5). Jeg tror at mange primærleger også ville ha nytte av geriatri, bl.a. i samarbeid med hjemmesykepleien, og foreslår derfor en litt bredere spesialitet – omsorgsgeriatri.

### Forskning, undervisning og evaluering

Til slutt må jeg nevne ett punkt som har gremmet meg i årevis. Jeg føler at det er et dramatisk underskudd på forskning og undervisning i geriatrien:

- I aldersforskningen ligger vi langt tilbake for våre naboer. I mine øyne nærmer det seg en skam.
- I undervisningen har vi store uløste oppgaver overfor alt helsepersonell – tenk bare på den store gruppen av ufaglærte i eldreomsorgen. Dessuten trengs det en målbevisst folkeopplysning om alderdommen.
- Det er et stort behov for løpende evaluering av helsetjenestene for de eldre.

### Konklusjon

Geriatrien blir stadig viktigere, og vi trenger to spesialiteter:

- Sykehusgeriatrien, hvor jeg anslår behovet til ca. 200
- Omsorgsgeriatrien, hvor behovet kanskje er ca. 500

### Referanser

1. Rosén M, Haglund B. From healthy survivors to sick survivors – implications for the twenty-first century. *Scand J Publ Health* 2005; 33: 151–5.
2. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Oslo: Cappelen, 1999.
3. Andersen BR. Eldrepolitikk på avveie. København: Fremad, 1999.
4. Hjort PF. Legens ansvar for kulturen i sykehjemmet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1586–8.
5. Hoek JF, Ribbe MW, Hertogh CPM, van der Vleuten CPM. The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 244–9.

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



# NYHET

Den første og eneste inhalasjonsaerosol  
med telleverk!



**Seretide® inhalasjonsaerosol med telleverk  
gir dine pasienter forsikring om at:**

- de kan nøyaktig telle sine doser
- de vet nøyaktig hvor mye medisin de har igjen

**Vil du vite mer om**

Seretide® inhalasjonsaerosol med telleverk,  
ta kontakt på telefon 22 70 20 00

– eller se demonstrasjonsfilm på [www.seretide.no](http://www.seretide.no)

Referansetekst se side 38





# JAKT

## kan føre til så mangt

AV ARNE Z. HENRIKSEN

Overlege ved infeksjonsmedisinsk avdeling, St Olavs hospital, Trondheim

### Innledning

En ny jaktseong er i gang. I denne artikkelen fokuseres det på tre infeksjonstilstander: Tularemi (harepest), nephropathia epidemica (musepest) og skogflåttencefalitt (TBE) som kan ramme jegere og andre som ferdes mye ute i skog og mark. Disse tilstandene opptrer endemisk og sporadisk eller i små utbrudd relatert til stor smågnageraktivitet. Alle tilfeller skal meldes til MSIS, som gruppe A-sykdom, og håndteres deretter av smitteansvarlig lege. Det er sjeldne tilstander i Norge. Skogflåttencefalitt er mest sjelden og ble først påvist i Norge i 1998 og hittil er åtte tilfeller meldt, alle fra Agderfylkene<sup>1</sup>. Harepest forekommer heller ikke hvert år, gjennomsnittlig meldes 0–15 tilfeller årlig spredt over hele landet med 45 tilfeller i toppåret 1985<sup>2</sup>. Musepest forekommer hyppigst av de tre tilstandene, årlig meldes 20–40 tilfeller, de fleste fra Oppland og Hedmark, mens det i toppåret 1998 ble meldt 227 tilfeller<sup>3</sup>. Det kan derfor være en diagnostisk utfordring når en slik pasient en sjelden gang kommer på ditt legekontor.

### KLINIKK

#### Harepest

Forårsakes av en gram negativ intracellulær stavbakterie, *Francisella tularensis*. Det er påvist fire subspecies hvorav to er predominant. Av disse forekommer subspecies *tularensis* nesten utelukkende i Nord-Amerika<sup>4</sup>, mens subspecies *holarctica* finnes i Norge og ellers i Europa samt Asia og Nord-Amerika<sup>5</sup>. Subspecies *tularensis* har potensiale som bioterroristisk middel<sup>6</sup> og er mer virulent<sup>6</sup> enn *holarctica* som er nonletal men kan gi langvarig og komplisert forløp uten adekvat antibiotikabehandling<sup>7</sup>. Flere kliniske former forekommer avhengig av smittemåte. I Norge og Skandinavia er ulceroglandulær og glandulær form mest vanlig og utgjør ca. 90 prosent av alle tilfeller<sup>4,7</sup> mens oculoglandulær, orofaryngeal, respiratorisk og tyfoidal form er mer sjelden og utgjør de øvrige tilfellene.

*Francisella tularensis* ble først påvist i Norge i 1929. Reservoar for bakterien er smågnagere (lemer, hare, bever), sjelden overført fra kjeledyr (hund, katt). Smitte til menneske







### Pasient 1

Leif er 43 år gammel. Han har tidligere stort sett vært frisk, bortsett fra at han for vel ett år siden fikk spontan pneumothorax etter høydeopphold. Han har nå vært på harejakt i Nord-Trøndelag sammen med fem andre jegere. To dager etter at han hadde skutt og gjort opp hare, ble han akutt syk med svingende feber, frysninger og svetting, sykdomsfølelse og etter hvert smerter under begge armhuler samt utslett på begge hender. Etter tre dager uten særlig bedring oppsøkte han sin allmennlege.

Ved undersøkelse temperatur 37,5°C, god allmenntilstand, dorsalt på begge hendes fingre spredte papler 1–2 mm diame-

ter, på høyre hånd også enkelte små pustler (se bildene under) samt lignende pustler volart høyre håndledd. Generelt palpasjonsømt i begge axiller, mest uttalt høyre side uten å kjenne sikker glandelsvulst, men vanskelig å undersøke pga. smerter. For øvrig normale funn.

Ved nøyere anamnese fremkom at han ikke hadde brukt hanksker under arbeidet med haren, og at også to andre jegere som jobbet med harer var blitt lignende syk. Dessuten at to harer var blitt tatt av hund hvilket er uvanlig og tegn på syk hare.

Du tar blodprøver som viser Hgb 15,2, leukocytter 7,5, SR 14, CRP 59. *Hva tror du feiler pasienten? Vil du utrede og eventuelt behandle selv? Eller synes du han bør innlegges i sykehus og i tilfelle hvorfor?*



kan skje på flere måter. Jegere smittes særlig ved direkte kontakt med syke dyr og ved stikk av mygg eller flått, men også mulig ved inhalasjon av støv infisert av fæces og inntak av vann eller mat infisert av døde dyr. Mange tilfeller er asymptomatisk. Symptomer opptrer to til ti dager, vanlig tre dager etter smitte. Starter med feber og uspesifikke symptomer; hodepine, kroppssmerter, uvelhet og brekninger. Avhengig av smittemåte kan det etter noen dager, ved direkte kontakt opptre små sår og forstørrede regionale lymfeknuter, ved drikke/mat diaré, kvalme og magesmerter, ved inhalasjon hoste og pneumoni. Dessuten kan sepsis opptre med høy feber, frysninger og mer allmenntilstandssymptomer, særlig ved inhalasjon, men også som komplikasjon til alle andre former.

### Diagnostikk

For diagnostikk har vanlige blodprøver liten betydning. Diagnose baseres på:

- SEROLOGI: Påvisning av antistoffstigning i parsera tatt tidlig i sykdomsfase og etter noen uker: Positiv etter tre til fire ukers sykdom.
- DYRKNING OG PCR AV SÅRSEKRET: Raskt svar. Blodkultur ved septisk forløp.
- REFERANSELABORATORIUM: St. Olavs hospital.

### Behandling

Det finnes spesifikk behandling i form av antibiotika. Streptomycin eller Gentamycin eller Ciprofloxacin i 10 dager er virksomt (sjekk resistens). Antibiotika påvirker forløpet og hindrer komplikasjoner.



### Pasient 2

Per er 60 år gammel, gårdbruker. Han har hypertoni og for noen år siden hadde han aggressiv streptokokk-infeksjon i venstre legg. Nå hadde han vært alene på rypejakt nær hjemtrakten i Nord-Trøndelag i en uke og overnattet i telt. Han ble syk tre dager etter at han kom hjem. Det begynte med at han følte seg slapp og trett, og etter ett døgn fikk han intensivt sykdomsfølelse med høy feber opp til 40°C og smerter bak i ryggen med utstråling til begge underkstremiteter. Da han ikke ble bedre kontaktet han fastlegen etter tre dager.

Ved undersøkelse er han høyfebril, 39,9°C, og allment påvirket uten fokale funn. Du tar blodprøver som viser Hgb 15,5, CRP 47, SR 13 og leukocytter 4,5. *Hva tror du feiler pasienten? Hvilke prøver vil du ta for diagnostikk? Vil du håndtere pasienten poliklinisk eller bør han innlegges?*

### Musepest

Nephropathia epidemica (NE) forårsakes av Puumalavirus, et RNA-virus om tilhører hantavirus-familien<sup>8</sup>. NE gir mild hemorrahgisk feber med renalt syndrom (HFRS) med lav dødelighet < 0,25 prosent. NE ble først beskrevet i 1934<sup>9</sup>,



### Pasient 3

Jon er 73 år gammel. Han har hatt flere tilfeller med urolithiasis, hatt magesår og ischias, er operert for meatus stenose, inguinalhernie og varicer, samt han har atrieflimmer. Han er aktiv og ivrig elgjeger. Han kontakter nå sin allmennlege etter at han har vært syk i tre dager. Begynte med kvalme og oppkast, etter hvert strammende hodepine lokalisert baktil, tiltakende besvær, blitt mer avkrefte og vedvarende kvalm.

Ved undersøkelse temperatur 38,0 °C, nedsatt allmenntilstand, somnolent, men orientert for tid, sted og samarbeider godt når han vekkes. Plaget med kvalme. Puls 80 uregelmessig, BT 140/70. For øvrig normale funn.

Ved nøyere anamnese forteller han at han forut for innleggelsen har vært på elgjakt flere steder. Både i Sverige ved Östersund, Nord-Trøndelag og Larvik-distriktet. Under jakten i Vestfold fikk han 3 flåttbitt omkring høyre albue, flåtten ble fjernet raskt, og ikke sett noe erythem. Han har ikke hørt om andre som deltok på jakten er blitt syk.

Du tar blodprøver som viser Hgb 14,3, leukocytter 4,8, SR 7, CRP < 5.

*Hva tror du er sannsynlige differensialdiagnoser og hvordan vil du takle pasienten videre?*



mens Puumala ble først påvist i 1980. Reservoar for Puumala er særlig klatremus som er utbredt i Norge og store deler av Europa unntatt middelhavslandene<sup>16</sup>. Andre hantavirus, Dobrava og Saaremaa, forårsaker alvorligere HFRS med høyere dødelighet. Disse virus har andre musearter til reservoar som ikke finnes i Norge, men som er utbredt i andre deler av Europa, særlig Sentral- og Øst-Europa<sup>10</sup>.

Smitte av Puumala til mennesket er ikke helt avklart men antas å skje ved innhalasjon av aerosoler med sekret fra luftveier eller urin fra infisert gnager<sup>9</sup>. Ca. 85 prosent av tilfellene er svært mild eller subklinisk<sup>7</sup>. De som blir klinisk syk kan ha varierende symptomer som opptrer en til åtte uker etter smitte og forløper 2-fasisk. Typisk for NE er start med influensalignende symptomer, feber, rygg-/magesmerter, oppkast, diaré, sår hals og hodepine. Etter noen dager med lite symptomer kan nyresvikt opptre med ømhet i nyreløser, oliguri, proteinuri og mikrohematuri. Forskjellige komplikasjoner kan opptre i forløpet, men er sjelden alvorlige, særlig nevrologiske i form av meningoencefalitt og kramper, lungeaffeksjon med ARDS, samt sjokk. Dessuten kan lett hepatitt opptre og ulike blødningsmanifestasjoner fra petekier og epistaxis til alvorlig DIC.

### Diagnostikk

Diagnose baseres på serologi for påvisning av spesifikke antistoff i serum som kan være positiv i første sykdomsuke. PCR er også tilgjengelig men lite brukt rutinemessig for påvisning av genmateriale

av virus i celler, særlig i urinveier og mononukleære celler i blod. Serologisk testing utføres ved flere større laboratorier, bl.a. Folkehelse og St. Olavs Hospital.

### Behandling

Det finnes ingen spesifikk behandling og heller ingen vaksine for profylakse. Ved nyresvikt kan det i alvorlige tilfeller være aktuelt med dialyse i en periode. Ingen dødsfall har hittil forekommet i Norge. Gjennomgått infeksjon gir livslang immunitet.

### Skogflåttencefalitt (TBE)

Forårsakes av tick-borne encephalitis-virus (TBEV) som er et flavivirus. Slekten flavivirus omfatter mer enn 70 ulike virus hvorav mange forårsaker kjente sykdommer overført til menneske ved bitt av artropoder, f.eks. gul feber, denguefeber, japansk encefalitt og St. Louis encefalitt<sup>11</sup>. Det er tre subtyper av TBEV som reflekterer geografisk utbredelse, en europeisk, en sibirsk og en øst-asiatisk variant. Det er hittil bare rapportert åtte tilfeller i Norge, hvorav to tilfeller er spesielt omtalt<sup>12</sup>, mens det i våre naboland, Finland og Sverige kan bli meldt mer enn 100 tilfeller pr. år. Den asiatiske varianten av TBEV er alvorligst med opp til 20 prosent dødelighet av hospitaliserte pasienter.



Reservoar for TBEV er særlig smågnagere og også småfugler. Smitte til menneske skjer ved bitt av infisert skogflått (*Ixodes ricinus*), samme vektor som kan forårsake borreliose. De fleste tilfeller er asymptomatiske, særlig hos barn og bare ca. 0,5 prosent får symptomer<sup>11</sup>.

Symptomer opptrer vanligvis 10–14 dager, men innen 4–28 dager etter smitte og forløper 2-fasisk som musepest. Starter med influensalignende symptomer i form av feber, tretthet, hodepine, uvelhet, oppkast og muskelsmerter som kan vare i inntil en uke. Etter symptomfritt intervall på gjennomsnittlig to til åtte dager opptrer høy feber, hodepine og oppkast samt økt tretthet med enten meningitt, særlig hos barn, eller meningoencefalitt eller poliomyelitt og ca. 10 prosent får lammelser.

### Diagnostikk

Diagnose baseres på påvisning av nøytraliserende antistoff i serum og spinalvæske som vanligvis er positiv når encefalitt opptrer, ca. to uker etter sykdomsdebut. PCR er også tilgjengelig og kan være positiv i spinalvæske før serologi. Testing for serologi gjøres ved Kristiansand sykehus og også ved andre større laboratorier, bl.a. St. Olavs Hospital.





### Behandling

Det finnes ingen spesifikk behandling. Ved alvorlige tilfeller er rekonvalesens ofte langvarig, ca fem prosent får varige nevrologiske komplikasjoner og mortalitet er en til to prosent. Det finnes tilgjengelig vaksine for profylakse, men ikke funnet indisert brukt i Norge pga. den lave prevalens av sykdommen.<sup>12</sup>

### Hvordan håndtere disse tilstandene i allmennpraksis

Det er svært viktig med nøye anamnese for å komme på sporet av disse tilstandene. I første sykdomsfase er klinikken uspesifikk og gir ingen holdepunkt, bortsett fra at det kan dreie seg om hvilken som helst infeksjon. Vanlige laboratorieprøver er heller ikke til noen definitiv nytte. Leuko- og trombocytopeni er vanlig ved skogflåttencefalitt i tidlig fase men ikke avgjørende for diagnosen. I andre sykdomsfase derimot kan klinikken gi sterk mistanke også til differensiering mellom de tre tilstandene og gi grunnlag for å iverksette adekvate tiltak.

Ved mistanke om skogflåttencefalitt bør pasienten innlegges i sykehus, selv om det ikke finnes spesifikk behandling som kan påvirke utkommet, men for å differensiere mot andre meningoencefalitter, særlig borreliose.

Ved mistanke om musepest er klinikken avgjørende for om pasienten bør innlegges umiddelbart i sykehus. Det finnes heller ikke her noen spesifikk behandling slik at diagnostikk og behandling kan gjøres av allmennlege hvis ikke avansert nyresvikt opptrer som kan kreve dialyse. De fleste tilfeller av musepest har mildt forløp. For diagnostikk tas serologi til puumala virus antistoff, helst parsere med to ukers mellomrom. Positivt antistoff opptrer ofte i løpet av første sykdomsuke.

Ved mistanke om harepest, der pasienten har fått små sår på hender etter håndtering av infisert hare, kan det for rask diagnose tas sårsekret til PCR. På remissen til laboratoriet må det angis at det er mistanke om harepest. Slike prøver behandles i laboratoriet med forsiktighet, sikkerhetsnivå tre, for å hindre smitte av laboratoriepersonalet da bakterien kan smitte ved inhalasjon. Bakterien vokser på vanlige medier, men best på cysteinanrikt medium. For diagnostikk bør det også tas serologi til *Francisella tularensis* antistoff i parsere med tre til fire ukers mellomrom. Sikker titerstigning påvises først etter tre til fire uker med symptomer. Slike lettere tilfeller kan behandles i allmennpraksis med Ciprofloxacin 500–750 mg x 2 per os i 10 dager. Ved andre former og alle alvorlige tilfeller bør pasienten innlegges umiddelbart i sykehus for diagnostikk og behandling. Det er svært viktig at harepest erkjennes hurtig og behandles

med antibiotika snarest mulig, da rask behandling påvirker utfallet gunstig, mens forsinket behandling kan forverre prognosen.

For alle disse tre tilstander gjelder at smitteansvarlig lege må foreta adekvat melding til MSIS og iverksette nødvendige tiltak for å begrense smitte når diagnose er sikret. Dessuten gi informasjon om profylakse. Jegere bør bruke hansker ved direkte kontakt med syke/døde dyr samt bruke tette klær og repellenter for å hindre mygg- og flåttbitt. Ved rengjøring i hytte, bruk fuktig klut, hansker og munnbind. Dessuten sikre drikkevann og utsatte brønner. Det finnes effektiv vaksine mot skogflåttencefalitt, men den er ikke anbefalt i Norge pga. svært lav prevalens. Også vaksine mot harepest er tilgjengelig, men brukes imidlertid bare for å beskytte utsatt laboratoriepersonale. Det er ingen vaksine tilgjengelig for musepest.

### Referanser

1. Brantsater, AB: Generelt om flåttbårne sykdommer i Norge. Folkehelseinstituttet 2004;11–56.
2. Tularemi. Folkehelseinstituttet 2003;17–41.
3. Nephropathia. Folkehelseinstituttet 2003;21–29.
4. Penn, RL: *Francisella tularensis* (Tularaemia). I: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R., red. Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases. New York. Churchill Livingstone 2005;2674–86.
5. Tärnvik A, Priebe HS, Grunow R: Tularaemia in Europe: An epidemiological overview. Scand J Infect Dis. 2004;36(5):350–5.
6. Mitchell, CL, Penn RL: *Francisella tularensis* (Tularaemia) as an agent of bioterrorism. I: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, red. Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases. New York. Churchill Livingstone 2005;3607–12.
7. Tärnvik A, Berglund L: Tularaemia. Eur Respir J 2003;21:361–73.
8. Peters CJ: California encephalitis, Hantavirus pulmonary syndrome, and bunyavirid hemorrhagic fevers. I: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R., red. Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases. New York. Churchill Livingstone 2005;2086–98.
9. Settergren B: Clinical aspects of nephropathia epidemica (Puumala virus infection) in Europe: A review. Scand J Infect Dis 2000;32:125–32.
10. Vapalahti O, Mustonen J, Lundkvist Å, Henttonen H, Plyusnin A, Vaheri A: Hantavirus infections in Europe. Lancet Infect Dis 2003; 3:653–61.
11. Tsai TF, Vaughn DW, Solomon T: Flaviviruses. I: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, red. Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases. New York. Churchill Livingstone 2005;1926–50.
12. Ormaasen V, Brantsater AB, Moen EW: Flåttbåren encefalitt i Norge. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2001;121: 807–9.

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](mailto:jannike.reymert@online.no)



# Vi vet vi ikke har lov, men vi gjør det likevel

AV DAG-HELGE RØNNEVIK

Som en del av femteårs-praksisen ved Universitetet i Tromsø var jeg i vinter utplassert ved et allmennlegekontor i Tromsø. I løpet av denne utplasseringsperioden må alle studenter skrive en obligatorisk samfunnsfaglig/epidemiologisk oppgave med selvvalgt tema. Som medisinerstudent, og etter hvert også trebarnsfar, har jeg flere ganger følt det som et dilemma når jeg selv eller mine nærmeste har vært syke. Jeg lot derfor min oppgave omhandle temaet legers behandling av seg selv, familie, venner og medarbeidere.

## Resymé

Et spørreskjema med 16 spørsmål ble sendt ut til legene ved fem legekontor i Tromsø. Av 23 utleverte spørreskjema ble 15 besvart. Resultatene av spørreundersøkelsen viser samme tendens som andre undersøkelser har vist: Legene behandler seg selv i stor grad og oppsøker sjelden annen lege når de er syke. Omtrent alle legene i spørreundersøkelsen ser farer ved å behandle seg selv og at tendens til egenbehandling kan føre til at de ikke får behandling i tide dersom de er alvorlig syke. Flertallet tror at en annen lege vil kunne gi en bedre diagnose enn det de selv er i stand til. Støttelegeordningen er kjent for et stort flertall av de spurte, og nesten alle vet hvem som er fastlegen deres. Få leger synes det er greit at legekontoransatte/slektninger tar opp helseproblemer «privat».

## Bakgrunn

Det finnes ca. 20 000 yrkesaktive leger i Norge (1). Dersom alle disse til en viss grad behandler seg selv samt familied medlemmer/venner/kolleger vil det være nok så mange tilfeller av sykdom der det blir gitt en vurdering/behandling som strengt tatt ikke er så objektiv som den bør være. Neglisjering av egne helseproblemer kan i verste fall utgjøre en risiko for pasienten. Det er derfor i alles interesse at legens helse og bruk av helsetjenesten er best mulig.

Fra den store «Legekårsundersøkelsen» utført blant norske leger i 1993 (2) kunne man slutte at mange leger ikke forholder seg til egen helse og sykdom på en hensiktsmessig måte. Norske allmennpraktikere behandler seg selv, de oppsøker sjelden vanlig helsetjeneste når de er syke, de går ofte på jobb med symptomer som de normalt ville ha sykemeldt en pasient for, de lar være å møte opp til helseundersøkelser, og de skriver ut resepter til seg selv. Mange har



*Frisk luft er den beste behandling...*

kolleger på samme legekontor som sin fastlege, mens andre igjen benytter seg av venner/kolleger når de er syke (3). Av brukere av beroligende medikamenter hadde 73 prosent skrevet dette ut til seg selv. Økt forekomst av depresjoner og selvmord har vært indikert i noen undersøkelser, det samme gjelder rusmisbruk (2). En finsk undersøkelse viste at kroniske sykdommer som eksem, mage- og tarmlidelser, ryggplager og psykiske lidelser var vanligere hos leger enn hos andre (4).

Korridorkonsultasjoner, dårlig utbygd bedriftshelsetjeneste for leger, selvdagnostisering og egenbehandling er faktorer som kan være til hinder for at syke leger får riktig behandling i tide (2). Andre uheldige forhold er at leger ofte benekter sykdom og bagatelliserer egne symptomer på alvorlig sykdom. Leger får også ofte for mye ansvar for sin egen behandling. Rolleforvirring hos «legelegen» kan også vanskeliggjøre behandlingen av syke leger (5). Behandlende lege kan både overidentifisere seg med pasienten og bli unnvikende av frykt for å ikke være kompetent nok, noe som i begge tilfeller vil gi en suboptimal behandling. At leger ikke betaler honorar til hverandre er heller ikke heldig da det setter den syke legen i taknemlighetsgjeld til behandlende lege, og at sistnevnte ikke føler seg like forpliktet til å følge opp vedkommende som når det er snakk om betalende pasienter. Manglende journalføring og dårlig oppfølging taler mot den som måtte mene at utstrakt egenbehandling er bra.



Tap av objektivitet vil også gjelde ved sykdom hos familie-medlemmer. Den rasjonelle tankegangen mister sitt fokus og legen kan gjøre feilvurderinger, det er mange fallgruver. I en undersøkelse blant britiske allmennleger fant et panel av leger at gjennomført selvbehandling var dårlig klinisk praksis i om lag 80 prosent av tilfellene (6).

## Resultater

Av de 23 spørreskjemaene som ble sendt ut fikk jeg inn 15 besvarte, noe som gir en svarprosent på 65 prosent. I og med at jeg i utgangspunktet ikke visste hvor mange leger som fantes på de ulike legekantorene, og dermed delte ut flere skjema enn det var leger, er sannsynligvis den reelle svarprosenten høyere.

Besvarelsene viser tydelige tendenser som i stor grad svarer med andre undersøkelser (se tabell 1):

- 93 prosent (14/15) visste hvem fastlegen var. Samme andel oppgir at de ville ha henvendt seg til fastlegen sin dersom de ble alvorlig syk, og ikke til andre kolleger.
- Under halvparten (7/15) hadde oppsøkt fastlegen i løpet av de to siste årene. Kun sju prosent (1/15) hadde vært hos denne mer enn to ganger.
- Samtidig oppgir 80 prosent (12/15) at de har behandlet seg selv i løpet av samme periode. 13 prosent (2/15) oppgir at de aldri har behandlet seg selv.
- 73 prosent (11/15) svarer «nei» på om de tror at de kan diagnostisere seg selv like godt som en annen lege.
- 93 prosent (14/15) tror egenbehandling er et hinder for adekvat behandling ved alvorlig sykdom.
- 73 prosent (11/15) hadde behandlet partner eller barn. 37 prosent (4/11) av disse hadde ved en anledning opplevd dette som ubehagelig.
- 100 prosent (15/15) foretrekker at familie og venner bruker sin egen fastlege framfor å komme til han/henne.
- Kun 27 prosent (4/15) synes det er ok at ansatte ved legekontoret kommer til han/henne dersom de er syke.
- 93 prosent (14/15) ser en fare ved å skulle fungere som lege for slektninger og venner.
- 87 prosent (13/15) ser en fare ved å skulle fungere som lege for seg selv.

## Diskusjon

Som forventet viser spørreundersøkelsen at mange leger behandler seg selv samt familie/venner/kolleger. Under spørsmål 15 og 16 var det satt av plass til å gi en utfyllende forklaring hvorfor man evt. ser en fare ved å undersøke seg selv eller slektninger og venner. De fleste hadde svart «ja» på spørsmålene, og følgelig kom det mange kommentarer. Mange problemstillinger ble belyst, og grovt kan vi dele disse inn etter om de skyldes 1) personlige forhold eller 2) organisatoriske forhold.

Av «personlige forhold» kan nevnes: Vanskelig å være objektiv (man behandler slekt/venner annerledes enn andre pasienter), over/underbehandling, man kan presses til å overskride egne grenser, det kan være vanskelig å skille roller, man kan overse alvorlige tilstander, ingen psykologisk støtte ved egen sykdom. Ved konsultasjoner utenom kontortid tar man for lett på ting, rollefordelingen mellom lege og pasient er ofte uklar, alvorlige symptomer bagatelliseres og man har ikke innsikt nok til å fatte riktige beslutninger. Tette/nære relasjoner er et problem for legegjerningen, er det en som svarer. At fastlegen ofte er en bekjent kollega på samme legesenter nevnes også som et problem.

Ulike «organisatoriske forhold» som kommenteres er bl.a.: Manglende journalføring, vanskelig å følge opp, behandling skjer ofte uten hjelp av lab-prøver, man kan havne i lojalitetskonflikt i forhold til Folketrygdens regler om blå resept og sykemeldinger m.m., leger som stiller opp på fritiden sin har økt risiko for å brenne seg ut i yrket. «Venstre-håndsarbeid», står det i én kommentar.

## Etiske retningslinjer

I den norske utgaven av etiske regler for leger står det «*En lege bør ta vare på egen helse og søke hjelp dersom denne svikter*» (7). Noe mer konkret kunne jeg ikke finne verken med tanke på egenbehandling eller behandling av familie/venner/kolleger.

I de britiske retningslinjene derimot er det et eget avsnitt som heter «*Doctors should not treat themselves or their families*» (8). For å være sikret objektiv vurdering og behandling anbefales legene å unngå å behandle seg selv og sine nærmeste, men heller ha en egen fastlege for seg selv og sine familier.

Det er også et avsnitt («*If your health may put patients at risk*») som gir råd om hva man som lege skal/bør gjøre ved egen sykdom med tanke på svekket dømmekraft/objektivitet og smittefare overfor pasienter. Oppsøk allmennlege og følg hans/hennes råd, er rådet som gis. Ikke stol på deg selv!

## Hvilke tilbud finnes?

I USA har man i 30 år fokusert på problemet med syke leger (impaired physicians), og de har også kommet lengst med å undersøke effekten av intervensjoner (2). I etterkant av den store landsomfattende «Legekårsundersøkelsen» i 1993 har det blitt opprettet en lege-for-lege-ordning (9). Ikke alle fylker har ordningen, og det kan virke som ikke så mange benytter seg av tilbudet, spesielt etter at fastlegeordningen kom og også leger ble tildelt en fastlege (5). Finnmark legeforening drøftet på årsmøte i mars 2005 om det var behov for en slik ordning eller om fastlegeordningen dekker behovet (10).



|                                                                                                                                         |                   |           |          |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|----------|-------|
| 1. Vet du hvem som er din fastlege?                                                                                                     | Ja                | Nei       |          |       |
|                                                                                                                                         | 14                | 1         |          |       |
| 2. Har du vært hos fastlegen din med et helseproblem i løpet av de siste 2 årene?                                                       | Aldri             | 1-2 x     | 3-10 x   |       |
|                                                                                                                                         | 8                 | 6         | 1        |       |
| 3. Har du i løpet av de 2 siste årene hatt et helseproblem der du har behandlet deg selv?                                               | Aldri             | 1-2 x     | 3-10 x   |       |
|                                                                                                                                         | 2                 | 8         | 4        |       |
| 4. Har du i løpet av de 2 siste årene oppsøkt andre leger enn fastlegen for råd/behandling?                                             | Aldri             | 1-2 x     | 3-10 x   |       |
|                                                                                                                                         | 5                 | 10        | 0        |       |
| 5. Tror du at du som lege kan diagnostisere deg selv like bra eller bedre enn en annen lege ville ha gjort?                             | Ja                | Nei       | Vet ikke |       |
|                                                                                                                                         | 2                 | 11        | 1        |       |
| 6. Tror du legers tendens til egenbehandling kan føre til at de ikke får behandling i tide dersom det er snakk om alvorlige sykdommer?  | Ja                | Nei       | Vet ikke |       |
|                                                                                                                                         | 14                | 1         | 0        |       |
| 7. Hvem ville du ha henvendt deg til dersom du fikk mistanke om at du var alvorlig syk?                                                 | Fastlege          | Kollega   | Legevakt | Andre |
|                                                                                                                                         | 13 (14)           | 1(2)      | 0        | 0     |
| 8. Tror du leger overbehandler seg selv med tanke på bruk av antibiotika?                                                               | Ja                | Nei       | Vet ikke |       |
|                                                                                                                                         | 4                 | 9         | 2        |       |
| 9. Har du sykemeldt venner eller familiemedlemmer de siste to årene?                                                                    | Ja                | Nei       |          |       |
|                                                                                                                                         | 4                 | 11        |          |       |
| 10. Er du kjent med støttelegeordningen i kommunen?                                                                                     | Ja                | Nei       |          |       |
|                                                                                                                                         | 12                | 3         |          |       |
| 11. Har din ektefelle/samboer eller dine barn i løpet av de 2 siste årene hatt et helseproblem der du har fungert som behandlende lege? | Aldri             | 1-2 x     | 3-10 x   |       |
|                                                                                                                                         | 4                 | 6         | 5        |       |
| 12. Dersom ja i 11: Har du noen gang følt dette som ubehagelig?                                                                         | Ja                | Nei       |          |       |
|                                                                                                                                         | 4                 | 7         |          |       |
| 13. Synes du at familie og venner helst bør benytte sin egen fastlege, eller er det greit at de bruker deg?                             | Greit å bruke meg | Fastlegen |          |       |
|                                                                                                                                         | (1)               | 14 (15)   |          |       |
| 14. Synes du det er greit dersom de ansatte ved legekontoret kommer til deg dersom de er syke, selv om ikke du er fastlegen deres?      | Ja                | Nei       |          |       |
|                                                                                                                                         | 4                 | 11        |          |       |
| 15. Ser du noen fare ved å skulle fungere som lege for slektninger og venner?                                                           | Ja                | Nei       |          |       |
|                                                                                                                                         | 14                | 1         |          |       |
| 16. Ser du noen fare ved å behandle deg selv?                                                                                           | Ja                | Nei       |          |       |
|                                                                                                                                         | 13                | 2         |          |       |

3: 1 ikke besvart

5: 1 både ja/nei

7: 1 både fastlege/kollega

12: 3 av de 4 som syntes det hadde vært ubehagelig oppgave 3-10 x i spsm. 10 (ubehag øker med antall behandlinger)

13: 1 svarte: nærmeste familie meg, andre fastlege

14: 1 som svarte ja presiserte «for råd»

16: 1 svarte «stort sett ikke, men man må være forsiktig» registrert som «nei»

1 svarte «det spørs hva det gjelder» registrert som «nei» (hadde krysset for nei)

1 svarte «Ja - dersom det gjelder utover «vanlig» egenbehandling, for eksempel astma og diabetes» registrert som «ja»

Tabell 1. Spørreskjema

Støttekollega-ordninger er opprettet for å drive oppsøkende virksomhet rettet mot leger med psykiske eller andre plager, for eksempel i forbindelse med saker omtalt i media, klagesaker og misbruk av de «3 p-ene» (penger, pasienter, piller) (11). På Modum Bad har det siden 1998 eksistert et ressurscenter for leger som trenger hjelp og støtte i kriser og

som har vansker med å klare arbeidet som lege eller som står ved en korsvei i livet (12). Reise og opphold er gratis. I håndboka for spesialistutdanningen i allmennmedisin (13) tas «Når legen blir syk» opp som eget tema. Her poengteres det at leger er en utsatt yrkesgruppe for fenomener som utbrenthet, rusmisbruk og selvmord.



## Konklusjon

Undersøkelsen viser at leger behandler seg selv til tross for at de ser farene for det. Få oppsøker fastlegen sin selv om de fleste tror at en annen lege vil kunne stille en bedre diagnose enn det de selv kan. En viss grad av egenbehandling blant leger vil nok alltid eksistere og i mange tilfeller også være hensiktsmessig. Men det finnes fallgruver å gå i, og leger bør ta egen sykdom på alvor. Kanskje burde Den Norske Lægeforening ta etter den britiske og nedfelle mer konkrete og veiledende bestemmelser angående legers behandling av seg selv og sine nærmeste? «Doctors should not treat themselves or their families»!

Det vil nødvendigvis være stor forskjell på kompetansenivået til en erfaren lege og en enda-ikke-ferdig student som meg selv, slik at jeg kan nok ikke overføre egne erfaringer direkte til legene som har deltatt i spørreundersøkelsen min. Men prinsippene er de samme uansett erfaringsnivå, og jeg tror ikke jeg er alene om å lure på hvordan man skal forhold seg til sykdom hos seg selv og sine nærmeste.

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

## Referanser

1. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=18&subid=0&PHPSESSID=33f4434ca23669e7136c9f3db7fa5f5>.
2. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. Tidsskr Nor Lægeforen nr 30, 2001; 121: 3527–32.
3. Rosvold O, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. Scand J Public Health 2002; 30: 125–132.
4. Toiry S m.fl. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: a national survey. Arch Fam Med 2000; 9: 1079–85.
5. Høie IM. Kolleger hjelper når leger er syke. Tidsskr Nor Lægeforen nr 30, 2001; 121: 3660–76.
6. Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. Br J Gen Pract 1992; 42: 153–6.
7. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=485>. «Etiske regler for leger» pkt. II, B 3.
8. Den britiske legeforeningens (BMA) web-sider: <http://www.gmc-uk.org/standards/default.htm>. «Ethical guidance»
9. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=58135&subid=0>.
10. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=61150&subid=0>.
11. Ronge K. Å ta vare på seg selv – og hverandre. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 2, 2005; 125.
12. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=58136&subid=0>.
13. Håndbok for spesialistutdanningen I allmennmedisin s. 358–363



Seretide "GlaxoSmithKline"  
Adrenergikum + kortikosteroid

ATC-nr.: R03A K06

**T INHALASJONSÆRSØL 25/50, 25/125 og 25/250:** Hver dose inneholder: Salmeterol, xinaf, aeqv. salmeterol, 25 µg og fluticasone, propion, 50 µg, resp. 125 µg og 250 µg, norfluran (1,1,1,2-tetrafluoretan).

**T INHALASJONSPULVER 50/100, 50/250 og 50/500 i Diskus:** Hver dose inneholder: Salmeterol, xinaf, aeqv. salmeterol, 50 µg og fluticasone, propion, 100 µg, resp. 250 µg og 500 µg, lactose.

**Indikasjoner:** Astma: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta<sub>2</sub>-agonist og kortikosteroid er indikert. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS): Symptomatisk behandling av pasienter med alvorlig KOLS (FEV<sub>1</sub> <50% av forventet verdi) som har hatt gjentatte eksaserbasjoner og som har vesentlige symptomer på tross av jevnlig bruk av bronkodialiserende legemidler.

**Dosering:** Må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Terapeutisk effekt av fluticasone inntreffer etter 4–7 dager. Behandlingen må ikke avsluttes brått, og dosen endres kun etter avtale med lege. Dosen justeres til en oppnår 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 alone. Ved dosering 1 gang daglig gir 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 beta<sub>2</sub>-agonist og/eller kortikosteroid.

**Astma:** Inhalasjonsærsø: Voksne og barn over 12 år: 2 inhalasjoner (25/50) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (25/125) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (25/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Barn: 4–12 år: 2 inhalasjoner (25/50) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Barn: 4–12 år: 2 inhalasjoner (25/50) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Barn: 4–12 år: 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Barn: 4–12 år: 1 inhalasjon (50/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Barn: 4–12 år: 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: Inhalasjonsærsø: 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 gurgle i halsen med vann etter hver inhalasjon.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Både heshet og candidainfeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skylning av munnhule med vann etter inhalasjon. Symptombegynnende candidainfeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med preparatet fortsetter. Paradoksale bronkospasmer kan inntreffe umiddelbart etter dosering og preparatet seponeres da straks. Pasienten behandles deretter med korttidsvirkende bronkodialiserende til inhalasjon, med raskt innsettende effekt. Etter klinisk vurdering av pasienten gis alternativt terapi dersom det er nødvendig. Preparatet er ikke til behandling av akutte anfallet, men for regelmessig behandling. Pasienten trenger en bronkodialiserende med raskt innsettende effekt og kort virketid (f.eks. salbutamol) til behandling av akutte symptomer. Dersom pasienten må øke forbruket av beta<sub>2</sub>-agonister med kort virketid for å kontrollere symptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen og pasienten bør kontakte lege. Plutselig og tilagende forverring av astmasymptomer er potensiell 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 tilleggbehandling med systemisk kortikosteroid og/eller 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 binyrebarkfunksjon, bør pasienter som overføres fra oral steroidterapi til inhalasjonssteroid følges nøye og binyrebarkfunksjon kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring fra peroral behandling kan pasientens binyrebarkfunksjon være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, f.eks. forverring av astmaanfallet, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk behandling til inhalasjonssteroid kan også avdekke tidligere steroidmaskerte allergier. Disse behandles symptomatisk. Både selektive og ikke-selektive betablokkere bør unngås, med mindre det er svært lungtveidende grunner for bruk av disse. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom inkl. hjertearytmier, ubehandlet hypokalemi, lungetuberkulose og/eller tyreotoxikose. 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 fluticasonepropionat og sterk reduksjon i serumkonsentrasjonen av kortisol. Cushing's 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 fluticasonepropionat, uten merkbar reduserte serumkonsentrasjoner 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 fluticasonepropionat.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ikke klarlagt. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter (ganespalte, forsinket forbering), som indikerer en mulig risiko for fosterskader. Kombinasjon av salmeterol og fluticasone 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 fluticasonepropionat 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 muskelskramper. Mindre hyppige: Kutan hypersensitivitetsreaksjoner. Takykardi. Sjeldne (<1/1000): Paradoksale bronkospasmer. 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, afferendenevrit inkl. hyperaktivitet og irriterabilitet (hovedsakelig hos barn). Mulige systemiske effekter er: Cushing's syndrom, karakteristisk kjennelegn på Cushing's syndrom, binyrebarksuppresjon, vekstretardasjon hos barn og ungdom, nedsatt ben tetthet, katarakt og glaukom.

**Overdosering/Forgiftning:** Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og takykardi. Dersom bruk av høyere enn godkjent dose fluticasonepropionat 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 krampes. Situasjoner som potensielt kan utløse akutte adrenale kriser inkluderer eksponering for traume, kirurgi, infeksjon eller enhver hurtig reduksjon av dosen inhalert fluticasonepropionat. 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 beta<sub>2</sub>-agonistkomponenten, bør hensiktsmessig kortikosteroidterapi opprettholdes.

**Egenskaper:** Klassifisering: Kombinasjonspreparat av kortikosteroid med høy lokal antiinflammatorisk aktivitet (fluticasone) og selektiv langtidsvirkende beta<sub>2</sub>-agonist (salmeterol). Virkningsmekanisme: Fluticasonepropionat: Potent antiinflammatorisk effekt i lungene og forebygger eksaserbasjoner. Salmeterol: Relaksere bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Den bronkodialiserende effekten inntreffer etter 10–20 minutter og varer i minst 12 timer. Absorpsjon: Fluticasonepropionat: Systemisk biotilgjengelighet er ca. 10–30 %. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<1 %). Salmeterol: Maks. plasmakonsentrasjon etter 1 dose (50 µg) er ca. 200 pg/ml. Proteinbinding: Fluticasonepropionat: i plasma ca. 90 %. Fordeling: Fluticasonepropionat: Distribusjonsvolum ca. 300 liter. Halveringstid: Fluticasonepropionat-respektorkomplekset i lungene: ca. 10 timer. Terminal halveringstid ca. 8 timer. Metabolisme: Fluticasonepropionat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 til en inaktiv karboksylsyremetabolitt. Salmeterol: Utstrålt hydroksylering i lever. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet. Utskillelse: Fluticasonepropionat: Hovedsakelig via fæces. Clearance 1,1 liter/minutt. Salmeterol: Hovedsakelig via fæces.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Inhalasjonsærsø: 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. Inhalasjonsærsø: Preparatet inneholder fremfrit drigvass. Et tellerwerk viser antall resterende doser gjennom et vindu bak på inhalatoren; se pakningsvedlegget. Pasienter som har koordineringsproblemer ved bruk av inhalasjonsærsø bør bruke et inhalasjonskammer som hjelpemiddel. Metallbeholderen må ikke utsettes for vann.

**Relateringsregler:** Inhalasjonsærsø: 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:** Inhalasjonsærsø: 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: 29), 30a)7.

Sist endret: 21.06.2005

Priser av 01.06.2005



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2 A, Postboks 180, 0319 Oslo.  
Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04. [www.gsk.no](http://www.gsk.no)







Jeg svarte ja på begge spørsmålene. Det gjorde også alle andre kommuner. Nå kunne helseministeren med god samvittighet si at myndighetene har tatt sitt ansvar og gjort jobben sin. Der er ingen grunn til uro, situasjonen er under kontroll.

Men så var det ikke et kjøletårn som var smitekilden, men en såkalt «airskrubber» (hva nå det kan være). Det er lett å forestille seg aktivitetsnivået som ble utløst i Sosial og Helsedirektoratet. Man vedtok raskt en ny midlertidig forskrift som beskyttet befolkningen mot den nye trusselen. Kanskje hadde man det litt for travelt og var litt for ambisiøs, for rett etterpå kom det en revisjon, og deretter unntaksbestemmelser.

Da fristen for melding av anlegg som omfattes av forskriften gikk ut, hadde jeg fått tilsendt to meldeskjema; fra Per og Pål (!) som eier de to bensinstasjonene i bygda. Det er neppe en tilfeldighet at disse to sendte inn skjema. Oljeindustrien har lang erfaring med intern-kontrollsystem og er svært opptatt av sikkerhet.

Jeg har naturlig nok lite kunnskap om hvordan et bilvaskanlegg fungerer, og ringte til Per. Han var oppgitt. «Jeg har fått en dunge papirer. Jeg fikk pinadø så mye informasjon i augustdagene at jeg holdt på å bli gal». Per hadde blitt informert om at dersom meldeskjema ikke var sendt inn før fristen kunne anlegget bli stengt. Per hadde fulgt instruksene fra Statoil, og rengjort maskinen. «Det var et mareritt. Maskinen er ikke laget med tanke på at vi skal tappe, og der er ikke tappeutstyr». Han forklarte hvordan hans bilvask fungerte. Den går på kaldt vann, men der er ikke nok vannforsyning til å dekke behovet for en vask. Derfor finnes det en beholder som sikrer nok vannforsyning. Dersom denne blir stående lenge blir vanntemperaturen naturlig nok den samme som utetemperaturen

I Veilederen står det at «Hyppigheten av rengjøring og desinfisering bedømmes ved risikovurdering». Denne risikovurderingen er det kommunen (=jeg) som skal gjøre.

I Bø er sommertemperaturen svært sjelden >20 grader, oftest mellom 10–15 grader. Jeg vurderte risikoen for oppvekst i tanken som minimal og ga pålegg om å rense anlegget en gang i året. Han fikk ikke pålegg om innsending av legionellaprøve. De tiltakene jeg anbefalte for Per sitt bilvaskanlegg er ikke i tråd med retningslinjene fra Sosial og Helsedirektoratet.

Risiko er et begrep vi allmennpraktikere er vant til. Mange ganger hver dag vurderer vi risikoen for alvorlig sykdom opp mot gevinsten av eventuell diagnostikk og behandling. Og vi følger ikke alltid retningslinjer fra sentrale myndigheter i Oslo.

Der er en vesentlig forskjell. I min kurative praksis er risikovurderingen bygget på solid erfaring og kunnskap. Når det gjelder bilvaskanlegg er jeg mer usikker på hva min vurdering egentlig bygger på. Man skal ikke se bort fra at det også er ikke-faglige aspekter som også ligger til grunn. Benektelse, latskap, lojalitet med Per som jeg kjenner godt, og kanskje en generell motvilje mot diktat fra Oslo. Men det er også mulig at de tiltakene som er riktige i Moss ikke er det i Bø. Når man sitter på sitt kontor 200 mil nord for epidemiens episentrum, blir det som er adekvat og relevant for de nært rammede, fjernt og virkelighetsfremmed.

Det avgjørende for min tilnærming var likevel en vurdering av risikoen for en legionellaepidemi og konsekvensene av den. Legionella er en uvanlig sykdom. Dersom insidensen beskrevet i Garåsen et al sin gode artikkel i Tidsskriftet om legionellaforekomst i Trondheim er korrekt, kommer vi til å ha et tilfelle av legionella hvert tiende år i Bø (0,3/1000/år). Undersøkelsen viser også at smitekilden kan være hvilket som helst vannanlegg.

Det er svært stor sannsynlighet for at insidensen av legionella er underestimert. Sykdommen gir ofte milde symptomer og er ikke mulig å skille fra «vanlig» lungebetennelse. I praksis gis pasientene ofte penicillin V mot antatt pneumoni og en pragmatisk fastlege skifter nok uten ytterligere diagnostikk til Ery-Max eller Dumoxin ved terapivikt.

Kommunen er altså i en situasjon der vi skal iverksette tiltak for å forebygge en epidemi av en sykdom der vi ikke kjenner sykdommens normale utbredelse og smitteveier.

Kravene til dokumentasjon av effekt av forebyggende tiltak har blitt større de siste årene. Man stiller fortsatt spørsmålstegn ved effekten av mammografiscreening og i den nye veilederen i svangerskapsomsorg anbefaler man kraftig reduksjon i prøver og antall kontroller, fordi dokumentasjonen av effekten er dårlig.

I kommunal beredskapssammenheng bruker man ROS (risiko og sårbarhetsanalyse) for å vurdere hensiktmessigheten av tiltak. Det er lite tvil om at legionellaepidemien var svært alvorlig og at også en kommune som Bø må vurdere tiltak for å motvirke en slik epidemi. Vi gjorde ROS analyse i vår kommune i 2000, men en eventuell legionellaepidemi var da ikke vurdert.

I §6 i Forskrift om miljørettet helsevern står det følgende: Ved vurderingen av om kommunen skal kreve retting etter §4a-8 i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene skal det ses hen til den helsemessige gevinst som oppnås ved vedtaket i forhold til vedtakets øvrige kon-



*Bilvaskanlegget ved Statoil, Bø i Vesterålen, er nå godkjent av kommunen etter saksbehandling av kommunelege 1.*

sekvenser. Det betyr at tiltak må vurderes i forhold til kost – nytte effekt. Dette er sannsynligvis grunnen til at Sosial- og Helsedirektoratet vedtok unntaksbestemmelsene i august.

Der er ingen dokumentasjon for at de tiltak som er beskrevet i forskriften har effekt. Forsvarer risikoen for et utbrudd av legionella fra Per sitt anlegg at han skal bruke en dag på å demontere anlegget hver sjette måned, og betale 2000 kr for analyse av legionellaprøve? (Dersom noen skulle bli smittet er det svært lite sannsynlig av vi fastleger i Bø skulle oppdage det uansett ...)

Forskriften om miljørettet helsevern er en forskrift som bygger på skjønn. Skjønn kan bare brukes når det foreligger kunnskap og erfaring som basis for den skjønnsmessige vurderingen. Når det gjelder legionella er det et åpenbart problem. Vi har ikke hatt et eneste tilfelle av legionella i Vesterålen de ti årene jeg har arbeidet her, og jeg har ikke behandlet (sammfunnsbehandlet) et eneste utbrudd av smittsom sykdom av betydning.

Når vi snakker om screening av sykdommer diskuterer vi ofte bivirkningene av screening undersøkelser, fremfor alt unødvendige undersøkelser av friske individer. På samfunnsnivå er ikke bivirkningene like påtagelige, men de finnes.

Det er mulig at mennesker ved alle kriser har behov for å klandre og belaste noen for de plager som er blitt påført dem. Men myndighetenes pålegg om tiltak for å forebygge naturkatastrofer og smittsomme sykdommer fører også til en forventning om at alle dødsfall i naturkatastrofer og smittsomme sykdommer er unødvendige. Det er myndighetenes ansvar å sikre at mennesker ikke dør, i ras, i tsunamier, flom, og legionella. Derimot kan de gjerne få dø i overdose. Dersom noen likevel skulle finne på å bli smittet av legionella fra Per sin bilvask er det ikke lenger «slikt som skjer», men et avvik i forhold til forskrift om miljørettet helsevern og smittevernloven, der jeg i egenskap av kommunen (de

Gaulle igjen) blir klandret. Sykdom, død og lidelser er ikke en del av livet, men et avvik i forhold til lov og forskrift.

Den andre bivirkningen av pålegg fra myndigheter plassert sentralt i Oslo er risikoen for utvikling av forakt for lover og forskrifter. Jeg har blitt nordlending etter hvert, og føler som de fleste nordlendinger sterk skepsis mot pålegg fra myndighetene. Denne skepsisen har blitt forsterket av erfaringer gjort i løpet av ti år som kommunelege i utkant-Norge. Rundskriv etter rundskriv med anbefalinger som er umulige å gjennomføre i vår kommune passerer skrivebordet mitt. I kommunene snakker vi ikke om vi skal bryte loven eller ikke, men om hvilke lover vi kan tillate oss å bryte. Jeg vet ikke hva som er verst. Å bli satt til å bruke et skjønn som du mangler erfaring og kunnskap for å ivareta, eller bli detaljstyrt fra Oslo med pålegg som virker uforholdsmessig store i forhold til risiko, kostnad og gevinst.

Jeg er ikke uenig i at vi i Bø kommune (= de Gaulle) må vurdere tiltak for å sikre samfunnet mot unødvendig risiko i forhold til smittsomme sykdommer og andre samfunnsmessige trusler mot folks helse. Men for å ivareta det skjønn som nødvendigvis må brukes, må kommunelegene få hjelp. Den lokale samfunnsmedisineren må bestå. Kjennskapen til Pål sin bensinstasjon er uvurderlig i vurderingen av de tiltak som er hensiktsmessige. Men vi trenger hjelp av regionale samfunnsmedisinere som har kompetanse, erfaring og evne til å inspirere de kommuneleger som arbeider med lokalsamfunnsmedisin.

#### Referanser

- Helge Garåset et al, Legionella i Trondheim – smitteoppsporing og miljøkartlegging, Tidsskrift for den Norske Legeforening, Nr. 13/30, juni 2005
- Helserådet 10/05, Status for Legionella kontrollen
- Veileder for forebygging og kontroll av VVS-anlegg, Smittevern 8, Folkehelseinstituttet



# 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

Jeg er glad for å få lyrikkstafettpinnen fra Svein Slagsvold!

Uten å være et hyppig lyrikklesende menneske, har jeg likevel gang på gang latt meg fascinere av diktene til Rolf Jacobsen (1907–1994). Ett av dem har vært «mitt» i mange

år. For meg favner det mye av den dragningen jeg har til fjellet. Den blir bare sterkere med økende alder. Med ryggen mot vestveggen i ett-romsbua mi på Finse, kan jeg hvile blikket på kjente konturer av berg og bre og la ro og lengsel synke inn.

## Mere fjell

Av og til  
må noe vare lenge,  
ellers mister vi vel vettet snart,  
så fort som allting snurrer rundt med oss.  
Store trær er fint  
og riktig gamle hus er fint,  
men enda bedre –  
fjell.

Som ikke flytter seg en tomme  
om hele verden enn forandres  
(og det må den vel snart),  
så står de der  
og står og står  
så du har noe å legge pannen inntil,  
og kjøle deg  
og holde i noe fast.

Jeg trives med fjell.  
De lager horisonter  
med store hugg i,  
som de var smidd av smeder.  
Tenk på: - Den gamle nupen her har stått som nå  
helt siden Haralds-tiden.

De sto her da de spikret en arming fast til korset.  
Som nå. Som nå.  
Med sildrebekker på og lyngkjerr og den store  
bratte pannen  
uten tanker i. Den sto her  
under Belsen og Hiroshima. Den står her nå  
som landemerke for din død, din uro,  
kanskje dine håp.  
Så kan du gå derbort og holde i noe hardt.  
Noe gammelt noe. Som stjernene.  
Og kjøle pannen din på den,  
og tenke tanken ut.  
Og tenke selv.

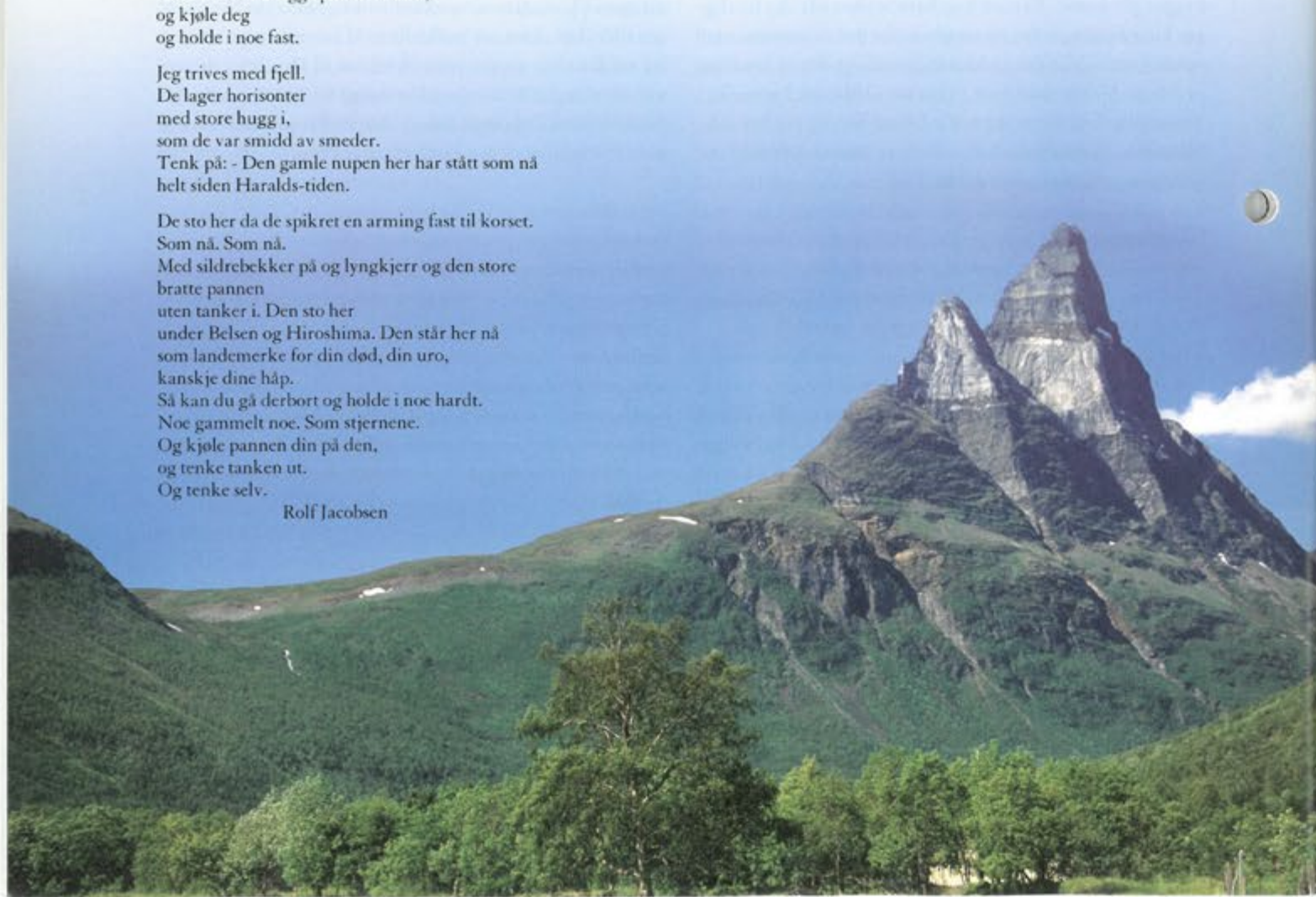
Rolf Jacobsen

Dessuten; Rolf Jacobsen skrev lavmælte  
og intense kjærlighetsdikt til kona etter  
at hun døde. Les «rom 301» og «ildfluene»  
(1985). Så enkelt kan «alt» sies.

Du finner dem bakerst i hans samlede  
dikt. Han skrev ikke noe etter dette.

Stafettpinnen går ut av byen nå til  
Henrik Brochmann i Kolvereid.

Paal Hestvold





## Historier fra virkeligheten

Det er jo ei stund til jul – men tida går fort...! Eg bruker alltid å ha furu som juletre. Og då må ein vera på Torget første dagen juletrasalet begynner for å få eit skikkeleg flott tre. Og det er ein slik handel eg no vil fortelja om: Veret var skikkeleg grufse, som dei seier på desse kantar: Sludd og snø og vind – retteleg eit grisa ver. Eg sprang bort til juletrehandlaren på Torget i kaffipausen min, og under ein stor paraply kom der eit ektepar i 60-åra mot meg: Mannen kjente eg frå før – han var pasient hjå meg – kona kjende eg også av utsjånad: Med det same eg passerte dei, slo det meg: Ho må ha myxødem: Ho verka meir pløsen i ansiktet og såg annleis ut enn slik eg hugsar henne. Kva gjer eg så? Jau, eg var jo på juletrehandel og prioriterte det, og fekk eit retteleg fint tre med plass til mange pakker under. Utpå våren kom så ektemannen på kontoret mitt, og eg forhørte meg forsiktig om kona og hennar helsestand: Jau, ho var no ikkje heilt som før, og brukte lengre tid på ting enn tidlegare – men så var ho jo også yngre før i tida. Eg fortalte så om min observasjon på veg mot juletrehandel, og min tentative diagnose, og ba han be henne forsiktig ta kontakt med sin fastlege for å sjekka stoffskiftet: Ikkje lenge etter ringde han og takka for hjelpa og fortalte at ho hadde TSH på 50 og hadde starta med medisin. Ikkje svært lenge etterpå hørte eg at ho hadde fått infarkt: Det kunne vera forårsaka av hennar atherosklerose pga. langvarig hypothyreose med sekundær hyperlipemi, men det kunne også vera ei anna årsak: Det er vel kjent at ved langvarig hypothyreose må ein vera uhyre forsiktig med dosering i startfasen og trappa opp langsomt, elles kan pasienten få utløyst infarkt. Eg har ikkje tort spurt kva som skjedde i dette tilfelle, men ho lever stadig i beste velgåande. Og eg har kvart år seinare kjøpt meg nytt furutre, men har prøvd å parkera klinikaren på kontoret sjøl i kaffipausen. God jul i vente!

Bernt Daltveit, Voss

## Ebixa® memantine

– Verdt å huske på!

### C

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

**Dråper, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneh.:** Memantinhidroklorid 10 mg, tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, rensset vann.

**Tabletter, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneh.:** Memantinhidroklorid 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/1,73m<sup>2</sup>) anbefales maks. 10 mg.

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

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

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skiller ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme.

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

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

**Oppbevaring og holdbarhet:** Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. Pakninger og priser pr. 1. mars 2005: Dråper: 50 g kr 795,70, 100 g kr 1557,10. Tabletter: 30 stk. kr 556,00, 50 stk. kr 811,90, 100 stk. kr 1589,40.

**Basert på godkjent SPC, SLV juni 2002**

### Referanser:

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

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

www.ebixa.com



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





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](http://www.relis.no)

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

## Spørsmål til RELIS

### Kan behandling med radioaktivt jod ødelegge spyttproduksjonen?

En eldre kvinne ble for omtrent 20 år siden behandlet med radioaktivt jod på grunn av hyperthyreose. De siste seks årene har hun vært nøye utredet på grunn av intens munntørrehet med smerte i munn og tenner uten at det har vært mulig å stille noen spesifikk diagnose. Ved en ny gjennomgang av en tidligere utført leppebiopsi mener patologene nå at funn er forenlig med Sjögrens syndrom. Pasienten har nå tilnærmet ingen spyttproduksjon, og smerter ved matinntak fører til tiltakende ernæringssvikt. Spørsmålsstiller lurer på om behandling med radioaktivt jod kan ødelegge spyttkjertlene.

Sjögrens syndrom er en kronisk autoimmun sykdom som rammer eksokrine kjertler. Den er assosiert med karakteristiske lymfocytinfiltrater i de affiserte kjertlene. På grunn av forandringer i spytt- og tårekjertler er tilstanden forbundet med tørrehet i munn og øyne. For å stille diagnosen må det også blant annet være avvikende resultater på en eller flere autoimmune markører i blodprøver (1). Et eksklusjonskriterium er ifølge nye diagnosekriterier tidligere radioaktiv behandling i hode-/nakke-området (1). I det aktuelle tilfellet vil dette altså si at pasienten strengt tatt ikke tilfredsstiller diagnosekriteriene for Sjögrens syndrom. Sicca syndrom, altså nedsatt spytt- og tåreproduksjon, har vært rapportert etter gjennomgått radiojod-behandling. En studie publisert i 2001 så på 79 pasienter som hadde vært behandlet med fra 925 MBq til 18,5 GBq (2). Dette er noe høyere doser enn det som er vanlig praksis å bruke ved behandling av hyperthyreose i Norge. I dag brukes doser på 400–450 MBq, noe som sannsynligvis er i samme størrelsesorden som det som ble brukt for 15 til 20 år siden.

Pasientene i den omtalte studien (2) ble fulgt i tre år etter behandling med radioaktivt jod. Subjektive symptomer på tørr munn og tørre øyne, og objektiv dysfunksjon i spytt-

kjertler og tårekjertler var vanlig. Tørr munn ble registrert hos 33 prosent av pasientene det første året etter behandlingen. Munntørrehet var fremdeles tilstede etter tre år hos over 15 prosent av pasientene. I tillegg er det verdt å merke seg at to pasienter rapporterte om nyoppstått munntørrehet så lang tid som tre år etter avsluttet behandling. I dette materialet var det en positiv korrelasjon mellom strålingsdose og grad av munntørrehet. Forfatterne åpner for at munntørrehet også kan oppstå etter lengre tid enn tre år etter behandlingen, og at tilstanden kan bli langvarig.

Til tross for at den aktuelle pasientens tilstand på grunn av radiojodbehandlingen strengt tatt ikke kan diagnostiseres som Sjögrens syndrom (1), tyder patologens vurdering av leppebiopsien på at pasienten faktisk har denne lidelsen. Pasienter med Sjögrens syndrom har en høy prevalens av autoimmune thyroidealidelser og thyroid dysfunksjon. En studie publisert i 1995 fant forstyrrelser i thyroideafunksjonen hos 15 av 33 pasienter med dette syndromet (3). Selv om det i dette tilfellet etter all sannsynlighet har vært brukt en relativt lav dose radioaktivt jod, og det gikk mange år mellom behandling og symptomdebut, kan man ikke utelukke en sammenheng. Man kan også tenke seg et sammenfall av flere faktorer; radiojodbehandling, Sjögrens syndrom, og den munntørreheten som mange uansett opplever i høy alder.

Ingrid Castberg

Lege, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital

#### Referanser

1. Fox IR. Sjögrens syndrome. *Lancet* 2005;366: 321–31.
2. Solans R. et al. Salivary and lacrimal gland dysfunction (Sicca syndrome) after radioiodine therapy. *J Nucl Medicine* 2001;42:738–43.
3. Pérez-E B. et al. Autoimmune thyroid disease in primary Sjögren's syndrome. *Am J Med* 1995;99:480–84.



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!*

# Dosetter, blir ikke bedre enn det som puttes i dem ...

Eldre pasienter er sykere, de har ofte flere kompliserende sykdommer, og bruker mange flere medisiner enn yngre. For å sikre de eldste mot feilmedisinering, har hjemmesykepleien ofte ansvar for administrering av medisinen. Hjemmesykepleien har gode, sikre medikamentrutiner. Det er for eksempel alltid to sykepleiere som kontrollerer dosettene. En forutsetning for at pasienten skal få sin medisin, i rett tid, og med rett dose er selvsagt at opplysningene hjemmesykepleien bruker er korrekte. Feilaktige medikamentopplysninger er nok den vanligste årsaken til feilbehandling av eldre.

Ok, da må vi sørge for at de alltid har oppdaterte medisinlister da. Enkelt? Neppe, men utvilsomt fastlegens ansvar.

I Bø i Vesterålen, med 3000 innbyggere, får 56 pasienter hjelp med administrering av medisiner, i tillegg får 12 psykiatripasienter hjelp av psykiatritjenesten. Vi deler lokaler, og vi har et tett og godt samarbeid. Likevel har det vist seg svært vanskelig å sikre at opplysninger i hjemmesykepleiens karex er korrekte til enhver tid.

Til tross for at vi får epikriser elektronisk fra samtlige sykehus i regionen, er det vanlig at pasienten kommer til konsultasjon før epikrisen har kommet. Og utskrivelsesnotatet legger oftest hjemme i nattbordet når pasienten besøker oss.

Vi har, etter å ha prøvd flere forskjellige løsninger som ikke har fungert, kommet frem til følgende rutine:

- Det er fastlegens ansvar å sikre at hjemmesykepleiens opplysninger er korrekte til enhver tid. Fastlegen skal oppdatere medisinlisten ved hver konsultasjon.

- Alle pasienter som hjemmesykepleien har medisinansvar for, er merket i pasientjournalen.
- Hjemmesykepleien bruker fastlegens medisinliste, og ingen andre lister, brev, eller opplysninger, når de legger i dosettene. Ved utskrivelse fra sykehus tar hjemmesykepleien kopi av utskrivelsesnotatet og leverer det til fastlegen som skriver ny medisinliste.

Hjelper det? Ja! Men det krever motivasjon av fastlegen og stahet og tålmodighet fra hjemmesykepleien for å få det til.

På litt større steder er dette en enda større utfordring. Antallet aktører er mangedoblet. Da er det ikke like lett for fastlegen å holde orden på medikamentene lenger. Det er ikke en gang så greit å holde oversikt over hvem som har hjemmesykepleie, hvilken sektor de hører til og hvem i all verden det er som har vært hos pasienten sist.

Er det noen av Utpostens lesere som har funnet en rutine som fungerer i større kommuner, så skriv til oss og del den med oss andre.

Anders Svensson





# HEGE RAASTAD BASMO

## FORBIFARTEN

STILLING KOMMUNEOVERLEGE ARBEIDSSTED STANGE, HEDMARK

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

- at min stilling som kommuneoverlege er en samfunnsmedisinsk fagstilling uten personal- og budsjettansvar
- at jeg har slått meg til på Hedmarken etter mange år nordpå og i Oslo



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

Jeg liker meg best med fornavn – men av og til er det nyttig å være på etternavn – det hender vel at jeg er bruker det bevisst for å tydeliggjøre roller –.

Hva gir deg mest glede?

Å se – og kjenne sjøl – at barn og voksne utfolder seg i livet med et trygt sjølbilde.

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

Jobber litt redusert stilling (p.t. 90 prosent) – det gir meg det lille «slakket» i hverdagen som trengs + sykle til jobben minimum to ganger pr. uke.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg bidrar til å sortere hverdagen for samarbeidspartnere – hva er årsaker – hva er symptomer – hva er tiltaket? – og spesielt når jeg bidrar til å få til samarbeid.

Når gjør du uviktig arbeid?

Når jeg bruker tid i møter uten retning – som ikke har mål, mening, forankring eller ansvarsavklaringer.

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

Lokalsamfunnets betydning – og metoder – for utvikling av god helse – og da tenker jeg på helse som energi for dagliglivet.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

For å si det litt svulstig: «Hele kommunen er min pasient» – jeg er opptatt av hvordan helsebegrepet kan frigjøres fra helsetjenesten – og da blir «favoritten min» personer og virksomheter som praktiserer «helsefremmende integritet».

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

Så lenge integritet, private og profesjonelle grenser ikke brytes, er det lov å bli sint!



Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Da ville jeg være arkitekt! – jeg ser for meg monumentale bygg, gode rom og lune kroker –

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

Solveig Brekke Skard, divisjonsdirektør i div. psykisk helse i Sykehuset Innlandet – vi har så mye vi skulle ha snakket om akkurat nå ifm. oppstart av et større prosjekt om samarbeid mellom kommunene og sykehuset.

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?

Jeg vil gi mer til lavterskeltilbud i kommunene – folk som skal jobbe med alle de som med litt hjelp kan klare seg mye bedre – arenaene kan være mange. Helsefremmende integrering av alle som ikke «passer inn» i det intense A4-samfunnet vårt! Og så ville jeg legge kjempetrykk på utvikling av samarbeid – det krever kunnskap og metoder – og ikke bare «more of the same» –. Blåreseptordningen tror jeg skulle få gjennomgå, og private spesialister – der ville jeg henta noen kroner ...

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Barn, geriatri og psykiatri. Og fastlegene må rette opp et rykte om at de «aldri» er med i tverrfaglige samarbeidsarenaer.

Hvilket sykehus er Norges beste?

Det er det sykehuset som har de rette folkene med den rette holdningen og den nødvendige kunnskapen og samarbeidsevnen akkurat når jeg trenger det – og som lærer av egne feil.

Hvordan finner du motivasjon til arbeidet som kommunelege/med.fag. rådgiver i kommunen?

Motivasjonen henter jeg i erfaringene mine fra tidligere jobber – opplevelsen av å være en viktig brikke i kommune-puslespillet, kunnskapen om at ting tar tid og hvordan den tiden bør brukes.

Forslag til neste intervjuobjekt:

Anne Helen Hanssen – kommuneoverlege i Tromsø.

## Angst og selvhjelp

– en læringsarena, 6. desember 2005

Godkjent som valgfritt kurs til videre- og etterutdanningen i Allmennmedisin, med 6 poeng.

Under kurset vil vi dele kunnskap om angst og selvhjelp som vi i Angstringen har erfart oss frem til gjennom snart 20 års arbeid. Vår visjon er at disse erfaringene skal være med på å ytterligere styrke legens kunnskap om angst, og gi næring til de unike møtene med den enkelte klient. Vi vil også formidle hvordan selvhjelp drives i grupper i Angstringen. Til sist, men ikke minst, ønsker vi å skape en dialog rundt forståelse av selvhjelp.

**Hva er selvhjelp?** (Norsk Selvhjelpsforum, 2000)

- Selvhjelp er å finne troen på at du virkelig er i stand til å endre ditt eget liv.
- Selvhjelp er å finne frem til kunnskap, erfaring og andre drivkrefter du ikke er klar over at du har.
- Selvhjelp er å våge å stole på disse drivkreftene – og å lære å ta dem i bruk.
- Selvhjelp er å skaffe seg mot og ork til å prøve.

### PROGRAM

**Dato:** 06. desember 2005

**Sted:** Link Oslo - Kirkevn. 61, 0364 Oslo

08.45 Kaffe og registrering

09.00 Velkommen v/Ellen Steen-Hansen (medlem av koordineringsgruppen i Angstringen Oslo)

09.15 Angstringens bevisste veivalg  
v/Solbjørg Talseth (leder av Norsk Selvhjelpsforum)

09.45 Praksis på veivalg i 2005 v/Manuela Wanneck  
(Organisasjonskonsulent Angstringen Oslo)

10.15 Pause

10.30 «Å eie smerten» – en film om angst og selvhjelp

11.00 Angst som ressurs – er det mulig? v/Ellen Steen-Hansen

11.30 Lunsj

12.15 Selvhjelp – noe mer enn å hjelpe seg selv? v/Solbjørg Talseth

13.15 Pause

13.30 Selvhjelpsforståelse – dialog i grupper

14.15 «I kraft av Soria Morias skygge»  
– en animasjon av Eytur Sigurbergsson

14.30 Rom for dialog i plenum

14.45 Oppsummering av dagen  
v/Ellen Steen-Hansen og Solbjørg Talseth

15.00 Slutt

### Påmelding kurs:

Angstringen Oslo,

Tlf.: 22 22 35 30 (mandag – fredag kl. 10.00 – 13.00)

e-post: angstringen@angstringen.no

Påmeldingsfrist: 22.11.05

Deltageravgift: kr. 500,-



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

## Lærerike kasuistikker

# Skal pasienten min på respirator? Hjemme?

Som allmennpraktikere møter vi alle typer utfordringer. Den medisinske teknologien holder seg ikke i sykehusene. Teknologien diffunderer ut i primærhelsetjenesten og vi må ta i mot. Jeg har en gang hatt en pasient med raskt progredierende muskeldystrofi (Spinal muskellatrofi).

Ettersom sykdommen ubønnhørlig progredierte var jeg vitne til at den unge gutten ble stadig svakere. Han ble sengeliggende, kronisk sliten, hadde hodepine og ble til slutt lagt inn i nærmeste sykehus for evaluering. Jeg hadde bange anelser for hvordan dette ville gå. Jeg hadde lært at dette var en uhelbredelig sykdom der han sannsynligvis hadde nådd sin livslengde.

Etter en tid ringte en av overlegene på lungeavdelingen og fortalte at pasienten hadde kronisk hypoksi på bakgrunn av muskulær hypoventilasjon. Dette var vel ikke så uventet. Mer uventet var det at han fortalte at de ville legge pasienten på respirator. Og at jeg kunne forvente at han kom hjem med respiratoren om ikke så lenge.

Dette var nytt. Ikke nok med at de ville behandle en uhelbredelig sykdom, men jeg skulle bli ansvarlig for det jeg forestilte meg ville bli en kommunal intensiv avdeling. Jeg forsøkte lett panisk å få overlegen til å forstå at min erfaring med respiratorer var begrenset og at min mening var at respiratorbehandling krystallklart er plassert i 2.linjetjenesten. Han påpekte tørt at dette var min pasient og at det derfor var mitt ansvar å behandle ham på den måten som var nødvendig. Hjemmerespirator var ingen spesiell behandling i hans øyne og jeg fikk bare lære meg det jeg trengte. Oppgaven virket voldsomt stor og truende, men skulle vise seg å være både givende og lærerik.

En slik utfordring krever store lokale ressurser. En pasient på hjemmerespirator må ha tilgang til hjelpepersonell 24 timer i døgnet. Dette ble løst ved et team av personlige assistenter. Han ble selv ansvarlig for å ansette dem som han ville ha som hjelpere. Han ville selvsagt ikke være omgitt av voksne, erfarne sykepleiere hele døgnet. Han ville ha unge mennesker. Helst så nær sin egen alder som mulig. Han ansatte en flott gjeng av unge mennesker uten den ringeste



medisinske erfaring, men med stor vilje og evne til å tilegne seg ny kunnskap. Opplæringen gikk nærmest helt friksjonsfritt. Assistentene ble eksperter på behandling av respirator, sug, kanylestell osv.

Etter en kort innkjøringsfase gikk den tekniske delen av respiratorbehandlingen av seg selv. Vi hadde omstendelig nedskrevne rutiner for hvordan man skulle gjøre ved problemer med respiratoren. Legen skulle tilkalles ved større problemer. Jeg hørte aldri noe. Noen mindre interkurrente infeksjoner har det vært, men ingen store problemer.

En tilpasning til respirator der du skal lære å ikke puste mot maskinen, er ikke noen lett og ukomplisert affære. Til å begynne med var det mye tilpasningsproblemer, både av utstyr og i form av psykisk tilvenning. Tilpasningene tok tid og var nok tungt. Etter hvert ble problemene løst. Den unge mannen kunne begynne å leve. Plagene svant hen. Han viste livsvilje og overskudd og har siden reist både innenlands og utenlands med denne respiratoren.

Det er snart gått 12 år. Behandlingen er blitt rutine og komplikasjonene har vært, og er, få. Han har ikke vært inneliggende i sykehus på to og et halvt år. Min erfaring fra dette er at ingenting er umulig i primærhelsetjenesten og at helseutdanning ikke er en nødvendighet for å yte avanserte helse tjenester. Med opplæring og oppfølging kan man få det meste til å fungere i hjemmet med de ressurser man har tilgang på lokalt. Selvsagt må man ha støtte fra 2. linjetjenesten, men etter en stund blir denne knapt brukt.

Til slutt vil jeg takke Bjørn Andre som lærte meg dette og som har rettet manuskriptet for meg, og bidratt med bilde av seg selv.

Petter Brelvi

Det er mange stadier av Alzheimers sykdom. Ebixa® er den eneste medisinen som også hjelper de som er hardest rammet<sup>1,2</sup>.



**Redusert pleiebehov.**

Ebixa® reduserte pleietiden for hver pasient med 52 timer i måneden i forhold til de som fikk placebo.<sup>3</sup>

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

Lundbeck



**Ebixa®**  
memantine

**Ebixa®**

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

For referanser og preparatomtale se side 43





**Nyhet**  
**Cialis® 20mg, 12 stk**

**Når tiden er rett**

Effekt når lysten melder seg. Cialis® kan gi dine pasienter med erektil dysfunksjon denne tryggheten - allerede fra 16 minutter og opptil 36 timer etter inntak<sup>1</sup>.

Referanse 1: Godkjent preparatomtale. Se side 21.



**Cialis®**  
tadalafil  
Effektiv opptil 36 timer