



Innhold:

LEDER:

Med stø hånd

AV ANDERS SVENSSON OG PETTER BRELIN

1

UTPOSTENS DOBBELTTIME:

Intervju med Irene Hetlevik

AV IVAR SKJEE OG JANNIKE REYMERT

2

Om politisk styring av helseforetakene

SYLVIA BRUSTAD INTERVJUET AV
PETTER BRELIN OG ANDERS SVENSSON

6

ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:

Demensutredning i allmennpraksis
- for hvem, av hvem og hvorfor?

AV ANNE BREKHUS OG ANNE ØKSENGÅRD

10

... og hun vasket deres føtter

GERUSA DREYER INTERVJUET AV ANNA LUISE KIRKENG

16

Lasarettet i Bjørnelvdalen

AV HARALD SUNDE

20

Taushetsplikt i forhold til
Rikstrygdeverkets kjøp av helsetjenester

AV TROND MÅRKESTAD

22

Presentasjon av NORSAM

AV EINAR BRAATHEN

26

Nytt(ig) om prevensjon

AV KARI HILDE JUKVAM

28

Praksislærer i allmennmedisin

UNNI SOLEM BILSBÅK INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

34

To studenter om allmennmedisin,
lønnsslipp og pasientens agenda

INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

37

Tidsskriftet 125 år

38

Faste spalter

42

UTPOSTEN

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

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim

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

Mobil: 907 84 632

E-post: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jannike Reymert*Koordinator*

Skogstien 16, 7800 Namsos

Tlf: 74 27 33 50

Faks: 74 20 90 41

E-post: jannike.reymert@ntebb.no

Helen Brandstorp

Smalfjord

9845 Deatnu/Tana

Mobil: 991 52 115

E-post: helenbra@hotmail.com

Gunhild Felde

Vognstølbakken 18 d, 5096 Bergen

Tlf. priv.: 55 29 70 50

Mobil: 959 29 356

E-post: gunhild.felde@online.no

Petter Brelín

Furuvn. 1,

1781 Halden

Tlf. priv.: 69 18 16 32

Mobil: 911 15 510

E-post: brelin@c2i.net

Ivar Skeie

Ragnhildsvei 15 b, 2819 Gjøvik

Tlf. priv.: 61 17 70 03

Tlf. jobb: 61 13 67 80

Mobil: 917 35 632

Faks jobb: 61 13 67 50

E-post: ivskeie@online.no

Anders Svensson

Boks 181, 8465 Straumsgjøl

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

Forsidebilde:

Karstein Haldorsen

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:

PDC Tangen

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

Med stø hånd

Utposten har truffet helseministeren, Sylvia Brustad. Sylvia Brustad er en dyktig politiker. Det er vanskelig å intervju henne. Hun svarer politisk korrekt og i tråd med vedtatt politikk. Hennes svar er gjennomtenkte og bevisste. Det er tydelig at hun fronter en politisk plattform, og svarene blir så forutsigbare at de nesten mister innhold.

I et intervju med helseministeren er det likevel viktig hva hun sier tydelig og klart. Her kom det ingen nyheter. Allmennmedisin er en av grunnpillarene i norsk helsevesen. Fastlegeordningen er vellykket, og rammevilkårene i allmennmedisin skal ikke endres. Det kommer en nasjonal standard for legetjeneste for sykehjem og regjeringen skal satse på rus, psykiatri, forebygging og kvinnehelse.

Kommunehelsetjenesten står for brorparten av de helsetjenester som produseres i Norge. Hjemmesykepleien hadde 37 millioner pasientkontakter og fastlegene hadde 21 millioner kontakter i 2004. Til sammenligning hadde sykehusenes poliklinikker 3,3 millioner pasientkontakter og 4,2 millioner liggedøgn. Politikernes oppmerksomhet, de økonomiske bevilgningene og mediefokuseringen er omvendt proporsjonal med dette. Politikk og politikere styres i stor grad av media. Det er derfor stor sannsynlighet for at spesialisthelsetjenesten kommer til å få størst fokus også for den nye helseministeren. Rammevilkårene i norsk allmennmedisin skal ikke endres, men alle endringer i spesialisthelsetjenesten påvirker vår hverdag.

Det er ikke alle spørsmål hun ønsker svare på.

Hun vil ikke definere hva et sykehus er. Det betyr i praksis at det politiske standpunktet at ingen lokalsykehus skal legges ned er uten mening. Helseministeren har ikke noe klart standpunkt for om sentraliseringen og spesialiseringen av helsetjenesten skal fortsette. I intervjuet gir hun signaler om at ventetider er viktigere enn hvor tjenestene blir «produsert». Sannsynligheten for at hun skal detaljstyre de regionale helseforetakene er liten.

De nødvendige (?) endringene i organisering av spesialisthelsetjenesten kommer derfor ikke til å besluttes av helseministeren, men av de regionale og lokale helseforetakene. For å sikre åpenhet og demokrati i helseforetakene har regjeringen besluttet at det skal være en majoritet av politikere i styrene i helseforetakene. Disse nye styrene er underlagt de samme kravene til prioritering og økonomisk balanse, og det er derfor ikke trolig at dette tiltaket i seg selv påvirker helseforetakenes valg av løsninger på de utfordringer som eier (=helseministeren) pålegger dem å løse. Vi synes likevel at dette er et modig trekk som på en ryddig måte møter kritikken om demokratisk underskudd i styrene i helseforetakene.

Det er imidlertid viktig at det ikke bare er politikere i styrene, men også personer med kunnskap om allmennmedisin og kommunehelsetjenesten. Utposten oppfordrer allmennleger med politiske verv om å søke plass i helseforetaksstyrene. To fluer i en smekk.

Utposten har skrevet det før, vi gjentok det for ministeren. Nå er vi i en situasjon hvor helsevesenet i Norge bruker en større andel av samfunnets tilgjengelige ressurser enn i noe annet land. Samtidig har vi ikke lengst levealder eller best egenopplevd livskvalitet. Vi utfordret henne til å si noe om hvor hun vil at vi skal spare. Det vil hun ikke. Hun synes vi skal fortsette som før. Bruke penger som fulle sjømenn. Det er også et signal. At hun forsiktig antyder at hun helst hadde sett at antall pasientkonsultasjoner i psykiatrien gikk opp fra 1,8 til 2 om dagen bør ikke være egnet til å provosere noen.

Politikere ønsker ikke å prioritere. Effektivisering i stedet for prioritering er svaret, også for Sylvia Brustad. Det er mulig å effektivisere helsevesenet. Men vi kan ikke effektivisere oss ut av gapet mellom forventningene til helsevesenet og ressursene.

Det skremmer oss at hun ikke har noe svar på om henvisningsplikten til spesialisthelsetjenesten skal videreføres slik den er i dag. I en situasjon der det blir stadig større konsentrasjon av spesialister i Oslo-gryta, kan det neppe være riktig å fjerne de små virkemidler man har for å unngå ytterligere (over)forbruk av spesialisthelsetjenester i sentrale strøk. Henvisningsplikten er et av disse virkemidlene. Om hennes manglende klarhet på dette betyr at hun ikke har et svar, eller om det betyr at hun ikke ønsket å flagge et kontroversielt standpunkt for Utposten er usikkert. Rammevilkårene ligger fast, men en eventuell endring av henvisningsplikten får store konsekvenser for allmennlegetjenesten.

Sylvia Brustad gir et inntrykk av effektivitet og profesjonalitet. Hun er neppe en helsepolitisk visjonær, men etter to store helsereformer de siste 5 årene er ikke tiden inne for store omveltninger i norsk helsevesen. Hun kommer til å styre helsepolitikken med stø hånd mot regjeringens vedtatte politiske mål. Forutsigbart er vel en dekkende beskrivelse av det vi kan forvente av helseministeren.

Anders Svensson og Petter Brelvin

Utpostens
dobbeltime

Irene
Hetlevik

INTERVJUET AV
IVAR SKEIE OG JANNIKE REYMERT

UTPOSTEN: Irene Hetlevik, du stiller deg svært kritisk til den moderne medisinske risikofokusering og har skrevet om dette i mange sammenhenger. Sammen med Linn Getz og medarbeidere har du bl.a. vist at dersom man følger intervensjonsgrensene for blodtrykk og kolesterol i europeiske ekspertretningslinjer fra 2003 vil 75 prosent av befolkningen over 20 år bli definert som risikanter som allmennleger forventes å tilby forebyggende tiltak. Blodtrykk og kolesterol er dessuten bare to risikofaktorer for hjerte- og karsykdom. Dersom vi legger til noen få andre – slik som røyk, arv for eller etablert hjertesykdom, forhøyet kroppsmasseindeks eller uheldig vektfordeling – har dere vist at bare to prosent av voksne mennesker helt vil kunne frikjennes. Dere sier at det på den måten nærmest blir unormalt og umulig å være normal i Norge – et land der befolkningen lever lenge med god helse. Dette reiser viktige etiske og praktiske problemstillinger. I ditt foredrag på Nidaroskongressen la du mye av ansvaret for dette på de medisinske forskningsmiljøene. Kan du utdype dette nærmere?

IH: Det fokuseres for lite på det problematiske ved dagens kunnskapsproduksjon. Jeg har inntrykk av at det innenfor medisinsk forskning er altfor liten grad av metarefleksjon over egen aktivitet. Det er liksom ingen grenser for hvor mange fragmenter i en frisk menneskekropp man finner grunn til forske på og etterspørre forskningsmidler til. Definisjoner av unormalitet lages også av forskere og har tradisjon for å inkludere stadig større deler av befolkningen. Når resultatene publiseres og formidles til befolkningen «skapes nærmest en virkelighet». Befolkningen og helsetjenesten fanges av dette. Andre forskningsspørsmål og andre metoder kunne ha «skapt en annen virkelighet». Forskerne har nærmest fått lov til å betrakte seg som verdinøytrale kunnskapsleverandører som ikke skal behøve å bekymre seg over eller kunne betraktes som ansvarlige for det de bringer til torgs. At noe er evidence-based har nærmest

Noen var så heldige å være tilstede på Nidaroskongressens plenumsforedrag der Irene Hetlevik la fram sine tanker om pasienten Signe Skred var prioritert opp eller ned av helsetjenesten. Utposten fikk lov til å trykke foredraget i nr 7 2005. Vi hadde ønske om å utdype noen av hennes tanker og bestilte derfor en dobbelttime hos vår kollega i trønderhovedstaden.



blitt synonymt med at da må det taes i bruk. Politikerne blir i denne sammenhengen bondefanget, de har ikke muligheter til å motsi tunge vitenskapelige forskningsresultater og miljøer, og tvinges nærmest til å skulle finansiere implementeringen av det som forskerne har funnet ut. Det store antall medikamenter som skal forebygge hjerte- og karsykdommer er eksempel på det. Så må man prøve å regulere i etterkant, for eksempel med å kreve at billigste varianter skal skrives ut (thiazider, simvastatin). Det er ingen enkel prosess, bl.a. fordi deler av fagmiljøene protesterer.

Slike eksempler på regulering må likevel kunne betraktes som «en dråpe i havet», mitt hovedinntrykk er at når teknologien har forsket fram tester, apparater, medikamenter m.m. så lar den seg ikke stoppe og den er vanskelig å regulere.

UTPOSTEN: Ser du andre aktører som bør dele ansvaret for vår tids risikofokusering hos friske?

IH: Det har vært vanlig å skyld på legemiddelindustrien og media for vår tids store fokus på risikofaktorer og medikamentell behandling av disse. Uten å frata disse aktørene det ansvar de har i denne sammenhengen, vil jeg hevde at forskningsmiljøene har det største ansvaret for denne utviklingen, et ansvar de ikke har tatt inn over seg enda. Verken farmasøytisk industri eller media finner opp risikofaktorene. Farmasøytisk industri tilbyr derimot behandling som skal påvirke risikofaktorene og media informerer om det hele. Begge er næringsvirksomheter og forholder seg til regler som der gjelder, med det formål å tjene mest mulig penger. De stikker sin hånd inn i en hanske som ligger klar og hansen er resultatet av et vitenskapssyn.

Jeg synes dog det er viktig å presisere at jeg tror forskerne har de beste hensikter med det de gjør. Blodtrykksgrensene har også blitt flyttet stadig lavere fordi det jo ganske riktig er i gruppen med mild og moderat hypertensjon det store antall hjerte- og karhendelser forekommer. Problemet er bare at man overser konsekvensene av at vi da må behandle ufattelig mange mennesker for et blodtrykk som aldri ville påført den enkelte noen sykdom. Jo lavere intervensjonsgrenser, jo flere må ta imot behandling uten selv å ha nytte av det, men de kan ha bivirkninger av behandlingen.

UTPOSTEN: Du har de siste årene takket nei til å være fagvurderer for Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) og Legemiddelhåndboka. Begge disse kunnskapsverkene brukes flittig av våre kolleger, hvorfor føler du at du ikke lenger kan «gå god for» den kunnskapen som presenteres i disse verkene?

IH: Jeg har i mange år bidratt med praktiske behandlingsforslag til allmennleger ved å lage retningslinjer for blodtrykksbehandling i regi av NSAM. Jeg mener at NSAMs siste retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer, publisert som artikler i Tidsskriftet i 1999 og 2000 fortsatt har god gyldighet for allmennleger. Siden på 80-tallet har det vært en uenighet mellom NSAMs referansegruppe på dette feltet og ledende spesialistmiljøer. Jeg har stor respekt for arbeidet som gjøres med både NEL og Legemiddelhåndboka og forstår at redaktørene ikke kunne velge NSAMs side på dette feltet, selv om jeg kunne ønske det, slik at allmennleger slapp å forholde seg til mange sett med anbefalinger. For meg personlig har det imidlertid blitt for vanskelig å være medarbeider som skal gi legitimitet til anbefalinger jeg er uenig i. Jeg velger heller å ar-

beide med å anskueliggjøre konsekvenser av ekspertretningslinjer, slik som de omtalte fra 2003. Jeg ser også at behandling av risikotilstander hos friske gies en økende oppmerksomhet også i disse kunnskapsverkene. Jeg har etter hvert blitt overbevist om at det ikke er etisk forsvarlig å bruke så store ressurser på å behandle friske mennesker med mer eller mindre økt risiko for sykdom i fremtiden når vi vet at det finnes mange pasienter som har reelle lidelser her og nå som vi da må prioritere ned fordi vi mangler både tid og kunnskap. Det kan heller ikke skade å gjøre oppmerksom på at vi også har et globalt ansvar.

UTPOSTEN: Allmennlegene får kritikk fra spesialistene og forskningsmiljøene for at vi ikke følger retningslinjene for behandling av risikopersoner. Vi allmennleger vet at dette bli skyldes at oppgaven er uoverkommelig, men også at mange allmennleger, ofte i allianse med pasientene, føler at det blir feil bruk av ressurser å medikalisere store deler av den friske befolkningen. Som du påpeker i foredraget ditt «jenker vi det til på et vis». Hva vil du si om denne måten å takle problemet på?

IH: Vi jenker det til fordi vi blir nødt til det, men det behøver ikke være en god løsning. Vi blir nødt til det bl.a. fordi det ikke gjøres helt enkle konsekvensanalyser før noe anbefales implementert i helsetjenesten. Anbefalinger i ekspertretningslinjer er ett eksempel på det, «Grønn resept» et annet. I «Grønn resept» var det helsemyndighetene som anbefalte allmennleger å faktisk bruke halvparten av vår konsultasjonskapasitet på friske risikanter. Det sier seg selv at det ikke går, da må de i så fall ansette andre til å ta seg av de syke.

Jeg håper at allmennleger med litt kritisk sans velger å «spare» dem med lavest risiko for medikamentell risikobehandling og heller prøver å styrke pasienten i troen på at de er friske. Jeg tror også at mange allmennleger kan oppleve det som et etisk dilemma å si til mennesker som føler seg friske at de har en økt risiko for sykdom. Det finnes mye kunnskap som viser at egenopplevd god helse er en viktig prognostisk faktor for fortsatt å holde seg frisk. En risikomerkelapp kan forstyrre dette.

Det er allikevel, slik jeg ser det, en fallitt for akademisk medisn når allmennleger i den grad blir tvunget til å «jenke det til» som tilfellet er i dag. Det betyr at det teoretiske for arbeidet ikke er godt nok, som f.eks. ved Grønn resept-opplegget. Det er også et problem at vi allmennleger ikke nødvendigvis velger de beste løsninger når vi skal prøve å slukke alle disse brannene som andre tenner. Jeg har i egen



forskning funnet at leger avviker fra retningslinjer i like stor grad ved etablert hjerte- og karsykdom som hos pasienter med lavere risiko. Det kan skyldes at når nærmest alle blir risikanter så «ser vi ikke skogen for bare trær». Det er derfor viktig at grensene for intervensjon settes så høyt at bare de med høyest risiko skal behandles og kontrolleres. Det har vært ett hovedbudskap i NSAM retningslinjene, som for øvrig kan finnes på <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=43274&subid=0>

UTPOSTEN: *Mye av kritikken din mot forskningsmiljøene dreier seg om den stadig økte bruken av EBM (evidence based medicine).*

IH: Jeg mener at det er avgjørende å omtale hva EBM kan brukes til og hva den ikke kan brukes til, og jeg synes ikke at dette kommer tydelig nok fram i dag. For meg er bruken av EBM i mange sammenhenger en enøyd måte å se på verden på. Virkeligheten for et individ er så uendelig mye mer kompleks enn det som kan fanges opp som endringer på gruppenivå i en randomisert, kontrollert studie (RCT), gullstandarden i EBM. Når meta-analyser som inkluderer mange tusen forsøkspersoner er nødvendige for å gi svar på et spørsmål, innebærer det at relevansen for individet er ganske liten.

I mitt foredrag forteller jeg om Signe Skred, 72 år, som får ikke mindre enn syv medikamenter for påviste risikofaktorer ved hypertensjon, diabetes type 2 og osteoporose, alle evidence-based. Hennes egenopplevde lidelse dreier seg imidlertid om depressive følelser og søvnvansker. Det kan ha sammenheng med at hun mistet to brødre under krigen. I alt fokuset på risikotilstandene som hun aldri har etterspurt undersøkelser for, drukner nærmest hennes opplevde lidelse, som var den opprinnelige årsaken til at hun gikk til lege. Selv er hun ikke i stand til å påpeke dette misforholdet mellom opplevd helseproblem og hva legen finner ut at hennes problem er. Hun kan derfor ikke avvise legens fokus på alle de målbare avvikene som han etter beste evne prøver å rette på. Og for meg er det klart at vi i vår flinkhet kan ende opp med å gjøre alt dårlig, ikke klarer vi å lindre hennes opplevde lidelse i særlig grad og det er også ganske usikkert om hun faktisk har noen gevinst av alle de forebyggende medikamentene hun får, selv om måleverdiene ser penere ut. Jeg etterlyser en metarefleksjon over hva vi egentlig driver på med i allmennpraksis, men presiserer samtidig at det ikke er vi allmennleger som har bestemt at det skal være slik, jeg vil igjen ansvarliggjøre forskningen.



UTPOSTEN: *Hva kan vi gjøre for å snu trenden i retning av mer edruelig risikofokusering?*

IH: Først og fremst må betydningen av problemstillingen aksepteres, både innenfor akademisk medisin og hos helsepolitiske beslutningstakere. Det kvantitative aspektet er det enkleste, det handler om å gjøre helt enkle analyser over hvor stor risikopopulasjon man får ved en gitt risikodefinitjon og å vurdere om det er plass for dette i helsetjenesten. For eksempel ville man da ha funnet at når man i 1995 senket kolesterolgrensen fra 8 til 6,5 mmol/l så skulle det vært tilført mer enn 500 nye allmennlegeårverk for å gi de mer enn 600 000 nye risikantene en time hver i året. Siden det ikke skjedde måtte allmennlegene igjen prøve å jenke det til. Hva som ble skjøvet ut når alle disse friske skulle få oppmerksomhet omkring sitt kolesterol, vet vi likevel ikke. Selv dette enkle kvantitative aspektet har vært umulig å få aksept for i disse 20 årene NSAM har arbeidet med det. Utviklingen har gått i motsatt retning, som demonstrert i 2003-retningslinjene. I begrepet «edruelig risikofokusering» er det også et kvalitativt element, slik jeg ser det. Er det nå så sikkert at pasientene egentlig er like interessert i denne prognoseforbedrende aktiviteten med mange forebyggende medikamenter og høyst usikker gevinst, som det helsetjenesten er? Signe Skred prøvde å ta alle disse medikamentene etter beste evne og var også takknemmelig til helsetjenesten, men jeg er ikke sikker på at vi med hånden på hjertet kan si at takknemmeligheten er forjent.

Innen allmennlegemiljøet er det helt klart grunnlag for å drøfte vårt mandat til for eksempel å måle ulike risikofaktorer uten å drøfte med pasientene mulige konsekvenser før testingen finner sted.

Vi kan også protestere på at forskningen stadig gir oss nye risikofaktorer å holde på med og dermed reduserer vår mulighet til å se personen og ikke bare et økende antall fragmenter.

Vi må antagelig la være å jenke det til i det stille i for stor grad, for det tildekker jo problemet slik at myndigheter, forskere og media ikke forstår hva dette egentlig dreier seg om.

Vi må også påpeke paradokset med den store kunnskapsmengden som finnes om risikofaktorer hos friske mennesker og det store kunnskapshullet vi har for lidelser vi i liten grad forstår og i enda mindre grad kan tilby god behandling for, som hos Signe Skred, som tilsynelatende var prioritert opp av helsetjenesten, men i virkeligheten var prioritert ned.

Jeg tror at det behøves nytenking innenfor forskningen for å fylle opp med anvendelig kunnskap i dette hullet. Mens EBM kan gi oss kunnskap som er ervervet på gruppenivå og som så skal appliseres på et antatt gjennomsnittsmenneske, så tror jeg vi i større grad må finne fram til metoder som kan

gi kunnskap om denne ene personen som akkurat nå er på legekontoret for å få hjelp. Jeg tror at kunnskap om relasjoner er et viktig stikkord her, og jeg er også usikker på hvor mange som fortjener betegnelsen «gjennomsnittsmenneske» hvis også dette aspektet inkluderes.

UTPOSTEN: *Ja, det var noe om hva allmennlegemiljøet kan bidra med. Men hva med den enkelte allmennlege som sitter alene på sitt kontor og daglig må forholde seg til de menneskene som kommer til oss og vil ha en «helsjekke» og gjerne sier: «Ta alle de prøvene du kan ta!»?*

IH: Vi kan jo prøve å råde dem til ikke å la seg undersøke for mye hvis de føler seg friske fordi de fort kan falle i en risikogrøft, spesielt de eldre og gamle. Jeg tror likevel det er vanskelig for den enkelte allmennlege å avvike for mye fra gjeldene retningslinjer, vi kan ikke endre de grenser som er mer eller mindre akseptert i samfunnet. Jeg skulle gjerne ha fortsatt med åtte mmol/l som kolesterolgrense på mitt legekontor, men det våget jeg ikke og jeg ville uansett da være i en situasjon der jeg hele tiden måtte forsvare dette. Det er vanskelig å tenke seg hvordan det hadde gått hvis hver lege hadde sine private grenser for blodtrykk, blodsukker med mer.

Jeg prøver etter beste evne å forklare pasientene hva en risikofaktor er, hvor stor hans risiko er, hvor mye risiko kan reduseres med behandling og hva som kan være bivirkninger av behandlingen – en svært tidkrevende aktivitet. Og jeg vet at forskning viser at pasientene nærmest forstår like lite av dette uansett hvilke ord og uttrykk jeg bruker, noe som igjen øker mitt ansvar for hva jeg foreslår av behandling.

Jeg har likevel gjennom årene fått en viss trygghet i å jenke det til, uten at jeg kan gi noen oppskrift på det. Jeg er i denne sammenheng mer bekymret for studentene og de nyutdannede legene som kommer ut med blodtrykksgrense på 140/90 mm Hg som integrert kunnskap og da knapt vil finne noen normale voksne.

UTPOSTEN: *Hvilke visjoner har du for medisinsk forskning i årene fremover?*

IH: En visjon er vel nærmest noe uoppnåelig som man ikke skal kunne forvente å oppnå. Jeg kan si hva jeg ønsker meg, men må da også tilføye at jeg ikke har så store forventninger til at målet kan nåes fullt ut. Jeg hadde forventninger på 80-tallet om at det måtte gå an å få til et godt kvalitetssikringssystem for forebygging av hjerte- og karsykdommer i primærhelsetjenesten. Men siden risikodefinsjoner i økende grad synes å framstå som «tenk på et tall» på stadig flere områder, så tror jeg ikke lenger at den samlede risikoaktiviteten er forenlig med en bærekraftig helsetjeneste. Alle Signe Skreds hjelpere brukte all sin tid på å kvalitetssikre disse risikotilstandene som hun ikke opplevde å feile, men uten å lykkes – med det heller.



Irene Hetlevik foran et tilfeldig utvalg trondheimere over tjue år som – ifølge ekspertretningslinjene fra 2003 – består av 75 prosent hjerte-kar-risikanter.

Jeg ønsker meg anvendelig kunnskap om de lidelser våre pasienter opplever å ha og kommer til oss med, både kunnskap om hvorfor de lider og også hvordan jeg kan hjelpe.

Jeg ønsker en reduksjon av risikofokuseringen i helsetjenesten. Da må forskerne muligens slutte med å produsere slike faktorer, for når kunnskapen først er der, lar den seg så vanskelig regulere. Man kan også lete etter mer eksistensielle sammenhenger – mer kausale årsaker nærmest – til at måleverdier endrer seg, for eksempel i form av økende blodtrykk eller vekt. Finner vi det kan fokus på det egentlig kausale bli oppjustert på bekostning av å behandle risikofaktorer. En studie av Felliti har for eksempel vist at vektreduksjon hos overvektige kan oppleves som truende ved at overvekt kan være en måte å usynliggjøre sitt indre livs lidelser på. Da sier det seg selv at tradisjonelle forsøk på vektreduksjon ikke vil være vellykket for dem dette gjelder. Effekt av å arbeide med relasjonelle traumer er også omtalt i Utposten nr 8, historien om Katarina Kaplan, skrevet av Anna Luise Kirkengen. Hennes nylig publiserte bok om «Hvordan krenkede barn blir syke voksne» blir anmeldt i neste nummer av Utposten, etter det jeg er blitt fortalt.

Hvis jeg skal spå hvor vi står om 10–20 år, tror jeg ærlig talt ikke at vi har klart å endre mye på kunnskapsproduksjonens innhold. Til det er det for sterke krefter som presser på i samme spor som nå. Allikevel har jeg tro på at vi kan påvirke retningen på forskningen noe, og dersom flere allmennleger får øynene opp for disse problemstillingene kan kravet om «anvendelig kunnskap» kanskje bli så stort at det ikke kan oversees. En nødvendig forutsetning for at allmennlegene evt. skal komme til å kreve dette, er at vi ikke blir for bekvemme i rollen med å behandle de friske risikantene på bekostning av de syke pasientene.

Om politisk styring av helseforetakene

INTERVJU AV PETTER BRELIN OG ANDERS SVENSSON

Det gikk et sus gjennom publikum på

Nidaroskongressen da det ble annonsert at

Sylvia Brustad var utnevnt til ny helseminister.

Allmennlegene i salen var tydelig ikke begeis-

tret. Om det var begrunnet i uenighet i Arbei-

derpartiet sin helsepolitikk eller skepsis mot

Sylvia Brustad som helseminister er usikkert.

Inntrykket vi har av en politiker er uansett i stor

grad skapt av media. Utposten har vært på besøk

i maktens korridorer i Helse og omsorgsdeparte-

mentet for å prøve å finne ut om skepsisen er

begrunnet. Hva kan vi forvente av Sylvia

Brustad som helseminister?

Vi kommer en halv time for tidlig. Resepsjonen til Helse og omsorgsdepartementet er ikke særlig inviterende. Den er kald, stram og lite gjestmild. Den svarte lærsofaen er som hentet fra et minimalistisk interiørmagasin. Vi halvligger i den med besøkkortene på skjeve og observerer de forbausende hippe byråkratene som passerer den elektroniske sikkerhetsporten. Ingen grånende herrer i dress, men unge mennesker på vei frem og oppover. Her planlegges fremtidens helsevesen.

Resepsjonen er ingen møteplass, og det er ikke meningen at man skal sitte her lenge. Informasjonssekretæren, som møter oss, er selvsagt punktlig. Hun følger oss opp fire etasjer, under litt småprat og orientering om hva vi kan forvente oss. Vi får 20 minutter. En legetime. Som kjent kan man få mye ut av en konsultasjon. Av og til.

Kontoret til helseministeren er stort, lyst og elegant uten å være påtrengende. Det gir inntrykk av fast effektivitet. Brustad sitter bak skrivebordet når vi kommer, hun reiser seg og tar imot oss, smilende og imøtekomende. Dette er åpenbart en audiens. Inntrykket forsterkes av at hun setter seg på kortsiden av det store konferansebordet. Sannsynligvis hennes faste plass. Det er herfra hun styrer departementet. Hun er selvsikker og avslappet. Dette har hun gjort før. Det har ikke vi. Vi er på bortebane.

Hun setter seg ved bordet og blir stille, venter på våre spørsmål.

Vi begynner forsiktig med et generelt spørsmål om hva hun mener om norsk helsevesen. Svaret blir like generelt og intetsigende som spørsmålet. Men vi er allmennpraktikere, og hun er en dreven politiker, hun slår velvillig fast at «fastlegene er en av grunnpilarene som vi må bygge videre på».

En av grunnpilarene. Vi får vel si oss fornøyde med det, men vi hadde heller sett at hun brukte ordene grunnmuren i helsevesenet. Som vi mener er mer dekkende for betydningen av allmennmedisin.

Vi må jo spørre, selv om hun har antydnet svaret allerede. Har hun noen planer om endringer for oss allmennleger?

– Fastlegeordningen ligger fast, og den er stort sett veldig vellykket. Den er bra for pasientene og bra for legene. Der er ikke planer om endringer i rammevilkårene for norsk allmennmedisin.

Klar tale. Ikke noe tvil.

Allmennmedisin er en av grunnpilarene i norsk helsevesen. Likevel er allmennmedisin ikke nevnt med et ord i Soria Moria-erklæringen. Helseministeren mener at dette ikke er et uttrykk for at allmennmedisin ikke er viktig.



Det har liten hensikt å argumentere med helseministeren for å få svar hun ikke ville gi.

– Den er et politisk dokument og er preget av det som er i fokus i media, da kommer sykehusene i fokus. Det betyr ikke at jeg ikke er opptatt av hele helsetjenesten, også kommunehelsetjenesten og allmennmedisinen.

Det må være en utfordring for en politiker ikke å la seg rive med av medias oppmerksomhet. For å få det til trenger man gode rådgivere. Brustad har flere. Hun skjønner intuitivt av vi lurte på om hun har kjennskap til allmennmedisin. Og svarer på spørsmålet indirekte.

– Vi har mange kilder, selvsagt først og fremst fra departementet, direktoratet og tilstøtende institusjoner, men også Lægeforeningen og liknende organisasjoner. Jeg har en del personlige rådgivere, også fastleger, som jeg bruker. Politikk handler om å prioritere.

Hva vi skal gjøre mer av i det norske helsevesenet i fremtiden?

– Jeg tror fastlegene må ta større ansvar for å veilede pasienten inn i riktig sykehus slik at ventetidene reduseres ytterligere. Ventetiden på epikriser fra sykehusene til fastlegene begynner å bli bedre, men kan nok fremdeles forbedres. Vi vil fortsatt satse på psykiske lidelser, omsorgen for rusmiddelbrukere og kvinnehelse. Jeg tror det er viktig å fokusere på forebyggende tiltak for å redusere sykkeligheten. Vi vil forsøke å gjøre noe for å redusere overvektsproblemene, vi vil også forsøke å få folk til å trene mer og få ned tobakksforbruket.

– Hvis man satser på forebygging i alle ledd, må vi tørre å si dette høyt og tenke langsiktig.

Når folk kommer til legen med sin diabetes, så må de få råd om kost, og når de kommer med sin KOLS, så må de få hjelp til å slutte røyke.

Her får vi lyst å poengtere at dette gjøres jo allerede i dag av de fleste allmennpraktikere, men vi får ikke samlet tankene før hun fortsetter.

– Legetjenestene i sykehjemmet må bedres, vi er i ferd med å utarbeide en nasjonal standard for dette som skal komme ut i år.

Sykehjemslegen, er det en allmennmedisiner?

– Ja, jeg tror sykehjemmene skal drives med primærleger i legestillingene, men dette vil bli nærmere gjennomgått i den planen som kommer senere i år.

Norge bruker mest midler på helse i Europa. Prioriteringer handler om å velge, og å velge bort. Politikere har alltid vanskelig for å velge bort. Helseministeren er ikke noe unntak.

Vi spør henne hva vi skal gjøre mindre av i fremtiden.

Hun ser en aning overrasket ut over problemstillingen, men etter et mikrosekunds tenkepause kommer det på politikeres vis.

– Riktignok bruker vi mye midler, men så har vi et flott helsevesen også. Jeg tror ikke at jeg i dag er beredt til å si om vi skal gjøre mindre av noe, vi må se hvordan vi bruker resursene. Jeg må jo si at det er et tankekors at det er lange vente-



Anders Svensson og helseministeren etter en hyggelig «konsultasjon» på statsrådens kontor.

tider i psykiatrien, mens hver terapeut ikke behandler mer enn i gjennomsnitt 1.8 pasienter/dag.

Vi skal ikke gjøre mindre. Vi skal effektivisere.

Helseministeren er opptatt av sykehus. Det er allmennleger også. Mange av oss bruker lokalsykehus og er opptatt av den nærhet og tilgjengelighet som et lokalsykehus representerer. I de fleste politiske dokumenter er det fastslått at lokalsykehus ikke skal legges ned. Men for å skjønne hva det betyr, må man jo vite hva et sykehus er og hvilke funksjoner et sykehus bør ha.

Hva er et sykehus?

– Nei jeg vil ikke gå inn på å definere sykehus eller et minimum av funksjoner som sykehus bør ha. Vi trenger mange sykehus.

– Lokalsykehusene må brukes mer til kronisk syke pasienter. Jeg har ikke noen absolutt svar. I noen fylker har sentraliseringen og spesialiseringen gått for langt, andre steder er mer spesialisering aktuelt. Alle kan ikke drive med alt, det viktige er at vi har et system der folk kan føle seg trygge.

Sylvia Brustad er dyktig. Hun svarer bestemt og sikkert på de spørsmål vi stiller. Like selvsikkert og bestemt svarer hun ikke på det hun ikke kan, vil, eller ønsker å svare på.

Neste spørsmål. Nå om henvisningsplikten.

Fastlegene frykter en uthuling av henvisningsplikten bl.a. som et resultat av at barnelegene i Oslo vil at barn skal kunne mottas av spesialist uten henvisning. Hva er ditt syn på henvisningsplikten?

– Jeg har ikke noe klart svar på det.

Vi blir usikker på om hun ikke har et klart svar fordi at hun ikke har satt seg inn i spørsmålet, eller om fordi hun er i «tenkeboksen».

Så vi prøver å spørre direkte om hun ønsker å endre reglene for henvisningsplikten. Det er selvsagt fryktelig naivt å tru at det skal gi et annet svar.

Sylvia Brustad gir ikke fra seg noe gratis. Hun holder fokus og blir ikke «carried away» av sin egen stemme. Hun er helt enkelt profesjonell. Ikke altfor personlig, og absolutt ikke privat, men imøtekommende og vennlig. Alt hun sier er gjennomtenkt. Det som ikke er gjennomtenkt sier hun ikke.

Edb-løsninger i helsevesenet er et kontinuerlig mareritt. Vi prøver å få Brustad til å si. *Norsk helsenett er beskrevet som en motorvei uten trafikk. Mange allmennleger er misfornøyde med at de får lite igjen for tilknytningen, hvordan vil dere få bedre drift i Norsk Helsenett?*

– Vel, det er grenser for hva jeg rekker på to måneder. Det er viktig for pasienten at allmennlegen har en oppdatert journal. I dag tar det ofte altfor lang tid å få overført opplysninger fra sykehusene. Jeg tror at det er varierende aktivitet i helsenettet rundt omkring i landet. Ringerike sykehus har for eksempel lyktes imponerende godt. Ambisjonen er at dette skal flyte i hele landet. Vi får se om vi skal legge dette inn i bestiller-dokumentet for 2006.

Allmennmedisinsk forskning ligger betydelig etter i prioriteringen av forskning i helsevesenet. Det har vært signalisert at man vil øke innsatsen for forskning i allmennpraksis, det skal som kjent opprettes nye forskningssentre. Når blir det bevilget midler til dette?

– Jeg vil ikke datofeste dette, og jeg har ikke satt frist på det. Det vil etter hvert komme en rapport fra direktoratet.

Hva vil du at vi skal forske mer på i allmennpraksis?

For første gang under intervjuet slipper hun garden ned. Hun ler sjarmerende og svarer:

– Det kan vel dere selv svare bedre på enn det jeg kan.

Og det var vel også litt vel optimistisk, på grensen til tullete, å tro at helseministeren hadde noen sikker oppfatning om forskning i allmennpraksis.

Vi hadde 20 minutter. Etter 25 minutter begynner informasjonsekretæren å vri på seg. Hun har sittet musestille under hele intervjuet, og når hun beveger seg blir det svært tydelig for oss alle. Sylvia Brustad ler og sier at nå blir jeg fortalt at tiden begynner å renne ut. Hun er selv avslappet og gir inntrykk av at hun har all tid i verden. Sjenerøst gir hun oss ytterligere fem minutter.

Vi bruker de siste minuttene til å forhøre oss om hva hun mener om praksiskonsulentordningen. Hun har åpenbart hørt om denne og gir uttrykk for at dette er en lovende vei for å bedre samarbeide mellom 1. og 2. linjen i helsevesenet. På tampen av intervjuet vil vi gjerne høre litt om hvorfor hun skal gjeninnføre politisk overvekt i styrene i helseforetakene. Det virker som om hun har et oppriktig ønske om å møte kritikken om demokratisk underskudd i styringen av helse Norge. Våre bekymringer om at dette kan lede til ytterligere fragmentering og mer ustabil styring, avfeies med et skuldertrekk og en kommentar om at politikere også er ganske fornuftige mennesker. Det skal nok gå bra får vi vite.

Vi hadde ingen illusjoner om at helseministeren velger Utposten for å introdusere nye reformer eller linjer i regjeringens helsepolitikk. Våre antagelser holdt stikk, de store endringer ble ikke kommunisert i vår samtale med Sylvia Brustad. Vi møtte en profesjonell minister. Hun signaliserer med all mulig tydelighet at politikk, det kan hun. Denne administrasjonen kommer neppe med de store endringer eller dramatiske utspill. Her blir det grundige utredninger, veloverveide endringer og «business as usual» som hovedregel. Vi brukte en «time» og fikk møte en vennlig minister som virket villig til å lytte. Vi hadde gjerne satt opp en kontrolltime. For å kunne følge opp det som glapp for oss og for å slippe å angre på alt det vi ikke fikk spurt henne om. Om hvorfor hun vil satse på kvinnehelse når menn lever kortere og har høyere sykkelighet. Hva med ungdommen, hva med grønn resept, hvordan skal hun få allmennlegene til å prioritere rus, psykiatri og forebygging?

Mye annet skulle vi ha spurt om, men det gjorde vi ikke, det er kanskje like greit.

Vi kan nok gjette oss til svarene.

Primærmedisinsk uke 2006

«Undrer meg på,
hvad jeg får at se...»

PMU 2006 på Soria Moria 23.–27. oktober Velkommen til leger og medarbeidere i primærhelsetjenesten!

Vårt kurstilbud favner vidt slik primærhelsetjenesten natur er, og skal være, fra psykiatri til småkirurgi, fra terminal kreft til livsstilsendring, fra svangerskap til sykehjem, fra laboratoriet til forskning, fra forebygging til rehabilitering, fra vanskelig kommunikasjon til samarbeid.

Nettstedet blir oppdatert fra 1. januar 2006: www.pmu2006.no

Vi i hovedkomiteen er:
Ketil Kongelstad(LSA),
Jon Hilmar Iversen (leder)
(LSA), Vegard Høgli (Nor-
sam), Kenneth Sagedal
(NSAM), Elin Olaus Ros-
vold (NSAM), Helle Dun-
ker (medarbeider), Karin
Frydenberg (Aplf), Tove
Rutle(sekretær)(med-
arbeider), Bente Rusten
(medarbeider) og Trygve
Kongshavn (Aplf).



Vi gleder oss til et spennende arrangement i samme ånd som tidligere, en møteplass for undring, inspirasjon, kunnskap, samarbeid og fagutvikling for allmenn- og samfunnsmedisinere i primærhelsetjenesten og deres medarbeidere. Vi lager en inspirerende kulturell og sosial ramme og håper at vi møtes i samtale og diskusjon for utvikling av norsk primærmedisin.

Vårt motto i år: Undrer mig på, hvad jeg får at se
Undrer mig på, hvad jeg får at
Undrer mig på, hvad jeg får
Undrer mig på, hvad jeg
Undrer mig på, hvad
Undrer mig på
Undrer mig
Undrer

Klippet fra Bjørnstjerne Bjørnsons «Arne»

Primærleger
og medarbeidere
(Aplf, NSAM, LSA, Norsam)

Soria Moria
23.–27. oktober 2006

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

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



ANNE BRÆKHUS



ANNE ØKSENGÅRD

Demensutredning i allmennpraksis — for hvem, av hvem og hvorfor?

AV ANNE BRÆKHUS OG ANNE ØKSENGÅRD

Anne Brækhus, Nevrologisk avd, Rikshospitalet 0027 Oslo. E-post: anne.brakhus@rikshospitalet.no

Anna Rita Øksengård, Geriatriska Kliniken, Huddinge, Karolinska Universitetssjukhuset, 141 86 Stockholm, Sverige.

E-post: anne.oksengard@karolinska.se

Demensutredning kan by på utfordringer, både av praktisk og diagnostisk art. Vi gir her en kortfattet oversikt over sykdommen og rutiner som kan benyttes ved utredning av demens hos pasienter i allmennpraksis. En kasuistikk illustrerer flere aspekter ved mistanke om demens som kan være vanskelige å håndtere.

Hva er mental svikt / demens ?

Demens er et begrep som brukes om ulike hjernesykdommer (tabell 1) der hovedsymptomet er reduksjon av kognitive funksjoner. Demens av Alzheimers type og vaskulær demens regnes som de to hyppigste formene for demens. Noen demenssykdommer forekommer hyppigere hos yngre, mens andre ses oftere hos gamle. Eksempelvis ses frontotemoral demens (FTLTD) hyppigere hos relative unge pasienter (40–60 år), mens blandingstilstanden demens

av Alzheimers type og vaskulær demens ses fortrinnsvis i høy alder. Begrepet aldersdemens brukes hyppig idet mer enn 98 prosent av demenspasientene er 65 år eller eldre.

Man regner med at ca 20 prosent av alle over 80 år har en demenssykdom. Det er sjelden sykdom hos yngre, man regner med drøyt 100 nye tilfeller pr år i Norge hos personer under 65 år.

Symptomene på demens utvikles vanligvis over måneder og år. Hvilke symptomer demenstilstanden debuterer med er avhengig av hvilke områder i hjernen som først affiseres, noe som varierer avhengig av hvilken demenssykdom det dreier seg om. Ved kortikal demens som ved f.eks ren Alzheimers sykdom med debut i hippocampus eller hippocampusnære strukturer, ser man i startfasen progredierende hukommelsesreduksjon i nærhukommelsesminne som det tidligste symptom ledsaget etterfulgt av mer omfattende hukommelsessvikt, desorientering, handlingssvikt, språkvansker og personlighetsendringer. Hos pasienter med FTLTD sees ofte initialt først en endring av personligheten før typiske demenssymptomer som hukommelsesreduksjon og språkproblemer kommer på et senere tidspunkt. I tillegg til svikt i intellektuelle funksjoner og manglende

sykdomsinnsikt ser man ved FTLTD i betydelig grad person- og adferdsendring som f.eks svikt i kontrollstyring led-saget av manglende impuls kontroll (f.eks overspising og/eller ekstremt pengeforbruk), utagering, rastløshet og aggresjon som ikke sjelden kan samvariere med apati og tiltaksløshet.

Det er høy frekvens av sekundære symptomer som depresjon og apati ved alle former for demens. Ved sykdomsprogresjon ses økende forekomst av atferds- og emosjonelle endringer som for eksempel mistenksomhet, aggresjon, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Yngre personer har oftere en raskere progresjon av Alzheimers sykdom enn eldre. Ved subkortikal demens, ofte årsaket av patologi i subkortikale små blodkar, er startfasen ofte preget av symptomer som redusert evne til å utføre eksekutive funksjoner med nedsatt tempo i tankegang og motorikk. Ved ren vaskulær demens gjenspeiles symptombildet av hvor i hjernen den (de) vaskulære lesjonen(e) sitter. Parkinsons sykdom med demens og Lewy Body legeme demens (LBD) er uttrykk for lesjoner i hjernens basalganglier med parkinsonistiske symptomer (av varierende varighet), fluktuerende konfusjon, kognitiv svikt med relativt intakt nærhukommelse, ortostatisme og urininkontinens (LBD). Ved multipel sklerose (MS) har ca. 50 prosent av pasientene en viss kognitiv svikt selv om relativt få pasienter har en så uttalt svikt at det fyller kriteriene for en demenssykdom.

TABELL 1. Eksempler på demenssykdommer

Vanlige:

Demens av Alzheimers type (DAT)
Vaskulær demens (VaD)
Blandingstilstand, DAT og VaD

Mindre vanlige:

Frontotemporalappdemens (FTLD)
Demens ved Parkinsons sykdom /Lewy Body demens
Multipel sklerose

For å stille diagnosen demens i henhold til ICD-10 kriteriene, må det påvises reduksjon i hukommelsesevnen samt svekkelse av to andre kognitive funksjoner. Det er obligat at symptomene, uavhengig av årsak, skal ha vart i minimum seks måneder før demensdiagnosen kan stilles (tabell 2 øverst på neste side).

Mild kognitiv svikt / Mild cognitive impairment (MCI)

En rekke begreper og diagnostiske kriterer for mild kognitiv svikt har vært lansert opp igjennom årene. MCI (mild kognitiv impairment) er det begrepet som benyttes mest. Det ble innført av Peterson og medarbeidere ved MAYO klinikken i 1999. Disse diagnostiske kriteriene passer godt

- I (1) Svekket hukommelse
(2) Svekkelse av andre kognitive funksjoner (for eks. abstraksjon, dømmekraft, tenkning, planlegging).
Den kognitive svikten må influere på dagliglivets funksjoner:
Mild: Påvirker daglige aktiviteter
Moderat: Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre
Alvorlig: Nødvendig med kontinuerlig pleie og overvåking
- II Bevart bevissthet tilstrekkelig til å bedømme pkt. I
- III Svekket emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd med en eller flere av følgende:
(1) Emosjonell labilitet
(2) Irritabilitet
(3) Apati
(4) Unyansert sosial atferd
- IV Varighet: 6 måneder eller mer

TABELL 2. Demens kriterier i hht ICD-10

sammen med Fo6.7 i ICD-10 systemet. Diagnosen MCI skal brukes der pasienten har subjektiv hukommelsessvikt som bekreftes av en komparent, men der forandringene ikke er så uttalte at de påvirker funksjonsevnen i dagliglivet. Enkelte longitudinelle studier har vist så mange som 40–60 prosent av personer med mild kognitiv svikt utvikler demens innen 1–2 år, avhengig av komorbiditet og hvilke kriterier som er lagt til grunn for å stille diagnosen MCI.

Kan det være demens, doktor?

Ulf er 62 år og jobber på det kommunale tannlegekontor som stedets tannlege der du jobber som kommunelege. Du har kjent ham i fem til seks år som en arbeidsplasskollega idet dere deler spiserom, men dere har ingen privat omgang. Hans kone ber deg observere Ulf idet hun synes han har blitt så rar det siste halvåret. Hun synes han virker forvirret og hun er redd han begynner å miste grepet på arbeidet idet det går rykter på bygda om at pasientene bare får «overflatebehandling» og at han henviser mer og mer til andre. Han har også gjort flere merkelige innkjøp i det siste, blant annet kjøpt inn mengder av dyrt verktøy som han aldri har satt igang å bruke. Å få ham til å søke deg på egen hånd er utenkelig. I løpet av den neste måneden observerer du følgende: Ulf spiser eller rettere sagt sluker kun hvete-boller eller andre søtsaker i lunsjen. Han virker sjuskete – bytter han aldri klær? Hukommelsen virker intakt, men det er stadig gamle jakthistorier som gjentar seg i spisepausen og enkelte ganger bommer han på ord – noe som flere oppfatter som morsomt og som han høster stor applaus for. Han er punktlig, men kom på jobb 1. mai da du hadde vakt uten tilsynelatende å vite at det er en fridag? Du har av og til bedt ham om hjelp med gjennomlysning ved mistanke om småfrakturer i kjeve/hånd/fot, men nå virker han nærmest «klossete og uvøren» på røntgenlabben og skjeller på pasienten.

Tar du affære? I så fall hvorfor bør du utrede?

Hvorfor bør mental svikt/ demens utredes?

Flertallet av de som utreder demenssykdommer er nok tilhengere av at utredningen skal skje på et tidlig stadium i sykdommen. Det finnes uten tvil mange grunner til å utrede tidlig, se tabell 3 øverst på neste side.

- Utelukke andre, reversible årsaker til mental svikt, eks tumor og somatisk sykdom
- Avdekke funksjonssvikt, slik at spesifikk hjelp kan iverksettes
- Informasjon om sykdommen til pasienten. Bør gjøres på et tidlig stadium
- Pårørende ønsker diagnose og informasjon som letter omsorgsoppgaven betydelig
- Spesifikk behandling av demenssykdommen
- Behandle tilleggssymptomer ved demens (angst, depresjon)
- Praktiske hjelpemidler må iverksettes tidlig, ellers liten effekt
- Førerkortvurdering
- Inngangsbillett til offentlige tjenester (hjemmehjelp, hjemmesykepleie, sykehjem)

TABELL 3. Grunner til å utrede symptomer forenelig med mental svikt.

På den annen side, utredning bør ikke skje for enhver pris. Det er helt klart at noen, både pasienter og pårørende helst ser at det ikke settes ord på problemene. Det er noe som skjer, og det er greit sånn. Hva som er riktig i det enkelte tilfelle er ikke alltid lett å vite, her må det brukes takt og vurdering! Men én ting er sikkert, dersom pasienter og pårørende klager over redusert hukommelse eller annet som kan tyde på en begynnende kognitiv svikt *skal* man ta tak i det. Det samme gjelder symptomer hos yngre der det gjerne har betydning for funksjon i arbeidslivet.

Organisering av demensutredning

I regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens foregikk det i perioden 1998 til 2002 et utviklingsprosjekt med formål å utprøve ulike modeller for utredning av demens. Den såkalte sentraliserte modell fungerte som en slags halvannenlinjetjeneste der en lege og en sykepleier utgjorde kommunens demenssteam og utredet alle pasientene i kommunen. Fordelen er at personene i demenssteamet raskt tilegner seg høy kompetanse om demens, mens ulempen er sårbarhet dersom teamdeltakerne går over i ny jobb. I modell nr 2 utredet pasientens fastlege pasienten sammen med et demenssteam bestående av sykepleiere, mens i den siste modellen, «den desentraliserte», var det fastlegen og hjemmesykepleiere som utredet. Ulempen ved sistnevnte modell er at det tar lang tid å opparbeide kompetanse, og det kan bli et «ork» å starte med hver ny utredning.

Triggere for å påvise forekomst av mental svikt

Demenssykdommer utvikler seg langsomt, ofte over flere år, og symptomene kan i starten være uspesifikke. Det kan derfor være vanskelig, for pårørende, men ikke minst for helsepersonell som ikke ser pasienten så ofte å registrere de endringene som skjer. Det blir da av og til stilt spørsmål om man burde screene alle gamle, evt alle over en viss alder. Man vet lite om hvor effektiv en slik screening er. Det finnes derimot en del triggere man kan benytte seg av.

- Endring i dagliglivets funksjon (problemer med medisinerer)
- Hukommelsessvikt mtp nye hendelser
- Endring i atferd
- Desorientering
- Bekymringsmelding fra pårørende
- Uteblivelse fra legetimer
- Diffus gjengivelse av sykehistorie

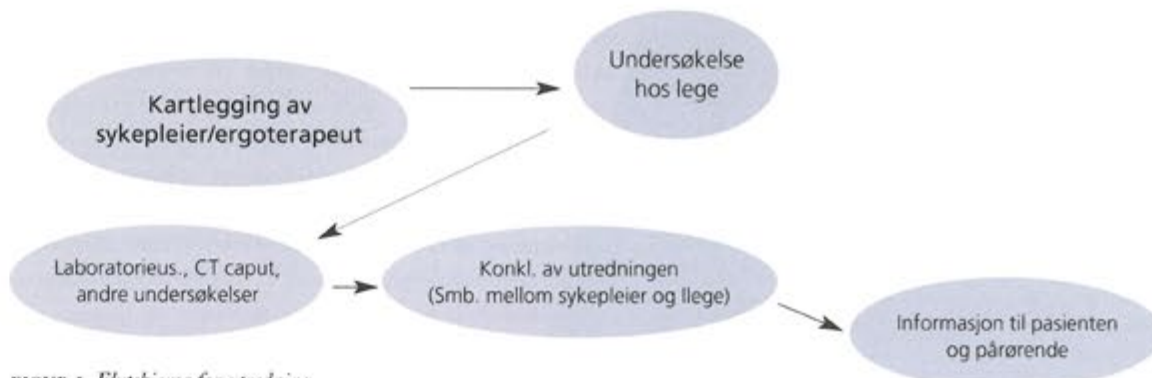
TABELL 4. Triggere for påvisning av mental svikt

Gang i utredningen

Innen demensdiagnostikk (som i all diagnostikk forøvrig) er det rom for tolkning selv om man følger diagnostiske kriterier. Begrepet «daglig funksjonsevne» betyr ikke nødvendigvis det samme for en yrkesaktiv, sosialt utadrettet person som for en mindre aktiv person med snevrere aksjonsradius. Tidligere studier viser imidlertid at demensdiagnosen ofte ikke blir stilt før sent i forløpet av sykdommen når symptomene har fått alvorlig innvirkning på primære funksjoner som evnen til å lage og få i seg mat, opprettholde hygiene og klare seg på toalettet.

Et viktig aspekt som gjelder all demensdiagnostikk uansett helsetjenestenivå er nødvendigheten av å innhente opplysninger om endring i pasientens ferdigheter enten fra en nær slektning eller en annen som har kjent pasienten over tid. I følge et tidligere leserinnlegg i *Utposten* i 2004 vil mange allmennleger kve seg nettopp for denne oppgaven i forhold til å komme i konflikt med taushetsplikten. Flere studier viser imidlertid at de aller fleste demenspasienter ønsker en åpenhet om sin sykdom. Som behandlende lege kan man lære seg å håndtere dette ved å konsekvent be om aksept for å kontakte pasientens pårørende.

Utredning og oppfølging av demens er en tverrfaglig oppgave, ikke minst i primærhelsetjenesten. *Figur 1* på neste side viser gangen i utredningen. Det er mye informasjon som skal innhentes før en evt. diagnose stilles og de fleste pasienter trenger regelmessig oppfølging over lang tid. Mange av disse oppgavene kan ivaretas av andre yrkesgrupper (som kanskje gjør en vel så god jobb med det som doktor'n). Men et viktig poeng er at noe er legearbeid. Utføres ikke dette blir det i beste fall en halvgod utredning, og det stilles vanligvis ingen diagnose. Så, legearbeidet i denne sammenheng kan minimeres, men ikke fjernes helt. *Tabell 5* på neste side viser hva legearbeidet bør omfatte. Mye av anamnesen av pårørende kan overlates til sykepleiere, som innhenter opplysninger via spørreskjemaer, se *tabell 6* på neste side. Noen foretrekker også å la sykepleiere utføre de kognitive testene. Etter vår oppfatning er dette en helt klar legeoppgave. Testene som anbefales brukt i primærhelsetjenesten er MMS, klokketest, Trail making A og B. Disse



FIGUR 1. Flytskjema for utredning

testene er relativt enkle å lære å utføre / tolke og tar ikke lang tid å gjennomføre. (For bruksanvisning og veiledning se: <http://www.nordemens.no/skalaindex.htm>).

... du beslutter å konfrontere Ulf med dine observasjoner og konas bekymring. Han går med på å la seg undersøke med CT av hjernen og bli testet. Svaret på CT'en negativt. På MMS-testen skårer han 26/30 poeng der han kun husker et av de tre ordene, taper to poeng på regneoppgaven og klarer ikke å kopiere fem-kantene. Ved utføring av klokke-testen bruker han romertall idet han kikker på sin egen klokke, men likevel blir det feil. Han markerer heller ingen størrelsesforskjell på viserlengdene og markerer unøyaktig tidsangivelse. Du lar ham gjøre Trail making test A som går raskt uten problemer, men han klarer ikke å gjennomføre Trail making test B og gir opp når han skjønner at han ikke får det til.

Nevropsykologiske tester kan *vanligvis* ikke skille mellom ulike former for demens, men trender i skåringsprofilen kan gjenspeile funksjonsnivået av spesifikke hjerneområder. Eksempelet over kan gjenspeile at Ulf har patologi i tempoparietallappen (e) (svikt i nærhukommelsen og visospatial evne) og eventuelt i hjernens frontale og subkortikale strukturer som vises ved hans eksekutive dysfunksjon (store problemer med klokke-testen og Trail making test B).

Mange av pasientene skårer innenfor det såkalte normalområde for kognitiv svikt og da er det andre symptomer man må legge vekt på. Disse symptomene må komme frem

ved observasjon og oppfølging av pasienten, og innhentes vanligvis fra komparentopplysninger eller ved egen observasjon.

Hos Ulf har kona sett en forandring over tid (> seks mnd) og du har ved dine observasjoner lagt spesielt merke til endret adferdsmønster. Hans spisevaner med tendens til overspising av søtsaker og i behandlingssituasjoner der han skjeller ut pasientene kan gi mistanke om frontallappspatologi.

Et viktig aspekt som gjelder all diagnostikk og utredning av mental svikt uansett helsetjenestenivå er nødvendigheten av å innhente opplysninger om endring/reduksjon i pasientens ferdigheter enten fra en nær slektning eller en annen som kjenner pasienten over tid.

Dersom man er i tvil bør pasienten henvises til spesialist. Pasientene skal henvises til CT caput for å utelukke andre hjerneorganiske årsaker til symptomene. Hos yngre (som Ulf) anbefales MR. Rutineblodprøver bør innebefatte TSH og T4. Fastlegen bør som hovedregel avsette 40 minutter til konsultasjon, evt to konsultasjoner à 20 minutter.

Når skal pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten?

Flertallet av pasientene med symptomer forenlig med mental svikt kan og bør utredes i primærhelsetjenesten. Hvilke pasienter som skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten er

TABELL 5. Legens oppgaver

- Anamnese av pasient og pårørende
- Somatisk undersøkelse
- Testing av kognitiv funksjon (MMS, klokke-test, Trail making A og B)
- Vurdering av depresjon og atferd (MADRS, Cornell)
- Blodprøver og CT caput, evt MR cerebrum hos yngre personer
- Stille diagnose
- Diagnose
- Informasjon (Diagnose, økonomi, hjelpeverge, førerkort, våpentillatelse, testament)
- Oppfølging

TABELL 6. Sykepleiers oppgaver

- Vurdering av dagliglivets aktiviteter,
- Atferdsendring og pårørende belastning
- Kartlegging av pasient og pårørendes ressurser og behov for hjelp bolig/nettverk
- Koordinering
- Informasjon
- Oppfølging

- Diagnostisk usikkerhet
- Demens i tidlig fase (MMS >24)
- Mistanke om demens, men kriteriene er ikke oppfylt
- Unge (< 65 år)
- Raskt sykdomsforløp
- Uvanlige symptomer
- Spesifikk medikamentell beh. (start / seponering) og/eller ved tvil om behandling
- Forekomst av alvorlig depresjon, spes. ved manglende behandlingsrespons
- Atferdsproblemer
- Førerkortvurdering

TABELL 7. Faktorer som krever henvisning til spesialist

avhengig av primærlegens og hjemmesykepleiers erfaring på området, men det er klart at en del problemstillinger håndteres lettere i spesialisthelsetjenesten enn i primærhelsetjenesten, se tabell 7. Med spesialisthelsetjenesten menes i denne sammenheng spesialisister innen geriatri eller psykiatri. Nevrologisk ekspertise er vanligvis mest aktuell hos yngre pasienter, der det er helt atypiske symptomer eller et uvanlig raskt forløp. Avhengig av kompetansen på stedet kan ovenstående pasienter / problemstillinger henvises til spesialist (se tabell over).¹

Du velger å henvise Ulf til en spesialistkollega for videre utredning, behandling og oppfølging. I henvisningen er det viktig å be om vurdering av hans våpentillatelse.

Bruk av kolinesterasehemmere og memantine

Ved Alzheimers sykdom utvikles en progredierende nevrodegenerativ prosess som gir forstyrrelse i kolinerge-, glutamingerge- og monoaminergerge nevrotransmittersystemer. I henhold til informasjon fra Legemiddelverket er det registrert to legemiddelgrupper med indikasjon symptomatisk behandling av Alzheimers sykdom; kolinesterasehemmere og memantine. Kolinesterasehemmere (tre generiske preparater) til bruk ved mild til moderat Alzheimers demens har som hovedvirkning å hemme enzymet acetylcholinesterase, som bryter ned signalsubstansen acetylcholin, hvorpå en økt kolinerg aktivitet oppnås. Memantine (ett preparat) er registrert til bruk ved mer langtkommen sykdom, og er en ikke-kompetitiv NMDA-antagonist som ved sin virkning kan stimulere hukommelsesfunksjonen.

Internasjonale retningslinjer og anbefalinger for hvilke pasienter som vil kunne ha nytte av kolinesterasehemmere er publisert. To norske naturalistiske studier, dog med enkelte metodiske begrensninger, viser at kolinesterasehemmere er nyttige i klinisk praksis. Flere studier tyder på at indikationsområdet også bør omfatte andre demensformer slik som Parkinsons demens / Lewy legeme demens og blandingsformer av vaskulær og Alzheimer demens. I Storbri-

tania pågår en revisjon av retningslinjene for bruk av kolinesterasehemmere som kan følges på www.nice.org.uk etter at én britisk industriuavhengig langtidsstudie, AD2000, ikke viste signifikant behandlingseffekt av donepezil hos pasienter med Alzheimers sykdom. Studien hadde et komplisert design og en stor svakhet i seleksjonskriteriene og derav lav statistisk styrke. Gjeldende nasjonale terapianbefalinger for bruk av kolinesterasehemmere er revidert etter at AD2000 ble publisert og finnes i sin helhet på www.legemiddelverket.no.

For legemiddelet memantine vises det til én Cochrane-rapport med lovende effekt hos moderat til alvorlig demente pasienter. I henhold til www.nice.org.uk bør tilsvarende kontrollerte langtidsstudier som for kolinesterasehemmere avsluttes før terapianbefalinger for memantine kan revideres. Ikke-medikamentelle tiltak som å legge til rette for sosial kontakt (f.eks dagsenter), stimuli samt informasjon og opplæring av pårørende gjelder uansett om det startes medikamentell behandling mot demens eller ei.

Oppfølging

Pasienter med en demenssykdom trenger oppfølging gjennom hele sykdomsprosessen og her har primærhelsetjenesten en stor og viktig oppgave. Oppfølging av demenspasientene krever at det utarbeides en individuell tiltaksplan. Ved progresjon av sykdomsprosessen er selvsagte legeoppgaver å vurdere seponering av kolinesterasehemmere samt behandling av depressive plager, vrangforestillinger og hallusinasjoner.

Konklusjon

Ulf blir utredet videre hos en spesialist med lang erfaring innen demensdiagnostikk. Man stiller diagnosen FTLD på bakgrunn av anamnese, testprofilen på en utvidet nevropsykologisk utredning med tilleggsopplysninger fra enfotonstomografi (SPECT) og lumbalpunksjon. Han mister jaktlisensen, våpenløyvet og førerkortet. Han får førtidspensjon. Over tid ser man progresjon av hans humkommelsesvikt, men det er hans adferdssymptomer som er mest fremtredende. Hans stemningsleie er svingende og man gjør behandlingsforsøk med ulike anxiolytika og antidepressiva som kun har kortvarig, forbigående effekt. Hans adferdssymptomer gjør det etterhvert umulig for hans kone å ha ham boende hjemme og han flytter til en skjermet enhet med spesialkompetanse på FTLD.

For få pasienter utrededes i dag for symptomer på mental svikt. Det er nok flere årsaker til dette, blant annet manglende kjennskap til utredningsprosedyrer, men også en oppfatning om at det tar (for) mye tid. Vi håper at ved bruk av den minimusutredningen som Nasjonalt kompetansesenter har utviklet, kan flere utredes. Aktiv deltakelse fra helsevesenet både når det gjelder diagnostikk og oppfølging bidrar i betydelig grad til å øke livskvaliteten både for pasienter og pårørende.

Legekontorets komplette servicepakke

Litteraturliste

- Brækhus A, Lillesveen B. Utredning av demens. Organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra tre fylker og 17 kommuner. Aldring og helse, 2005.
- Engedal K, Brækhus A, Gjerstad L. Effekt av legemidler mot demens. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1641-2.
- Engedal K, Haugen PK. Demens – fakta og utfordringer. Oslo/Tønsberg, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens 2004.
- Geslani DM, Tierney MC, Herrmann N, Szalai JP. Mild Cognitive Impairment: An Operational Definition and Its Conversion Rate to Alzheimer's Disease. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2005; 19:383-389.
- Holm M. 70-årig kvinne med depressive symptomer og personlighetsendring. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 181-3.
- Luis CA, Barker WW, Loewenstein DA, Crum TA, Rogaeva E, Kawarai T, St. George-Hyslop P, Duara R. Conversion to Dementia among Two Groups with Cognitive Impairment. Dement Geriatr Cogn Disord 2004;18:307-313.
- Nygaard, H: Er det så viktig med tidlig diagnostisering av aldersdemens. Utposten 2003;6:32-5.
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol. 1999 Mar;56(3):303-8
- Perfect TJ, Maylor EA, eds. Models of cognitive aging. Debates in psychology. Oxford: Oxford University Press, 2000. X, 310s. ISBN: 0-19-852438-2.
- Rena BH. Synspunkter på diagnostisering av aldersdemens. Utposten, 2004;1:15
- Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, Keady J, O'Carroll R. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. AgeAgeing 2004; 33:461-7
- Årslund D, Engedal K, Nygaard H, Louhija J, Ulstein I, Holm M. Bruk av kolinesterasehemmer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1500-3.

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



1 Køfri SMS timebestilling

HelseRespons løser tilgjengeligheten på en enkel, effektiv og rimelig måte. Bestillingssystem for timer og faste medisiner på SMS gir pasienter og helsepersonell en lettere og bedre hverdag. Brukes 24t i døgnet, tusenvis av fornøyde pasienter. Kryptert sikker tilkobling i.h.t. retningslinjer Datatilsynet via Internet/ADSL eller Helsenett. Kombineres med alle journalsystemer.

Pris: 99,- pr mnd for hele kontoret.

2 Hjemmeside

Superdoc Legesente

Få egen praktisk hjemmeside for legekontoret som dere enkelt redigerer selv og med utskrift som handout.

Pris: 99,- pr mnd.



3 Online booking

Til Superdoc Legesente

Navn:

Fødselsdato:

Mobilnummer:

Hva det gjelder:

Sikker bestilling av time og faste medisiner via hjemmesiden. Valgfri modul. Bestillingene strømmer inn i HelseRespons, sammen med SMS bestillingene.

Pris: 99,- pr. mnd -eller gratis ut året ved bestilling før 15. mars.

Totalpris kr. 198,- pr.mnd

Ved best. før 15. mars og gjelder ut 2006 for hele legekontoret. Ordinær pris 297,- Alle priser eks mva.



Ta kontakt med vår markedsansvarlig
Trond Nordby tlf: 93 00 83 69 Sentralbord: 73 53 20 97, E-post: salg@waptheweb.no
FOR UTFYLLENDE INFORMASJON OM VÅRE PRODUKTER: www.helserespons.no

☐ Jeg bestiller ☐ Kontakt oss ☐ Fax til: 72 56 34 66

Navn: Adresse: Mob.nr:
..... Telefon:

...og hun vasket deres føtter

GERUSA DREYER INTERVJUET AV ANNA LUISE KIRKENGEN

Et seminar

Den 25. oktober 2005 hadde jeg den store glede å møte kollega og spesialist i cellulær molekylarbiologi, professor, dr. med. Gerusa Dreyer fra Recife i Brasil.

Hun var invitert til Norge for å forelese for medisinstudenter ved Universitetet i Oslo og for deltakere på konferansen «Dette skal vi greie», et samarbeidsprosjekt mellom Globinf, Centre for Prevention of Global Infections ved Universitetet i Oslo og HDI, Health & Development (HDI-Norge). Konferansen ble ledet av våre norske kolleger Harald Siem, en av Utpostens grunnleggere, og Anders Seim, begge ildsjeler i internasjonalt arbeid om å bekjempe og å utrydde noen av vår klodes mest invalidiserende sykdommer som rammer store grupper av de fattigste blant våre medmennesker i Afrika, Asia og Latinamerika. Seminaret handlet om hvordan fattigdom gjør syk, nærmere bestemt om hvordan det å være fattig i et fattig samfunn betyr å være hjemsoekt av sykdommer og helseproblemer som velstående mennesker i velstående land ikke får, sykdommer som invalidiserer livslangt og som følgelig forsterker fattigdommen.

Foruten guineaorm (som er nesten utryddet), polio (som har blomstret opp igjen enkelte steder) og elveblindhet, var elefantsyke og obstetrisk fistel konferansens mest omtalte emner. Og det mest sentrale budskapet som knyttet seg særlig til disse to var den sosiale stigmatisering og marginalisering som har livstruende effekt på de rammede menneskers eksistens. Begge disse tilstander har nemlig noe ved seg som forsterker deres åpenbare funksjons- og førlighetsødeleggende virkning: de lukter ille, de stinker. Disse tilstander medfører utelukkelse fra fellesskapet fordi de gjør sine bærere «urene». De skaper en sykdomsbetinget kaste: «de urørbare».

Om det siste emnet, obstetrisk fistel, innledet vår 80 år gamle australske kollega og gynekolog, Dr. Catherine Hamlin, fra Addis Abeba i Etiopia. Hun og hennes mann har grunnlagt og bygget ut et sykehus for å behandle jenter og kvinner som er invalidisert av blære- og tarmlekkasjer etter obstruerte fødsler med bekkenbunnskader av ulik omfang til følge. Catherine Hamlin var i Norge i anledning høstens innsamlingsaksjon «Drømmefangeren», og hun



Passiflora S. C. S. ben.

FOTO: PROF. B. CLINE

hadde dagen før vært i samtale med Kronprins Haakon om sitt store arbeidsfelt og faglige anliggende. De norske kollegene som bidrog til å belyse dette helt bortgjemte og skambelagte helseproblem blant fattige kvinner var dr. Berit Austveg fra Helsetilsynet og professor, dr. med. Johanne Sundby fra Universitetet i Oslo.

En fagperson

Professor Gersa Dreyer fra Recife i Brasil og hennes arbeid knyttet til bekjempelse og behandling av elefantiasis ble introdusert og omtalt av kollega Anders Seim. Han sa:

Gersa Dreyer har oppnådd den type ting som ingen antas å kunne gjøre lenger. Hennes arbeide gjelder lymfatisk filariasis, blant norske mennesker kjent som elefantsyke og som LF blant interesserte medisinerne. WHO har omtalt sykdommen som verdens nest til fjerde største årsak til varig uførhet. Over 1000 millioner mennesker, altså mer enn en milliard, lever i regioner hvor de risikerer å kunne få LF, og 120 millioner mennesker, tretti ganger Norges totale befolkning fordelt over minst 83 land, har allerede denne sykdommen.

Gersa Dreyer har, på eget initiativ og gjennom sitt i utgangspunktet ensomme arbeid, med svært begrensede midler og under vanskelig forhold blant slumbeboere gitt disse 120 millioner mennesker, deres barn og deres naboer et håp om en bedre fremtid. I århundrene før hun gjorde sitt arbeid, hadde mennesker med LF bokstavelig talt intet håp og bare utsikter til en vedvarende, tiltakende og upåvirkelig lidelse.

Dr. Dreyer er lege og har en medisinsk doktorgrad i cellulær molekylarbiologi, hun er spesialist i indremedisin og fikk senere et professorat i infeksjonsmedisin. Hun støtte på lymfatisk filariasis da hun som medisinstudent møtte sin første pasient med LF. Man visste da om de mikroskopiske blodfunn ved denne sykdommen. Men ingen hadde funnet en måte å studere de voksne ormer på inntil hun viste at ultralyd er et fremragende, ikke invasivt redskap for å oppdage og studere dem.

Hun kombinerte sin humanitære innstilling med sin utmerkede kliniske observasjonsevne, og skapte en virkelig revolusjon. I ren medfølelse bad hun kvinner fra slummen hjem til seg så de kunne bade for å minske den fryktelige lukten, stanken som fulgte med at de nærmest råtnet levende; og så oppdaget hun at deres sykdom bedret seg. Da føyde Dr. Dreyer sine kliniske ferdigheter sammen med sine vitenskapelige evner og brukte forskningsredskap inkludert lys- og elektronmikroskop, histo-patologisk og immuno-histologisk kunnskap, for med nøyaktige studier å bevise at de beste forskere i de mest avanserte laboratorier i de rikeste land i verden hadde tatt feil.



Prof., dr. med. Gersa Dreyer. FOTO A. SEIM

Lymfatisk filariasis er nemlig ikke forårsaket av at parasittene plukker igjen lymfbanene slik at avløpet stoppes og ødemer oppstår. Dr. Dreyer viste at parasittene utvider banene uten å blokkere dem. Hun viste dessuten at det er gjentatte hudinfeksjoner gjennom den vanlige hudbakterieflora i dårlig drenert vev som fører til den farlige sirkel av mer og mer skader i huden, underhuden og de underliggende vev som fører til elefantiasis.

Hun viste at daglig vask og rensing med helt vanlig såpe og vann og omhyggelig tørking, enkle øvelser og beskyttelsen av føttene med enkle sandaler eller annet passende fottøy, alt sammen ting de fleste pasienter kan gjøre selv – er nok for å oppnå en reel og svært betydelig klinisk bedring og for å stoppe sykdommens videre utvikling fullstendig.

Den korteste måten å sammenfatte Gersa Dreyers innsats på er å sitere professor Eric Ottesen fra National Institutes of Health, Washington, DC, institusjonens leder av alt arbeid rettet mot LF, og som på sitatets tidspunkt var sjef for LF programmet i WHO. Han sa om hennes medisinske innsats: 'Gersa Dreyer har lært oss mer om lymfatisk filariasis enn alle vi andre har klart å skjønne på de siste – tjå – 3000 år'.

Dr. Gersa Meyer som vasker benet til en kvinnelig pasient og instruerer en pårørende i hvordan det skal gjøres. FOTO: © G. DREYER



Så langt sitatet fra Anders Seim, som har besøkt Gerusa Dreyer i Brasil og har ført hennes kunnskap og hennes bruk av ultralyd og såpe og vann til nye grupper av kolleger i andre LF-land.

Dette er den offisielle, faglige short-story om en dyktig, genuint nysgjerrig og innovativ vitenskapskvinne, en begavet forsker og en utradisjonell og sosialt engasjert lege.

Et menneske

Den påfølgende dagen, hjemme hos meg, forteller Gerusa Dreyer om prisen hun har måttet betale for sitt arbeid, sitt engasjement, sin medfølelse, sin manglende ortodoksi og sin utpregede etiske pliktfølelse. Det begynte i studietiden, vekket av et bokstavelig skjellsettende møte med en kvinne fra slummen i Recife, en brasiliansk storby med det typiske belte av utfattige randsoner tettpakket med utfattige mennesker og rikelig sykdom, med elendige sanitære forhold og liten eller ingen tilgang til medisinsk hjelp. Det Gerusa Dreyer beskriver har jeg bare sett på film. Og bare det er nok til at jeg som svært bortskjemt skandinavisk allmennlege vet med sikkerhet: der ville jeg ikke kunne holde ut et helt arbeidsår, for ikke å snakke om et helt arbeidsliv.

Gerusa Dreyer ble truffet av et syn og en lukt og en elendighet som først fikk henne til å rygge. Men hun ble også truffet som et medmenneske. Kvinnen hun skulle undersøke og behandle kunne ha vært en slektning, en studiekollega – skjønt, Gerusa visste selvsagt at en slik relasjon og denne sykdommen representerte sosiale motpoler som tilsa at de var komplett uforenlige. Men hun var «hektet», som hun sa, bitt, om ikke av en basillus så desto mer av en orm. Dette var for skrekkelig. Dette måtte hun gjøre noe med. Og før hun

kunne gjøre noe med det, måtte hun skjønne noe mer. Hun ble så opptatt av de usynlige ormene i de ufysiske kroppsdelene at hun snart hadde et kallenavn blant sine kolleger: «orme-kjerring». Navnet ble uttalt med en blanding av amuseret respekt og overbærende forundring. Man skjønte ikke helt hva det gikk av henne som valgte seg en slik motbydelig, illeluktende sykdom som «hobby» og oppsøkte bydelier som hennes medstudenter og deres familier foretrakk å vite minst mulig om. Men hun var jo en av dem – og hennes studieresultater tilsa at hun kunne kreve deres respekt. Ennå.

Dette ble det slutt på da hun begynte å ta pasienter med hjem så de kunne bade – eller ellers sørget for at de fikk tilgang til vaskemuligheter. Da ble den «orme-kjerringa» man hadde smilt litt av i auditoriet og på labben plutselig til «sår-vaskeren». Og henne hadde man ikke noe mer til felles med. Hun hadde selv gått ut av det gode selskap. Hun hadde plassert seg nederst. Hun vasket skitne ben og sår hvor fluelarvene ynglet. Fy farao!

Det tok Gerusa Dreyer noen måneder før hun, i sitt stadig mer intense arbeid med såpe og vann mot stank og råttenskap skjønte hvorfor hun alltid var kvalm. Selvsagt: hennes helt vanlige reflekser for beskyttelse mot det motbydelige for det råtnende, døde, farlige og urene, ikke lot seg overdøye av medfølelse og forskningsiver. Det skulle det sterkere saker til. Hun lærte seg å plugge igjen neseborene med konsentrert eukalyptussalve laget etter en gammel oppskrift. Den kunne også blandes med mentol og kamfer. Men da rant øynene litt. Med eukalyptisk luktevern usynlig plassert (for ikke å gjøre sine pasienter forlegne) og med åpen munn (for å få nok luft) fortsatte hun å vaske infiserte ben og å tørke nekrotiske hudfolder. Og nekrosene forsvant og med dem fluelarvene, og bena ble mindre hovne og føttene begynte å passe inn i vanlige sko.

Gradvis forstod hun den patogene dynamikken hun hadde kommet i befatning med. Hun lærte at hun eller hennes hjelpere måtte bruke hansker og være omhyggelig med sin egen håndhygiene før de hjalp til med vasking og tørking, og det ikke for å beskytte seg selv mot infeksjoner, men for å beskytte pasientene mot mikroorganismer som de selv hadde med seg fra sykehuset eller laboratoriene. Det ble litt omvendt Semmelweis i dette. Men i det hun hadde forstått dette, ble det en avlastning for pasientene som jo oppfattet seg selv som vandrende bakteriebomber og en fare for alle i sine omgivelser.

Renhet og smitte og beskyttelse og urenhet byttet litt plass, og med det ble litt verdighet reetablert hos de skamfulle pasientene. Samtidig kunne Gerusa Dreyer merke at hennes stadig økende tro på at det hjalp med vann og såpe og at sykdommen var annerledes enn læreboken sa, gjorde noe med

Dr. Catherine Hamlin og Dr. Gerusa Dreyer FOTO A. SEIM



hennes kvalme. Hun kunne «redefinere» arbeidet med det motbydelige og skambelagte til et arbeid preget av håp om det menneskeverdige. Denne «reframing» hadde, til hennes egen forbauselse, kvalmedøyyvende effekt. Selvsagt var det enda ikke slik at frosker ble til prinser, men bortgjemte, skamfulle og oppgitte mennesker løftet sitt hode og begynte å leve litt igjen. Pårørende ble inkludert i hjelpearbeidet. De ble opplært etter de enkle hygieneprinsippene som Gerusa Dreyer nå hadde vitenskapelig belegg for. En reintegrering av utstøtte kunne finne sted. Det stod til liv.

Imens hadde hennes vitenskapelige arbeid ført til flere publikasjoner, oppmerksomhet fra ulike fagmiljøer, dokumentert forbedring og stans i sykdomsutvikling hos stadig flere pasienter, en doktorgrad, forelesningsoppdrag andre steder, nysgjerrige besøk fra folk med internasjonal tilknytning, et professorat. Like fullt oppveide dette ikke det stigma som fotvaskingen hadde medført. Hun var fremdeles i mange kollegers øyne besmittet av det urene hun befattet seg med. Hennes omdømme var preget av en blanding av forakt og, etter hvert, noe misunnelse. Denne blandingen traff henne enda en gang, om enn indirekte og ganske uforvarende.

Gerusa Dreyers to barn, en sønn og en datter, hadde fullført sin skolegang og hadde valgt sin utdanningsvei, sønnen psykologi, datteren medisin. Da datteren begynte å studere, møtte hun en vegg av forakt knyttet til morens navn. Hun ble sekundært stigmatisert i et fag som sies å forvalte verdinøytral, objektiv kunnskap om sykdommers tilblivelse og behandling. Ideologisk utenkelig men sosialt praktiserbar faglig forakt for «sår-vaskeren» smittet over på datteren. Og de som overførte smitten var datterens faglige lærere, hennes antatte rollemodeller og viktige forbilder. Denne ladede erfaringen var så uforenlig med forventningene til studiet jenta hadde hatt, at hun ble dypt depressiv. Og for å berge henne, hennes faglige fremtid og hennes evner, sendte hennes mor henne til utlandet. Der fullførte datteren sin medisinutdanning. Nå er hun tilbake i Brasil og arbeider med – ja, selvsagt: lymfatisk filariasis.



Dr. Gerusa Dreyer og en pasient. FOTO: © G. DREYER

Dette er den inoffisielle, faglige short-story om en dyktig, genuint nysgjerrig og innovativ vitenskapskvinne, en begavet forsker, en utradisjonell og sosialt engasjert lege, en mor og en datter. Moren har autorisert meg til å fortelle den videre. Hun fikk vite om Utposten gjennom Anders Seim og Harald Siem. Hun ble begeistret over et slikt grasrotmedium og var derfor umiddelbart villig til å la seg intervju. At intervjuet ble til en dyp, gjensidig berikende og gjensidig berørende samtale, hadde verken hun eller jeg noe imot. Men: hvem sørger for at Gerusa Dreyer snart får sin fortjente Nobelpris i medisin?

Jeg bare spør.

En takk til Anders Seim for å gjøre min samtale med Gerusa Dreyer mulig. Og enda en takk til ham for å overlate til meg sitt manuskript fra seminaret og stole på mine evner som oversetter.

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

UTPOSTEN
TETT PÅ!

Lasarettet i Bjørnelvdalen

AV HARALD SUNDE

Kjører du riksveien fra Kirkenes sørover mot Pasvikdalen kommer du etter ca. en mils kjøring til Bjørnelvdalen. Dalen ligger der som en grønn, frodig naturperle med løvskog og jordbruk. Dette i kontrast til de områdene du nettopp har kjørt forbi, der neddemmete vann og gråbergtipper forårsaket av AS Sydvarangers 90 år lange gruvevirksomhet preger landskapet.

At Bjørnelvdalen var et av de tyske okkupasjonsstyrkenes største lagerområder er ikke lenger så lett synlig, da dalen har grodd godt til med skog siden 1940-tallet. I Sør-Varanger ble det gjennom hele 2. verdenskrig lagret ufattelige mengder med ammunisjon og sprengstoff. Mye sprengstoff ligger fortsatt rundt omkring i gamle tyske krigslagre i kommunen, og hvert år reiser en spesialgruppe fra Heimevernet rundt og uskadeliggjør nyfunne eksplosiver. Bjørnelvdalen er fortsatt så gjennomvannet av sprengstoff at det er gitt anbefalinger fra politiet at man ved en lyngbrann eller skogbrann ikke bør slukke brannen, men heller

Rader av sykehussenger på militært geledd.



FOTO: HARALD SUNDE



Harald Sunde

Allmennlege i Kirkenes siden 1985 (med korte avbrudd). Mislikte sterkt historiefaget på skolen. Har i voksen alder kompensert for dette ved å interessere seg for lokalhistorie.

evakuere området. Dette fordi de store mengdene sprengstoff som fortsatt ligger lagret gjør at det vil være farefullt for slukningsmannskaper å oppholde seg i dalen.

Det var imidlertid ikke bare sprengstofflagre som ble bygget i Bjørnelvdalen. I 1942 ble det oppført et lasarett. Lasarettkomplekset i Bjørnelvdalen bestod av i alt 18 brakker, og inneholdt avdeling for medisin, kirurgi samt et isolat. I tillegg fantes det tannlegjetjeneste her. Den tyske helsetjenesten bestod utenom lasarettet i Bjørnelvdalen av tilsvarende lasaretter på Svanvik i Pasvikdalen, Sandnes (åtte km sør for Kirkenes, se bilde), to lasaretter i Kirkenes samt flere hospitalskip som lå i fjorden utenfor Kirkenes. Denne helsetjenesten hadde som primær oppgave å behandle sårede soldater som kom hjem fra Litsa-fronten. Flere nordmenn fikk imidlertid også hjelp av tyske leger og tannleger under krigen.

Krigen i nord gikk, som vi vet, ikke helt som Hitler hadde planlagt. Offensiven mot Murmansk som var påbegynt sommeren 1941 var tenkt som en kortvarig parademarsj. Den endte i stedet opp i en treårs stillingskrig i myrene rundt Litsa, mellom Kirkenes og Murmansk. Høsten 1944 ble den sovjetiske krigsmaskinen for sterk, og de tyske tropene ble tvunget til retrett. Tyskerne trakk seg tilbake fra denne delen av Sovjetunionen og forlot også Finnmark for å forsikre seg ved Lyngen-fjorden i Nord-Troms. Under denne retretten benyttet de seg av «Brent Jords Taktikk», dvs de svidde av alt av bygninger de kom over for på den måten å sinke forfølgerne; Sovjetunionens Røde Armé.



Lasarettet på Sandnes, åtte kilometer sør for Kirkenes. FOTO: RUBERT HUMPELER, VIA RUINE RAUTIO, KIRKENES

Lasarettet i Bjørnelvdalen led samme skjebne som resten av bebyggelsen i Finnmark. Vegger, tak og golv var av tre, og brant sikkert godt da de ble stukket i brann i oktober 1944. Men sykehussengene i lasarettet var av metall. Disse overlevde naturlig nok flammens rov og falt ned på bakken etter hvert som tregolvete de stod på brant. Mange av sengene brakk i fallet, men de ble stående på branntomta i oktober 1944, og står der fortsatt den dag i dag, 61 år seinere.

Det ser unektelig noe rart ut, lange rader med sykehussenger på militært geled midt inne i løvskogen, som har grodd opp siden høsten 1944. Et og annet vaskevannsfat, bekkene og annet sykehusutstyr stikker opp av lyngen her og der. Man kan altså fortsatt den dag i dag gå langs sengerekene og prøve å sette seg inn i hvordan livet kan ha fortonet seg i 1942–44 på lasarettet i Bjørnelvdalen sør for Kirkenes.

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



FOTO: HARALD SUNDE

Utposten har i nr 6 og 7/2005 trykket to leserinnlegg fra Pernille Nylehn der hun skriver om sine bekymringer vedrørende «Kjøp av helsetjenester» for lettere psykiske lidelser. Både uthuling av taushetsplikten og det at de med tyngre psykiske lidelser (definert som at de vil trenge mer enn 11 uker for å bli arbeidsføre igjen) ikke får tilbud om rask psykologhjelp blir drøftet. RTV svarer Nylehn i nr 6, men Pernille Nylehn blir ikke beroliget og i hennes neste brev utdyper hun sin vedvarende bekymring, nå også pga opplevd manglende forståelse fra RTV. På forespørsel om tilsvaret får vi en mail fra RTV der de kort svarer at de anser debatten som avsluttet. Det er skuffende at en offentlig etat ikke vil på banen og drøfte slike problemstillinger med oss allmennleger, det er jo vi som står så nært pasienten at vi ser konsekvensene av slike tiltak på individnivå.

Vi har derfor spurt Rådet for legetikk i legeforeningen om å vurdere saken og bringer med dette deres svar. Om RTV etter dette ønsker å ta opp debatten gjenstår å se!

Jannike Reymert

Taushetsplikt i forhold til Rikstrygdeverkets kjøp av helsetjenester

Rådet for legetikk er av bladet Utposten ved Jannike Reymert bedt om å vurdere legenes rolle ved at Rikstrygdeverket kjøper helsetjenester hos private aktører for å få pasienten raskt tilbake i arbeid. Bakgrunnen er en diskusjon i Utposten mellom lege Pernille Nylehn og Rikstrygdeverket. Saken er denne:

Pernille Nylehn kritiserer en ordning der Rikstrygdeverket kjøper private helsetjenester, i dette tilfellet psykolog- og psykiatertjenester til pasienter som henvises til spesialist for lettere psykiske lidelser. Forutsetningen for kjøp av helsetjeneste er at pasienten må være sykemeldt fra sitt arbeid, og at behandlingen/utredningen skal føre til bedring innen en viss tid. Hvis psykolog/psykiater vurderer tilstanden slik at effektiv behandling ikke kan oppnås i løpet av den angitte tiden, skal behandling ikke iverksettes. Når behandling er utført skal epikrise sendes til tre instanser – behandlende lege, lokalt trygdekontor og fylkestrygdekontoret. Nylehn peker på to betenkelige forhold:

- Er det akseptabelt bruk av ressurser at personer med lettere psykiske lidelser, som stort sett kan behandles i allmennpraksis, prioriteres framfor pasienter med alvorlige psykiske lidelser?
- Er det akseptabelt i forhold til taushetsplikten at fullstendig epikrise sendes til såvel lokalt trygdekontor som fylkestrygdekontoret i tillegg til behandlende lege?

I sitt tilsvaret i Utposten peker Rikstrygdeverket (RTV) på at begrepet «lettere psykiske lidelser» ikke er ensbetydende med at de er enkle, og at nesten alle pasientene som behandles ved offentlige psykiatriske poliklinikker, med

unntak av polikliniske psykoseteam, og hos private psykologer eller psykiatere, tilhører denne kategorien. Køen av slike pasienter i Spesialisthelsetjenesten har økt kraftig de siste årene til tross for at allmennlegene selv behandler 90 prosent uten å henvise. Tilbudet gjelder altså pasienter som allmennlegene selv vurderer å ha behov for undersøkelse og eventuelt behandling i Spesialisthelsetjenesten. RTV viser til dokumentasjon på at lang ventetid på behandling hos psykiater eller psykolog forverrer prognosen og at ordningen derfor er god både ut fra et menneskelig og samfunnsnyttig synspunkt. For tilbydere av tjenestene sørger RTV for streng kvalitetskontroll ved å kontrollere at tidsfristene holdes og at resultatkravene er oppfylt, blant annet ved at de krever å få tilsendt epikrise. RTV poengterer at funksjonærene har taushetsplikt etter forvaltningsloven, og at det er nødvendig med utveksling av informasjon mellom helsepersonell og trygdeetat for at pasienten skal ivaretas best mulig. Derfor er det lovbestemt unntak fra taushetsplikten for å ivareta nødvendig samarbeid mellom helsepersonell og trygdeetat.

Nylehn svarer at det hender at lokale trygdekontorer ikke godtar at pasienten bare går til allmennlege for sin psykiske lidelse, og at pasienten kan miste sykepenger hvis han/hun ikke tar imot tilbud om kjøp av helsetjenester. Hun viser til RTVs begrunnelse for å kjøpe helsetjenester; at Trygdestaten er pålagt å drive aktivt individuelt oppfølgingsarbeid for å bidra til at den enkelte så raskt som mulig kommer tilbake i arbeid. Hun mener videre at trygdekontorene umulig kan ha behov for komplett epikrise for å vurdere om adekvat vurdering og behandling er gitt. Det kan dreie seg

om sensitive opplysninger som ingen andre enn fastlegen trenger å få kjennskap til. Hun viser også til en økende uthuling av legenes taushetsplikt ved at RTV kan forlange hel journal for å kontrollere at blåreseptforskriftens regler er fulgt.

Rådet vedtok å uttale:

Rådet registrerer at en rekke mennesker med psykiske lidelser venter i for lang tid på behandling hos spesialist. Lang ventetid kan føre til at det tar lengre tid for å bli frisk og komme tilbake i vanlig aktivitet. Tiltak som kan redusere køen er ønskelig, og Rådet ser betydningen av at RTV benytter tilgjengelige private helsetjenester dersom disse har tilstrekkelig kvalitet og så lenge det kreves henvisning fra pasientens lege slik at tilbudet gis til dem som har et reelt behov for behandling hos spesialist. Rådet har tillit til at pasientens lege er den som, sammen med pasienten, best kan vurdere om pasienten trenger spesialistbehandling eller ikke. Det er imidlertid viktig at RTVs kjøp av helsetjenester ikke gis en slik form at det bidrar til å trekke ressurser fra og dermed svekke de offentlige tilbudene og på den måten føre til lengre køer for pasienter med alvorligere psykiske sykdommer.

Rådet er imidlertid sterkt kritisk til at trygdekantorene krever å få tilsendt epikrise og kan ikke forstå at en slik ordning er nødvendig for å kvalitetssikre tilbudet. Det må være mulig å oppnå tilstrekkelig kontroll og grunnlag for videre tiltak for pasienten i samarbeid med pasientens lege med langt mindre opplysninger fra psykolog/psykiater. Rådet har en bestemt oppfatning om at det stadig forlanges mer omfattende taushetsbelagte opplysninger både fra Trygde-etaten og også fra private aktører innen helseforsikring, f.eks. i forhold til risikofaktorer for sykdom. En slik utvikling kan true nødvendig konfidensialitet mellom lege og pasient og dermed tilliten til helsevesenet. Rådet for legeetikk vil derfor oppfordre Legeforeningen til å ta dette spørsmålet opp med RTV, forsikringsselskapene og sentrale helsemyndigheter.

Trond Markestad
Rådet for legeetikk

LEDIGE STIPEND

Allmennpraktikerstipend 2. halvår 2006

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger, utlyser Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin i Oslo og Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim, Bergen og Tromsø 19 stipend-måneder for 2. halvår 2006. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke.

Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Når det gjelder lønnstrinn, henvises det til statuttene på www.legeforeningen.no/nsam. Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning. Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Stipendiater vil bli invitert til å fremlegge sitt prosjekt på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke/ Nidaroskongressen. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeling av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere som kan lastes ned fra flg web-adresse: <http://www.legeforeningen.no/nsam> eller fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, c/o Tove Rutle, Sjøbergvegen 32, 2050 Jessheim E-mail: rmrtove@online.no

I tillegg er det mulig å søke om tildeling av inntil 3 månedsverk fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin. Prosjekt som det søkes om støtte til fra disse midlene må ligge innenfor det legevaktsmedisinske feltet. Det må også her være etablert et veilederforhold med kandidaten, og prosjektet skal formelt utgå fra Legevaktsenteret, men kan ha andre adresser. For nærmere info om disse midlene, ta kontakt med professor Steinar Hunskaar ved Universitetet i Bergen. Samme søknadsskjema som nevnt ovenfor bes benyttet.

Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen 15.mars 2006.

Søknader som er poststemplet etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning.

Tildeling av allmennpraktikerstipend for 1. halvår 2006

Følgende søkere ble tildelt allmennpraktikerstipend for 1. halvår 2006.

Univ.	Etternavn	Fornavn	Prosjektets tittel
UiO	Myskja	Audun	Musikk som terapeutisk hjelpemiddel i syke hjemmsmedisin
UiB	Bjorkman	Mari	Lesbiske pasienters erfaringer med negative reaksjoner fra legen rundt sin seksuelle orientering
UiO	Finborud	Trond	«Sviktende legekonsultasjon hos pasienter som kommer i hjemmesykepleiens omsorg?»
UiB	Åserud	Erling	Røykeavvenning i allmennpraksis – nye veier å gå
UiO	Nyen	Bjørnar	Bedre legemiddelsikkerhet med multidoser i Larvik
UiO	Basharat	Faiza	Svangerskapsdiabetes hos pakistanske innvandrere i allmennpraksis i Oslo
UiTø	Halvorsen	Peder A.	Preferences for drug therapies base don numbers needed to treat (NNTs) versus postponements of adverse events are medical doctors consistent?
UiO	Andersen	Grete	«Desinfeksjon av hender med spritlotion i barnhager og effekt på luftveisinfeksjoner hos barnehagebarn
UiO	Sola	Kirsten	Aktiv oppvekst- et behandlingstilbud for sykkelig overvektige og inaktive barn, igangsatt av primærhelsetjenesten



Partner for bedre helse

Lyrica® - med godkjent indikasjon perifer nevropatisk smerte ⁽⁶⁾

- o I et omfattende klinisk studieprogram har Lyrica vist seg å ha følgende egenskaper ^(6,11)
 - o Reduserer perifer nevropatisk smerte
 - Opptil 85 % av pasientene har rapportert global bedring ved bruk av Lyrica ⁽⁹⁾
 - o Effekt sees innen én uke og vedvarer
 - o Enkel dosering
 - 75 mg, 150 mg eller 300 mg to ganger daglig
 - o Ingen kjente farmakokinetiske interaksjoner ^(6,12)

Nevropatisk smerte

En vanlig klassifikasjon av smertetilstander er⁽¹⁾:

- Nociceptiv smerte, dvs. smerte som oppstår på bakgrunn av aktivering av smertereseptorer
- Psykogen smerte, dvs. smerte som oppstår på bakgrunn av psykiske faktorer og hvor man ikke kan påvise noen spesifikk organisk årsak
- Nevropatisk smerte, dvs smerte forårsaket av skade eller dysfunksjon i nervesystemet

Kronisk smerte etter nerveskade er paradoksalt i det man kan tenke seg at når en nerve skades, burde signalene i nerven avta. Slik er det imidlertid ikke, da nerveskader ofte fører til smertesensitisering, sensibilitetsendringer og smertefølelse^(1,2).

En rekke ulike tilstander er forbundet med nevropatisk smerte. I en amerikansk undersøkelse fant man at de hyppigst forekommende nevropatiske smertetilstandene var rygg- og nakkesmerter med nevropatisk komponent, komplekst regionalt smertesyndrom og diabetesneuropati. Pasienter med nevropatiske smertetilstander har hyppigere andre smerterelaterte lidelser som fibromyalgi, osteoartritt, coronar hjertesykdom og depresjon⁽³⁾. Søvnforstyrrelser er også svært vanlig ved nevropatiske smerter⁽⁴⁾.

Andre vanlige nevropatiske smertetilstander er postherpetisk nevralki, trigeminusnevralki, nevropatier etter traumer og operasjoner, polyneuropatier, toksisk nevropati etter kjemoterapi og kreftsykdom med skjelett-metastaser eller innvekst i perifere nerver og nerveplexer.

Selv om det er stor variasjon i de kliniske manifestasjonene ved ulike nevropatiske smertediagnoser, synes ulikhetene mer å skyldes variasjoner over et tema enn fundamentale ulikheter i smertemekanismen⁽³⁾. Det er viktig å være klar over at tradisjonelle smertestillende medikamenter ofte har dårlig effekt på nevropatiske smerter⁽⁵⁾.

For referanser og preparatomtale se side 27

LYRICA
PREGABALIN
Mindre smerte. Mer liv.⁶⁻¹²

Tror du at samfunnsmedisin er en forutsetning for god folkehelse – meld deg inn i NORSAM!

AV EINAR BRAATHEN

Med denne programerklæringen er Norsk samfunnsmedisinsk forening godt i gang med sitt første driftsår. Styret har konstituert seg, strategien for de første årene er lagt, invitasjon er gått ut til mange leger som arbeider med samfunnsmedisinske oppgaver og vi har startet opp egne nettsider; www.legeforeningen.no/norsam.

De første tre ukene etter at vi sendte ut invitasjon til å tegne medlemskap har vi fått over 60 innmeldinger og vi får daglig nye! Dette gjør jo arbeidet i styret både spennende og krevende. Vi har også fått mange positive tilbakemeldinger fra leger som arbeider i samfunnsmedisinske stillinger på alle nivåer i helsevesenet. Fra direktøren på Folkehelseinstituttet til kommuneleger, les hva de sier på våre nettsider! Vi har vært opptatt av at foreningen skal henvende seg til alle leger som arbeider med samfunnsmedisinske oppgaver sjøl om deres spesialitet kanskje egentlig er en helt annen. Prinsippene, fagkunnskapen og nettverket av samfunnsmedisinere kan være meget verdifullt også for sykehusleger som arbeider med samfunnsmedisinske oppgaver i kortere eller lengre perioder.

Nyutvikling bygget på tradisjon

I april i år ble et langsiktig arbeid i Leger i samfunnsmedisins arbeid kronet med etableringen av en ny fagmedisinsk forening. Ola Jøsendal i styret for LSA hadde jobbet iherdig og planlagt over lengre tid med et mål om at den samfunnsmedisinske fagutviklingen innen Dnlf skulle skje i en egen forening. På en sjeldent godt besøkt samfunnsmedisinsk konferanse noen aprildager i Tromsø ble det valgt et styre for Norsk samfunnsmedisinsk forening. NORSAM var en realitet, styret fikk med seg et vedtak om at halvparten av LSAs økonomibeholdning skulle tilføres som startkapital.

NORSAM skal hente opp en god gammel tradisjon for fagutvikling som Oll i sin tid startet og samtidig gjenspeile de nye samfunnsmedisinske utfordringene vi står overfor i dag. Styret består av folk med forskjellig bakgrunn og fra vidt forskjellige arbeidssteder:

- Folke Sundelin (1) med lang erfaring fra kommunchelse-tjeneste og jobber nå i Helse Øst.
- Inger Hilde Trandem (6) jobber i Tromsø kommune med sosialmedisin og rus.
- Gunnar Tellnes (5) er professor ved Allmenn- og samfunnsmedisinsk institutt ved Universitetet i Oslo.
- Marit Rognerud (4) er overlege ved Folkehelseinstituttet



TALLENE I OPPRAMSINGEN AV STYRETS MEDLEMMER TILSVARER NUMMERERING PÅ BILDET.

- Vegard Høgli (7), lang erfaring bla fra fylkeslegen i Telemark nå ansatt i Helse Sør.
- Berit Austveg (2) har lang erfaring fra Helsetilsynet
- Einar Braaten (3) er kommunelege i Øvre Eiker kommune og valgt til leder av foreningen.

Formål og prioriterte oppgaver

Vårt formål er å videreutvikle og forbedre kvaliteten i faget samfunnsmedisin og fremme det samfunnsmedisinske fagmiljøet. Som styre for en helt ny forening er det viktig for oss å starte opp med oppgaver som både kan rekruttere leger fra de tradisjonelle samfunnsmedisinske faggruppene, men også nye fagområder for leger, som for eksempel leger i helseforetakene, sentrale helseforvaltning osv.

Hvorfor bør du melde deg inn i NORSAM?

- Først og fremst for å bidra til å bygge et sterkt og utstrakt samfunnsmedisinsk miljø!
- Spesialutdanningen innen samfunnsmedisin er en viktig sak for oss. I NORSAM kan du få innvirkning på innholdet i utdanningen og hva som skal til for at du kan bli spesialist.
- Vi ønsker å støtte opp om viktige fora som Sundvolden-seminaret, samfunnsmedisinsk uke/konferanse. Ved å støtte opp om etablerte gode miljøer kan disse kanskje bli grunnlag for nettverk både innen etterutdanning/videreutdanning og som kompetanseberere for noen områder innen samfunnsmedisin. Som medlem støtter du dette arbeidet!
- Sosial- og Helsedirektoratet har laget en plan for samfunnsmedisin. Denne vil være et viktig grunnlag for samfunnsmedisinen i Norge. Vi vil jobbe aktivt overfor SHdir i deres arbeid med å bygge opp Helsebiblioteket og andre støttefunksjoner for samfunnsmedisinere.

- Det prates mye om nettverk for samfunnsmedisinere. Norsam skal være pådriver for å etablere nettverk. Vi ønsker å bygge videre på fysiske nettverk som det de har fått til å fungere i Finnmark. Samtidig ønsker vi å etablere elektroniske nettverk ved å friske opp igjen diskusjonslista for samfunnsmedisinere, Kompass og andre nettverksfunksjoner på nettet som man kan få tilgang til via NORSAMs nettsider.

Hvordan melder du deg inn i NORSAM?

- Gå inn på våre nettsider og meld deg inn der:
www.legeforeningen.no/norsam
- Send en epost til leder@norsam.legeforeningen.no
- Skriv til NORSAM, v/Einar Braaten, Rådhuset, 3300 Hokksund
- Ring leder på 402 03 004

Informasjon og diskusjon

Noe av det viktigste du kan gjøre for dine kolleger (og deg sjø!) i det samfunnsmedisinske miljøet er å dele dine erfaringer og meninger med oss andre! NORSAM ønsker å blåse liv i den gamle diskusjonslisten Kompass som er en samfunnsmedisinsk diskusjonsliste. Styret kommer også til å sende ut medlemsbrev med epost. «Helserådet», som utgis av Anders Smith, sendes i papirversjon til svært mange, og NORSAM har avtale med Smith om å kunne bruke Helserådet til informasjon og artikler. Vi ønsker at du med interesse i samfunnsmedisin sender oss innlegg/artikler som vi kan publisere i Helserådet eller på våre nettsider!

Vi vil bygge hoveddelene av vår kommunikasjon på elektroniske medier, men er selvfølgelig innstilt på å sende ut på papir til de som ønsker det.

Utposten har en spesiell stilling i det samfunnsmedisinske miljøet, og vi håper og ønsker at flere medlemmer skriver artikler til bladet!

Samfunnsmedisinsk konferanse

10.-12. mai arrangerer NORSAM en stor samfunnsmedisinsk konferanse i Tromsø som en oppfølger av fjorårets suksess. Det ser ut til å bli et spennende program, så sett av datoene! Samtidig er to NORSAM-medlemmer med i arrangementskomiteen i den store folkehelsekonferansen 30.-31. mars og vi kommer til å samarbeide nært med Folkehelseforeningen om disse årlige, tverrfaglige, konferansene. Fagutvikling skal være vår viktigste satsingsområde!

Det skjer mye innen samfunnsmedisinen for tida, både ute i samfunnet, innad i fagmiljøet og med selve faget. Vi i NORSAM håper vi kan bidra positivt til den videre utviklingen!

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

Lyrica® "Pfizer"

Antiepileptikum.

ATC-nr.: N03A X16
KAPSELER, harde 25 mg, 75 mg, 150 mg og 300 mg. Hver kapsel inneholder: Pregabalin 25 mg, resp. 75 mg, 150 mg og 300 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E172), stansoksid (E 171).

Indikasjoner: Perifer neuropatisk smerte hos voksne. Tilleggsbehandling ved epilepsi hos voksne med partielle anfall med eller uten sekundær generalisering.

Dosering: Doseområdet er 150-600 mg daglig fordelt på 2 eller 3 doser. Tas med eller uten mat. Neuropatisk smerte: Startdose er 150 mg pr. dag. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg pr. dag etter 3-7 dager. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til en maksimaldose på 600 mg pr. dag. Epilepsi: Startdose er 150 mg pr. dag. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg pr. dag etter en uke. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til en maksimaldose på 600 mg pr. dag. Ved seponering anbefales gradvis nedtrapping over minst 1 uke. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon/hemodialysepasienter: Dosejustering er nødvendig. Dosereduksjon individualiseres i henhold til kreatininclearance (Cl_{cr}), som angitt i tabellen. Kreatininclearance kan regnes ut fra serumkreatinin (mmol/liter) etter følgende formel: Cl_{cr}(ml/min/1.73 m²) = [140 - alder (år)] × kroppsvekt (kg) / serumkreatinin (mmol/liter).

For kvinnelige pasienter multipliseres denne brøken med 0,85.

Kreatininclearance (Cl _{cr}) (ml/min)	Total daglig dose pregabalin *		Doseringsregime
	Startdose (mg/dag)	Maksimaldose (mg/dag)	
≥ 60	150	600	2 eller 3 ganger daglig
30 - 60	75	300	2 eller 3 ganger daglig
15 - 30	25 - 50	150	1 eller 2 ganger daglig
< 15	25	75	1 gang daglig
Supplerende dose etter hemodialyse (mg)			
	25	100	enkeltdose**

* Total daglig dose (mg/dag) skal deles opp som indikert for doseringsregimet for å gi mg/dose.

** Supplerende dose gis som enkeltdose.

Barn og ungdom (12-17 år): Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt. Bruk til barn anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bør brukes med forsiktighet av pasienter med sjeldne arvelige lidelser som galaktoseintoleranse, glukose-galaktose-malabsorpsjon eller med en spesiell form for arvelig laktasemangel (lappig laktasemangel). Justering av hypoglykæmi behandling kan være nødvendig hos diabetespasienter som får vektøkning under pregabalinbehandling. Kan gi svimmelhet og søvnighet, noe som kan øke forekomsten av skade ved uhell (fall) hos eldre, og påvirke reaksjonsevne. Pasienter bør utvise forsiktighet ved bl.a. bilkjøring. Pregabalin som monoterapi ved partiell epilepsi etter oppnådd anfallsfrihet bør ikke betraktes som dokumentert.

Interaksjoner: Additiv påvirkning av kognitive funksjoner og funksjoner på store bevegelser forårsaket av oksykodon, kan potensierte effekten av etanol og lorazepam, men gir ingen effekt på respirasjonen. Det er ikke sett noen farmakokinetiske interaksjoner mellom pregabalin og fenytoin, karbamazepin, valproinsyre, lamotrigin, gabapentin, lorazepam, oksykodon eller etanol. Kan tas sammen med perorale antikonseptjonsmidler.

Graviditet/fødsel: Overgang i placenta: Da erfaring fra gravide er begrenset, skal pregabalin bare gis til gravide hvis fordelene for moren oppveier en mulig risiko for fosteret. Resultater fra dyreforsøk har vist reproduksjonstoksiske effekter ved eksponering over anbefalt human eksponering, dette indikerer en mulig risiko for humane fosterkader. Adekvat prevensjon må brukes av kvinner i fertil alder. Overgang i morsmelk: Ukjent. Pregabalin skilles imidlertid ut i melk hos rotter. Det kan ikke utelukkes at barn som ammes påvirkes. Skal derfor ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Bivirkningene er oftest milde til moderate. Svært hyppige: Søvnighet og svimmelhet, hyppige (≥1/100): Gastrointestinale: Økt appetitt, munntørhet, forstoppelse, oppkast, flatulens. Hørsel: Vertigo. Psykiske: Eufori, forvirring, redusert libido, irritabilitet. Sentralnervesystemet: Ataksi, oppmerksomhetsproblemer, koordinasjonsproblemer, hukommelsessvanser, tremor, dysartri, parestesi. Syn: Dobbeltsyn, sløret syn. Urogenitale: Enkelt dysfunksjon. Øvrige: Utmattelse, perifer ødem, følelse av å være full, ødem, normal gange, vektøkning. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Anoreksi. Abdominal distensjon, hypersekresjon av spytt, gastroesophageal reflukssykdom, oral hypostesi. Hud: Svarte, papulær hudutslett. Lufteveier: Dyspné, tørrhet i neset. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsammenrekninger, hevelse i led, muskelkramper, myalgi, artag, ryggsmerte, smerter i lemmene, muskeltatvhet. Psykiske: Depersonalisering, anor gsmi, rastløshet, depresjon, agitasjon, humørsvingninger, forverring av søvnleshet, redusert stemningsleie, problemer med å finne ord, hallusinasjoner, unormale drømmer, økt libido, panikkanfall, apati. Sentralnervesystemet: Kognitive forstyrrelser, hystese, synsforskyvninger, nystagmus, problemer med å snakke, myoklonus, hyperrefleksi, dyskinesi, psykomotorisk hyperaktivitet, postural svimmelhet, hyperestesi, agesi, brønnende følelse, intensjonsstremmer, stupor, svikope. Sirkulatoriske: Takykardi, røme, hetetokter. Syn: Synsforskyvninger, tårer øyne, hovne øyne, såkesyn, øyesmerter, synstretthet, økt tåreproduksjon. Urogenitale: Dysuri, urininkontinens, forsinket ejakulasjon, seksuell dysfunksjon. Øvrige: Asteni, fall, tørste, tett bryst, forhøyet alaninaminotransferase, forhøyet kreatininfosforase i blod, forhøyet aspartataminotransferase, redusert platelet. Sjeldne (<1/1000): Bled: Nystroper. Gastrointestinale: Hypoglykæmi. Askes, dyslagi, pankreatitt. Hud: Kaldsvette, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Cervikal spasmer, nakkesmerter, rabdomyolyse. Hørsel: Hyperakusi. Lufteveier: Nasofaryngitt, hoste, nesetetthet, neseseblading, rhinitt, snorking, tett hals. Psykiske: Manglende homninger, økt stemningsleie. Sentralnervesystemet: Hypokinesi, parosmi, dysgrafi. Syn: Fotopsi, øyeirritasjon, mydriasis, oscillopi, endret dybdesyn, perifer synstap, skjelting, synklarhet. Sirkulatoriske: 1. grads atrioventrikulær blokk, sinusarykardi, sinusarytmi, sinusbradykardi, hypertensjon, kalde hender og føtter, hypertensjon. Urogenitale: Ølguri, nyresvikt, amenoré, brystsmerte, utskillelse av væske fra brystene, dysmenoré, bryststørrelse. Øvrige: Smerterfulle ødemer, pyreksi, rigor, forhøyet blodglukose, forhøyet kreatinin i blodet, redusert kalium i blodet, vektreduksjon, redusert antall hvite blodlegemer.

Overdosering/forgiftning: Ved overdoser opp til 15 g ble det ikke rapportert uventede bivirkninger. Behandling av pregabalinoverdose bør omfatte generell støttende behandling og kan omfatte hemodialyse om nødvendig.

Egenskaper: Klassifisering: Pregabalin (5-aminometyl-5-metylheksaninsyre) har strukturell likhet med neurotransmitteren GABA (gamma-aminosvovsyre). Virkningsmekanisme: Pregabalin binder til en subenhet (α2-δ-protein) på spenningskontrollerte kalsiumkanaler i sentralnervesystemet. Absorpsjon: Rask i fastende tilstand, maks. plasmakonsentrasjon innen 1 time etter administrering av enkel eller gjentatt dose. Administrering av pregabalin med mat reduserer C_{max} med omtrent 25-30% og forsinket T_{max} med omtrent 2,5 timer, men mat har likevel ingen klinisk signifikant effekt på graden av pregabalinabsorpsjon. Biotilgjengelighet: 90%, uavhengig av dose. "Steady state" oppnås innen 24-48 timer. Proteinbinding: Pregabalin bindes ikke til plasmagproteiner. Fordeling: Tilsynelatende distribusjonsvolum etter peroral administrering: Ca. 0,56 liter/kg. Halveringstid: 6,3 timer, men sikkerhet og effekt er lik for dosering 2 eller 3 ganger daglig. Plasmaklearance og renal clearance er direkte proporsjonal med kreatininclearance. Metabolisme: Ubetydelig. Ingen indikasjon på racemisering av pregabalin S-enantiomer til R-enantiomer. Utskillelse: Uforandret via nyrene. Hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon avtar utskillelseshastigheten direkte proporsjonalt med kreatininclearance.

Pakninger og priser: Kapsler: 25 mg: 56 stk. kr 219,10, 75 mg: Enpac: 14 stk. kr 147,70, 56 stk. kr 485,80, 150 mg: Enpac: 14 stk. kr 208,10, 56 stk. kr 734,50, 300 mg: 56 stk. kr 1006,90

Sist endret: 01.02.2006

Referanser:

- (1) Jerum E. Utredning av neuropatisk smerte. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2652-4
- (2) Wall and Melzack. Textbook of Pain. 5 ed. London: Elsevier; 2006
- (3) Berger A, Dukes EM, Oster G. Clinical characteristics and economic costs of patients with painful neuropathic disorders. J Pain 2004 Apr;5(4):143-9
- (4) Nicholson B. et al. Comorbidities in Neuropathic pain. Pain Medicine 2004;5(1):9-2
- (5) Retningslinjer for smertebehandling i Norge
- (6) Preparatoranalen
- (7) Sabatowski R et al. Pregabalin reduces pain and improves sleep and mood disturbances in patients with PHN Pain 109:2002:89-97
- (8) Dworkin RH et al. Pregabalin for the treatment of PHN: A randomized, placebo-controlled trial. Neurology 2003;60:1274-83
- (9) Richter et al. Relief of painful DPN with pregabalin: A randomized, placebo controlled study. T J Pain 2005;5(4):253-60
- (10) Lesser et al. Pregabalin relieves symptoms of painful diabetic neuropathy: a randomized, controlled trial. Neurology 2004;63:2104-10
- (11) Rosenstock et al. Pregabalin for the treatment of painful diabetic peripheral neuropathy: a double-blind, placebo-controlled trial. Pain 119:2004:629-38
- (12) French et al. Dose-response trial of pregabalin adjunctive therapy in patients with partial seizures. Neurology 2003;60:1531-37



Partner for better health

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Telefon: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92 - www.pfizer.no

NYTT(IG) OM *prevensjon*

AV KARI HILDE JUVKAM

En systematisk presentasjon av de ulike prevensjonsmetoder med fokus på nye midler, det vil si de som er kommet på markedet de siste årene.



Kari-Hilde Jukvam
f 1953, utdannet ved UiO,
spesialist i allmennmedisin,
allmennpraksis på Skolegaten
legesenter i Grimstad fra 1989.

Seksuelt aktive kvinner og menn har behov for prevensjon gjennom en stor del av livet, fra seksuell debut til menopause (et halvt til ett år etter siste menstruasjon.) Med de prevensjonsmidlene vi har til rådighet er det fortsatt kvinnen som må ta de fleste valgene. Bruk av prevensjonsmidler affiserer hennes hverdag, trivsel og helse. Tilstrekkelig veiledning og individuell tilpasning er en viktig oppgave for primærhelsetjenesten. Kunnskap om de ulike prevensjonsmidlene, deres virkning og bivirkning, og vilje til å bytte mellom ulike midler og metoder er viktig. Rådgivningen bør baseres på tillit og dialog.

Gylne øyeblikk

Kan brukes for å ta opp prevensjon; når en kvinne har brukt nødprevensjon, kommer for klamydiatest, har vært gjennom en provosert abort eller har etablert nytt forhold.

Anamnese med fokus på

1. Livssituasjon og seksualatferd
2. Helse og kontraindikasjoner. Spør etter tromboemboliske episoder hos familiemedlemmer yngre enn 50 år, ta medikamentanamnese med tanke på *interaksjoner*. Unngå kombinasjonspille til kvinner med overvekt (BMI > 30), ubehandlet hypertensjon eller migrene med aura. Velg østrogenfritt alternativ dersom migrene (uten aura) forverres på kombinasjonspille. Kvinner med depresjonsrisiko bør overveie hormonfritt alternativ.
3. Tidligere erfaringer
4. Lynne og rytme: Glemsomhet, uregelmessig liv, skiftarbeide

Innhold og administrasjon

Hormonell antikonsepsjon inneholder et gestagen alene eller sammen med østrogenet etinyløstradiol (EE) som brukes i alle de østrogenholdige preparater i varierende mengde. Monofasiske piller (fast kombinasjon) har samme mengde hormoner gjennom syklus, og sekvenspreparater har variabel mengde og kombinasjon av hormoner.

- pr oral (tbl) (noen nye)
- intravaginal (nytt)
- Subkutan implantasjon (nytt)
- intrauterin (gammelt nytt)
- injeksjon (ingen nye)

Oversikt over nyeste (og gamle) midler etter inndelingen i ATC registeret i Feleskatalogen (*)

De nyeste med fet skrift.

G03 A*

Faste kombinasjoner av østrogen og gestagener

Loette® tbl (levonogestrel og EE 20 µg)

Yasmin® tbl (drospirenon og EE 30 µg)

Evra® plaster (norelgestromin og EE)

Gamle i denne gruppen er

Microgynon® (levonogestrel og EE 30 µg)

Marvelon® (desogestrel og EE 30 µg)

G03 AB*

Sekvenspreparater med østrogen og gestagen

Ingen nye, de gamle er

Synfase® (noretisteron og 35 µg EE)





Trinordiol® og Trionetta® (levonogestrel og EE 30–40–30 µg)
G 03 AC & G 03 D*

Rene gestagenmidler

Jadelle® - implantat (levonogestrel)

Levonova® - intrauterint innlegg (levonogestrel)

Norlevo® Postinor® (levonogestrel) - nødprevensjon

Cerazette® (desogestrel) - østrogenfri pille

Implanon® (etonogestrel) - implantat

Gamle preparater i denne gruppen er

Conludag® (noretisteron) - «minipille»

Depot provera® (medroxyprogesteron, MPA)



G 02 B*

Vaginalringen

Nuvaring® (etonogestrel og EE)

G 03 H*

Et kombinasjonpreparat med spesiell effekt:

Diane® (cyproteron (et gestagen med antiandrogen effekt))
og EE 50 µg) er ikke primært et prevensjonsmiddel, men et
hudmiddel med antikonsepsjonseffekt.

Høyt østrogeninnhold gir økt risiko for tromboemboli.

- Det offentlige dekker p-piller (under G 03 A) fra en mnd. etter kvinnen er fylt 16 år til en mnd før hun fyl-
ler 20 år.
- Oppgjøret går direkte mellom apotek og Rikstrygde-
verket. Reglene er under revisjon.
- For alle kan p-pille-resepten skrives ut for tre mnd.
med påskrift om at den gjelder i tre år.
- Ved utenlandsopphold kan mengde for ett års bruk gis
ut.

De nyere prevensjonsmidlene

Kombinasjonspiller

Loette® tbl. En kombinasjonpille med lav dose østrogen, EE
20 ug. Kan gi spotting.

Yasmin® tbl østrogen mengde som i Microgynon®, 30 ug,
men med en ny type gestagen som er et derivat av spiro-
nolacton. Er på Statens Legemiddelverks overvåknings-
liste.

Østrogenfri pille

Cerazette® er en østrogenfri pille med sikkerhet som kom-
binasjonspillen. Kan gi uregelmessige blødninger. Et alter-
nativ for de som ikke ønsker eller ikke kan bruke østrogen-
holdig pille. Kan også anvendes av ammende. Den har
høyere dose gestagen og er ovulasjonshemmende i motset-
ning til «minipillen» som bare virker på cervixsekret, miljø
i uterinhulen og endometrieslimhinne.

Plaster

Evra® plaster. Et alternativ spesielt for dem som er
glemsomme eller som jobber uregelmessig. Skiftes
hver uke og den fjerde uken er plasterfri. Er på
overvåkningslisten da det er holdepunkter for at
den gir høy serumkonsentrasjon av østrogen.



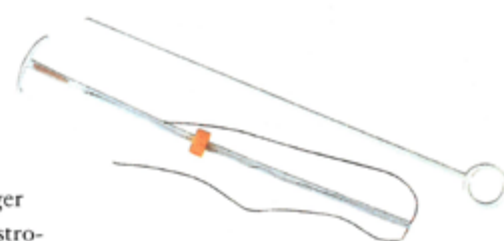
Implantat

Jadelle® (to staver, varighet tre år) og Implanon® (en stav,
varighet fem år) er subkutane implantater som må settes
inn og fjernes av lege. Settes inn mellom første og femte
mensdag. Østrogenfritt. Initial høy gestagendose kan gi
mer bivirkning de første ukene. Endrer blødningsmønster,
noen blir amenororiske, mange vil ha småblødninger. Høy
sikkerhet. Preventiv effekt opphører umiddelbart etter
fjerning. Det er ingen holdepunkter for at disse gir økt ri-
siko for osteoporose (Depot Provera® virker hypøstrogen
og kan gi et reversibelt beintap).

Spiral

Levonova® Gesta-
genholdig intrau-
terint innlegg.

Kan sitte ca. fem år,
skiftes før om blødninger
oppstår eller endres. Østro-
genfritt. Høy sikkerhet. For mange blir
blødningene vesentlig redusert, noe som kan være for-
delaktig. Noen får uregelmessig og rikelig blødning,
20 prosent blir amenoreisk i løpet av tre til seks
måneder.



Ring

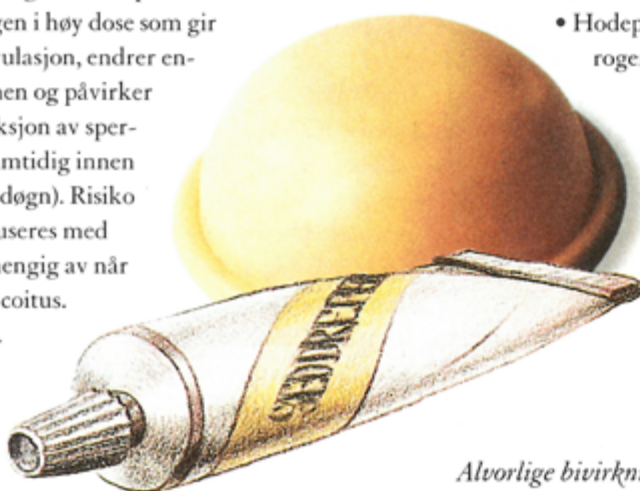
Nuvaring® er et kombinasjonspreparat med østrogen og gestagen lagt inn i en silikonring. Denne klemmes sammen og plasseres i vagina av kvinnen selv. Posisjon er uvesentlig. Skal stå inne i tre uker, den fjerde uken er ringfri. Noen får en følelse av fremmedlegeme i vagina og at den er på vei ut. Skal helst sitte under coitus, men om den er i veien kan den tas ut i forbindelse med coitus. Kan være ute inntil tre timer pr. 24 timer.

Nødprevensjon

Norlevo® og Postinor®

Angrepille brukes til nød når annen prevensjon har sviktet eller mangler. Er ingen «abortpille».

Inneholder gestagen i høy dose som gir en utsettelse av ovulasjon, endrer endometrieslimhinnen og påvirker migrasjon og funksjon av spermier. To tbl tas samtidig innen 72 timer (evt. fem døgn). Risiko for graviditet reduseres med 58–75 prosent avhengig av når pillen er tatt etter coitus. Pillen er reseptfri. Klokt å ta en graviditetstest etter tre uker, i alle fall om menstruasjonen ikke kommer. Det er ikke holdepunkt for skade på foster eller risiko for spontanabort av disse midlene.



Bruk på godt og vondt

De hormonelle midlene er potente og bivirkninger kan forventes. Østroget *etinylostradiol* kombineres med ulike gestagener. De ulike gestagener har ulik bivirkningsprofil. Det kan være hensiktsmessig å bytte mellom ulike gestagener for å finne det prevensjonsmiddelet som gir minst ubehag. Prevensjonseffekten er lik.

Trivselsbivirkninger

Viktig å ta hensyn til. Kvinnen bruker middelet hver dag, og bivirkninger kan gi en demper på livskvalitet. Det er utrykelig med for eksempel konstant kvalme, uttalt uren hud eller uregelmessig blødning.

Gestagenrelaterte bivirkninger

FYSISKE:

- Akne og fet hud
- Tørre slimhinner
- Redusert libido
- Økt appetitt med vektøkning

- Blødningsforstyrrelse, uregelmessig, hypo- eller amenoré
- Hodepine
- Magesmerter (som krampe)
- Vaskeretensjon kan gi mastalgi og økt vekt.

PSYKOLOGISKE:

- Humørsvingninger, emosjonell labilitet, uro, nedstemthet, tretthet

RÅD:

- velg annet gestagen
- velg annen administrasjonsmetode

Østrogenrelaterte bivirkninger

- Kvalme
- Vaskeretensjon med ødem, mastalgi og vektøkning
- Hodepine (økt migrene, ofte relatert til fall i østrogenmengde)

• Økt utflod

- Mer premenstruell spenning (PMS)
- Økt blødningsmengde

RÅD:

- velg pille med lavere eller høyere konsentrasjon av østrogen
- legg inn færre pillefrie uker.
- Tre til seks brett i ett gir mer jevn hormonmengde,
- velg annen administrasjonsform

Alvorlige bivirkninger

Informert kvinnen om og aksjoner ved alarmsymptomer:

- Sterke smerter/hevelse/ødemer i en underekstremitet
- Kraftige smerter i bryst, hoste, blodig oppspytt
- Akutt dyspnoe
- Kraftig og uvanlig hodepine
- Talevansker eller synsforstyrrelse
- Synkoper, nummenhet, kraftløshet

Valg i ulike faser av livet

Unge kvinner:

Forventning om at prevensjonen skal være lett reverserbar og gi høy grad av sikkerhet. Alle kombinasjonspillene og høydosert gestagenpille er brukbare. Plaster og ring er mer uvant, men alternativer ved uregelmessig liv. Det eneste som beskytter mot seksuelt overført sykdom (SOS) er kondom. IUD, især kobberspiralen bør ikke brukes av nullipara fordi det gir mer bivirkninger som smerter, blødninger, utstøtning og ingen beskyttelse for infeksjon. Gestagendepot injeksjon (Depot Provera®) gir en hypoøstrogen tilstand som kan gi risiko for osteoporose. Beintapet er reversibelt. Det kan ta inntil ti mnd før fertiliteten gjenopprettes.

Ammende kvinner:

Det er viktig at prevensjonsmetoden ikke har negativ effekt på barnet eller påvirker amming. Lavere krav til sikkerhet. Ved fullamming inntil seks mnd etter fødsel er graviditetsrisiko lav (to prosent) såfremt kvinnen ikke har fått igjen menstruasjonen. Mange ønsker likevel en tilleggsbeskyttelse. Gestagenholdige preparater som «minipille» eller høydosert gestagenholdig pille. Hormonspiral eller kopperspiral er andre alternativer.

Kvinner i moden alder:

Noen vil ha behov for blødningreduserende metode. Må ta hensyn til helsesrisiko blant annet for tromboembolisk sykdom og mammacanser. Hormonspiral kan være et godt valg hvis spiral er aktuelt. Kombinasjonspillen, plaster og ring kan brukes så lenge kvinnen trenger prevensjon, men 35 år er absolutt øvre grense hos røkere.

TIPS

- Bare kondom gir en beskyttelse (helt eller delvis) mot SOS.
- Bredspektret antibiotika og diare reduserer effekten av prevensjonspiller.
- Interaksjoner med andre legemidler; effekten av p pille kan påvirkes av andre medikamenter, også de i håndkjøp.
- Plager i forbindelse med pillefri uke for eksempel migræne eller PMS, kan reduseres ved å ta tre til seks brett av monofasisk pille i ett.

- Kombinasjonspillen og «høydose gestagenpille» må tas regelmessig, helst hver 24. time med et «slakk» på 12 timer.
- Minipillen har bare «slakk» på tre timer!
- Plasteret må skiftes punktlig hver uke.
- Melfunksjon på mobilen er brukbar som påminner!

Referanser fås hos forfatteren.

Takk til professor Britt-Ingrid Nesheim som har lest gjennom teksten.

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@ntebb.no



UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 – 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 – Fax 63 97 16 25 - E-mail: rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 450,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



VIKTIG INFORMASJON

HPV og cytologisk prøve fra cervix

Livmorhalskreft rammer 300 kvinner årlig. Screeningprogram for cytologisk prøve fra livmorhalsen ble etablert i 1995. Allmennlegene står sentralt i gjennomføringen av screeningsprogrammet. Ved at flest mulig kvinner mellom 25 til 69 år tar prøve hvert tredje år reduseres forekomst og dødelighet av livmorhalskreft betydelig. Det er særlig viktig å oppfordre kvinner mellom 50 og 69 år til å ta prøve da dette er den gruppen som har lavest deltakelse. Regelmessig prøvetaking gir en gevinst for den enkelte ved at risiko for å utvikle kreft reduseres.

Infeksjon med Humant Papilloma Virus (HPV) er en hyppig forekommende seksuelt overført sykdom. 80 prosent av seksuelt aktive vil være infisert i løpet av livet, men de fleste infeksjoner går spontant tilbake. Persisterende infeksjon med onkogen type HPV er en nødvendig faktor for utvikling av celleforandringer og livmorhalskreft.

HPV-tester har vært kommersielt tilgjengelig en stund. Markedsføring av tester uten hensyntaken til retningslinjer har medført villscreening. Sommeren 2005 kom det sentrale retningslinjer for bruken av disse testene. Det er svært viktig at disse blir overholdt. HPV testing vil bli viktig for å forbedre screeningsprogrammet, men tiden er ikke moden for primærscreening.

HPV-testing skal bare utføres dersom det er påvist lavgradig cytologisk forandring, dvs. sekundærscreening. På den

måten kan vi skille ut de med celleforandringer som skal følges opp tettere, de HPV positive, og de som kan gå tilbake til vanlig screening (HPV negative).

De patologiske laboratorier i landet som har kompetanse til å analysere cytologiske prøver har ansvaret for at en tilstrekkelig analyse blir gjort og at beskjed om når prøve skal tas sendes til rekvisient. Svaret på cytologisk prøve og HPV test skal sendes ut samlet.

Retningslinjer fra Sosial- og helsedirektoratet

- HPV-testing anbefales etter uegnet prøve, der cellene er dekket av blod eller betennelsesceller (M09010) og ved lavgradige lesjoner (ASC-US & LSIL/M69100/69701)*
- HPV-svar ses i sammenheng med cytologisvaret, og rapporteres samlet til rekvisient.
- Takst kan bare kreves for kvinner mellom 25 og 69 år**
- Resultatet rapporteres til Kreftregisteret

Kari Hilde Juvkam

Spesialist i allmennmedisin

Representant for Apf i Rådgivningsgruppe for Masseundersøkelsesprogrammet mot livmorhalskreft.

Kilder

brev fra Kreftregisteret til allmennpraktikere og gynekologer juli 05

www.kreftregisteret.no

www.kreftregisteret.no/livmorhals

*ASC-US: atypical cells of undetermined significance, LSIL: low grade intraepithelial neoplasia (tidligere CIN I)

** egen takst gjelder bare på laboratorienivå. For prøvetaker brukes normaltariffens 701a

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@ntebb.no

Yasmin® Schering AG

Yasmin®

Antikonseptjonsmiddel.

ATC nr.: G03A A12

TABLETTER, filmrasjerter: Hver tablett inneholder: Drospirenon, 3 mg, ethinylestradiol, 30 µg, lactos., const., q.s. Fargestoff: jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). I pakningen med 28 tabletter er de hvite tablettenes placebotabletter.

Indikasjoner: Antikonseptjon.

Dosering: 21 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødnings første dag. Det skal tas 1 tablett daglig i 21 etterfølgende dager. Etter 7 tablettfrie dager starter et nytt brett. I løpet av de tablettfrie dagene inntreffer vanligvis en bortfallsblødning. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. 28 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødnings første dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Den første tablett tas fra feilet merket start på riktig ukedag. Etiketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Deretter tas 1 tablett daglig uten opphold. De hvite tablettenes på slutten av brettet er placebo og mens pasienten tar disse, kommer en menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning). Yasmin 28 tabletter tas kontinuerlig. En går direkte over på neste brett uten opphold. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett.

Kontraindikasjoner: Graviditet. Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær skade, myokardinfarkt) eller prodromaltillstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Tilstedeværelse av én alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Arvelig eller ervervet predisposisjon for vene- eller arterietrombose, f.eks. antitrombin-III-mangel, protein C-mangel eller -resistens, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipin-antistoffer, lupusantikoagulanter). Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nyreinsuffisiens eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartet). Mistanke om eller kjente maligne tilstander i genitale organer eller brystene hvis disse er påvirkelige av seksuallister. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migræne med fokale nevrologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bruk av kombinasjons p-piller er assosiert med økt risiko for venøs blodpropp (VTE). Tilleggsrisikoen for VTE er høyest det første året med bruk av kombinasjons p-pille. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. Før behandling institueres, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtrykkmåling og en gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Senere kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Risiko for venøse tromboembolier øker ved positiv familiehiste (venøse tromboembolier hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), økt alder, fedme, langvarig immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruken av p-pillen avbrytes (ved elektiv kirurgi minst fire uker før) og at den ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboembolier øker ved økt alder, røyking, dyslipoproteinemi, hypertensjon, valvulær hjertesykdom, atrieflimmer. Kvinner over 35 år rådes til ikke å røke. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med komplikasjoner, omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom og kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt). Økning i hvor ofte migrænefall inntreffer og hvor kraftige anfallet er (kan være prodromaltidstadiet for en cerebrovaskulær hendelse), kan være en grunn til å seponere preparatet umiddelbart. Tilfeller av levertumorer har forekommet i isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. Levertumør må vurderes i den differensielle diagnosen hvis alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning forekommer. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Kvinner med hypertriglyseridemi eller med en familiehiste for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt har vært rapportert. Kvinner med chloasma tendens bør unngå eksponering for sollys og ultrafiolett stråling. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må stå under streng legekонтроль. Oppkast eller diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Hvis tablettenes tas mer enn 12 timer for sent, kan dette redusere antikonseptjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablett, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tabletter og deretter ikke har noen bortfallsblødning i den første normale tablettfrie perioden, må muligheten for graviditet vurderes. Utsettelse av menstruasjons: 21 tabletter: Nytt brett påbegynnes direkte uten opphold. 28 tabletter: Menstruasjons kan utsettes ved først å ta de lysegule tablettenes og så kaste brettet uten å de 7 hvite tablettenes. Start deretter direkte på et nytt brett.

Interaksjoner: Ved bruk av andre medikamenter som kan gi økt serumkalium, må pasienten testes for serumkalium i løpet av den første behandlingsstadiet. (I: G03A A/AB p-piller)

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden av og sammensetningen av morsmelken. Små mengder med antikonseptjonssteroider og/eller metabolitter kan utskilles med melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke anvendes under amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Endokrine: Ømme bryst. Gastrointestinale: Kvalme. Neurologiske: Hodepine, nedstemthet. Sirkulatoriske: Migræne. Urogenitale: Menstruasjonsforstyrrelser, mellomblødninger, leukoré, vaginal candidiasis. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Brekninger. Hud: Akne, eksem, kløe. Neurologiske: Forandringer i libido. Sirkulatoriske: Hypertensjon, hypotensjon. Urogenitale: Vaginitt. Øvrige: Væskeretensjon, endring i kroppsvækt. Sjeldne (<1/1000): Endokrine: Væskende bryst. Hørsel: Hypakusis. Lufteveier: Astma. Sirkulatoriske: Tromboembolier.

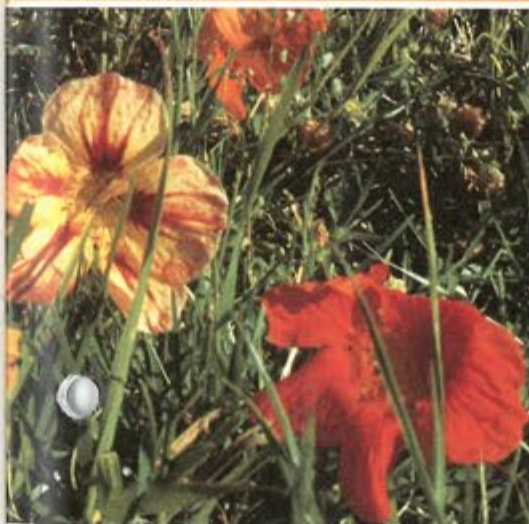
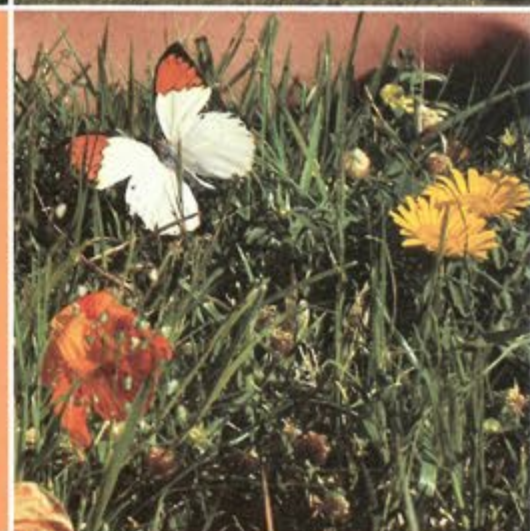
Egenskaper: Klassifisering: Østrogen-gestaten monofasisk kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen og forandringer i endometriet. Absorpsjon: Maks. serumkonentrasjon etter 1-2 timer. Absolutt biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Ethinylestradiol: Ca. 45%. Ethinylestradiol gjennomgår en betydelig «first pass»-metabolisme med store individuelle forskjeller. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Ethinylestradiol: 98%. Fordeling: Tilsvarende distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Ethinylestradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: Ca. 27 timer. Plasmaclearance for drospirenon er 1,3-1,7 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen via urin og feces er på rundt 40 timer. «Steady state» for drospirenon oppnås etter 7-14 dager. Ethinylestradiol: Plasmaclearance for ethinylestradiol er 5 mg/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er 20 timer. Metabolisme: Mesteparten av drospirenon omdannes i lever. Hovedmetabolittene i plasma er de sure formene av drospirenon. Ethinylestradiol omdannes fullstendig. Utskillelse: Via urin og feces.

Pakninger og priser: Datopakk: 3 x 21 stk. 227,40. 3 x 28 stk. 219,90. Sitt endret: 05.04.2005

SCHERING



Yasmin - den ledende p-pillen i Norge



Den eneste p-pillen med gestagenet drospirenon

Ved terapeutisk dosering har drospirenon antiandrogene og milde antimineralokortikoide egenskaper, en farmakologisk profil som ligger nært opp til det naturlige hormonet progesteron ¹⁾.

Ref. 1: SPC



UN 05-69

Praksislærere i allmennmedisin

AV GUNHILD FELDE

De første periodene med pasientrettet undervisning på studiet setter ofte dype spor. Læringskurven er bratt og inntrykkene mange og sterke.

Hodet er fullt av lærte sannheter, men tomt når det gjelder praktiske strategier i møte med kliniske problemstillinger. Selv om noen av de første pasientmøtene kan sitte godt, er det, etter å ha fått litt erfaring, lett å glemme den første usikkerheten, alt en lurte på, stresset ved å skulle få oversikt over en sykehistorie som framlegges kaotisk og uklart og følelsen av å være på bar bakke. Ting blir fort en selvfølge og rutine. Som praksislærer får en mulighet til å holde kontakten med denne tida da det som fyller alle hverdagene etter hvert enda fortøner seg nytt og spennende. «Å være praksislærer gjør at jeg våkner litt faglig og menneskelig i forhold til den daglige rutinen. Jeg får låne studentens blikk en stund», sier Unni Solem Bilsbak, erfaren praksislærer ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen og kommunelege I i Ulvik kommune, innerst i Hardangerfjorden. Hun har delt noen refleksjoner rundt det å være praksislærer med Utposten.

Bilsbak ble hedret med praksislærerprisen av medisinstudentene i Bergen i 2004. Nominasjon og kåring av en vinner skjer på grunnlag av skriftlig evaluering gjort av studentene. Studentene framhevet at hun er et ypperlig forbilde i legerollen og at hun gav studentene ansvar samtidig som hun var en fast støtte under hele praksisperioden. De fleste studenter er hungrige på gode forbilder og studentene har etterlyst mere vekt på personlig veiledning under studiet. En lege som framstår som et godt forbilde er god reklame for sin spesialitet. Gode praksislærere i allmennmedisin er derfor viktig med tanke på rekruttering til faget.

Praksis i allmennmedisin er lagt til forskjellige tidspunkt på de forskjellige fakultetene. I Bergen har medisinstudentene en fire ukers praksisperiode på sjette studieår. I Oslo er det små smakebiter på allmennmedisin i begynnelsen av studiet, mens hovedbolken med seks ukers praksis kommer på sjette studieår etterfulgt av en praksisperiode på nærmeste sykehus. Tromsøstudentene har en kort periode på første året og en åtte ukers praksis i allmennmedisin på femte år etterfulgt av et prosjektarbeid. I Trondheim er det seks uker med praksis på sjette studieår.

– *Hvorfor har du valgt å være praksislærer?*

– Jeg ble spurt om dette i 1990 og syntes den gangen at det var utfordrende, inspirerende og spennende. Fint å få et pust fra studiemiljø og fakultet som jeg da enda ikke hadde så mange års avstand til. Ettersom tida har gått, har min rolle gått fra å være en slags storesøster til at jeg kunne vært mora deres. Mentorfunksjonen setter både jeg og studentene pris på. Det å få være i en mester-svener-situasjon og få en-til-en-oppfølging i fire uker, er noe ganske unikt i løpet av studiet. Fra min egen studietid kan jeg huske at jeg hadde to dager i allmennpraksis på Sotra – det var det hele. Ideelt sett synes jeg studentene også burde hatt noe allmennpraksis tidligere i studiet. Det kan virke som om mange allerede har klare tanker om hvilken spesialitet de vil velge når de kommer i praksis til oss. Og til da har jo sykehusspesialitetene fått dominere.

– *Hvor ligger utfordringene som praksislærer?*

– Det er tett og slitsomt. Jeg må være oppmerksom på studenten og hans behov samtidig som jeg selv har en jobb å gjøre. Hos oss deler vi på mitt kontor, noe som gjør meg

Unni Solem Bilsbak deler sine refleksjoner rundt det å være praksislærer med Utpostens lesere.

delvis til nomade. Jeg må finne meg en annen pult eller telefon for å få gjort litt mens studenten har pasient. Det medfører litt overtid- og kveldsarbeid for å ta unna det jeg ellers ordner mellom pasientene. Jobben blir mer intens i disse fire ukene. Likevel gjør jeg det år etter år fordi det er moro! Og litt lønnskompensasjon følger også med fra Instituttet.

– Noen hevder at medisinstudentene gjennomgår en seks års hjernevask og kommer ut som ikke-tenkende, strømlinjeformede broilere. Hva er ditt inntrykk av studentene du møter?

– Jeg synes de er veldig forskjellige. Mange er flinke til å reflektere, de fleste kan mye, men problemet er å sette kunnskapen ut i livet. De er flinke til å bruke kilder til kunnskap, både bøker og elektroniske medier. Jeg er alltid spent når jeg skal ta i mot en ny student. Vi skal jobbe svært tett og de fleste er veldig greie. Men noen kan være kritiske og på jakt etter fasitsvar. Som praksislærer må en kunne tåle å bli litt avslørt på områder en faktisk ikke er så god på. Det beste er imidlertid hvis vi kan reflektere og lete etter svar sammen.

– Hva ser du som din viktigste oppgave som praksislærer?

– Mitt hovedfokus er å bidra med hjelp til å omsette den teoretiske kunnskapen i det praktiske pasientarbeidet. Dette er et spennende skjæringspunkt. Hva er mulig? Hva er ideelt og hva er godt nok? Hva er viktigst å avklare her i dag og hva kan vente til seinere? Hvordan kan vi bruke tida som observasjonsfaktor og hjelp? Hvilket nivå av trygghet og oppfølging trenger denne pasienten?

Det er flott å se når studenten oppdager at personen med en sykdom eller lidelse står i en sammenheng, hører til i en familie og i et liv som legen i utgangspunktet kjenner lite til, og at dette er noe vi skal ha respekt for. Jeg ønsker å lære studentene at alle mennesker er noe mer enn det vi ser og tror i første omgang. Dette er noe jeg selv stadig lærer på nytt. Folk er fulle av overraskelser og har uante ressurser og dybder i seg.

I tillegg ønsker jeg å vise studentene hvor flott og spennende faget allmennmedisin er. Her i min praksis på lansbygda får vi alt. Ingen ting er ikke mitt bord. Da jeg ble medisinstudent tenkte jeg at jeg ville være nær mennesker, nær livet. Dette oppfylles som lege på en liten plass, på godt og vondt.



En tar del i det meste og grensen mellom privatperson og lege er ofte håpløs å trekke. Dette kommer spesielt tydelig fram i krisesituasjoner som påvirker hele bygda. Vi så det godt da vi hadde en selvmordsbølge i bygda for noen år siden. Da kunne jeg føle meg personlig berørt fordi det var personer jeg kjente, samtidig som jeg skulle fungere som lege. På vei ut en sein vinterkveld – eller natt på legevakt kan en spørre seg hvorfor en har rotet seg borti dette. Men når en på sykebesøket opplever at en pasient åpner døra på gløtt – inntil et liv – og du får lov til å se en liten flik – da reiser en allikevel hjem og vet at dette er grunnen. Noe av dette er det også fint for studenten å få innblikk i.

Jeg legger også vekt på å vise studentene hvordan det tverrfaglige samarbeidet fungerer i en liten kommune, og hvordan vi som leger er avhengige av å samarbeide med andre for å gjøre en god jobb. Studentene kan få være med helse-søster, jordmor, hjemmesykepleie, i ansvarsgruppe osv. Det sniker seg inn en del samfunnsmedisin fordi jeg er kommunelege I. De fleste studentene velger imidlertid å være mest mulig på kontoret med pasientkonsultasjoner. De opplever nok at det er her de trenger å få erfaring.

– Hva er et godt doktor-forbilde?

– Jeg husker fra min egen studietid at vi var sultne på gode forbilder. Det jeg så opp til da, og som jeg fremdeles synes er noe å strekke seg etter, er en kombinasjon av faglig dyktighet og evnen til å kommunisere og bry seg om at pasienten er et menneske, ikke et kasus i ei seng. Jeg tror også at et godt forbilde for studentene bør være å vise at hun er en person med et liv og en familie. Og så synes jeg at det er forbilledlig ikke å tro at en nødvendigvis skjønner alt selv om en har gått på doktorskolen. Noe er vi ikke bedre på enn pasienten selv, men vi kan være gode samtalepartnere og være med å «rydde». Å vite ikke å gå ut over egen kompetanse er også viktig.



– *Hvordan takler du pasienter som blir skuffet over ikke å komme til deg som de kjenner?*

– Dette kan være en vanskelig balanse-gang. Jeg ønsker at studenten skal få lære og prøve så mye som mulig. Jeg er ikke unødvendig fintfølelse når pasienten nøler – «det var nå egentlig deg jeg ville snakke med...». Oftest går det greit å presisere at studenten er nesten ferdig lege og at det er mitt ansvar. Noen ganger vet jeg ut fra pasient og problemstilling at det er best at studenten bare er tilhører. Og noen ganger skjærer det seg; pasienten har ikke blitt forberedt ordentlig og føler seg overrumplet. Det er viktig at medarbeiderne opplyser pasienten som bestiller time at han kanskje møter en student, slik at de er forberedt og kan gi et informert samtykke.

De fem pedagogiske hjørnesteinene

1. Studentens læringsmål.

Studentene oppfordres til, før praksisperioden begynner, å skrive ned sine tre viktigste læringsmål og drøfte med praksislæreren hvordan de best kan realiseres.

2. Konsultasjonstrening.

Det oppfordres til at studenten delvis observerer på lærerens konsultasjoner, delvis har egne konsultasjoner og delvis har læreren med som observatør på egne konsultasjoner.

3. Praktiske ferdigheter.

Her følger ei liste over prosedyrer som kan brukes som et utgangspunkt for hva studenten bør innom løpet av perioden.

4. Personlige utfordringer i legeyrket.

Det oppfordres til samtale om årsaker til stress og slitasje i allmennpraksis, mestingsstrategier, forebyggende råd og hvordan arbeidsmiljøet kan legges til rette for å lette mestring.

5. Pasientens nærmiljø.

Betydningen av familien og pasientens nærmiljø for sykdom, sykdomsopplevelse, mestring og helbredelse.

(Fra institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB)

Cipralax® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

Tabletter, filmdråper 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Escitalopramsalat tilsv. escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer: Fargestoff: Titandioxid (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

Dråper, oppløsning 10 mg/ml: 1 ml (20 dråper) inneholder: Escitalopramsalat tilsv. escitalopram 10 mg, natriumhydroksid, renset vann.

Indikasjon: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikktilstand med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi. Behandling av generalisert angstlidelse.

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

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

Forsiktighetsregler: Bruk hos barn og ungdom under 18 år: Bør ikke brukes. **Suicidrelatert oppførsel (suicidforsøk og suicidale tanker), og fiendtlighet (særlig aggresjon, opposisjonell atferd og sinne):** er sett oftere hos barn og ungdom behandlet med antidepressiva. Dersom en ut fra et klinisk behov likevel bestemmer seg for å behandle, bør pasienten overvåkes nøye med hensyn til suicidale symptomer. I tillegg foreligger det ikke langsids sikkerhetsdata hos barn og unge med hensyn til vekst, modning samt kognitiv- og adferdsutvikling. En ev. økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de 2 første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Depresjon assosieres med en økt risiko for selvmordstanker, selvskadning og selvmord. Risikoen vedvarer til signifikant bedring inntreffer. Siden bedring kanskje ikke inntreffer de første ukene med behandling, bør pasienten følges opp nøye i denne perioden. Det er en generell klinisk erfaring ved behandling med alle antidepressiva at risikoen for selvmord kan øke i tidlig behandlingsfase. Det kan også være en økt risiko for selvmordstanker ved andre psykiske sykdommer hvor escitalopram brukes. Disse tilstandene kan være komorbide med depresjon. I disse tilstandene bør derfor følges opp en behandling pasienter med andre psykiske sykdommer. Pasienter som tidligere har hatt selvmordstanker eller selvmordstanker, eller som uttrykker sterk grad av selvmordstanker ved behandlingsstart, har en høyere risiko for selvmordstanker eller selvmordstanker, og bør følges opp nøye under behandlingen. Det er utstrakte kliniske data angående risiko for selvmordstanker ved behandling av tidligere ubehandlede pasienter, men nøye oppfølging bør sikres. Pasienter (og pårørende) bør informeres om at det er viktig å observere om det oppstår selvmordstanker/adferd eller tanker om selvskadning, og at de må søke medisinsk hjelp øyeblikkelig, hvis slike symptomer oppstår. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, cirrotiske pasienter, eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (f.eks. atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trykkløsende antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs), tilkøpplid og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsyndes. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombineringen av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. risikoen for serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (*Hypericum perforatum*) kan gi økt insidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR <30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienter bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv monaminoxidasehemmer (MAOI), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOI-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonergt syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOI (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOI (RIMA) moklobemid. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitaloprambehandling før behandling med ikke-selektiv MAOI påbegynnes. Pga. risiko for serotonergt syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinasjon med selegilin (irreversibel MAO-B-hemmer) krever forsiktighet. Samtidig administrering med serotonerge legemidler (f.eks. tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampestærskelen (f.eks. andre antidepressiva (trykkløsende, SSRI), neuroleptika (fenotiaziner, tioxantener og butyrofenoner), mefenon og bupropion. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med lithium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinering med alkohol anbefales ikke. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboliseres via CYP 2C19. Samtidig administrering med omeprazol 30 mg daglig (CYP 2C19 hemmer) ga moderat (ca. 50%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Samtidig administrering av escitalopram med cimetidin 400 mg 2 ganger daglig (moderat potent generell enzymhemmer) ga en moderat (ca. 70%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram tas samtidig med CYP 2C19-hemmere (f.eks. omeprazol, esomeprazol, fluvoksamin, lansoprazol, tilkøpplid) eller cimetidin. Det kan bli nødvendig å redusere dosen av escitalopram basert på klinisk monitorering av bivirkninger ved samtidig behandling. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via dette enzymet, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS-virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP 2D6, f.eks. antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, og antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmaivåene for disse to.

Graviditet/Amning: Overgang i placentas. Det foreligger bare begrenset kliniske data for escitalopram brukt under graviditet. I reproduksjons toksikologiske studier hos rotter viste escitalopram embryo-føtotoxiske effekter, men ingen økt insidens av misdannelser. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Bruk av SSRI i tredje trimester kan føre til seponeringsreaksjoner, inkludert organisk betingede adferdsforstyrrelser hos den nyfødte. Følgende var rapportert hos nyfødte når gravide brukte SSRI helt fram til fødselen: Irritabilitet, tremor, hypotoni, økt muskeltonus, vedvarende gråt, di- og søvnforstyrrelser. Dette kan enten være tegn på serotonerge effekter eller seponerings-syndrom. Den nyfødte bør observeres hvis moren har brukt escitalopram sent i svangerskapet. Behandlingen må aldri avsluttes brått hvis SSRI brukes under svangerskapet. Overgang i morsmelk: Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Amning anbefales derfor ikke under behandling.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Svimmelhet, hodepine og kvalme er observert hos noen pasienter etter brå seponering av escitalopram. De fleste symptomene var milde og forbigående. For å unngå seponeringsproblemer anbefales en gradvis nedtrapping over 1-2 uker. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Luftveier: Sinusitt, gisping. Metaboliske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido hos kvinner og menn, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnforstyrrelse, søvnless, svimmelhet, uragentalitet. Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, hode, mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast, munntørhet, anoreksi. Hud: Utslett, ekkymer, kløe, angioedem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metaboliske: Hyponatremi, utstrakteklig ADH-sekresjon. Muskel-skjelett-systemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampetremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitett. Sentralnervesystemet: Smakforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktori, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon.

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

Oppbevaring og holdbarhet: Flasken oppbevares ved høyest 25 °C etter at den er åpnet. Oppbevares i ytteremballasje for å beskytte mot lys. Dråpene brukes innen 16 uker etter at flasken er åpnet.

Pakninger og priser: Tabletter: 5 mg: Enpac: 28 stk. kr. 133,10, 10 mg: Enpac: 28 stk. kr. 201,00, 98 stk. kr. 626,80, 200 stk. kr. 1243,40. Endose: 49 stk. kr. 330,60. Dråper: 28 ml kr. 283,60.

Ti: 186.

Refusjon: Behandlingen bør være institutt i psykiatrik sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra slik instans om at det er indikert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig fornyet erklæring fra instans som nevnt.

Sist endret: Januar 2006

Referanser:

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

To studenter om allmennmedisin, lønnslipp og pasientens agenda

VEGARD BERLING OG KJERSTI PILEBERG INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

Hva tenker en medisinstudent om allmennmedisin etter å ha vært i praksis? Flott, spennende og variert eller bare sykehusmedisin på et lavere nivå? Bergensstudentene Vegard Berling og Kjersti Pileberg har vært i praksis i henholdsvis Sande i Sunnfjord og hos Landsbylegene på Stord, etterfulgt av teoretisk undervisning.

K.P.: Det har vært noe helt nytt å være i allmennpraksis. Undervisningen har hatt fokus på konsultasjonsteknikk og legerollen. Dette har vi ikke hatt noe om tidligere på studiet. Vi hadde ei hel uke med konsultasjonsteknikk. En profesjonell skuespiller spilte forskjellige type pasienter, for eksempel den innesluttende, skeptiske eller nedlatende pasienten, og vi kunne øve oss i å møte disse typene på en god måte. På legevakta måtte alle igjennom videokonsultasjon som senere ble sett på i smågrupper.

V.B.: Det å se på pasientens agenda i møte med legen har vært nytt. De fire fene: forventninger, følelser, forutsetninger og forestillinger brukes som et redskap.

Utposten: *hvordan er stemningen for allmennmedisin på kullet?*

K.P.: Jeg har inntrykk av at få på vårt kull kan tenke seg å bli allmennpraktiker. Det er lite «hot» og har mindre prestisje enn en del sykehusspesialiteter.

Utposten: *Hva er minst attraktivt med allmennmedisin?*

K.P.: Det virker mer krevende å holde seg faglig oppdatert. På sykehus kommer dette mer av seg selv. Det må være veldig gøy å være allmennlege med stor faglig kompetanse, men det virker vanskelig å holde seg oppdatert på så mange områder samtidig. Det virker også mindre kollegialt enn på sykehus, en får mindre støtte i hverdagen og står alene om beslutningene, dette kan virke litt tungt. Det virker hektisk og som en plass en kan bli utbrent. I tillegg virker ansvaret for økonomien slitsomt. I praksis så jeg hver dag hvordan legene gikk med penge-kassa på slutten av dagen. Det er noe med dette som ikke er så attraktivt. Det å hver dag måtte



Gunhild Felde med Vegard Berling t.v. og Kjersti Pileberg t.h.

telle penger, er ikke det jeg har lyst til å gjøre. Samtidig er jo god lønn positivt.

V.B.: Det er positivt å tjene godt, men for de fleste tror jeg ikke det vil være avgjørende for valg av spesialitet.

Utposten: *Tenker dere annerledes om det å være allmennlege nå sammenlignet med før dere var i praksis?*

V.B.: Jeg har fått større respekt for alt en allmennlege må kunne noe om. Jeg har ofte fått inntrykk av at sykehuslegene er oppgitt over at allmennlegen ikke kan noe om akkurat deres felt. Tidligere har jeg tenkt at allmennleger ikke kan noe ordentlig, at de ikke er autoritet på noe. Dette synet har endret seg hos meg. Jeg har også fått større respekt for det menneskelige engasjementet og evnen til å finne kreative løsninger og å improvisere.

Utposten: *Hva vil være det som eventuelt trekker til allmennmedisinen?*

K.P.: Jeg liker målrettetheten i allmennpraksis. En slipper å gå gjennom hele journaloppsettet fra topp til tå. Jeg har sansen for å kunne gå rett på sak. Samtidig er det en fare i det å nesten forvente at det ikke er noe galt, fordi pretestsannsynligheten er så lav.

V.B.: Det er en variasjon i allmennpraksis som jeg har fått sansen for, det at en ser livet i alle faser og folk i så mange forskjellige situasjoner. Jeg har lest mye om lege-pasientrelasjonen i det siste, og spesielt om den helbredende virkningen som kan ligge bare i relasjonen. Jeg ønsker å bli god på å bruke denne relasjonen, og tror jeg i allmennpraksis

kan få brukt meg selv i stor grad. Muligheten til å hjelpe er stor. Noe av det som frister mest med faget er at en møter pasienten i hverdagen, at det er et lavterskeltilbud. I forhold til kommunikasjonen under visiten på sykehuset, er det mye mer tilrette-

lagt i allmennpraksis. Det å kjenne pasienten over lang tid gir også en spesiell forutsetning for å forstå. Utfordringen tror jeg er å holde på nysjerrigheten.

Vegard og Kjersti er på gli – kanskje inn i allmennmedisin? Noe har skjedd iløpet av praksisperioden i synet på hva vårt fag dreier seg om. «Å låne studentens blikk», som praksislærer Unni Bilsbakk sier, kan være nyttig, også med tanke på rekruttering til faget.



Tidsskriftet 125 år

Vår kjære storesøster, Tidsskrift for den norske Lægeforening, er 125 år i år. Utposten gratulerer så mye med jubileet.

Generasjoner av leger har hatt Tidsskriftet som sin primære kontakt med faget og vitenskapen. Tidsskriftet har vært det viktigste forum for utveksling av meninger og erfaringer mellom norske leger og har på den måten virket som en av de sentrale elementene i utdannelsen av den norske legestand. I den grad det finnes noen «norsk medisinsk modell», så har Tidsskriftet vært et sentralt og nødvendig redskap i utformingen av denne.

Jubileumsfeiringen viste at nasjonale tidsskrifter er viktige i dannelsen av en nasjonal legeprofesjon. Foredrag bl.a. fra redaktøren av det Kroatiske nasjonale tidsskriftet viste hvor mye andre satser på å ha et slikt samlende medium som er legestandens eget, uavhengig av andre aktører i samfunnet. Vi vil gjerne minne om viktigheten av uavhengighet. Det er all grunn til å være fornøyd med legeforeningens eierskap i Tidsskriftet. Redaktørene har (så vidt vi vet) fått lov til å bestemme Tidsskriftets innhold helt uten forsøk på styring fra eieren. Denne uavhengigheten tjener oss alle. Nylig fikk redaktøren i det islandske legetidsskriftet sparken etter å ha tatt inn et kritisk leserbrev om en av de mektigste menn i islandsk medisin, Kari Stefansson. Han er grunnleggeren av Decode, den islandske kommersielle genbanken. Det er godt mulig at dette leserbrevet ikke var hyggelig skrevet, og det kan sikkert ha inneholdt feil og andre betenkelige ting. Men å gi redaktøren sparken for å ta det inn, høres imidlertid ut som om man forsøker å styre et tidsskrift fordi eieren (den islandske legeforening) finner innholdet problematisk. Vi tror ikke dette kunne ha skjedd i Norge. Vi tror vår storesøster er genuint uavhengig og redelig i det hun gjør.

Måten vi søker kunnskap på, har endret seg de senere årene, dermed vil også Tidsskriftets rolle måtte endre seg. Rollen som den sentrale formidler av normgivende kunnskap må uvegerlig endres nå som mange av oss finner den kunnskap vi trenger med noen raske tastetrykk. Kanskje vil Tidsskriftet bevege seg i retning av å bli hovedformidler av norsk medisinsk forskning. Samtidig vil oppgavene med å gi den norske legestand en felles plattform for debatt, diskusjon (og stillingsannonser) helt sikkert bli enda viktigere i årene som kommer.

Du sitter kanskje der i godstolen din og lur på om Tidsskriftet er et bra nasjonalt tidsskrift? Det er vi sikre på at det er. Bare ved å se på bursdagsgjestene kan vi se at dette tidsskriftet blir lagt merke til av de store i bransjen. Å få redaktørene i JAMA og NEJM til å holde innlegg i bursdagsselskapet signaliserer at vi med rette kan være stolte av storesøster.

Utposten har aldri oppfattet seg som konkurrent til Tidsskriftet. Vi har vår egen stil, våre emner og vårt helt egne publikum. De norske allmennpraktikerne.

Det er derfor uten en baktanke at vi ønsker lykke til med de neste 125 år.

Gratulerer!

Tidsskrift for
Den norske lægeforening

125 ÅR



Moderne behandling av tørre og irriterte øyne



Oxyal™

Smører, beskytter og fukter tørre øyne.

Hyaluronsyre med forsterket effekt

Forbedrede viskoelastiske egenskaper og fukting av øyet

Konserveringsmiddel som forsvinner i forbindelse med drypping

Essensielle elektrolytter tilsatt

Åpnet flaske kan brukes innen to måneder

En kommentar til innlegget om «Behandling av laterale epikondylitter»

I nummer sju i fjor var behandling av laterale epikondylitter tema i spalten «Slik gjør (nå) jeg det» (1), og jeg fikk lyst til å knytte en kommentar til innlegget.

Først vil jeg understreke at jeg støtter grunntankene i temanummeret som er viet prioriteringer i helsetjenesten. Spesielt vil jeg vise til Irene Hetleviks ord om at det er «på tide å fordele ansvar for medikaliseringen i samfunnet på flere enn media og farmasøytisk industri» og hennes kopling av dette utsagnet til en kritikk av et vitenskapssyn som fremmer fragmentering.

Hva har så dette med epikondylitter å gjøre. Jo, svært mye. Jeg skal fatte meg i korthet om et omfattende problemkompleks som her aktualiseres.

I spalten fremheves det at laterale epikondylitter ofte(st) går over av seg selv, og Jannike Reymert skriver at mange har hatt god nytte av de råd og øvelser hun har gitt dem. Hun beskriver hva denne tilnærmingen har gått ut på. Både Reymert og Satya Sharma, som er bedt om å komme med en «second opinion», er tilbakeholdne med å foreslå kortisoninjeksjoner. Reymert nevner slike injeksjoner i forbindelse med at noen har så intense smerter at de får ødelagt nattesøvn, og at en da må ty til denne form for behandling – eller «fysikalsk behandling» som nevnes i samme åndedrag. Sharma viser til at «residiv er vanlig».

Begge fremholder betydningen av informasjon og variasjon: Det er viktig å si til pasienter at tilstanden ikke er alvorlig, og at den antagelig vil gå over av seg selv uansett behandlingstiltak, og de anbefaler variasjon og pauser i arbeidet, spesielt foran PC-en.

Ingenting er bedre enn at plager går over av seg selv. Nestbest er det hvis allmennleger har virkemidler som er nyttige, og folk ikke blir unødvendig bekymret. Men så var det residivene ... Og hva med indirekte behandlingsformer som ikke nevnes, men som i mange tilfelle representerer viktige – og i Reymerts egen ordbruk, mindre aggressive – alternativer til direkte intervensjoner? Her kommer fragmenteringen og prioriteringen inn i bildet.

Spalten er myntet på leger, men som fysioterapeut vil jeg gjerne dele noen av mine tanker og kliniske erfaringer med dere som er leger, og som henviser – eller ikke henviser – til fysioterapeuter.

For å forebygge misforståelser er det kanskje nødvendig å understreke at jeg ikke er av den oppfatning at fysioterapi er nødvendig for enhver som har muskel- og skjelettlidelser, det være seg i form av laterale epikondylitter eller andre slags plager. Men et tilsynelatende enkelt og lokalt problem – som en epikondylitt – kan i en del tilfeller kreve andre tilnærminger enn de skisserte hvis den terapeutiske virkningen skal bli langvarig.

Det som ved første øyekast ser likt ut, kan ved nærmere analyse vise seg å ha med høyst forskjellige forhold å gjøre. Så selv om symptomene og de lokale kliniske funn er de samme, er det ikke gitt at plagene skal behandles likt. Det «samme» er ofte ikke «det samme».

Jeg mener ikke å bagatellisere det uheldige ved repeterende og ensidig arbeid som PC-bruk, epikondylitter kan være svar på fysisk/mekanisk overbelastning. Det er grenser for hvor mye ytre arbeid som kan utføres uten vevs- og belastningsskader.

Men jeg vil minne om at også andre forhold kan gjøre seg gjeldende, og ikke minst at flere forhold kan virke gjensidig forsterkende.

Jeg merker meg at Reymert omtaler PC-bruk som «utløsende faktor». Hva som er sykdomsskapende, utløsende, opprettholdende og forsterkende forhold er ikke nødvendigvis det samme. Å differensiere her kan være av avgjørende betydning for å finne fram til adekvat behandling. Det er for eksempel alltid en utfordring å identifisere kroppslige forhold som er knyttet til nåtid i forhold til fortid, det vil si til det situasjonelle og mer øyeblikkspregete, i forhold til det mer varige og vanemessige som har nedfelt seg i kroppen over tid. Vaner og daglige bevegelser involverer kroppen som helhet og dens deler på bestemte måter. Det er ikke bare ytre arbeid som representerer en påkjenning på vevsstrukturer. Som jeg har skrevet annetsteds:

«Tendinitene, de irriterte senefestene (les epikondylittene) vi ser så mange av, kan være resultat av ensidig, monotont gjentakelsesarbeid. Men de kan likeledes – for ikke å si samtidig – være et resultat av langvarig belastning fra konstant spent muskulatur og en kropp preget av kroppslig bremsing og holdthet» (3:921).

Og dette reduserer i sin tur vevets toleranse for ytre arbeid.

Reymert skriver blant annet at «det nok er lurt å prøve å forhindre at det blir kronisk ved å endre noe på bruken av underarmsmuskulene», og videre at pasienten skal «prøve å senke spenningsnivået i muskulaturen ved å ta jevnlig pauser med følgende øvelser» (1:44) Visse øvelser beskrives deretter.

Her berøres sentrale faglige spørsmål. Men som alle klinikere vet, betyr ikke informasjon om og instruksjon i kroppsbruk nødvendigvis at pasienter endrer kroppsbruk. Å endre spenningsforhold og bevegelsesvaner er ikke lett siden spenningsmønstre og bevegelsesvaner er mer eller mindre tett knyttet til personens livshistorie, identitet og selvfølelse. Det er med andre ord mer enn et pedagogisk og teknisk anliggende.

Jeg har som andre psykomotorikere erfaring for at svært mange pasienter kommer til oss først etter at de har vært gjennom mange og forskjellige behandlingsformer, oftest med dårlig resultat.

Psykomotorisk fysioterapi synes ofte å være en slags siste (nød)løsning. Det er ganske fortvilende å møte pasient på pasient som henvises til oss først når de har utviklet kroniske og mer eller mindre invaliderende plager. Ikke sjelden forteller pasientene at det er de selv og ikke henvisende lege som har foreslått psykomotorisk fysioterapi. De har hørt om behandlingsformen av venner eller bekjente.

Jeg våger å påstå at mange kunne vært hjulpet bedre og langt tidligere med en tilnærming der symptomer og lokale plager sees i sammenheng med generelle kroppsførhold og med hvordan personen bruker kroppen – bruker seg selv i dagligliv og arbeid. Mye lidelse, mange arbeidsdager – både for pasienter og helsepersonell – og mange helsekroner, kunne vært spart.

Referanser

1. Behandling av laterale epikondylitter. Utposten 2005; 34 (5):44–5.
2. Hetlevik I. Signe Skred – prioritert opp eller ned? Utposten 2005; 34 (5):15–23.
3. Thornquist E. Å se på kroppen med nye øyne. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 919–21.

Eline Thornquist

Ebixa® er den eneste medisinen som er godkjent for behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom^{1,2}



Mild



Moderat



Moderat alvorlig



Alvorlig

Redusert pleiebehov

Ebixa® reduserte pleietiden for hver pasient med 52 timer i måneden i forhold til dem som fikk placebo.³

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

Utvidet indikasjon!
Når MMS ≤ 20

Lundbeck



Ebixa®
memantin

Ebixa®

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

For referanser og preparatomtale, se side 47

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

Som min utfordrer Henrik Brochmann påpeker, fins det musikk som hjelper. Goldbergvariasjonene har plastret utallige slitne kvelder. Wachet Auf, Bach's kantate nr 140, stemmer deg til religiøs høytid uansett livssyn. Keith Jarretts My song hjelper for hva som helst, og Neil Youngs Ambulance Blues kan skru minusdager til plussdager.

Men denne gangen gjelder det tekster. I 1903 trykket Arbeideravisa et anonymt dikt som Nordnorsk visegruppe satte musikk til og ga ut i 1979. Vinterens svartmørke virker på sjelen. Det gjør også lyset. Dette diktet gir mening både som en beskrivelse av nordnorsk vinter, sjelens mørke og et håp om lys:

De mørkeste dage

Ukjent forfatter/JA Johansen, utgitt av Nordnorsk Visegruppe på: Hei Løsti, 1979.

Så nådde vi bunnen,
igjen går det oppad
igjen går det fremad
mot lys og mot sol.
I tåkegrå dage og regntunge netter
Skred mørket imot sin ytterste pol.
Og har vi end knugende trængsler tilbake,
Isnen fra stormernes rungende røst,
Frysende dage hvor alt er et øde
Så føler vi dog som en lidende trøst.

At dagene langes, at solen får farver
At alt som nu sover i skogenes skjød
Kun venter på timen hvor friskt det skal spire.
Og blusse med livets og skjønnhetens glød.

Vi føler, at alt som nu knuger og gnager
Vort hjerte og gjør det forherdet og trist
Skal svinde når solkulens flammende lyshav
Får bugt med en vinters dødskolde brist.
Så nådde vi bunden, igjen går det oppad
Igjen går det fremad, mot lys og mot sol.

Det ville være en overdrivelse å påstå at jeg er en kjenner av Stein Mehren's poesi. Men jeg fascineres av mye og noe taller rett inn. Slik som dette:

Vennskap

Hva jeg søker i vennskapet
Nesten ingenting og likevel mer
enn jeg kan finne alene. For ennu leter jeg
og jeg søker ikke lenger trøst og trygghet
ikke engang bekræftelse søker jeg
Det har jeg fått eller stjålet som barn
Det forsøker jeg å gi mitt eget barn
Jeg er langt over førti år
Det er ikke mer å hente av slike ting
Min ensomhet blir ikke mindre av å støtte seg
til andres

Hva er det da jeg søker
Jeg går og bærer på biter av visdom
brokker av mening, ilanddrevne skår av
skjønnhet, bruddstykker som ikke passer sammen
Og det jeg søker er noe som stemmer med mine
funn, de få og forferdende øyeblikk
da mine ord og en annens ord
plutselig faller på plass i hverandre
Og jeg ser mer enn jeg kan se alene
Jeg ser!

Stein Mehren: Vennskap. Fra: Den usynlige regnsuen, 1981

Jeg sender stafetten videre til en venn som kan hjelpe til å se mer enn jeg kan se alene, Eivind Merok. Han er i tillegg en kjenner av nordnorsk lys og mørke.

Med hilsen
Per Stensland

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!*

Alternativ bruk av overflateanestesi

EMLA krem brukes for å forhindre stikksmerte hos barn, både ved blodprøvetaking og ved setting av venflon. EMLA inneholder lokalbedøvelsesmiddelet lidokain og da smertesensorer finnes i dermis og ikke i subcutis kan det også brukes for enklere kirurgiske inngrep.

Jeg bruker EMLA krem ved fjerning av mollusker med skarp skje hos barn. Det er enkelt å bruke og gir effektiv smertelindring. Jeg bruker det også dersom voksne kommer med multiple hudfliker, oftest på halsen, der lokalanestesi medfører veldig mye stikking.

Disse operasjoner må selvsagt planlegges da EMLA må sitte på en time for å virke godt. Det går godt an å bruke vanlig plastfolie som man kjøper i butikken, dersom flaten er stor og den plastfolien som medfølger i pakken blir for liten.

Kan EMLA-krem brukes til fjerning av føflekker og til bedøvelse for stansebiopsi? Noen av redaktørene i Utposten har gjort det, men det vitenskapelig grunnlaget er svakt (N=2). For å øke pasientgrunnlaget med 50 prosent (N=3) ville jeg bruke det på en pasient i forrige uke. Hun nektet selvsagt. Jeg burde vel ikke fortalt henne at dette var en prøve.

Det er vanskelig å anbefale en prosedyre uten erfaring. Så jeg satte EMLA krem på meg selv og tok en biopsi.

Resultatet var imponerende. Ikke noen smerte i det hele tatt. Dette skal jeg bruke flere ganger. Dersom pasientene likevel ikke blir smertelindret kan man jo bare sette vanlig lokalbedøvelse.

Xylocain gel brukes til slimhinneanestesi, for eksempel ved kateterprosedyre. Noen har fortalt meg at det er mulig å bruke Xylocain gel ved stansebiopsi. (N=1). Dette prøvde jeg også, men det fungerte ikke.

Xylocain gel skal ikke brukes i åpne sår. Men ved skrubbsår med store sårflater som trenger å vaskes er det likevel effektivt. Oslo legevakt bruker det hyppig. (pers. meddelelse).

Tromboserte hemoroider er fryktelig plagsomt. Pasientene har svært ondt og bare tanken på at legen skal sette lokalanestesi i den ømme hemoroiden kan få pasienten til å gå i vranglås. Xylocain gel er et godt alternativ, men husk at det tar tid før full effekt. La pasienten sitte med rikelig mengder gel i minst en halv time, da kan du åpne uten å injisere lokalanestesi.

Dersom Utpostens lesere har erfaring med bruk av overflateanestesi, så ikke nøl med å dele det med oss.

Anders Svensson

Det var litt plunder med å få til plasten, men det gikk på et vis.



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

Lærerike kasuistikker

Å overta pasienter som er storforbrukere av A og B-preparater

Han hadde brukt 70–120 mg Oxycontin daglig i to år. Det var ikke lett å finne begrunnelsen for å gi en 25 år gammel mann dette medikamentet, men under en av de utallige innleggelsene på kirurgisk avdeling for akutt abdomen uten at det noen gang var patologiske funn hadde han altså fått dette preparatet. Hans versjon var at han måtte ha dem for diffuse kroppssmerter som han selv oppfattet som mulig reumatiske. Han tålte ikke NSAIDS og Paralgin forte hjalp ingen ting.

Livet var gått i stå, han hadde ikke hatt kontakt med arbeidslivet på mange år, hans væremåte gav meg en magesfølelse av personlighetsforstyrrelse og nå valgte han ny fastlege fordi det hadde vært for mye krangel med den forrige om bruken av Oxycontin.

Dette føltes som en gyllen sjanse å begynne «med blanke ark»: Med hans sykehistorie kreves det både en fast hånd og klare rammer. Dersom jeg klarte å få til en allianse med pasienten, så jeg en mulighet for å komme lenger enn forrige lege. Jeg ville bygge mitt behandlingsopplegg på kunnskapen om der det skar seg.

Jeg valgte å tro på pasientens ønske om å komme ut av misbruket og forsikret om at vi da måtte finne et alternativt smerteregime. At han nok trengte psykiatrisk behandling for sannsynlig angst lot jeg ligge foreløpig da han selv benektet på det sterkeste å ha psykiske vansker. Vel vitende om at løgner og manipulasjon var sannsynlige, ubevisste strategier ble jeg ikke det minste overrasket da det viste seg at han hadde spist alle de tablettene (ca 200!) han skulle medbringe fra forrige lege for at jeg skulle porsjonere dem ut til 70 mg daglig. Da var det bare å konstantere at «nå har du løyet og brutt avtalen en gang, det lar vi passere, neste gang aksepterer jeg det ikke, da strammer jeg inn på et eller annet vis.» Det han satte pris på i denne sammenhengen var at jeg fortalte at alle som går på sterke stoffer fristes til å lyve og underslå medikamenter, det kan sees på som en del av «rusmisbrukssyndromet». Altså var ikke han verstingen blant misbrukerne, men en helt «vanlig» rusmisbruker. Det jeg synes jeg oppnådde var å få ham til å forstå at dette var rusmisbruk og ikke smertebehandling. På kjøpet fikk jeg ham til å gå med på henvisning til rusmiddelteamet i helseforetaket. Jeg er faktisk ganske stolt, i stedet for å bli sint fikk jeg alt dette ut av hans løgn og underslag!

Behandleren der fikk ham også til å innse at det var rusen som var målet med tablettene, smertene var av underordnet betydning.

Revmatologen fant ingen reumatisk diagnose, og det hjalp ham et stykke på vei til å forstå at smertene ikke var av alvorlig karakter. At han hadde positiv effekt av 30 mg Sarotex vesp var ikke forventet, de fleste vil jo ikke fortsette med dem pga bivirkningene (og vel fordi ruseffekten jo er lik null). Men jammen lovprieste han ikke Sarotex-effekten!

Med nøye opptelling av antall tabletter pr. døgn for å få 70 mg Oxycontin daglig og ny resept samme dagen pakningene var tomme, kom han etter ca. to måneder frem til at dette maset kostet mer enn det smakte, kunne vi gå over til Paralgin forte? Han hadde lånt 40–50 av en venn (!) og opplevde dem like nyttige. Siden jeg har mye mer erfaring med nedtrapping på dette, opplevde jeg det som et godt forslag og sa meg enig: Vi begynner på seks pr døgn og trapper ned med en pr. dag pr. måned.

– men – Var dette klokt? Det er kanskje her jeg møtte min inkompetanse? Hva kunne jeg gjort annerledes?

Utposten har spurt Berit Skjervold, overlege på LAR-Midt-Norge og fått følgende kommentar:

BS: Paralgin forte har kortere halveringstid ($T_{1/2} = 2-3t$) enn Oxycontin og det gir et svingende serumspil som igjen vanskeliggjør nedtrappingen. Det må doseres x 4; og gir ingen dekning hele natten hvis smerter. OxyContin Depot doseres x 2; det bør tas under tilsyn hvis nedtrapping. I hvert fall bør det organiseres daglig henting på apotek. Ved å trappe videre ned med et preparat med lang $T_{1/2}$ faller toleransen parallelt med nedtrappingen. Reduser på antall mg ved hver dosering og behold x 2 dosering under hele nedtrappingen.

Foreløpig er vi nede i fem Paralgin forte pr dag.

BS: Det sier ingenting om inntaket. Kan være ti tbl. hvert annet døgn til rus. Ujevnt inntak holder toleransen oppe og nedtrappingen står i fare.

Han ringer ikke og maser om mer enn avtalt, mister verken resepten eller tablettene i WC, ber ikke om andre A- og B-preparater og snakker om at han ønsker å prøve attføring om noen måneder.

BS: Allikevel vil jeg si at pasienten kan være like avhengig av tablettinntaket pr se som selve virkestoffet (psykologisk tablettavhengighet). Hvis det er slik, ville jeg switche til Durogesic plaster og trappe videre ned på dette. Begynn da med 25 mikrogram/time og for hvert

nye plaster (som bør settes på under tilsyn) klipper man av en viss prosentdel av plasteret slik at dosen gradvis trappes ned. Den biten man har klippet av må kastes, den tørker så fort ut at den ikke kan brukes ved neste plasterskift om tre dager.

Kommentar ved Ivar Skeie, allmennlege og medredaktør i Utposten, forsker for tiden på pasienter i LAR på Gjøvik:

Kasuistikken beskriver en vanlig og ofte lite lystbetont situasjon for fastleger: Man skal overta en pasient som er misfornøyd med sin tidligere fastlege, og uenigheten synes å dreie seg om bruk (misbruk?) av vanedannende legemidler. I dette tilfellet dreier det seg om sterke opioider (Oxycontin®), oftere vil det kanskje dreie seg om benzodiazepiner, blandingspreparater kodein/paracetamol eller karisoprodol (Somadril®). Når forholdet mellom lege og pasient skjærer seg, viser det at *relasjonen* mellom dem ikke fungerer, og det er ikke nødvendigvis bare pasientens feil. Som legen her sier, er det viktig å prøve å stille med «blanke ark» i en slik situasjon. Men når det er snakk om uenighet om bruk av vanedannende legemidler, bør legen være på vakt.

Første konsultasjon er viktig. Pasienten vil være spent, han frykter at forskrivningen vil opphøre, noe han ofte vil oppfatte som en katastrofe. Legen vil også være spent, hvis han kjenner til problemet. Legen må derfor ballansere mellom å ikke avvise/bygge tillit og ikke naivt la seg manipulere inn i en destruktiv relasjon til pasienten. Hvordan kan man så gjøre det?

Pasienten må få legge fram sitt budskap. Legen bør være vår på manipulatoriske utspill fra pasienten (for eksempel at han har hørt at du skal være en fantastisk flink lege osv., og urimelig nedsettende beskrivelse av den forrige legen). Så bør legen gjøre det klart at målsettingen må være å få legemiddelforbruket under kontroll, og evt. avslutte det hvis det ikke har noen medisinsk berettigelse. Man bør få journal fra tidligere lege (hvis pasienten nekter dette, gjør det samarbeidet vanskelig). Man må prøve å få oversikt over forbruket, og ta stilling til om han skal ha ny resept. Det vil sjelden være mulig å bråseponere et vanedannende medikament som pasienten har stått på over lang tid, men reseptstørrelse og utleveringsrutine må vurderes.

Legen må rimelig raskt vurdere om det foreligger en reell medisinsk grunn til legemiddelbruken, f. eks. sterke kroniske smerter. Hvorfor og hvordan startet bruken? Hvor lenge har den vart? Hva slags medisinske funn er gjort, hva slags behandling er gjennomført? Er annen medikamentell behandling forsøkt? Hvorfor fungerte ikke det? Foreligger det her legemiddelavhengighet i egentlig diagnostisk forstand, slik at problemet ikke er en underliggende medisinsk lidelse, men en avhengighetstilstand? Er det pasienten selv som spiser tablettene? Er det flere leger som forskriver til pasienten? Er det forbindelse til illegalt stoffmiljø? Hvordan er pasientens sosiale situasjon? Osv, osv. En slik full oversikt kan man ikke få på 15 minutter, men man kan ha en ganske god «magefølelse» om hva det dreier seg om etter 15 minutter. Så må man – sammen med pasienten, og neppe i samme konsultasjon – legge en plan for å komme videre med problemet. Trengs ytterligere innhenting av opplysninger/epikriser? Trengs ytterligere somatisk eller psykiatrisk utredning? Skal man legge en plan for å få kontroll over og trappe ned medikamentforbruket i fastlegessettingen, eller er problemet så vanskelig at man må søke hjelp hos medisinsk ekspertise på rus/avhengighet? Skal man inngå en

skriftlig avtale med pasienten om forbruk/neddrapping? Kan pasienten kjøre bil med sitt medikamentforbruk? Og på lengre sikt – når legen har fått inngående kjennskap til og forståelse av pasienten – må man ta stilling til om dette er en pasient som «kan» avvennes, eller om man må godta et «nestbeste» alternativ, et styrt og minst mulig skadelig forbruk.

Så til denne kasuistikken. Her har legen prøvd å danne seg en oversikt slik jeg har beskrevet ovenfor. Det synes å være klart at det ikke foreligger en medisinsk tilstand som skulle betinge smertebehandling med opioider, og at det dreier seg om et avhengighetsproblem som må behandles som sådan. Legen har «været» personlighetsforstyrrelse. De fleste pasienter vil relativt greit la seg avvenne fra opioider også etter relativt langvarig høydosebehandling pga. somatisk sykdom. De som utvikler alvorlig avhengighet har gjerne – men ikke alltid – en «premorbid personlighet» som kan disponere for utvikling av slike problemer. Dette gjelder kanskje særlig hvis grunnlaget for langvarig opioidbehandling i utgangspunktet var diffust eller uklart.

Pasientens forhold til andre og evt. illegale rusmidler framgår ikke av kasuistikken, heller ikke om det er mistanke om at hans tabletter spises av andre? Har legen spurt om/vurdert dette? Dersom det stemmer at pasienten «bare» bruker opioider, og ikke benzo/Somadril® eller andre B-preparater, og heller ikke illegale rusmidler eller alkohol i større mengder, er gjerne utgangspunktet for avvenning bedre enn om det foreligger blandingsmisbruk.

Legen «valgte å tro» på pasientens ønske om å gjøre noe med sitt problem. Det mener jeg er et rett utgangspunkt. Man skal være klar over at slike pasienter har en «reell» lidelse, nemlig avhengigheten i sin sammensatte kompleksitet, som ofte er «vanskeligere» å komme over for pasienten og å behandle for legen enn en «clear-cut» somatisk lidelse. Pasienten har behov for at legen «ser» denne lidelsen. Legen må bygge en god relasjon til pasienten. Men man må samtidig være klar over manipulasjonsfaren. Manipulasjonsatferd fra avhengighetspasienten er – som legen her sier – ofte en del av «avhengighetssyndromet». Dette må legen være bevisst på og det er svært viktig at det er *legen og ikke pasienten* som styrer forskrivningen. Pasienten har som oftest samtidig en binding til legemiddelet og et ønske om å komme vekk fra avhengigheten. Som behandlere må vi gripe inn i denne ambivalensen. Det må vi gjøre med empati og ikke-moralistisk informasjon om pasientens lidelse. Tenk primært medisin og ikke moral (men det betyr *ikke* at man skal unnlate å mobilisere pasienten til å «ta tak i» sine problemer og sitt liv!).

Når det gjelder de konkrete forskrivningsvalg legen her har gjort, er jeg enig med Berit Skjervold. Men mitt inntrykk er at legen har gjort et godt arbeid, og har klart å etablere en relasjon til pasienten der legen har styringa, og der pasienten er innstilt på å jobbe mot felles mål. Så får veien videre vise om man sammen klarer å nå målet.

PS.

Denne kasuistikken er anonymisert slik at pasienten eller andre ikke skal kunne kjenne igjen sykehistorien. DS.

Dr. Ola Normann

MIKAL TØNSAAS

FORBIFARTEN

STILLING FASTLEGE ARBEIDSSTED LEGEKONTORET STORTORGET



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

Tønås.

Hva gir deg mest glede?

Fritid med familie eller venner, helst på fjellet.

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

Sette tydelige grenser for de krav/ønsker som rettes mot meg både fra pasienter og annet helsepersonell samt tørre si i fra når disse brytes.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg diagnostiserer alvorlige sykdommer.

Når gjør du uviktig arbeid?

Når jeg sitter med alle mulige tøysete erklæringer og skjemaer.

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

Kreft.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Oppgående, enkle bestillinger, sykdomsinnsikt og arbeidsvilje.

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

Helst ikke, men jeg har satt på plass en del som oppfører seg uakseptabelt, uten å bli usaklig eller rope.

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Definitivt statsminister.

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

Ingvar Wilhelmsen, leder for Norges eneste hypokonderklinik. Foredragene hans er en åndelig berikelse.

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

Mer til industriuavhengig forskning på medisiner og sykdommer og mindre til sykepenger i form av å innføre en til to karerendager.

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Øke folks fysiske aktivitetsnivå.

Hvilket sykehus er Norges beste?

Det er hvert fall ikke St. Olavs.

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

Trond Brattland, Utsikten legekantor, Han ble nylig valgt til hovedtillitsvalgt for Tromsø fastleger. Hvilke mål ønsker du å oppnå i løpet av din periode? Hvilke kampsaker har du?

Ebixa®

memantin

- Verdt å huske!

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

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneholder: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann.

TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneholder: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av pasienter med moderat 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 eller kvelden) 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/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg.

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

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfalle eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksrometorfan 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 urinsveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner.

Interaksjoner: Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrien eller baklofen, kan modifisere deres effekter og

dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksrometorfan 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 hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og somnolens. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Øvrige: Tretthet, Anfall er rapportert svært sjeldent.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: I ett tilfelle av overdose (selvmordsforsøk) overlevde pasienten inntaket av opptil 400 mg memantin (oralt) med virkninger på sentralnervesystemet (rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, kramper, somnolens, stupor og bevissthetstap) som gikk tilbake uten varige mén. Behandling: Bør være symptomatisk.

Egenskaper: Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanisme: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittorer, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse.

Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner.

Proteinbinding: Ca. 45%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. Halveringstid: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (CL_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. Metabolisme: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt.

Oppbevaring og holdbarhet: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **Pakninger og priser:** Dråper: 50 g 782,00. Tabletter: 30 stk. 527,30, 50 stk. 790,40, 100 stk. 1546,40.

Sist endret januar 2006.
Basert på godkjent SPC november 2005.

Referanser:

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

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
N-1312 Lysaker
Tel +47 91 300 800
Fax +47 6753 7707
www.lundbeck.no

www.ebixa.com



NORSK HYPERTENSJONSFORENING

KURS OM HYPERTENSJON

TROMSØ, 20.-21. APRIL 2006

Godkjenninger:

Kurset er godkjent som emnekurs i kardiologi for allmennpraktikere, og spesialitetene indremedisin, nefrologi, kardiologi, endokrinologi, fysikalsk medisin, og infeksjonsmedisin.

Målgruppe:

Allmennpraktikere, spesialistkandidater i indremedisin, nefrologi, kardiologi, endokrinologi, fysikalsk medisin, infeksjonsmedisin og andre interesserte.

Læringsmål:

Oppdatert kunnskap om diagnostikk, utredning og behandling av hypertensjon.

Kurskomite:

1. amanuensis/overlege dr.med Ingrid Toft (Institutt for klinisk medisin UiTø / Nyremedisinsk avdeling, UNN) (kursleder), professor Bjarne Iversen (Institutt for indremedisin, Universitetet i Bergen), overlege dr.med. Rune Mo (Hjertemedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital), professor Per Omvik (Institutt for indremedisin, Universitetet i Bergen), professor Sverre Kjeldsen (Hjertelungesenteret, Ullevål Universitetssykehus).

Kursprogram

Torsdag 20. april 2006

10.15 Velkommen/åpning. Ingrid Toft, kursleder.
Bjarne Iversen, Formann i Norsk Hypertensjonsforening

PATOFYSIOLOGI OG MEKANISMER.

Møteleder Overlege dr.med Rune Mo
10.25 Strukturelle vaskulære forandringer.
Overlege, dr. med. Ingrid Toft
10.45 Nyrens rolle ved essensiell hypertensjon.
Prof. dr. med. Bjarne M. Iversen
11.05 Det metabolske syndrom, – nye aspekter.
Overlege dr.med. Ingrid Toft
11.30 Sympatisk overaktivitet ved hypertensjon.
Prof. dr. med. Sverre E. Kjeldsen
11.50 Paneldiskusjon / Spørsmål
12.10 Pause.

BLODTRYKSMÅLING.

Møteleder prof. dr. med Bjarne Iversen
12.30 Kontormålinger-rutine med begrensninger.
Overlege dr.med. Rune Mo
12.50 Hjemme-selv måling, – viktig supplement.
Ass.lege/stipendiat Marit Solbu
13.10 24 timers ambulatorisk målingindikasjon og tolkning.
Professor dr.med. Ingrid Os
13.30 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål.
14.00 Lunsj

SUPPLERENDE DIAGNOSTIKK VED HYPERTENSJON.

Møteleder professor Sverre E. Kjeldsen
15.00 Hvilke undersøkelser er nødvendig ved essensiell hypertensjon?
Overlege dr. med. Ingrid Toft
15.20 Når skal hypertenikeren henvises nefrolog.
Avdelingsoverlege Markus Rumpfeld
15.40 Når skal hypertenikeren henvises kardiolog.
Overlege dr.med Rune Mo
16.00 Renal hypertensjon og andre former for sekundær hypertensjon.
Prof.dr.med. Bjarne Iversen
16.20 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål.
16.40 Pause.

NYE RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING AV HØYT BLODTRYKK.

Møteleder dr. med. Ingrid Toft
17.00 Forskjeller i norske og internasjonale guidelines for blodtrykksbehandling. Professor dr.med. Per Omvik

Kursavgift: Kr. 1600 kr (for leger) / kr 3200 kr (ikke leger).

Overnatting: Må skaffes selv. Følgende hoteller i Tromsø har rabattavtale med Den Norske Legeforening: Tulip Inn Rainbow Polar Hotel (565 kr/døgn, tlf 77 75 17 00), Clarion Hotel Bryggen (895 kr/døgn, tlf 77 78 11 00), Comfort Hotel With (925 kr/døgn, tlf 77 68 70 00), Rica Ishavshotel (1045 kr/døgn, tlf 77 66 64 00), Grand Nordic Hotel (800 kr/døgn, tlf 77 75 37 77), SAS Radisson (1245 kr/døgn, tlf 77 60 00 00)

Kurslokaler:

Auditorium 6, Medisin-helsefagbygget (MH-bygget), Universitetet i Tromsø, Breivika, Tromsø

Sekretariat:

Kontor for legers videre- og etterutdanning. Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Telefon 77 64 46 08, faks 77 64 62 00, e-mail: koordinatorkontoret.tromsø@legeforeningen.no

Påmelding: Elektronisk til sekretariatet, innen 01.03.06.

17.30 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål
17.50 Avslutning

Fredag 21. april 2006

HJERTE, HJERNE OG HYPERTENSJON.

Møteleder prof. dr.med. Per Omvik
08.30 Diagnostikk av venstre ventrikel hypertrofi.
Overlege dr.med. Rune Mo
08.50 Diagnostikk og forebyggelse av hjertesvikt ved hypertensjon.
Overlege, dr med Maja Lisa Løchen
09.10 Forebyggelse av hjerneslag ved hypertensjon.
Overlege dr.med. Rune Mo
09.30 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål.
10.00 Pause

DIABETES, NYRE OG HYPERTENSJON.

Møteleder overlege Ingrid Toft
10.30 Hypertensjon ved type 2 diabetes.
Professor Trond Jenssen
11.00 Hypertensjon ved type 1 diabetes.
Professor Trond Jenssen
11.20 Hvordan nå blodtrykksmål hos behandlingsresistente pasienter.
Professor Ingrid Os
11.40 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål.
12.10 Lunsj.

RESULTATER FRA NYERE KLINISKE STUDIER.

Møteleder prof. dr.med.Ingrid Os
13.10 Resultat av placebokontrollerte blodtrykksstudier.
Hvor mange må behandles? Prof. dr.med. Per Omvik
13.30 Resultater av sammenlignende forsøk. Hvilke medisiner er best?
Professor dr.med. Sverre E. Kjeldsen
13.50 Hvilke hypertenikere skal behandles med statin?
Professor Trond Jenssen
14.10 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål.
14.30 Pause

HYPERTENSJONSBEHANDLING 2006.

Møteleder overlege Ingrid Toft
15.00 Medikamentell behandling.
Prof. dr. med. Sverre E. Kjeldsen
15.20 Kursevaluering med kursprøve
16.40 Slutt

system **X**

- Ett tastetrykk, én funksjon



HOVE MEDICAL
SYSTEMS

JOURNALSYSTEMET SOM LINDRER EN PRESSET HVERDAG

Frigjør tiden

Journalsystemet er legekonto-
retets viktigste verktøy. Alle
funksjoner utføres med lo-
giske valg og med færrest
mulig tastetrykk. Jo bedre
journalsystemet beherskes
av brukerne, desto mer ef-
fektivt og korrekt jobbes det.
Mulighet for timebestilling
via internett gir store ressurs-
besparelser, og øker tilgjenge-
ligheten.

Support og opplæring

Hove Medical Systems AS
har kunden i fokus, og vi pri-
oriterer å yte rask, effektiv og
god support og opplæring.
Våre opplæringskonsulenter
gir god veiledning før og un-
der oppstart. Vi utfører alle
nødvendige oppdateringer av
journalsystemet på server og
arbeidsstasjoner, slik at lege-
kontoret kan konsentrere seg
om sine primæroppgaver.

Grunnlag for utvikling

Hove Medical Systems AS
benytter moderne utviklings-
verktøy, og samarbeider
nært med våre brukere i vi-
dereutviklingen. System X
er installert på over 100 all-
mennlegekontorer, pluss en
rekke spesialister, klinikker
og bedriftshelsetjenester, med
nærmere ett tusen fornøyde
brukere.

Nye muligheter

Journalsystemet kan fjern-
driftes i en ASP-løsning, som
gir deg mulighet for hjem-
mekontor med sikker tilgang
til alle pasientdata. Legekonto-
retet kan også ha full tilgang
til internett, epost og norsk
helsenett. Du kan jobbe
trådløst med bærbar PC og
3G mobil bredbåndsforbind-
else, med full funksjonalitet i
journalsystemet.

Cipralex®

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



Se preparatomtale og referanser, se side 36