



Innhold:

LEDER: Helseforetakene i fokus, igjen! Av ANDERS SVENSSON	1
TEMA: SKOLEHELSETJENESTEN OG SKOLELEGEROLLEN: Innledning Av GUNHILD FELDE	5
Skolelege – en unik samfunns- medisinsk posisjon. Av SIREN HAUGLAND	6
Skolehelsetjenesten – en sammensatt tjeneste der lenger trengs. Av ØYSTEIN HETLEVIK	11
Skolehelsetjenesten – leilendingsarbeid for kommunen eller innholdsrikt og stimulerende? Av KENNETH GUTTERUP	16
Brev fra en Utpost i Sør-Sudan. Av GISLE SCHMIDT	20
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Tvangsinleggelse – en utfordring for legen, pasienten, helsepersonell og pårørende. Av ANDERS SVENSSON	22
Fastlegens rolle i nettverks- basert palliativ omsorg. Av SIRI BRELEN	26
EU-lege – et nytt begrep i allmennmedisin. Av ANDERS SVENSSON	31
Håndtering og behandling av hodeskader – en oversikt. Av SNORRE SOLLID	32
Hodepine – rett diagnose er avgjørende for rett behandling. Med fokus på migrene. Av ANNE KVALHEIM	37
BOKESSAY: Kroppslogikk, vold og medisin. Av EDVIN SCHEI	38
Faste spalter	40

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: brelín@c2i.net

Ivar Skeie

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

Anders Svensson

Boks 181, 8465 Straumsjøen
Tlf. priv.: 76 13 85 60. Tlf. jobb: 76 11 42 10
Faks jobb: 76 11 42 22. Mobil: 416 82 489
E-post: anders.svensson@bo.nhn.no

Forsidebilde:

Gunhild Felde

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:

PDC Tangen

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

Helseforetakene i fokus, igjen!

De valg Helseforetakene gjør påvirker i vesentlig grad kommunehelsetjenesten. De som styrer Helseforetakene er dermed viktige også for oss allmennleger. Utposten har intervjuet Bente Mikkelsen, administrerende direktør i Helse Øst. I forrige nummer intervjuet vi helseministeren og det er påfallende hvordan deres syn på helseforetakenes rolle og prioriteringer samsvarer. Nåvel, egentlig skulle det vel bare mangle, men tidligere har helhetlig, konsekvent styring av helseforetakene vært en mangelvare. Både Bente Mikkelsen og Sylvia Brustad gir inntrykk av forutsigbar styring og kontroll med helseforetakenes tilbud og økonomi.

Det kan diskuteres om reduksjon av ventelister og økonomisk kontroll er gode indikatorer på at helseforetakene drives godt. Fastlegene er spesialisthelsetjenestens viktigste kunder, oppdragsgiver eller bestillere. Det er åpenbart at allmennlegene er de som er best skikket til å vurdere helseforetakenes kvalitet. I stedet for å gjøre undersøkelser om pasienttilfredshet og ventelister, burde man undersøke om fastlegene er fornøyd med tilbudet som gis av HF. (Det er i og for seg i gang allerede, kunnskapssenteret undersøker for tiden vår oppfatning av dps'ene.) Dette hadde vært en kvalitetsindikator som det går an å stole på.

Samhandling med kommunehelsetjenesten og fastlegene står på Helseforetakenes agenda. Det er bra, til tross for at motivasjonen for dette ikke nødvendigvis er altruistisk. Alle pasienter som gis behandling i spesialisthelsetjenesten har vært innom fastlegen underveis, og de kommer tilbake til fastlegen når de «forlater» spesialisthelsetjenesten. Godt samarbeid forutsetter likeverd. Helseforetakene har politiske og økonomiske muskler som ikke kan matches av samhandlingspartnerne. I Nord-Norge for eksempel, er der seks helseforetak, 88 kommuner og 451 fastleger. Både fastleger og kommuner mangler samordning og fora for samhandling. Denne mangelen på fora for samhandling bør vi som fastleger sette på dagsordenen. Vi møter stadig vilje til faglig og organisatorisk samarbeide, men de som ønsker vårt samarbeide har ikke noe naturlig regionalt eller lokalt forum å møte oss på. Legeforeningen kan neppe ta rollen som «motpart» til helseforetakene. Kommunenes sentralforbund har vist liten interesse for legetjenesten, unntatt i forbindelse med diskusjonen om grådige leger i distriktene. Kanskje kan det nydefinerte fagutvalget til APLF ta initiativ til opparbeiding av en struktur som gjør at vi blir lettere å samhandle med i faglige sammenhenger.

Det må bli helseforetakene som tar ansvaret for samhandlingsprosjektet. Men da styrkeforholdene er så ujevne krever det ydmykhet og lydhørhet fra helseforetakene. Risikoen er at helseforetakene definerer sine oppgaver, mest sannsynlig ut ifra driftsøkonomiske hensyn og lar kommunehelsetjenesten ta ansvar for de pasienter som «faller utenfor» og det er neppe de pasienter som krever minst ressurser som faller på kommunenes lott ...

Bente Mikkelsen påpeker at der er manglende kontroll på økonomiske insitamenter og prioriteringer i allmennmedisin. Det er forunderlig at hun fokuserer på ressursbruken og prioriteringene i førstelinjetjenesten. Vi har sagt det før, ressursbruken har økt betydelig i det norske helsevesenet de siste årene. Bare en forsvinnende liten del av denne økningen er gått til førstelinjetjenesten. Antall leger i Norge er betydelig flere på få år, nesten alle er ansatt i sykehusene. Helseforetakene ansetter folk og bruker penger som om de hadde egen seddelpresse, og så etterlyser hun fokus på ressursbruken i førstelinjetjenesten. Direktøren svir av omtrent like mye penger på et av sine sykehus (Ullevål) som vi bruker i hele den norske primærhelsetjenesten. Det sier vel i grunnen nok. Helseforetakene har nok penger, men klarer ikke alltid å gi rett tilbud, på rett plass, til rett tid.

Prioriteringer er selvsagt et viktig tema for fastlegene, i den forstand at vi må prioritere som portvaktere og bestillere. Våre tjenester skal være lett tilgjengelige og uten barrierer for de som føler at de trenger vår hjelp. Vi er glade for at den nasjonale strategigruppen for prioriteringer fokuserer på fastlegenes posisjon i prioriteringer av helsetjenester. Det er helt i tråd med NSAM's teser for allmennmedisin som sier at «Allmennlegen skal bidra til at spesialisthelsetjenester prioriteres til dem som har størst behov.» Hvilke pasienter og tilstander skal vi bruke tid og krefter på? Hvilke pasienter skal henvises til spesialisthelsetjenesten og hvilke pasienter skal vi utrede og behandle selv? Disse prioriteringene er avgjørende for spesialisthelsetjenesten, presis som de prioriteringer som helseforetakene gjør er avgjørende for vår virksomhet.

Anders Svensson

Utpostens
dobbeltime

Bente
Mikkelsen

INTERVJUET AV
PETTER BRELIN

Utposten vil se ut. Ut og opp. Når vi kikker ut av norsk allmenntjenestemedisin ser vi spesialisthelsetjenesten. Ser vi opp, ser vi konturene av de gigantiske helseforetakene. Disse enorme foretakene som ble formet av de turbulente 80- og 90-årenes konstante krise i sykehussektoren. Den gangen var det krise på ethvert sykehus, til enhver tid.

Journalistene syntes å ha ferdigskrevne

artikler der de kunne dra frem en eller annen stakkar fra

en venteliste, presentere elendigheten for en politiker, og anklagende forlange at noe ble gjort. 90-tallspolitikeren (som ikke hadde den ringeste peiling på temaet) ble stotrende enig med journalisten om at noe måtte gjøres. Og så ble noe gjort. Slik bygget man et helsevesen på den tiden. Planløst og retningsløst, men med en slags «Politisk kontroll». Politikerne likte ikke denne politiske kontrollen. Det var det bare bråk med.

Dermed ble de statlige helseforetakene opprettet. Plutselig skjedde det ting. Flere og flere ble behandlet, funksjoner ble samlet og oppgaver fordelt, avdelinger ble flyttet og av en eller annen grunn var det veldig få som sutret og protesterte. Vi fikk knapt tid til å gå i fakkeltog når noe skjedde med sykehuset vårt. Det er mulig at dette var et resultat av at folk var matte av sykehusstridigheter, men det er kanskje mer sannsynlig at det nye regimet ble opplevd som mer uangripelig.

Ting skjedde i et tempo som vi ikke hadde sett før.. Dessuten virket det ikke som helsevesenets nye herrer brød seg om fakkeltog. Fakkeltogene lyste muntert opp både her og der uten at det fikk noen stor virkning på beslutningsprosessene.

En av dem som gikk rett inn i styringen av helsevesenet, grep tak i utfordringene og ble en av hovedarkitektene bak utformingen av Helse Øst, er Bente Mikkelsen. Hun er gynekolog av utdannelse, organisasjonsmenneske av legning med en lang fortid i legeföreningen. Hun har vært viseadministrerende direktør i Helse Øst fra oppstarten med ansvar for det medisinske og helsefaglige innholdet i helsetjenesten. I den siste perioden hadde hun ansvar for perso-

nal, organisasjon og ledelse. Hun har vært styreleder på fem av helseforetakene i regionen og nå siste tre år styreleder på Ullevål og Aker Universitetssykehus. Fra 01.01.06 er hun administrerende direktør i den helseregionen som leverer spesialisthelsetjenester til en tredjedel av Norges befolkning – landets tredje største bedrift. Hun styrer vår fremste samarbeidspartner. Hva tenker hun? Vet hun at vi finnes? Slike spørsmål har brakt oss til et intervju med damen. Omgitt av eks-statsråder, kosmetikkarvinger og utålmodige kelnerer på Theatercafeen forsøkte vi å lodde hva som foregår innenfor RHFet, HF-ene, og alle andre virksomheter som staten har overlatt til Bente Mikkelsen.

Er dere forbøyde med utviklingen i Helse Øst?

– Ja, vi har klart å oppnå de mål vi har satt oss. Vi behandler flere pasienter, ventelistene er på full fart nedover og vi har klart å holde budsjettene. Dette er vi ganske stolte av.

Hva har vært den største utfordringen for Helse Øst så langt?

– Det er 31 000 personer ansatte i Helse Øst. Det er ikke så lett å få alle til å dra i samme retning og arbeide mot de samme målene. Å endre holdninger og praksis er noe av det vanskeligste som kan gjøres – det krever mye og god ledelse.

Hvor mange sykehus har dere lagt ned de siste årene?

– Vi har ikke lagt ned et eneste sykehus.

Eh... Hørte jeg rett? Jeg bor i Halden!

Vi har flyttet en del avdelinger, men det foregår pasientbehandling i alle våre sykehus.

Vi i primærhelsetjenesten er ofte veldig glad i sykehusene våre, fordi vi opplever det som en verdi at pasientene våre får hjelp nær hjemmet. Helseforetakene har ofte argumentert med kvaliteten, ser man på nærhet som en kvalitet?

Vi legger stor vekt på å utvikle desentraliserte tjenester og å utvikle sømløse behandlingslinjer. For eksempel har Ullevål utviklet en interaktiv tjeneste for å veilede sykehjemspersonale for å kunne øke kompetansen i sykehjemmene slik at pasientene kan få mer avansert behandling der de bor fremfor å legges inn i sykehus. På den måten får vi bedre utnyttelse av de samlede ressurser med en bedret kvalitet for pasientene. På samme måte satser vi på ambulante team som gir spesialisthelsetjenester hjemme hos pasientene både i det psykisk helsevern og innen somatikk. Sykehuset Østfold åpnet nettopp en dialyseenhet i Askim som er eksempel på det samme – trygghet i nærhet med god faglig kvalitet. Når vi etablerer slike modeller for å bedre kvaliteten for pasienten, så taper vi ofte penger på det. I tillegg til dette bruker vi mye tid i helseforetakene for å utvikle DPS og våre lokalsykehus. Men nærhet er langt fra det eneste kvalitetskriterium. Mye behandling krever spesialisering og volum og bør samles i robuste fagmiljøer på færre steder.

Det høres fint ut, men taper penger???

– Ja, vi bruker ressurser på å ikke legge inn pasientene. På å behandle dem utenfor sykehus og poliklinikker. Da får vi ikke inntekter. Dette vil vi gjerne endre.

Hva er ditt syn på norsk allmennmedisin?

– Jeg har et positivt inntrykk av den faglige kvaliteten på norsk allmennmedisin. Likevel vet jeg egentlig for lite om hva allmennmedisinen kan tilby i forhold til det som er praksis i dag. Hvordan prioriterer allmennelegene ressurser? Hvilke pasienter prioriterer primærlegene å slutføre behandling av? Er terskelen for henvisning svært ulik for samme pasientgruppe i Norge? På meg virker det som at fastlegeordningen har individualisert og privatisert allmennelegertjenesten – på godt og ondt. Det er viktig at dere spiller sammen med resten av kommunehelsetjenesten. Hvor lenge vil medarbeidere, pasienter og politikere ellers akseptere at fastlegene beholder sin sentrale rolle? Det er en del underlige paradokser ved allmennmedisinen. Studier fra Senter for helseadministrasjon viser at det er en tendens til at primærlegene har den samme inntjeningen



uansett hvor stor liste man har. Dette kan jo tyde på at det er manglende kontroll med de økonomiske insitamentene og for lite fokus på prioritering. Det er i alle fall svært interessant hvordan en så stor andel av samfunnets helseressurser brukes.

Dere i Helse Øst har en hel haug planer, visjoner, strategier og mål. Har dere noe slikt for samarbeide med primærhelsetjenesten?

– Alle helseforetakene har styrevedtatte planer om desentraliserte tjenester og samhandling. Alle helseforetak har inngått avtaler om samhandling med kommunene for sitt naturlige opptaksområde. Det er mye og god kontakt. Vi er i ferd med å bygge opp praksiskonsulentordninger i sykehusene, og det tror vi også vil vise seg svært nyttig.

Hva med fastlegene? Jeg har ikke fått noen plan?

Direktøren som til nå har latt sine velsmurte formuleringer trille ganske uanstrengt synes å stusse litt. Hun tenker seg om og virker med ett noe mer nølende.

– Det har du vel rett i. Helseforetakene har mye samarbeide rettet mot kommunehelsetjenesten og dens ledelse. Helseforetakene har også faglig direkte kontakt og veiledningsansvar overfor fastlegene. Men det er vel lite direkte samarbeide med fastlegene, som gruppe. Det virker som om fastlegeordningen har vært krevende for mange av dere, og at egen praksis har tatt mye av oppmerksomheten. Det er nok også en mangel at fastlegene ikke har noe forum som de kan spørres gjennom. Påvirkningen på disse planene må derfor gå gjennom kommunene og kanskje er det der dere må bli mer synlige. Dere bør bli tydeligere som gruppe både for egen del og for de andre aktørene i helsevesenet.

Helse Øst har stimulert sykehusene for å fremme praksiskonsulentordningen. Kan ikke den bidra til bedre samarbeid?

– Jeg tror den kan være en svært god måte å øke samarbeide og kontakten mellom allmennmedisinerne og spesialisthelsetjenesten på, men er ikke sikker på at dette vil kunne dekke alle aspekter ved samarbeidet. Men det er først og fremst en ordning for å forbedre tjenestene på systemnivå, og resultatene vil være avhengig av at både dere og sykehusene har evne og vilje til omstillinger.

Mange vil hevde at vi må forsøke å strebe mot det sømløse helsevesen der samhandlingen mellom 1. og 2. linjen er bedre integrert. Hvordan skal vi oppnå det?

– Dette er viktige spørsmål og noe av det vi må sette fokus på fremover. Vi trenger en ny styring. En styring som griper over nivåene i helsevesenet. Vi trenger et styringsverktøy som kan sette inn ressurser på det mest hensiktsmessige tjenestenivået uten å skjele til hvem som er eier av de forskjellige tjenestene.

Det er nedfelt at 2. linjetjenesten har et veiledningsansvar for 1. linjen. Hvordan ivaretas dette nå?

– Tja, det er vel ikke der vi har kommet lengst. Vi har arbeidet hardt for å forbedre epikrisetiden og ansatt praksiskonsulenter, men dette er troligvis ikke nok. Vi vil sette dette i system i den perioden vi har foran oss. Vi må nok stille tydeligere krav og mål på den veiledningen vi skal gi, men jeg synes egentlig at dette burde være en gjensidig plikt. Primærhelsetjenesten burde også ha en veiledningsplikt for spesialisthelsetjenesten.

At dere ser behovet for bistand fra fastlegene er musikk i mine ører. Så du er enig i at vi i primærhelsetjenesten kan bidra med veiledning til 2. linjetjenesten?

– Ja, dere er viktige premissleverandører og er jo de som henviser pasientene til spesialisthelsetjenesten. Men det er viktig å få et forum som kan fungere som felles plattform for utveksling av behov og erfaringer.

Dere har hatt allmenpraktikere i styret i helse Øst. Hvordan er erfaringene med allmennpraktikere i denne posisjonen?

– Vi trenger kontakt med allmennpraktikere, styrearbeide er en viktig del av det dere kan bidra med.

De rødgrønne har fredet lokalsykehusene, hvordan forstår dere dette? Blir det status quo slik at ikke noe endres de neste fire år, eller får vi en fortsatt nedbygging av lokalsykehusene til de fremstår som nye versjoner av Brustadbua?

– Vi vet ikke helt hva som ligger i regjeringens planer for dette enda, det får vi sikkert snart signaler om. Vi vil fortsette å tilpasse det tilbudet vi gir pasientene innen regionen etter deres behov. Lokalsykehus og lokale tilbud vil nok kunne se ulike ut og inneholde ulike ting avhengig av behov og muligheter.

Det er signalisert en økende satsing på allmennmedisinsk forskning. Dere har eget forskningsutvalg. Hva med å finne på noe sammen?

Alle våre midler, faktisk 225 mill til sammen, skal brukes av miljøer tilknyttet sykehusene våre. Har du et godt prosjekt som du vil utvikle i samarbeide med et av sykehusene, kan du få bidrag til dette, men det må være forankret i spesialisthelsetjenesten og det må skje i samarbeide med miljøer på sykehusene.

Et par timer med Bente Mikkelsen på cafe er ganske avklarende. Helse Øst er ikke styrt av tilfeldige innfall, utspill og impulser. Det er en tanke bak det som skjer. En begrunnet tanke. Det nytter ikke lenger lett å komme eksaltert og sutrende med noen grusomme historier for å etablere nye tilbud eller få større investeringer. Du skal ha en god faglig begrunnelse. Slik er det med leger som sjefer. Du lurer dem ikke så lett. Inntrykket av at staten begynner å interessere seg for oss på grunnplanet er både litt skremmende og gledelig. Gledelig fordi vi kan få vist at vi er en viktig del av helsevesenet og fordi vi kan bli tettere integrert i resten av helsevesenet. Skremmende fordi vi fort kan bli «spist» av de store helseforetakene som nok kunne tenke seg å integrere oss enda tettere inn i deres strukturer. Det er ikke sikkert at vi eller våre pasienter er tjent med en slik utvikling.

TEMA:

SKOLEHELSETJENESTEN OG SKOLELEGEROLLEN

AV GUNHILD FELDE

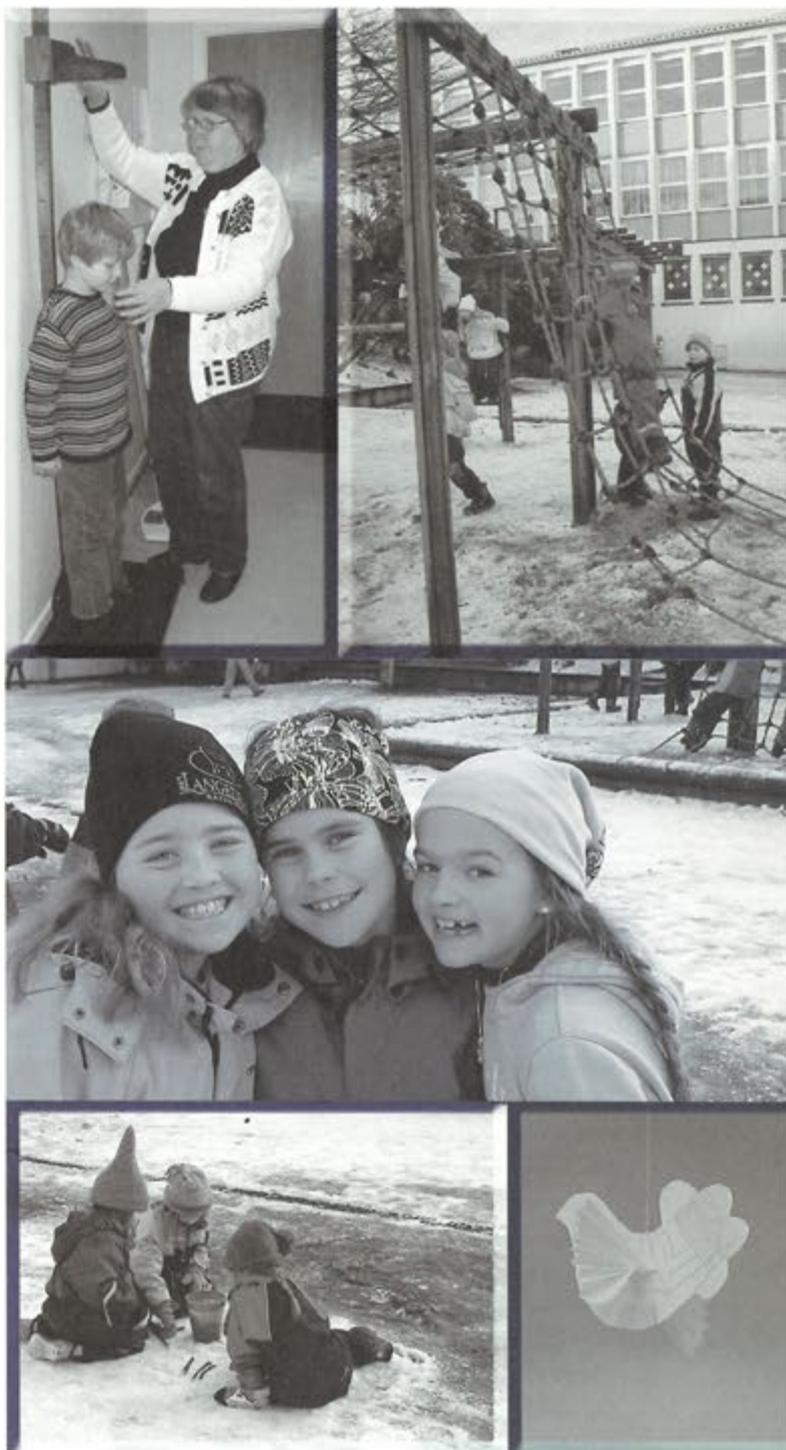
Mange hundre norske fastleger har skolehelsetjenesten som sin «offentlige dag». For noen er det en dag med spennende samfunnsmedisinske utfordringer, for andre en dag preget av følelsen av unyttige, normale auskultasjoner, palpasjoner og annen plankekjøring i et løp som er ferdiglagt på forhånd. Vi vet at mange helseplager debuterer i barne- og ungdomsårene og i følge Håndbok for skolehelsetjenesten er det god dokumentasjon for å si at det er mulig å påvirke elevenes helse og livsstil i skolen. Slik sett er skolen en svært viktig samfunnsmedisinsk arena.

Retningslinjene for faget har endret seg fra det individrettede mot flere grupperettede tiltak. Skal legen delta i dette arbeidet? Og kan fastlegen ivareta funksjonen som skolelege fra sitt kontor? Siren Haugland argumenterer i artikkelen som følger for at legen og samfunnsmedisineren har en viktig rolle i skolehelsetjenesten og at legen må være tilstede i skolemiljøet.

Skolelegestillingene er mange steder små. Er det mulig å få til en fagutvikling og et miljø når en bare jobber på skolen for eksempel to timer annenhver uke?

I Bergen er det laget en utredning om skolehelsetjenesten og Øystein Hetlevik redegjør for bakgrunnen og refleksjonene rundt denne.

Entusiaster i skolelegerollen? Kenneth Gutterup er det. Han har tatt «skjeen i egen hånd» og forteller litt om hvordan han har valgt å gjøre det på sin skole.



Skolelege

– en unik samfunnsmedisinsk posisjon

AV SIREN HAUGLAND

Innledning

Skolen er fremhevet som den viktigste arena for forebyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge. Skolehelsetjenesten har derfor en unik posisjon ved å være til stede på denne arenaen. De siste tiårene har et økende antall undersøkelser vist at skolen kan være både en ressurs og en risikofaktor i forhold til barn og unges helse (1). Denne artikkelen viser muligheter innenfor skolehelsetjenesten, og peker på forskningsbaserte tiltak i skolen som et unikt satsingsområde for samfunnsmedisinen. Noen konkrete eksempler fra videregående skole er også tatt med her.

Et kort tilbakeblikk

Skolehelsetjenesten er landets eldste forebyggende tjeneste (2–4). Skolelegen var nevnt i 'Opplæringsloven' allerede i 1889, og ble obligatorisk for alle elever over 7. klasse i 1896. Skolehelsetjenesten var opprinnelig knyttet til skolen, med skolelegen som rådgiver for skolens administrasjon. I tillegg ble det startet med screeningundersøkelser for å få fram kunnskap om normal vekst og utvikling, noe som i stor grad kan føres tilbake til Carl Schiøtz som var leder for skolelegene i Oslo. I dagens debatt om samfunnsmedisin er det interessant å merke seg at denne tidlige skolehelsetjenesten var en del av skolens system, og at den hadde som målsetning å bedre elevenes helse og levekår ved å påvirke samfunnsmessige forhold. Et eksempel er Oslo-frokosten som var gratis for alle elever da den ble innført i 1935. Bedriftshelsetjenesten ble også opprettet etter modell av den tidlige skolehelsetjenesten.

Fra 1957 ble skolehelsetjenesten underlagt Sosial- og Helsedepartementet, og fra 1984 er tjenesten lovpålagt under Lov om helsetjenester i kommunene. Etter dette har skolehelsetjenesten konkurrert med andre oppgaver i primærhelsetjenesten om ressursene.

Dagens helsetjeneste i skolen

Skolehelsetjenesten er i dag et lovfestet tilbud for alle elever i grunnskolen og videregående skole. Helsesøster er faglig



Siren Haugland

Skolelege i videregående skole. Førsteamanuensis Seksjon for sosialmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag. Fastlege i Bergen. Mastergrad i helsefremmende arbeid fra HEMIL senteret. Doktorgrad om helseplager, skolestress og fysisk aktivitet blant skoleelever, også fra HEMIL.

ansvarlig leder i de fleste kommuner. Leger har beslutningsmyndighet i medisinske spørsmål (5). Alle faggrupper har i tillegg et selvstendig ansvar for det arbeidet de selv utfører.

Etter gjeldende forskrift (6) har skolehelsetjenesten som formål å:

- Fremme psykisk og fysisk helse
- Fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- Forebygge sykdommer og skader

Skolehelsetjenesten skal ikke behandle sykdom hos enkeltelever. Ved sykdom skal eleven henvises til fastlegen for oppfølging og behandling. I veilederen er det fremhevet et behov for en vektforskyvning fra problem- til ressursorientering, og fra individ- til grupperettet arbeid (7). I tillegg er det et ønske at elevene (og foreldrene) har medvirkning i større grad enn tidligere.

Skolehelsetjenesten i samfunnsmedisinsk posisjon

Det som skiller skolehelsetjenesten fra all annen helsetjeneste er muligheten til å samarbeide med skolen om systematiske og langsiktige tiltak som kan påvirke elevenes evne til å mestre hverdagens krav og fullføre skolegangen. En kan altså påvirke funksjonsevne både i nåtid og fremtid, gjennom tiltak på individ- og systemnivå. Andre deler av helsetjenesten vil i de aller fleste tilfeller bare ha sporadisk

kontakt med skolen i forbindelse med saker som gjelder enkeltelever. Skolehelsetjenesten er også i en svært god posisjon til å ivareta kommunenes lovpålagte ansvar for å overvåke barn og unges helsetilstand, og foreslå tiltak i forhold til dette ansvaret.

Skolehelsetjenesten har i tillegg et godt utgangspunkt for tverrfaglig samarbeid. PP-tjenesten og oppfølgingstjenesten er viktige samarbeidspartnere innenfor skolens system og har også en rekke felles mål med skolehelsetjenesten (8). Gjennom etablerte linjer til andre deler av hjelpeapparatet er det også godt grunnlag for å samarbeide med instanser utenfor skolen om tiltak, for eksempel barnevernstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Undersøkelser viser likevel at helsesøstre og leger bruker det meste av sin tid til individuelle konsultasjoner, og i liten grad på tverrfaglig samarbeid. Et slikt fokus strider klart mot retningslinjene, men kan forklare av flere forhold. Hovedårsaken er trolig at stillingsprosentene er så små at det blir rom for lite annet enn rutineundersøkelser og 'brannslukking'. Tilsyn med skolehelsetjenesten over hele landet fant at 10 av 59 kommuner ikke kunne tilby skolehelsetjeneste i 2000, og at et enda større antall ikke hadde en fullverdig tjeneste etter kravene (9). Verst var situasjonen i videregående skole, og for elever med spesielle behov. I 2003 hadde syv av ti kommuner uendret eller redusert bemanning sammenlignet med tre år tidligere. Flertallet av kommunene hadde heller ingen planer om å forbedre tilbudet (10).

Lagestillingen ser ut til å være en spesielt utsatt salderingspost i kommunenes budsjetter. I noen kommuner og bydelar har det også vært en bevisst omprioritering av ressurser fra lege til helsesøsterstillinger. Dette har ført til at det mange steder ikke er lege til stede på skolene i det hele tatt. Tiden er derfor inne for å vurdere om vi som leger vil gi slipp på skolen som arena, og om den medisinske kompetansen som skal gi grunnlag for planlegging og gjennomføring av tiltak kan ivaretas like godt uten leger. Uten en målrettet innsats er det stor sannsynlighet for at enda flere leger vil forsvinne fra skolene. Leger med interesse for samfunnsmedisin kan og bør snu denne utviklingen.

Områder der skolehelsetjenesten kan fremme skolemål

- Kunnskapsformidler
- Oppdrager
- Mobilitetskanal
- Hindre at skolen er en risiko for elevenes helse
- Bidra til at elever med helseproblemer får tilpasset skolegang



Helsesøster Norunn Muri med den ærverdige høydemåleren på Kronstad skole.

Helsetjeneste eller skoletjeneste?

Etter gjeldende forskrifter kan nesten ethvert område i livet til unge mennesker bli definert som skolehelsetjenestens ansvar. For å avgrense til noe gjennomførbart kan innholdet knyttes opp mot den nye delen av Opplæringsloven (kap 9a) og skolens rolle i samfunnet. En kan altså arbeide for helse mål ved å være en «skoletjeneste». Etter lovtillegget fra 2003 skal skolen ivareta både *helse, trivsel og læring* hos elevene. Med denne har skolen fått et ansvar som på mange områder er parallell til skolehelsetjenestens oppgaver (4). Ettersom ansatte i skolen ikke har medisinsk eller helsefaglig kompetanse kan skolehelsetjenesten bli en enda mer attraktiv samarbeidspartner for skolen enn tidligere. Lovendringen er altså en gylden anledning for å samordne innsatsen og legge planer som klart definerer hvordan begge parter kan nå sine mål gjennom felles tiltak. Fakta-



rammen til venstre viser områder der skolehelsetjenesten kan bidra til at skolen når sine mål.

Skolehelsetjenesten kan bidra som kunnskapsformidler gjennom individuell veiledning, ved å delta i undervisning av elever eller lærere, gjennom prosjektarbeid med grupper av elever, eller ved å bidra til å opprette eller tilrettelegge valgfag. Opplæring i elevdemokrati eller rusforebygging er eksempler på valgfag som har fungert godt i enkelte videregående skoler. Skolens oppdrageransvar handler blant annet om livsstilsveiledning, og å arbeide for tiltak som gjør elevene i stand til å fungere i et sosialt fellesskap. Både når det gjelder livsstil og sosial kompetanse er det en rekke godt dokumenterte tiltak som egner seg for samarbeid med skolen (11). Skolehelsetjenesten kan i tillegg ha kontakt med enkeltelever om helsetilstanden hindrer læring eller fungering i skolesituasjonen.

Skolehelsetjenesten kan bidra til et 'inkluderende skolemiljø', som en parallell til arbeidslivets og Trygdeetatens satsing for voksne arbeidstakere. Funksjonsevne er et viktig mål å samarbeide om også i skolealder for å fremme læring av faglige, sosiale og motoriske ferdigheter. Lærere har betydelig erfaring i å vurdere *endring* av funksjon hos elevene. Vi kan derfor si at skolen allerede har en form for 'screening'. Lærernes observasjoner fører likevel ikke alltid til en systematisk oppfølging av elevene, verken i skolens eget system eller i helsetjenesten. Systematisk oppfølging av

funksjonsendring kan fange opp elever med vansker i en tidlig fase. I noen tilfeller kan skolen iverksette tiltak innenfor egne rammer, i andre tilfeller er det aktuelt å samarbeide med helsetjenesten og/eller andre parter. Når skolen selv skal stå for oppfølging, er skolehelsetjenesten en svært viktig samarbeidspartner.

Felles tiltak – dobbel gevinst

Et viktig skritt på veien mot tverrfaglig samarbeid i skolen vil være å få et felles sett av lover og forskrifter som klart definerer ansvarsområdene til skolen og helsetjenesten innen helsefremmende arbeid. Et systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og skolen kan gi gevinst for begge parter. Grundig kjennskap til helseproblemer på den enkelte skole, og hva disse kan forventes å henge sammen med, må da være avgjørende for valg av tiltak (11).

Kostnad-nytte beregninger i amerikanske undersøkelser finner også at det er svært god økonomi for samfunnet å investere i skolehelsetjenesten (12).

Det er en målsetning å påvirke unges livsstil gjennom en systematisk satsing på flere nivå (13). Med en opphopning av helseproblemer og helseskadelig atferd hos en gruppe elever kan en ved en slik systematisk satsing påvirke flere ulike helseproblemer samtidig, heller enn å innføre separate program for røyking, ryggsmertor og / eller fysisk aktivitet. Unge som opplever hodepine har for eksempel større sjanse for å ha ryggsmertor og røyke enn unge som ikke har slike plager.

Sammensatte tiltak anerkjenner at helseproblemer ikke bare handler om feil eller mangler ved individet, og kan påvirke flere helseproblemer samtidig (14). HEMIL modellen er et eksempel på en modell som kan gi hjelp til å planlegge og gjennomføre en rekke tiltak på ulike nivåer på en systematisk måte (11, 15). Et viktig forhold ved denne er at tiltakene bygger på grundig kjennskap til epidemiologi, demografi, og ressurs- og risikofaktorer i miljøet ved hver enkelt skole. Modellen anerkjenner også at det er viktig å identifisere forhold som motvirker eller forsterker effekten av tiltak. Skolefrokost bør for eksempel ikke være et satsingsområde på en skole hvor 'alle' spiser frokost.

Skolehelsetjenesten er også i god posisjon for å påvirke strukturelle og samfunnsmessige forhold. I skolen har tiltakene størst (og i noen tilfeller bare) effekt om de kan gå inn i skolens ordinære årsplan og aktiviteter, med støtte fra administrasjon og ledelse (11). Faktorer som skolevei og transporttilbud er også mål for tiltak. En norsk undersøkelse viser for eksempel at elever som går til skolen har bedre funksjon i ryggen og mindre ryggsmertor enn elever som blir fraktet til skolen i buss eller bil (16).

Noen innsatsområder og eksempler

I videregående skole er det et spesielt viktig mål å samarbeide med skolen om rutiner for å følge opp elever med fravær. En systematisk tilnærming kan bidra til at elever med ulike vansker kommer ut av skolen med et vitnemål. Å arbeide for at alle ungdommer får et slikt papir på at de er 'verdt noe' er et av de mest helsefremmende tiltakene en kan gjennomføre i denne alderen.

Muligheten for å nå alle gjennom skolen er større enn noen gang tidligere. Av kullet som sluttet i grunnskolen i 1999 var det bare fire prosent av elevene som ikke var under utdanning høsten etter. Det er likevel et årlig frafall, og så mange som en av fem elever som startet videregående opplæring i 1998 oppnådde ikke vitnemål for alle tre årene i løpet av en femårs-periode (Statistisk sentralbyrå). Dette tyder på at en rekke ungdommer får problemer med å fungere i skolehverdagen, på grunn av mistrivsel, faglige problemer, psykiske vansker, atferdsproblemer eller andre forhold. Mange av elevene som slutter har sammensatte problemer som fører til at de i utgangspunktet har vansker med å skaffe seg arbeid. Uten vitnemål fra videregående skole reduseres sjansene for jobb og utdanning ytterligere.

Oppfølging av fravær

Om en elev ikke møter i videregående skole må en gå ut fra at eleven er syk eller har helseplager, eller at hun eller han ikke trives på skolen, på samme måte som for voksne arbeidstakere. Det er mer sannsynlig at eleven vil klare å forbedre fremmøtet om ikke flere / alle karakterer allerede står i fare når skolen gir advarsel. Det finnes likevel mange eksempler på at elever i videregående skole har vært borte i uker og måneder uten å bli kontaktet av skolen. Dette ville trolig ikke ha skjedd på en arbeidsplass for voksne. Skolens ansvar for å følge opp og gjøre en god vurdering blir ekstra

stort fordi foreldrene ofte har lite kjennskap til fravær i denne alderen. Fravær som har et spesielt mønster er også verdt å ta alvorlig tidlig. Skolehelsetjenesten kan bidra med viktig informasjon til lærere og ledelse som kan danne grunnlag for rutiner for oppfølging av fravær. Eksempler på tiltak kan være:

- Samtale med kontaktlærer ved to – tre mandagsfravær innenfor en avgrenset periode
- Samtale med kontaktlærer ved endring som bekymrer lærerne, for eksempel dårligere karakterer, rask økning/reduksjon i vekt, endring av våkenhetsgrad osv.
- Tilrettelagt undervisning for elever med fravær fra enkeltfag

Skolehelsetjenesten kan legge premisser for hvilke elever kontaktlærer bør henvise videre til skolehelsetjenesten, og hvordan elever (familie), helsetjeneste og skole kan samarbeide om tiltak, både for enkeltlever og grupper. For mange er det viktig å få en vurdering av helsepersonell, for å kunne gi mer fortlølig informasjon enn mange ønsker å formidle til lærer, og avklare helsetilstand. Psykiske vansker, søvnforstyrrelser, rusmiddelbruk og spiseforstyrrelser er eksempler på tilstander som er underdiagnostisert blant ungdom (17) og fører til skolefravær. Ved mistanke om sykdom eller behov for oppfølging over tid, kan skolehelsetjenesten henvise til / samarbeide med elevens fastlege.

Tilpasset kroppsøving

En del elever på ungdomstrinnet har stort fravær fra kroppsøvingsfaget. I videregående skole kan også fravær for dette faget føre til at eleven ikke får vitnemål. Årstad videregående skole i Bergen har gitt elever som av ulike årsaker ikke kan delta i ordinære timer et tilbud om tilrettelagt undervisning i mindre grupper. For noen kan dette være et behov etter sykdom eller skade, andre kan ha vansker med å delta



på grunn av psykiske eller motoriske vansker, negativt kroppsbilde eller kulturelle forhold. Noen elever kan også få problemer på grunn av skjev kjønnsfordeling i klassen. Gjennom et opplegg som har fokus på tilpasset fysisk aktivitet har mange elever fått hjelp til å være aktive, og ikke minst lært å like fysisk aktivitet. Noen av disse elevene har deltatt svært lite i kroppøving etter barneskolen, og lærer for første gang at 'det finnes aktiviteter som passer for meg'. Tilbudet kan derfor bidra til vitnemål fra videregående skole, fysisk aktivitet i ungdomstiden – og kanskje også aktivitet i voksen alder. Ved at helsesøster deltar som utøver i disse timene, kan elever som har behov for det også avtale individuell oppfølging med skolehelsetjenesten.

Sosial støtte

Elever med ulike vansker kan oppnå stor gevinst ved at skolen og skolehelsetjenesten samarbeider om det psykososiale arbeidsmiljøet (1). Om elever og lærere får generell undervisning om problemer som møter en elev med psykiske vansker, kan dette ha stor betydning for elevenes mulighet for å fullføre undervisningen i en vanskelig periode. Gjennom kunnskap om at de selv kan gjøre noe for medelever med vansker, kan mange som ikke selv har problemer lære å støtte medelever. For en elev som har vært (langvarig) borte fra skolen kan det for mange være vanskelig å komme tilbake, mange vet ikke helt hvilken informasjon de skal gi, og til hvem. Skolehelsetjenesten har mulighet for å gå inn i klassen og gi tilpasset informasjon, etter avtale med den aktuelle eleven (og foreldrene). Dette er spesielt viktig på ungdomstrinnet og i videregående skole, da faren for frafall er størst, og elevene ofte ikke ønsker å ta med foreldrene for å informere sine medelever.

Oppsummering

Skolen utgjør barn og unges arbeidsmiljø og er det stedet de oppholder seg det meste av dagen. Skolehelsetjenesten har derfor en unik posisjon for forebyggende og helsefremmende arbeid. I skolen er det mulig å planlegge, gjennomføre og evaluere tiltak, både ved en massestrategi og tiltak rettet mot sårbare grupper. Skolen kan bidra til en helsefremmende livsstil, og en positiv utvikling hos elever med helseproblemer og vansker. Men skolen kan også produsere helseproblemer hos elevene.

En av de store utfordringene er å sikre at elever med sammensatte problemer blir fanget opp og får nødvendig hjelp, slik at de kan avslutte videregående skole med et vitnemål. Et inkluderende skolemiljø og en systematisk sat-

sing er viktig for å nå disse målene. Den nye delen av Opp-læringsloven er et godt utgangspunkt for samarbeid mellom skolen og helsetjenesten, og til å forene forskning og praksis innenfor helsefremmende arbeid. For mer om muligheter i skolehelsetjenesten og skolen, se 'Håndbok for skolehelsetjenesten 1.–10. klasse' (18).

Referanser

- Haugland S., Torsheim T. Er det sunt å gå på skolen? I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1.–10.klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
- Alsvik O. Friskere, sterkere, større, renere. Om Carl Schiøtz og helsearbeidet for norske skolebarn. [Hovedoppgave]. Oslo: Universitetet; 1991.
- Elvebakken KT. Skolehelsetjenesten – tilbake til miljørettet helsearbeid? I: Elvebakken KT, Fjær S, Jensen TØ, (red). Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk i forebyggende helsearbeid. Oslo: ad Notam Gyldendal; 1994.
- Haugland S., Grimsmo A. Skolehelsetjenesten i et samfunns-perspektiv I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1. – 10- klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
- Befring A.K. Jus i skolehelsetjenesten. I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1. – 10- klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
- Om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forskrift av 3. april 2003 nr 450. Helsedepartementet. Oslo: 2003.
- Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo: 2004.
- Misvær N. Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1.–10. klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
- Fylkeslegenes fellestilsyn med skolehelsetjenesten. Oslo: Sosial og helsedepartementet; 2001.
- Krise i skolehelsetjenesten. Utdanningsgruppens hovedorganisasjon. Oslo: Pressemelding; 2003.
- Samdal O. Dokumenterte metoder i det trivsels- og helsefremmende arbeidet. I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1. – 10- klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
- Allensworth D., Lawson E., Nicholson L., Wyche J. Schools & Health. Washington D.C.: National Academy Press; 1997.
- Aarø L.E. (2004) Om å påvirke elevenes helseatferd. I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1.–10- klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
- Møland J.G. (1999) Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis. Oslo: Tano Aschehoug.
- Klepp KI, Wilhelmsen BU, Wold B. Planlegging og gjennomføring av det helsefremmende arbeidet – HEMIL modellen. In: Klepp KI, Thuen F, Wilhelmsen BU, editors. Ungdom for helse. Fra teori til praksis i helsefremmende arbeid med ungdom. Oslo: Kommuneforlaget; 1995.
- Sjolie AN. Active or passive journeys and low back pain in adolescents. Eur Spine J 2003.
- Haavet OR (2005) Ungdomsmedisin. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
- Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1.–10- klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.

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

Skolehelsetjenesten

– en sammensatt tjeneste der leger trengs

AV ØYSTEIN HETLEVIK

Skolehelsetjenesten er en slags kommunehelsetjenestens fremmedlegionærer. Den utfører sitt arbeid på «fremmed grunn» rundt om på skolene, og møter der alle barn og unge gjennom fastlagte helsekontroller, enkeltvis og i grupper, og med målrettede tiltak for noen barn. Tjenesten må ha faglig tyngde og bredde, men det alene er ikke nok. Gode samarbeidsstrukturer med skole og andre deler av helse- og sosialtjenesten er nødvendig for at skolehelsetjenesten skal utføre sine oppdrag.

I Bergen er det 41 000 skoleelever på 118 skoler som skal ha et tilbud om skolehelsetjeneste, inkludert videregående skoler og friskoler. Sommeren 2004 ble bydelsadministrasjonene nedlagt og kommunen igjen styrt gjennom sentrale fagavdelinger, med underliggende resultatenheter. Blant dem helsestasjons- og skolehelsetjenesteenheter som dekker åtte geografiske områder tilsvarende tidligere bydeler, med en ledende helsesøster som enhetsleder.

Tjenestetilbudet hadde fått ulik profil i bydelene etter perioder med ulike organisasjonsmodeller. Etter siste omorganisering ble det et mål at det skulle sikres et likeverdig tjenestetilbud i hele kommunen, og byrådsavdelingen for helse og omsorg ønsket derfor en beskrivelse av dagens skolehelsetjeneste og ønsket utvikling. En arbeidsgruppe med

Øystein Hetlevik

Cand med UIB 1987

Spesialist allmenn og samfunnsmedisin

Kommunelege i Odda 1990–2000

Fastlege / bydelsoverlege i Bergen kommune

fra 2000, nå 40% stilling som overlege ved helsevernetaten



helsesøstre, representanter fra skolen og samfunnsmedisinere fra Helsevernetaten fikk i oppdrag å utarbeide «Melding om skolehelsetjenesten». Meldingen har vært til høring i kommunen, og er i skrivende stund under forberedelse for politisk behandling. Artikkelen beskriver noe av meldingens innhold omkring dagens status, tanker om videre utvikling, meningsutvekslinger og høringsmerknader. Skolelegens rolle, som har vært det mest diskuterte tema, vektlegges i artikkelen

Melding om skolehelsetjenesten – en tanke bak?

En gjennomgående tanke i meldingen er at skolen er den viktigste aktør i det helsefremmende arbeid for barn og unge. Skolehelsetjenestens viktigste rolle er å være medspiller og rådgiver for skolene. Bakgrunn for denne vinklingen er ny paragraf 9a i Opplæringslova med målsetting jfr §9a-1: «Alle elevar i grunnskolar og vidaregåande skolar har rett til eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring». Denne sammenfaller med skolehelsetjenestens formål som er «å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdommer og skader». (1, 2) Skolene har samlet sett en rekke tiltak for å bedre psykososialt miljø, tilrettelegge for økt fysisk aktivitet og sunt kosthold, men det er store variasjoner skolene i mellom. Det er et inntrykk at skolene i liten grad har lagt om sitt arbeid etter ny §9a, fordi de hadde sterkt fokus på dette arbeidet fra før. Alle skolene har helseteam der skolens ledelse og skolehelsetjenesten møtes regelmessig, men fokus der er oftest på enkeltelever, og i mindre grad på skolemiljø.



Innhold i skolehelsetjenesten

Innholdet i skolehelsetjenesten er relativt detaljert styrt gjennom faglige veiledere (3–5).

Helsekontrollprogrammet for enkeltelever gjennomføres nokså ensartet i Bergensskolene, men noen ulikheter er det. To bydeler hadde lagt helseundersøkelsen omkring skolestart til helsestasjonen før skolestart, mens de andre gjorde denne undersøkelsen i regi av skolehelsetjenesten omkring skolestart. Begrunnelser for valg var i stor grad praktiske hensyn. Dette er den eneste obligatoriske legekontakt for alle barn etter dagens veiledere.

Det var et par tilløp til avvik i noen bydeler. Individuelle samtaler med åttende-klassinger var byttet med gruppetilbud. Argument for dette var at det var faglig likeverdig, noe det er støtte for i litteratur (6). I videregående skole gjennomføres heller ikke helsesamtaler med alle som veileder legger opp til. Elevene får her informasjon om tjenesten og tilbys individuell kontakt, her prioriteres det å ha en åpen dør for elevene.



	Elevtall	Helsesøster	Lege
Barneskoler	18 770	70	12
Ungdomsskole	7 166	73	12
Videregående skoler	9 240	46	7
Kombinerte skoler	5 755	65	9

TABELL 1: Stillingsressurser i minutter pr elev pr skoleår for helsesøster og lege fordelt på ulike aldersgrupper

Det utføres også en rekke ulike grupperettede tiltak i skolene. Ofte er dette initiert av interesserte enkeltpersoner. Oppleggene blir i varierende grad videreført, og erfaringer blir sjelden oppsummert og formidlet til andre. Det er en stor utfordring å beskrive tjenestens samlede kunnskap og erfaring på dette området.

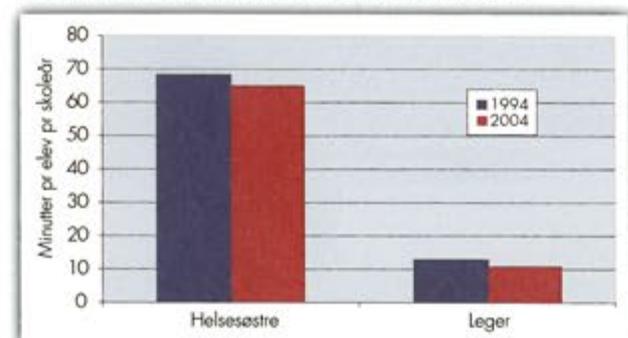
Detaljerte veiledere påvirker prioritering i en ressursknapp tjeneste. Tjeneste måles i offentlig statistikk på slike individrettede tiltak (7). De fastlagte individrettede oppgavene som er klart beskrevet er da vanskelig å prioritere foran det å ha en «åpen dør» for elever som ønsker og trenger kontakt. Oppgaver som er mindre tydelig beskrevet, som grupperett arbeid og arbeid med skolemiljø prioriteres lavere. Det å bidra til oversikt over helseforhold blant barn og unge er svært lite prioritert. Skal disse oppgavene prioriteres opp må bemanning være slik at basisprogrammet ikke må prioriteres bort.

Personell i skolehelsetjenesten

I Bergen var det i 2004 29 helsesøsterårsverk og 4,7 legeårsverk knyttet til skolehelsetjenesten. Stillingsstallet har gått noe opp de siste ti år, men det har også elevtallet, slik at tilbudet er redusert i denne perioden (Figur 1). Ressursbruk i skolehelsetjenesten i bydelene var svært ulik, med opptil 40 prosent forskjeller i tilgjengelig helsesøstertid pr elev.

Tilgjengelig tid for skolehelsetjenesten på ulike alderstrinn er vist tabell 1. Det er i liten grad annet helsepersonell enn helsesøstre og leger fast på skolene. Flere bydeler har ulike

FIGUR 1: Stillingsressurser i skolehelsetjenesten 1994–2004



helsepersonellgrupper tilknyttet på prosjektbasis eller i perioder som for eksempel ved ressursuker. Seks skoler angir at de har fysioterapeut eller psykiatrisk sykepleier fast tilknyttet.

Det er ingen normering for kommunenes innsats innen skolehelsetjenesten. Tjenesten har vært prioritert lavt i konkurranse med andre deler av kommunal helsetjeneste over hele landet, slik at sammenligninger med andre kommuner sier lite om ressursbruk i forhold til behov og nytte

En gruppe blant ledende helsesøstre i kommunen gjorde et arbeid med å summere tidsbruk til alle oppgaver som ligger i veiledere for tjenesten. De kommer frem til at minimumsbehovet er omkring ett helsesøsterårsverk pr 750–1000 elever og ett legeårsverk pr 5000 elever, en økning på henholdsvis 16 og tre årsverk i forhold til dagens bemanning.

Legen i skolehelsetjenesten

De 4,7 legeårsverkene er fordelt på vel 40 leger. De fleste bydelene videreførte tidligere avtaler med legene ved inngåelser av fastlegeavtalene i 2001 og beholdt småstillinger for leger tilknyttet de enkelte skolene. Utredning og oppfølging av elever med helseproblemer ble i større grad enn før overlatt til fastlegen, uten at skolelegene fikk klart tildelt andre oppgaver.

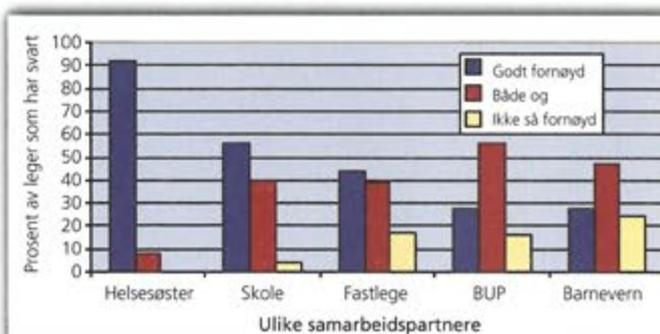
Unntaket var Fana bydel som reduserte legetimer knyttet til skolehelsetjenesten og i stedet brukte ressursene til å øke helsesøsters tid på skolene. De beholdt en 20 prosent stilling til skoleoverlege på bydelsnivå. Skoleoverlegen har en sentral funksjon med å utvikle gode rutiner for tjenestene i bydelen og være støttespiller for helsesøstrene. Legen har i liten grad vært ute på skolene. Det ble lagt stor vekt på å gjøre fastlegene lettere tilgjengelig for helsesøstre og å sikre rask vurdering av skolebarn med helseproblemer.

Når skolelegene blir ansatt som en følge av at det de er fastleger, er det naturlig nok varierende interesse og motivasjon for slike oppgaver. Vi gjennomførte en rundspørring blant skolelegene for å få et inntrykk av hvordan de opplevde sin plass i tjenesten og hva de brukte tiden på. 27 av 44 skoler (ca 60 prosent) derav 22 i barneskolen svarte.

I barneskolen brukt legene 60 prosent av arbeidstiden til helsekontrollen ved skolestart. 23 av de 27 legens som svarte hadde avtalte konsultasjoner med elever utenom screening og de brukte vel 20 prosent av arbeidstiden sin til slike konsultasjoner. Tre av fire deltar som skoleleger i ansvarsgrupper, mens under halvparten deltar i tverrfaglig møter som omhandler skolemiljø. Vel en tredjedel av legene deltar i undervisning og i grupper, og dette er oppgaver mange øn-

sker å delta mer i. En tredjedel deltar i arbeid med å planlegge skolehelsetjenesten. På spørsmål om hvilke områder de har mest behov for å øke kunnskap svarer legene oftest psykiske og psykososiale problemer, og fysisk aktivitet og helse.

Skolelegene opplever sin rolle ulikt. 21 prosent mener de har selvstendig rolle med stor innflytelse over egen arbeidssituasjon, mens 35 prosent opplever arbeidet styrt av andre, 43 prosent angir «både-og». 43 prosent av legene som svarte trives svært godt i jobben, 53 prosent godt, mens fire prosent trives mindre godt. Grafen under (figur 2) viser hvordan skolelegene opplever samarbeidsforhold i tjenesten:



FIGUR 2: Hvordan skoleleger opplever samarbeid mellom ulike grupper i sin jobb i skolehelsetjenesten.

Legens svar tyder på at mange leger har et positivt forhold til skolelegejobben på tross av at den er et vedheng til fastlegeavtalen. Dette gir et godt grunnlag for å jobbe med en videre utvikling av legetjenesten i skolene. Innholdet i legens arbeid er svært ulik og det er behov for en klarere faglige tenkning omkring hva skolelegene skal drive med.

Morgendagens skolehelsetjeneste

Meldingen legger som nevnt stor vekt på skolens og skolehelsetjenestens sammenfallende mål og oppgaver innen helsefremmende arbeid. Vi ser en stor utfordring for skolehelsetjenesten i å utvikle en rolle som rådgiver for dette arbeidet i skolen, der tjenesten er kunnskapsformidler, pådriver og aktiv deltager i skolene ved gjennomføring av tiltak. Det er vist at forankring av helsefremmende arbeid i skolens ledelse er en kritisk suksessfaktor. Organisasjonsmessige forhold må vektlegges på ulike nivå, både i kommunens ledelse innen helsetjeneste og skole og på den enkelte skole.

Meldingen foreslår å opprette en tverrfaglig overbygning for skolehelsetjenesten, «Skolehelserådet», som har som oppgaver:

- holde en oversikt over fagområdet og omsette beste kunnskap til beste praksis ved å legge føring på tjenestene på skolene.

- ha oversikt over skolehelsetjenestens innhold og ressursbruk.
- påvirke det faglige innhold i tjenesten, basert på medisinsk kunnskap og statlige og kommunale målsetninger, blant annet ved kontakt mot fagmiljø i høyskoler og universitet.
- utvikle rollen som faglig rådgiver for skolene i oppgaven med å utvikle «eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring» i skolen.
- se til at skolehelsetjenestens lokalkunnskap om barn og unges helse systematiseres og blir bidrag til kommunal planlegging, kfr forskriftskrav om kartlegging.
- se til at nye tiltak som settes i gang blir evaluert.

En annen oppgave for et skolehelseråd vil være å holde kontakt med skoleeiere, både offentlig og private, for å legge et grunnlag i ledelsen for best mulig samarbeid og samordning på skolene.

På den enkelte skole må det være et samarbeidsforum mellom helsetjenesten og skolens ledelse, der også skolemiljø skal være fokusert. De aller fleste skoler har helseteam, men mange steder er det kun individsaker som tas opp.

Overfor grupper av elever skal skolehelsetjenesten fortsatt ha en rolle i undervisning og i arbeid med ulike tema sammen med skolens personale.

Overfor den enkelte elev er hovedsatsningsområdet å øke helsesøsters tilgjengelighet på skolene slik at hun blir lettere å finne bak den «åpne dør». Dette vil bedre tilbud om tidlig hjelp til barn og ungdom med ulike helseproblem, ikke minst psykososiale problemer. Skolehelsetjenesten kan bidra til å løse en del problemer sammen med elever og skole, mens andre elever hjelpes videre gjennom er nært og godt samarbeid med andre instanser.

I meldingen tillegges legen en rolle på alle nivå nevnt over. Innholdet i stillingene bør endres i en mer «samfunnsmedisinsk» retning, der fokus endres fra individ til gruppe og system. Det bør jobbes for at oppgavene bør fordeles på færre leger i større legestillinger, gjerne lagt til et «legeteam» på bydelsnivå. Det anbefales at både helsesøster og skolelege fortsatt har nær skoletilknytning. Med sin samlede medisinske kunnskap og kjennskap til skolens elever gjennom kontakter og systematisk kartlegging, kan de gi viktige bidrag til å utvikle et godt skolemiljø. Problemer omkring noen elever, for eksempel i grenseland mellom adferd og sykdom, kan lettere forstås av lege som jobber tilknyttet skolene, og er vanskeligere å ta fatt i fra en fastleges ståsted.

For å bedre elevens tilgjengelighet til skolehelsetjenesten foreslås det å øke antall helsesøsterårsverk med 10. Årsverk

for leger anbefales uendret, og der ressursene benyttes bedre ved å beskrive skolelegenes arbeid tydeligere, gi legene bedre faglige utviklingsmuligheter og styrke faglige nettverk.

For å utvikle skolehelsetjenesten anbefales en «erfaringsbank» over ulike tiltak og prosjekter, og å kvalitetssikre og samordne innhold i tjenesten ved å opprette arbeidsgrupper på tvers av bydeler rettet mot ulike aldersgrupper og tema innen skolehelsetjenesten.

Høringsuttalelser

Meldingen har vært til høring hos ulike instanser i kommunen. Legenes tillitsvalgte går sterkt inn for å redusere bruk av skoleleger etter modellen de har i Fana, og antyder 30 prosent legestilling i hver av de åtte bydelene. De mener at ressurser som har vært brukt på leger i stedet brukes til stillinger for flere helsesøstre. Skoleoverlegen kan ha en «bakvaktfunksjon» for alle helsesøstrene. Samarbeid med fastlegen må styrkes, og det vektlegges at fastlegene er viktigst for å følge barn og unge med ulike helseproblemer og nevner særlig psykisk helse og rusproblemer.

På et åpent høringsmøte med skolelegene kom det frem noe mer varierende synspunkter på nytte av å ha legene mer aktivt til stede på skolene. Det kom også fram tydelige mangler på beskrivelser av arbeidets innhold, uklare forventninger til skolelegene og mangelfull ivaretagelse av skolelegene som kommunale arbeidstakere.

Skolene slutter seg klart til vektlegging av felles målsetning, men de etterlyser ikke skolehelsetjenesten som rådgiver i skolemiljøaker. Det at skolehelsetjenesten kan gi hjelp til elever med helseproblemer er mer i fokus.

De fleste uttaler seg positivt til et «skolehelseråd», men det advares mot at det kan bli for byråkratisk.

Den frivillig organisasjonen «New Page» for utsatt ungdom legger vekt på at skolehelsetjenesten må satse mer på «informasjon, synlighet, tilgjengelighet og relasjonsbygging».

Hvor ender dette?

Skolehelsemeldingen er nå under forberedelse til videre politisk behandling, men plutselig dukket det opp ti nye helsesøsterårsverk på budsjettet for 2006 som følge av budsjettforlik mellom byrådet og deres nye allianse! Vi kan velge å tro at fokus på skolehelsetjenesten gjennom arbeid med og diskusjon omkring denne meldingen har nådd det politiske miljø.

Det er mer usikkert hva som er den politiske stemning for skolelegenes videre skjebne. Uenighet i legemiljøet om

hvor mye leger bør trekkes inn skolehelsetjenesten kan gi dekning for å redusere i denne del av tjenesten.

Det er ingen reell uenighet om at fastlegene bør få det som fastlegens er, og her vil arbeidet som er gjort i Fana bydel være nyttig å videreføre i hele kommunen. Det er heller ingen uenighet om at legen har en plass i skolehelsetjenesten. Uenigheten går på hvor mye legene skal brukes, og særlig på arbeid i den enkelte skole. Ønske om å redusere legetid kan sees som en naturlig konsekvens av at dette er arbeid som kan tilpliktes. Dette er ikke klart uttalte argumenter underveis i sakens gang, men kan vel kanskje ligge bak ønsker om å ta bort legestillinger.

Uansett stillingsvolum for leger i skolehelsetjenesten fremover, må kommunen jobbe for at legestillinger i forbyggende arbeid blant barn og unge blir faglig attraktive. Fagmiljøer innen universitet og høyskolene i Bergen må utfordres til å bidra i en faglig oppgradering av dette legearbeidet.

Fastlegene er godt rustet til dette arbeidet gjennom sin brede kontakt med barn og ungdom. Ved å lokke fram samfunnsmedisinske talenter som ligger i dvale, kan et slikt arbeid bli både faglig inspirerende og utfordrende. Legene som velger å være «todelte» som skolelege og allmennlege, kan ha intern, gjensidig nytte av den andre halvdelens arbeid.

Ønskene om å ha leger mer aktive i fremmedlegionærtjeneste kan ikke være helt på feil spor når en nestor verd å lytte til, Peter F Hjort, i sine tanker om helsetjenestens utfordringer mot år 2030 sier: «Jeg tror at vi trenger en ny spesialitet som bør hete «ungdomsmedisin». Disse spesialistene kunne engasjere seg i dette store problemet, i forebyggende arbeid, behandling og rehabilitering. De må samarbeide med mange, de må revitalisere skolehelsetjenesten, og de må drive langsiktig forskning. Legeforeningen tok et initiativ i 2002, men det må følges aktivt opp» (8).

Referanser

1. Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova). LOV-1998-07-17-61.
2. Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. FOR 2003-04-03 nr 450. 2003.
3. Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Statens helsetilsyn; 1998. IK-2617.
4. Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Statens Helsetilsyn; 1998. IK2611.
5. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450: Sosial- og helsedirektoratet; 2003. IS-1154.
6. Haugland S, Misvær, N. Håndbok i skolehelsetjenesten 1.-10. klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
7. KOSTRA: Kommunenes virksomhet, 2004, reviderte tall: Statistisk sentralbyrå; 2004.
8. Hjort PF. Helsetjenesten mot år 2030 – tanker om utfordringene. Tidsskr Nor Lægeforen 2006;126(1):32-6.



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

Skolehelsetjenesten

– leilendingsarbeid for kommunen, eller innholdsrikt og stimulerende?

Jeg startet som skolelege i 2003. Da jobbet jeg i en tredelt stilling mellom Sandbakken barne- og ungdomsskole og Hafslund ungdomsskole.

Det første som slo meg var hvor forskjellige disse arbeidsplassene var. Det fantes ingen fastlagt struktur på jobben jeg skulle gjøre. Den var mer eller mindre subjektivt definert av den helsesøsteren jeg skulle jobbe sammen med. Jeg hadde også følelsen av at de forskjellige helsesøstrene trakk forsiktig rundt meg for å finne ut hva slags lege de hadde med å gjøre, og hvilke oppgaver jeg måtte ønske å utføre. Dette var nok betinget av forskjellige kollegaer som hadde vært der før meg, og deres spesielle ønsker om hvordan deres arbeidshverdag i skolehelsetjenesten skulle være. På barneskolen ble jeg bedt om å gjøre noen enkle førskoleundersøkelser som hver for seg kun tok fem til ti minutter. Dersom det gjaldt henvisninger til psykiatrien så ble det lagt et søknadsskjema foran meg som jeg «bare» skulle signere. Problemstillingene var allerede definert av helsesøster og skjemaet ferdig utfylt. Grunnen til dette var at slik hadde tidligere kollegaer ønsket det. Da ble det mer tid til avislesning. Hun virket lei av å hele tiden måtte forholde seg til forskjellige leger med forskjellige ønsker.

På ungdomsskolen var det heller ikke definert særlig med arbeidsoppgaver. Jeg skulle fortelle noen tenåringsjenter om hvorfor det var lurt å tenke seg om rundt det meste som er «syndefullt», så var det meste av dagen unnagjort.

Det var i og for seg behagelig å ha en slik «friday» midt i en stresset allmennpraktikeruke. Men, undergravde jeg ikke mitt eget fagfelt ved å la andre definere min legejobb?

Jeg fant etter hvert ut at jeg måtte forsøke å gi disse dagene innhold i forhold til mitt fag.

Så jeg tenkte jeg kunne forsøke å formidle en del holdninger i rollen av å være lege. Jeg valgte så «røyking» som første tema. I og for seg et tema helsesøster også snakket med elevene om, men det har faktisk fortsatt tyngde det man uttaler seg om som lege (på tross av hva VG eller Dagbladet måtte ønske).

Hvem snakker best til ungdom? Jo, mitt svar er ungdom. Derfor ba jeg lærerne i hver klasse plukke ut forskjellige typer elever i klassen som ønsket å være med i en helsegruppe på skolen. Kvikke sjeler forstod raskt at dette kunne innebære undervisningsfri, og derfor manglet det ikke på frivillige. Vi møttes så i plenum for å diskutere røyking og legge opp en strategi for fremvisning. Elevene var meget engasjerte også de som røyket selv.

Ikke bare ble de fleste sterke antirøykere men de fikk også god trening i å snakke til større forsamlinger. Noen av de røykende elevene sluttet med det, og noen foreldre hadde fått så hatten passet over frokostbordet og valgte å slutte de også. «You can't win 'em all», men mange fikk mye positivt ut av dette, og da spesielt skolelegen, som følte han gjorde noe nyttig for seg.

Dette er en arbeidsform jeg kan anbefale for kollegaene. Det er selvfølgelig like mange ønsker og meninger på dette som det finnes allmennpraktikere (kjenner jeg min egen stand rett). Man bør jo også trives med å jobbe med ungdom. Men jeg tror det er viktig å komme tidlig på banen for å definere sin egen faglige rolle i en slik jobb. Ellers blir man for andre nærliggende yrkesgrupper en «kommunal leilending» som må stå med lua i hånda og bli fortalt hva man skal gjøre.

Helsesøster virket å foretrekke at jeg selv tok initiativ til den jobben jeg hadde lyst til å gjøre. Man kan jo selvfølgelig spørre om det var en helsesøsterjobb jeg gjorde. Men dersom legerollen ikke skal utviskes totalt må vi bruke utdannelsen vår i en slik jobb. Det kan jo være at helsesøstre har tatt over en oppgave som tidligere var legens!

Jeg tenker at det er like mange meninger som det finnes skoleleger i forhold til hvilke arbeidsoppgaver vi bør og ikke bør gjøre. En ting er ihvertfall sikkert at vi er der for å gjøre en jobb, så får vi forsøke å gjøre noe som virker meningsfullt for oss og de elevene vi møter.

Kenneth Gutterup

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

NYCOMED

Senker homocystein effektivt

TrioBe®

Vitamin B₁₂, B₆ og folsyre

C TrioBe «Recip B-vitaminpreparat. ATC-nr.: A11E
TABLETTER: Hver tablett inneh.: Folsyre 0,8 mg, cyanokobalamin (B12) 0,5 mg, pyridoksinhydroklorid (B6) 3 mg, hjelpestoffer.
Indikasjoner: Forebygging av symptomgivende mangel på vitamin B6, vitamin B12 og folsyre ved utilstrekkelig inntak av føde eller malabsorpsjon, spesielt hos eldre.
Dosering: 1 tablett daglig. Svelges med et glass vann.
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Sekundærprevensjon av neurraltersdefekt.
Forsiktighetsregler: Ikke indisert for behandling av symptomgivende mangel på vitamin B6, vitamin B12 og folsyre. Effektiv behandling av manifest megaloblastisk anemi og permissis anemi kan kreve parenteral administrering av vitamin B12 i begynnelsen av behandlingen. Skal ikke brukes til pasienter som har gjennomgått en større tynntarmsreseksjon.
Interaksjoner: Folsyre kan øke metabolismen av enkelte antiepileptika, som fenobarbital og fenytoin. Folsyre kan også interferere med effekten av folsyreantagonister, f.eks. metotreksat, trimetoprim og pyrimetamin. (I: B03B B01 folsyre, A11H A02 pyridoksin, B03B A vitamin B12(cyanokobalamin og analoger))

Graviditet/Amning: Ingen kjent risiko ved bruk under graviditet eller amning.
Bivirkninger: Sjeldne (<1/1000): Hud: Aknelignende utslett. Allergiske reaksjoner som urticaria, pruritus, erytem.
Overdosering/Forgiftning: Folsyre har lav toksisitet. Det er ikke registrert bivirkninger hos voksne som har inntatt enten 400 mg/dag i 5 måneder eller 10 mg/dag i 5 år. Ved langtids høydosebehandling med pyridoksin har en del personer utviklet perifer neuropati. Cyanokobalamin har lav toksisitet. Selv ikke ved høye doser forventes symptomer.
Egenskaper: Klassifisering: Vitamin B-preparat. Virkningsmekanisme: Folsyre og vitamin B12 er nødvendig for visse transmetyleeringsprosesser, bl.a. ved syntesen av DNA og RNA. Folsyremangel gir opphav til megaloblastisk anemi av samme type som forårsakes av mangel på vitamin B12. Preparatet reduserer forhøyde plasmanivåer av homocystein. Høye homocysteinverdier er assosiert med økt risiko for f.eks. hjerte- og karsykdom.
Absorpsjon: Vitamin B12 absorberes passivt i tynntarmen uten nærvær av «intrinsic factor». Absorpsjonsgrad ca. 1% uavhengig av dosens størrelse. Folsyre absorberes raskt fra mave-tarmkanalen. Vitamin B6 absorberes godt. Utskillelse: Renalt.
Pakninger og priser: 100 stk, 217,60.



Recip

Brev fra en Utpost i Sør-Sudan

Pibor/MSF des. 2005

Hun er høy – ca 180 – og atletisk. Hun bærer en ettåring i et geiteskinn på ryggen. Hun folder kappen sin for å sette seg på gulvet i konsultasjonsrommet – men plasserer seg forsiktig og uvant i stol på signal fra min tolk. Hun hekter av geiteskinns-selen og plasserer en velfødd fornøyd splitter naken pjokk på fanget og han forsyner seg av et slunkent bryst som allerede har vært kilde for ni søsken.

Vi registrerer navn. Alder? Hun ler og slår ut med armene..ingen aning. Det kan da vel ikke være særlig interessant! Tolken og jeg foreslår 32, og hun nikker helt uengasjert.

Hun har murlenes typiske «tatoeringer» i ansikt og på kroppen ellers: keloider etter risp i huden, og hun har fjernet to fortenner i underkjeven. Tennene forøvrig er perfekte. Hun er «motebevisst» ved at hun ikke som tradisjonen krever har fått regulert fortennene i overkjeven ut «på tørk» og fått piercing med en liten hvit plastpinne i overleppa og en plastplate på utsiden og innsiden av underleppa – som en mansjettknapp. Fjerning av to tenner i underkjeven gjøres ved pubertet for å gi beskyttelse mot tetanus, eller; om sykdommen og trismus rammer, gi en åpning for tilførsel av mat.

Hun bærer tradisjonelle smykker, selvlaget av små plastperler i sprakende farger, rundt livet, armene, halsen og i ørene. Fargene signaliserer hvilken generasjon hennes mann tilhører. Generasjonstilhørighet er viktig her. Ingen bryr seg om eksakt alder, men alle menn vet hvilken av ni generasjoner de tilhører. De bærer stolt sin generasjons farger. Generasjonstilhørigheten markeres ved sang og dans – og med *generation fights!* Det kjempes med tradisjonelle våpen: stokker og skjold, det går ofte på livet løs – og det dreier seg selvfølgelig først og fremst om yngre generasjoner som utfordrer de eldre.

Jentene og kvinnene tilhører sin fars, sin «forlovede»s eller sin manns generasjon. En småjente kan godt bære fargene til 40-åringens generasjon når hun er lovet bort og betalt for.

Lechingai klager over «*aotsji*» – smerte, og hun peker på hodet, nakke, skuldre og rygg – og med ord, miner og gester understreker hun alvorligheten av sine plager. På spør-

mål om hun også har «*low abdominal pain, pain on urination og foulsmelling white vaginal discharge*» nikker hun bekræftende.

Hun er en av fem koner – den første. Hun har født ti barn hvorav seks fortsatt lever. Fire døde mens de var små og hun viser med hånden hvor små de var – alle mindre enn fem, friske inntil de plutselig ble syke – tre med høy feber, en med diare – de døde i løpet av et par dager. Dette forteller hun uten å vise sorg – som den naturligste ting av verden. Dette er en erfaring hun deler med praktisk talt alle mødre her omkring.

På spørsmål om hun er sliten, om hun har hardt og tungt arbeide – ser hun uforstående på oss. Men etter å ha tenkt seg om – jo, hun arbeider hardt: hun passer barn, hun er vant til enten å ha en liten på ryggen og/eller en i magen. Hun bærer vann og ved – avstandene er lange – hun bygger «*tukuls*» – hytter av pinner, strå og jord. Regntiden er såvidt over, tukulene har fått ille medfart og trenger vedlikehold. Hun bringer og lager mat. Bare det å stampe *shorgum* (maislignende korn) til familiens daglige grøt krever sin kvinne fullt ut! Og snart skal hun og familien avgårde på «*cattle-camp*». Det lokale beitet er i ferd med å tørke opp og folk og fe vandrer nordover der det fortsatt er vann og fôr. De går i dagevis, slår leir om natta og sover under trærne.

På spørsmål om hvor lenge hun har hatt smerter må hun tenke seg om: tre år er det vanlige svaret. Vi klemmer på ømme nakke- og ryggmuskler. Hun er sterk og atletisk –



som et anatomisk atlas! Ikke et gram overflødig fett! Men hun har vondt – skjærer grimaser når vi kniper i trapezius. Hun vil ha medisiner, aller helst *injections*.

Hun har gått langt for å komme til vår klinikk – en hel dag. Klinikken er ny, og før MSF etablerte seg her for seks måneder siden, har ikke Pibor hatt annen helsetjeneste enn den tradisjonelle. Dette gjelder praktisk talt for hele Sør-Sudan – et av de mest avsidesliggende områder i hele Afrika med kontinentets lengstvarende borgerkrig såvidt overstått.

Ikke mer enn rimelig at hun så for seg at turen fra landsbyen hit til Pibor som er fylkeshovedstaden, skulle være bryet verd – med sine sykepleiere og leger og sitt ufattelige lager av *kawaya* – medisiner! Heller ikke rart at hun ser enda mer uforstående på oss da vi forsiktig forsøker å forklare henne at de fleste av hennes plager ikke lar seg helbrede ved medisiner og at vi rett og slett ikke har god hjelp å tilby henne. Smertene henger sammen med arbeid og strev og en hard hverdag! Hun slår oppgitt ut med armene – skuffet og sinna. Hele den lange turen forgjeves!

Men kanskje vi kan hjelpe henne med underlivsplagene? Hun har rikelig utflod, såre og vonde slimhinner. Vi har ingen mulighet for å stille en eksakt diagnose. Vi må anvende «*the syndromic approach*». Hun har ikke og har heller ikke hatt veneriske sår, så vi behandler for klamydia, gonorrhoe og trichomonas. Vi forteller henne at hennes mann og alle hans koner og eventuelle kjæresten også bør komme for undersøkelse og behandling, og at hun ikke bør ligge med sin mann før alle er behandlet. Hun mottar informasjon og medisiner uten videre og allerede et par dager etter kommer hennes mann sammen med sine fire øvrige koner.

Murlene nyter åpenbart sitt seksualliv og *Lechingai* slår slett ikke blikket ned når vi er inne på dette temaet. Noen vil hevde at promiskuitet er typisk for stammen. I alle fall er veneriske sykdommer av alle slag meget hyppig forekommende – bortsett fra HIV/AIDS. Isolasjon, bl.a. som følge av borgerkrigen, har gjort at viruset enda ikke har erobret dette folket – men det er åpenbart at det her kun er et tidsspørsmål før HIV/AIDS-epidemien gjør sitt inntog her. Freden gjør det mulig å reise, og ikke minst gjelder



det hjemreise for tusener av internt fordrevne flykninger. Noen av disse vil helt sikkert bringe med seg smitten og muligheten for rask spredning er nærmest ideelle. Enn så lenge har vi ikke sett et eneste tilfelle (men vi har heller ikke muligheten for å teste). Den kommende HIV/AIDS-epidemi er kanskje den aller største trusselen og den vanskeligste utfordringen i Sør-Sudan og murleland i årene som kommer.

Vi forsøker å gi vårt bidrag: gi informasjon og opplæring til den nasjonale staben på klinikken og informasjon til våre pasienter. Men her kreves det innsats av et helt annet omfang enn det vi kan tilby, og arbeidet må være støttet og fulgt opp av lokale myndigheter – og enn så lenge har de mer enn nok med å stable seg på bena og etablere en slags infrastruktur som gjør det mulig å binde dette enorme landet sammen!

Lechingai rister på hodet når vi spør henne om HIV/AIDS. Hun har aldri hørt om viruset eller sykdommen og heller ikke om hvordan man kan beskytte seg mot den og mot andre veneriske sykdommer. Kondom? – ingen aning. Vi benytter anledningen til å gi litt informasjon, og vi følger opp under konsultasjon med mann og de øvrige koner. Vi deler ut et antall kondomer og demonstrerer bruk. Alle virker skeptiske til en slik innretning som rett og slett forhindrer befruktning. Barn kan man aldri få nok av – man må jo regne med at man mister mange.

Vi kan tilby hjelp også når det gjelder hennes barns helse. Vi inviterer alle hennes barn til vaksinerings. Hun setter pris på det. Hun har sett tetanus hos nyfødte og hun har opplevd

meslinger – hun kjenner flere som er blinde etter å ha hatt meslinger. Det er også mennesker med lammelser etter polio i landsbyen hennes.

Og vi forteller henne at hun ikke må vente med å oppsøke vår klinikk dersom noen av hennes barn blir syke med feber. Vi har god medisin for malaria. Hun er smertelig klar over at det er malaria som tar de aller fleste små barneliv.

Og – barn er rikdom – på alle måter, også bokstavelig talt her omkring. Det gjelder spesielt jentebarn. En jente kan allerede ved fødsel selges på ekteskapsmarkedet. Prisen er rundt regnet 40 kyr. Rikdom regnes i antall døtre, koner og kyr. Guttebarn representerer en utgift – 40 kyr fra flokken for å få hver av dem gift! Man trenger egentlig kun en sønn, for det ligger nemlig i en sønns lodd å ta seg av foreldrene hvis og når de blir gamle.

Kveg kan man også skaffe seg ved å stjele fra nabostammene. *Cattleraiding* er fortsatt en yndet og anerkjent sport blant murlene, og det hender nok fortsatt at de også kan ta med seg jentebarn fra sine raids hos nabostammene. Deres «dyktighet» har medført at mange rykter, myter og historier om deres styrke og deres grusomhet som røvere og krigere.

Nomadelivet er strevsomt for alle og vandringene med kvegflokkene er ikke for gamle folk på min alder (rundt de 60). Når tørketiden kommer i november/desember drar ungfolket avgårde på *cattlecamp* og gamlingene etterlates i landsbyen sammen med mødre med nyfødte barn. Det kan bli knapt med mat og drikke fram til ny regntid i juni/juli. Vi er på vei inn i denne perioden i skrivende stund og vi forbereder oss på nye utfordringer: eldreomsorg i murlerland. Våre «homevisitors» har gjort noen små enkle opptellinger som viser at 70–80 prosent av dødsfallene blant voksne skjer i tørketiden og at få blir eldre enn 60 (så selv er jeg et særtilfelle på mer enn en måte her!).

Vi forbereder oss også på et liv med usikkerhet når det gjelder henvisning av pasienter som trenger spesialist og sykehustjenester. Vi har 14 senger her som betjenes av en lege og tre sykepleiere. Vårt lokalsykehus ligger i Lokichokkio i Nord-Kenya, halvannen time med fly når vær og forholdene ellers tillater. Kriteriene for henvisning, «greenlig



thing», er meget strenge:

alvorlige, akutte, livstruende, først og fremst kirurgiske sykdommer. Sykehuset drives av INCR og er bygget opp under krigen fortrinnsvis for å ta seg av krigsskadde. Det er nå under avvikling og vi ser oss om etter alternativer.

Men – pasienter med sykdommer som kreft, alvorlige infeksjoner osv. er vant med at slikt ikke lar seg behandle og de har forsonet seg med manglende behandlingstilbud og også med at en liten klinikk som vår heller ikke har muligheter for å hjelpe dem. Alvorlig sykdom og død hører selve livet til – slik har det alltid vært.

Men folket her bør kunne forvente en forandring, et lettere, mindre strevsomt og lengre liv! Sør-Sudan er nemlig et av de rikeste områder i Afrika med et enormt potensiale for økt matproduksjon og med enorme mengder olje og andre råstoffer – så med mindre det typisk afrikanske vanstyret også får prege dette landet med velfylte lommer for makt-haverne og kun smuler til befolkningen ellers – så bør murlene og de andre stammene i området kunne forvente seg at flere barn passerer fem års alder og at flere 50-åringar passerer 70. Bare ikke HIV/AIDS forstyrrer det hele, her som ellers i det Subsahariske Afrika, og bare ikke borgerkrigen blusser opp igjen!

Etter nok en gloheit arbeidsdag med utetemperatur på vel 40 og innetemperatur (i anleggstelt made in Molde) på vel 45, smaker det godt med en Tusker (utmerket kenyansk øl)

på vanntårnet. Rundt oss ser vi savanne så langt øyet rekker. Noen kvinner med store vedbunter eller vannkanner på hodet haster hjem til kveldsmat og kveldsstell. Et par gutter jager geiteflokkene tilbake til landsbyen for natta – hilser smilende: «owarejumaifrend» i forbifarten. Sprakende solnedgang før det plutselig er mørkt. En og annen «bush-fire» lyser opp langt unna, og så kommer stjernene, hele den afrikanske stjernehimlen, like fantastisk hver eneste kveld og natt! Etter middag og småpratning i messa: oppsummering av dagens hendelser og opplevelser, og mens hermetikkmaten inntas: fantasier om overdådige måltider og fråsing i den hviteste fisk, de grønneste grønnsaker, de krispeste salater og den friskeste frukt ... for ikke å snakke om den kaldeste hvitvin ... for tilbaketrekking til teltene. Og med bok og I-pod svettende under moskionettet, kommer gjerne tankene: Har mitt lille bidrag, vår lille dråpe helsetjenester, i dette veldige, ukjente, fantastiske og utrolige landet med et hav av all verdens sykdom, noen betydning? Så teller jeg: i dag har vi behandlet 40 barn med malaria og vi har vaksinert vel 30. Vi har liggende et par smårollinger i sykehuset: en liten en på en mnd. som så vidt overlevde natta med pneumoni, men som nå ser ut til å klare seg, og en annen to-åring med alvorlig malaria som også er i ferd med å komme til hektene. I forrige uke mistet vi en annen to-åring som kjempet et par døgn etter å ha blitt bitt av en slange mens en ung mann med fulminant hepatitt (?) og leverkoma på mirakuløst vis kviknet til. Og – vi har akkurat hatt ukens undervisning med den lokale stab, emne: TB. Vi starter nemlig opp TB-program allerede neste måned, og alle parter trenger påfyll av kunnskaper og innøving av nye ferdigheter. Og tross alt: Lechingai og hennes familie er kanskje noe bedre stilt etter dagens konsultasjon.

Så alt i alt: vi har da gjort noe nytte for oss – i dag også – og selv om temperaturen fortsatt er >30 er det slett ikke umulig å få seg noen timers søvn før første hanegal ... det kommer gjerne ved fem-tiden!

Med hilsen
Erlise Schmidt

PS. Du som tok deg bryet med å lese hele mitt reisebrev, hvorfor ikke vurdere et oppdrag med MSF. Du kommer neppe til å angre! DS.

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

Cipralax® "Lundbeck"

Antidepressivum ATC-nr.: NO6A B10

T **Tabletter, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder: Escitalopramsalat tilsv. escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titanioksid (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

T **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. **Variert** er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. **Panikktilstand med eller uten agorafobi:** Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maks. 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maksimal 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 nedsett 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 oppmerksomhet dosetregning anbefales til pasienter med alvorlig nedsett leverfunksjon. En startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene anbefales for pasienter som er kjent som sakte metabolisere av CYP 2C19. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg 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 adferd 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 langtidssikkerhetsdata hos barn og unge med hensyn til vekst, modning samt kognitiv- og adferdsutvikling. En ev. økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de 2 første behandlings-ukene. 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 selvmordsadferd ved andre psykiske sykdommer hvor escitalopram brukes. Disse tilstandene kan være korbilde med depressiv lidelse. De samme forsiktighetsreglene som følges ved behandling av pasienter med depressive lidelser bør derfor følges når en behandler pasienter med andre psykiske sykdommer. Pasienter som tidligere har hatt selvmordsadferd eller selvmordstanker, eller som uttrykker sterk grad av selvmordsadferd før behandlingsstart, har en høyere risiko for selvmordstanker eller selvmordsforsøk, og bør følges opp nøye under behandlingen. Det er utilstrekkelige data angående risiko for selvmordsrelatert adferd 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 trisykliske antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs), tilklopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsstendens. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. risikoen for serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum) kan gi økt risikoen for uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig redusert nyrefunksjon (CLCR <30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at eventuelle 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 monominoxidasehemmer (MAOH), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOH-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonergt syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOH (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med reversibel MAOH (RIMA) mokolobemid. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitaloprambehandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Pga. risiko for serotonergt syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinasjon med selegilin (irreversibel 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 krampetærskelen (f.eks. andre antidepressiva (tricykliske, SSRI), neuroleptika (fentiaziner, tioxantener og butyrofenoner), mellokin og bupropion. Det foreligger rapporter for forsterkede effekter når SSRI har vært gift samtidig med litium 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, tilklopidin) eller cimetidin. Det kan bli nødvendig å redusere dosen av escitalopram basert på klinisk monitoring 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, eller antipsykotika som risperidon, tiaridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmakonsentrasjonen for disse to.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Det foreligger bare begrenset kliniske data for escitalopram brukt under graviditet. I reproduksjonstoksikologiske studier hos rotter viste escitalopram embryo-fetotoksiske effekter, men ingen økt risikoen 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 seponeringssymptomer, inkludert organisk betingede adferdsforstyrrelser hos den nyfødte. Følgende var rapportert hos nyfødte når gravide brukte SSRI helt fram til fødselen: Irritabilitet, tremor, hypertoni, økt muskeltonus, vedvarende gråt, di- og søvnvansker. 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. **Hypypye (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Luftveier: Sinusitt, gjesping. Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsett libido hos kvinner og menn, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnløshet, sømnløshet, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast, munntørhet, anoreksi. Hud: Utslett, ekkymerose, kløe, angioødem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metabolske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelett-systemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampetremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Symptomatisk. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktoré, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattehet, 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, sømnløshet, bevissthetslapphet, krampetremor, takykardi, EKG-endringer med ST-T-endringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT-intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. **Behandling:** Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenring og ventilering. Maveskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Bruk av medisinsk kul bør vurderes. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Oppbevaring og holdbarhet: Flasken oppbevares ved høyst 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:** Empac 28 stk. kr. 133,10, 10 mg: Empac 28 stk. kr. 201,00, 98 stk. kr. 625,80, 200 stk. kr. 1243,40, Endose: 49 stk. kr. 330,60. **Dråper:** 28 ml kr. 283,60. T: 18b).

Refusjon: Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra slik instans om at det er indisert 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:

- 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
- Auquier P et al. Comparison of escitalopram and citalopram efficacy: A meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2003; 7: 259-268
- Sorbera LA et al. Escitalopram Oxalate. *Drugs of the Future* 2001; 26(2): 115-120

ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

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



Tvangsinnleggelse

*en utfordring for legen,
pasienten, helsepersonell og pårørende*

AV ANDERS SVENSSON

«Det er helt sinnsykt»

«Det var en veldig «utenfor meg selv» opplevelse. Det føltes som et mentalt overgrep.

Jeg var for å si det slik, uttalt sjokkert, forvirret, panikk, kaos. Hva er det med meg, hva er det jeg har gjort? Jeg visste at jeg var frisk, men så visste jo ikke dere det.»

Lene, erklært «ikke alvorlig sinnslidende»

Lov om psykisk helsevern

En tvangsinnleggelse oppleves av mange, ja sannsynligvis av de fleste pasienter som krenkende. Det er et brudd på grunnleggende menneskerettigheter og er derfor strengt regulert i lov. Loven er tydelig og klar. I §3.3 står det at «Tvingent psykisk helsevern kan anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse ...»

Personen må ha en alvorlig psykisk sykdom. Men det er ikke nok. Et av følgende vilkår må i tillegg være oppfylt.

1. **Farevilkår:** Pasienten må være til alvorlig fare for seg selv eller andre.
2. **Behandlingsvilkår:** Tvangsinnleggelse må være nødvendig for å hindre at pasienten mister muligheten til helbredelse eller vesentlig bedring eller at pasienten uten tvangsinnleggelse vil få sin tilstand vesentlig forverret i løpet av kort tid.

Tvangsvurdering

Lene ble tvangsvurdert i 1998. Det kom meldinger fra naboer og etter hvert også fra helsepersonell om at hun isolerte seg og hadde lite kontakt med omverden. Da legetjenesten fikk mel-

ding om mistanke om alvorlig psykisk sinnslidelse tok vi kontakt med Lene på telefon. Hun nektet å snakke med oss, og vi var absolutt ikke velkommen på besøk. Meldingene om Lenes situasjon var vage og usikre. Vi kunne ikke vite om hun var psykotisk eller ikke, men meldingene kunne ikke ignoreres.

Denne situasjonen er regulert i Psykisk helsevernloven. I §3.5 står det at kommunelegen skriftlig kan vedta at «... det skal foretas en personlig undersøkelse av lege for å bringe dette på det rene. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang og bistand fra annen offentlig myndighet.» Et slikt vedtak skal dokumenteres skriftlig. Pasienten kan klage men det har ingen praktisk betydning da klagen ikke har oppsettende virkning.

Lene møtte på legekantoret etter å ha blitt hentet av politi. Hun traff en kommunelege og en spesielt invitert psykiater. Lene var sky og unnvikende, noe som var naturlig i hennes situasjon, men hun var ikke psykotisk. Vi måtte bare beklage det som hadde skjedd og sende henne hjem.

Innleggelse og rettssikkerhet

En tvangsinnleggelse er en frihetsberøvelse. Loven åpner for et betydelig skjønn. For å sikre at dette skjønnnet ikke brukes tilfeldig er innleggende lege ikke alene om vurderingen.

I §3.7 i loven står det at offentlig myndighet eller den nærmeste pårørende kan begjære tvunget psykisk helsevern, en såkalt innleggelsesbegjæring (tidligere kalt tutorerklæring).

Pårørende brukes sjelden da det er en uforholdsmessig stor psykisk belastning å legge inn sine nære. I noen kommuner brukes politiet, men i de fleste små kommuner er det nok kommunelege 1 som skriver innleggelsesbegjæring.

Hensikten med innleggelsesbegjæringen er uklar. Det er vanskelig å se at dokumentet har noen betydning for pasientens rettssikkerhet. Utstedelse av innleggelsesbegjæring forutsetter ikke en medisinsk vurdering eller personlig kontakt med pasienten. I praksis skriver ofte kommunelege 1 dokumentet etter en medisinsk vurdering av de opplysninger som foreligger men vurderingen er strengt tatt ikke nødvendig. Noe som jo er åpenbart når spesialisthelsetjenesten ringer og ber om en «tutorerklæring» for en pasient som allerede er innlagt.

«Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt» står det i §3.4 i loven. Innleggelsesbegjæring medfører ikke rett til tvangsundersøkelse.

Det betyr at dersom pasienten nekter legeundersøkelse må kommunelege 1 skrive vedtak om tvangsundersøkelse. Politiet kan transportere pasienten til legeundersøkelse uten et slikt vedtak, for eksempel til legevakta mot pasientens vilje, men da brukes «nødretten».

Innleggelsesbegjæring og henvisning (legeundersøkelse) skal følge pasienten til institusjon. Innen 24 timer etter innleggelse må sykehuset ha fattet et vedtak om tvunget psykisk helsevern.

Opplysningene i henvisningen er viktige. Dersom pasienten ikke åpenbart oppfyller kriteriene for tvunget psykisk helsevern ved undersøkelse ved sykehuset, kan pasienten ikke tvangsinnlegges med mindre det foreligger opplysninger i henvisningen som dokumenterer at vilkårene er oppfylt.

Pasienten kan anke innleggelsen til kontrollkommissjonen, som må vurdere vedtaket om tvunget psykisk ettervern innen ti dager.

Sårbarhet og integritet

Pasienter med alvorlig psykisk sykdom er sårbare. Det å være psykisk syk er fortsatt stigmatiserende. Alvorlig psykisk sykdom er invalidiserende og de fleste er avhengig av hjelp og støtte fra pårørende og/eller helsepersonell. Derfor er det viktig at helsevesenet respekterer pasientens integritet og behov for selvbestemmelse. Det gjelder retten til å bestemme over sin egen tilværelse, hvem som skal

komme på besøk, når og hvordan de skal ta sine medisiner og fremfor alt hvilken hjelp de ønsker å motta. Når helsevesenet bruker tvang, bryter vi disse grunnleggende prinsipper.

I loven står det at «selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Lene forteller at tvangsvurderingen var vanskelig å takle.

«I flere år forstyrret dette så mye at jeg ikke klarte å fokusere på andre ting. Jeg har fått det litt på avstand nå, men det kjem aldri til å gå bort egentlig.

Jeg kan fortsatt få panikkangst og bli oppskaket. Jeg blir irritert av å tenke på hvor galt det var.»

Lene ble drevet inn i en akutt krise og etter hvert en kronisk krise, og har hatt mange, lange, vanskelige samtaler med lege for å bearbeide det som hun fortsatt kaller for «overgrepet».

Samarbeidspartnere

Fastlegene har som oftest god kjennskap til «sine» pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Men det er våre samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten, i psykiatritjenesten og i hjemmesykepleien som kjenner pasienten best. De er ofte en del av pasientens nettverk og har en tett, nær og ofte daglig kontakt. Det kan være vanskelig for dem å distansere seg fra pasientens lidelser og kanskje skal de heller ikke gjøre det. Det er svært belastende å se en pasient langsomt skli inn i en smertefull psykose. Når pasienter er dårlige, ønsker de «tiltak». «Noen» må gjøre noe. Denne «noen» er fastlegen, og «noe» kan bety tvangsinnleggelse.

Det er legens vurdering som må ligge til grunn for en tvangsinnleggelse. Og av og til samsvarer ikke omsorgspersonellets opplysninger med det inntrykk man som lege får når man besøker pasienten. Pasienten greier å samle seg den korte stunden legen er tilstede og dersom pasienten i tillegg har erfaring fra tidligere tvangsinnleggelse er han/hun ofte klar over hva som står på spill. Det er viktig å forklare hva som ligger til grunn for vurderingen på en forståelig måte og å diskutere det med de som står nært pasienten, både pårørende og personell.

Skjønn

Tvangsinnleggelse er basert på skjønn. Vurderinger skjer uten støtte av objektive funn, uten laboratorieprøver, røntgen og urinprøve. Det eneste du har som lege er dine ører og øyne. Hva betyr egentlig ord som «klart beste», «nærlig-

gende», «alvorlig» og «vesentlig»? En telefon til psykiater kan være en hjelp, men til syvende og sist er det innleggende lege som fyller ordene med innhold.

Alle pasienter er forskjellige, noen er suicidale, noen er «splitter gærne», noen nekter å ta medisinene sine, andre vil ikke slippe inn hjelpepersonell og enkelte nekter å spise. Fastlegen legger inn et fåtall pasienter i året og det er derfor vanskelig å opparbeide seg erfaring som kan gjøre vurderingen enklere. Det praktiske arbeidet, som ikke er ubetydelig i forbindelse med en tvangsinnleggelse, blir lettere med erfaring, men selve avgjørelsen er alltid vanskelig.

Tvangsinnleggelse må være den klart beste løsningen for pasienten. Mange pasienter som blir tvangsinnlagt har vært tvangsinnlagt og tvangsbehandlet tidligere. En lege som kjenner pasienten godt kan vurdere den langsiktige effekten av en tvangsinnleggelse og eventuell tvangsbehandling. Dersom innleggelse sannsynligvis «bare» medfører en kortsiktig bedring av pasientens sykdom bør terskelen for tvangsinnleggelse være høy.

Hvem skal legge inn pasienten?

Når du som fastlege følger pasienter over tid, i gode perioder og i vanskelige tider, blir pasientens vrangforstillinger og hallusinasjoner ikke lenger fjerne og fremmede. Pasientens psykotiske språk og mangel på sammenheng blir forståelige. Du vet at når hun snakker om mørke menn i stuen som besøker henne om natta og som flytter hennes sigaretter så snakker hun egentlig om politimannen som var inne hos henne en natt for mange år siden når hennes ektemann ringte politiet fordi at hun var dårlig. Og at telefonsamtaler fra sosialkontoret om regninger alltid «setter henne ut». Det som er forståelig er mindre skremmende. Det gjør det lettere å «stå i situasjonen» og dermed skape tillitt som gjør det mulig å nå pasienten med tiltak. En fastlege som er kjent med pasienten kan unngå mange tvangsinnleggelser.

Når pasienten likevel må tvangsinnlegges settes tilliten mellom lege og pasient på prøve. Det er en belastning også for legen å tvangsinnlegge pasienter og det kan være fristende å overlate selve innleggelsen til en annen lege. Redselen for at behandlingsalliansen skal ødelegges av en tvangsinnleggelse er overdreven. Fastlegen har de beste forutsetninger for å vurdere om en tvangsinnleggelse ut fra en «helhetsvurdering» er det «klart beste» for pasienten. Det å unngå å gjøre denne vurderingen er å svikte pasienten.

Observasjonsinnleggelse

Vurdering om vilkårene er tilstede er vanskelig. Så vanskelig at loven har åpnet for tvil.

«Dersom legen etter personlig undersøkelse som nevnt i §§3-4 og 3-5, er i tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede og anser videre undersøkelse nødvendig, kan offentlig myndighet eller den nærmeste begjære at vedkommende skal undersøkes ved institusjon godkjent for formålet, for å finne ut om vilkårene er oppfylt, jf. §3-8.»

Forskjellen er at man overfører ansvaret for vurderingen til spesialisthelsetjensten. Men vurderingen om å bruke tvang må fastlegen likevel gjøre. For pasienten har det nok liten betydning om han er tvangsinnlagt etter §3.3 eller §3.8.

Hvorfor blir tvang brukt så ofte i Norge

Tvunget psykisk helsevern blir brukt ofte i Norge, oftere enn i andre land (som vi liker å sammenligne oss med).

Vilkårene for tvunget psykisk helsevern forteller noe om alvorlighetsgraden av pasientens sykdom. Noen sykehus har så dårlig med akutt plasser at bare pasienter som oppfyller vilkårene er aktuelle for innleggelse. Dersom innleggende lege mener at pasienten har behov for akutt hjelp påvirker dette selvsagt vurderingen.

En annen årsak kan være at overbelagte akuttavdelinger er lite villig til å utsette seg for «pasientenes ambivalens», det vil si at motivasjonen til pasienten svikter etter kort tid på avdelingen. For å sikre seg en «behandlingsallianse» med pasienten som varer over tid, ønsker de at pasienten er innlagt «på paragraf».

Man skal heller ikke se bort fra at tilbudet i kommunehelsetjenesten påvirker graden av tvang. Frivillighet skal være prøvd står det i loven. «Tvungent psykisk helsevern kan bare anvendes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.» Dersom kommunene hadde anledning til å følge opp den alvorlig psykisk syke pasienten tettere, fremfor alt med medisinering, er det mulig at mange tvangsinnleggelser kunne vært unngått.

True med tvangsinnleggelse, er det så lurt?

Hva med frivillighet under tvang? Her beveger vi oss i lovens og etikkens grenseland. Å true med tvangsinnleggelse er oftest lite lurt, det kan fremkalle «ikke ønskelige reaksjoner» hos pasienten. Men hos pasienter man kjenner godt, der pasientens adferd er forutsigbar og kjent, kan det likevel være en fremkommelig vei. «Du vet jo at du er nødt til å ta medisinene dine og slippe inn psykiatrien. Vi har vært her tidligere du og jeg, og jeg har lite lyst å sende deg til Bodø igjen, det vet du ... for du har vel selv ikke lyst å dra, har du det?»

Dersom det kan få pasienten til å endre adferd og dermed gi en mulighet for bedring uten bruk av tvang, kan det forsvares å true med innleggelse.

Allmennheten og tvang

Pårørende til pasienter med alvorlig psykisk lidelse lever i sykdommen, de rir bølgene, følger opp- og nedturen. Når pasienten blir dårlig, og livet blir vanskelig, kanskje utholdelig å leve, ber de helsevesenet om hjelp. Dersom pasienten nekter og vilkårene for tvang ikke er tilstede, står vi maktesløse. De pårørende har av naturlige grunner vanskelig for å skjønne at «ingen» kan gjøre noe.

Politi og allmennheten har vanskelig for å akseptere at det er lov å være «gal» og at dersom ikke tilleggsvilkårene er oppfylt er det lite helsevesenet kan gjøre.

Det er et paradoks at allmennheten, og av og til helsepersonell, mener at psykiatrien svikter, og at pasienter får gå til grunne og at farlige mennesker får gå ut i gatene og true helsen til vanlige folk, samtidig som Norge bruker tvang i større grad enn andre land. Det kan virke som om allmennheten ikke tar rettssikkerheten til psykiatriske pasienter på alvor. Er det fastlegen som skal være pasientens advokat og beskytte pasienten mot det overgrep en tvanginnleggelse utvilsomt innebærer? Ja, dersom ingen annen gjør det, er vi nødt til å påta oss den oppgaven.

Sluttord

Tvangsinnleggelse er en blandning av medisinsk fagkunnskap, skjønn, jus og pragmatisme som er krevende både menneskelig, emosjonelt og faglig. Kunnskap om loven og regelverket ved tvunget psykisk helsevern er en forutsetning for å sikre pasientens rettsikkerhet, men også for å være trygg i møtet med en pasient, pårørende og helsepersonell.

Praktiske råd ved innleggelse

- Planlegg innleggelsen dersom det er mulig.
- Les NEL eller Legevaktshåndboka for å oppdatere kunnskap om rutiner og lovverk.
- Skriv henvisningen før konsultasjonen/sykebesøket dersom den skal inneholde mye om tidligere sykehistorie, ting du allerede vet, fyll ut pasientens opplysninger og psykisk status ved konsultasjonen/sykebesøket.
- Sett av nok tid for innleggelsen, pasienten trenger tid for å akseptere avgjørelsen.
- Vær tålmodig, rolig og bestemt.
- Informer pasienten om loven og mulighetene til å anke til kontrollkomisjonen
- Dersom pasienten ikke er kjent bør politiet være tilstede.
- Politiet bør være sivilkledd og dersom det ikke er fare for helsepersonell, vente i bilen (helst sivil politibil), inntil passende tidspunkt.
- Pasienten må fotfølges under transporten, det betyr at en kvinne bør ha en ledsager av samme kjønn.
- Transportmåte bestemmes av pasientens tilstand. Bruk av ambulansedyr medfører en rekke praktiske problemer og bør bare brukes dersom pasienten påføres vesentlig belastning av å transporteres på annen måte.
- Skjema for innleggelsesbegjæring og legeattest finnes i NEL og i Legevaktshåndboken.

Lene går fortsatt til samtaler hos meg. Vi snakker nå ikke lenger om «overgrepet» hver gang, hun har kommet seg videre. På direkte spørsmål om hun føler at det kom noe godt ut av episoden i 1998 svarer hun at hun ikke hadde det noe særlig på den tiden, men at det på ingen måte kan rettferdiggjøre hendelsen. Hun synes likevel at det er greit å få snakke om de forholdene som var årsaken til at hun hadde det vanskelig for åtte år siden.

Håndtering og behandling av hodeskader, s. 33–35

Referanser

1. Shackford SR, Mackersie RC, Holbrook TL et al. The epidemiology of traumatic death: a population-based analysis. *Arch Surg* 1993; 128: 571–5.
2. Jennett B. Epidemiology of head injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 60: 362–9.
3. Sundstrøm T, Sollid S, Wester, K. Hodeskadedødsfall i Norden 1987–2000. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1310–2
4. Mortensen K, Romner B, Ingebrigtsen T. Epidemiology of head injuries in Troms. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1999 Mai 20;119(13):1870–3.

5. Stein SC, Spettell C. The head injury severity scale (HISS): a practical classification of closed-head injury. *Brain Inj*. 1995; 9: 437–444.
5. Ingebrigtsen T, Rise IR, Wester K, Romner B, Kock-Jensen C. Skandinaviske retningslinjer for håndtering av minimale, lette og moderate hodeskader. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1985–90.
6. Wester T, Fevang LT, Wester K. Decompressive surgery in acute head injuries: where should it be performed? *J Trauma*. 1999; 46: 914–9.
7. Sollid S, Munch-Ellingsen J, Gilbert M, Ingebrigtsen T. Pre- and inter-hospital transport of severely head-injured patients in rural Northern Norway. *J Neurotrauma*. 2003 Mar;20(3):309–14
8. Maas AIR, Dearden M, Teasdale GM, Braakman R, Cohadon F et al. EBIC-Guidelines for Management of Severe head Injury in Adults. *Acta Neurochir (Wien)* 1997; 139: 286–94.

Fastlegens rolle i nettverksbasert palliativ omsorg

AV SIRI BRELIN

Jeg har lyst til å fortelle om **Jens**, en pasient i slutten av 40-årene, som jeg kjente fra mange og lange samtaler fordi han var deprimert og hadde problemer på jobben. Han hadde en bitter skilsmisse bak seg og hadde delt omsorg for to jenter på 11 og 16 år. Den eldste jenta hadde en del problemer etter skilsmissen, hun var mye trassig og utprøvende. Barnevernet var inne i bildet på grunn av samarbeidsproblemer mellom foreldrene.

Jens ringte til meg og telefonsamtalen lød noe slikt som:

- «Siri, jeg har fått kreft. Har du fått noe fra sykehuset?»
- «Ja, det har jeg ...»
- «Jeg skal dø»

Jeg holdt inne, engstelig for å si noe galt. Slike samtaler bør vel egentlig ikke tas over telefonen. Men jeg visste han hadde rett. Epikrisene fra sykehuset hadde bekreftet det jeg hadde fryktet. Jens hadde fått påvist kreft i bukspyttkjertelen, det kunne ikke opereres og det eneste tilbudet videre var lindrende behandling.

- «Hva med jentene mine nå? *Jeg* orker ikke å si noe til dem!»
- «Vet eks-kona di noe om dette da?»
- «Ja, jeg ringte og fortalte det, men *hun* ville ikke si noe til jentene ... Jeg vil at *du* skal gjøre det!»
- «Ja vel ... Jens, jeg vil at vi skal snakke mer om dette, kan du komme på kontoret mitt i morgen, så tar vi en prat om hvordan vi skal gjøre dette..?»

Jeg snakket med Jens på kontoret og vi ble enige om å forsøke å få til et felles møte med eks-kona og jentene, og etter litt parlamentering gikk eks-kona med på dette. Møtet forløp som man kan vente både sårt og angstfylt, men under rolige forhold i kjente omgivelser for jentene.

Etter noen dager hadde vi enda et møte hvor hjemmesykepleien, helsesøster og en representant fra barnevernet også var tilstede.



Siri Brelin

fastlege i Halden, Prosjektleder for Fastlegen i nettverksbasert omsorg.

Etter dette var jentene alene hos meg ved flere anledninger fordi de hadde spørsmål av mer medisinsk art, som:

- Hvor lenge kommer pappa til å leve?
- Må han være på sykehuset hele tiden?
- Åssen kommer han til å dø?
- Må jeg se ham når han er død, er det ekkelt?
- Finnes det ikke noen behandling for pappa et annet sted i verden?
- Hva er 'enkli' kreft?
- Kan jeg få det?

Jeg tror de opplevde at det var lett å komme innom legekontoret. Det ligger på skoleveien, om ikke annet så nærmest for å si hei, og føle på tryggheten ved å vite hvor man kan gå for å treffe noen som vet. Den viktigste jobben i forhold til jentene gjorde selvsagt Jens og eks-kona når de først var kommet i gang. Det var viktig for eks-kona å understreke for omgivelsene at det var nettopp dette hun var, *skilt* fra Jens, og at det ikke kom på tale å flytte sammen igjen pga Jens sin sykdom.

Jeg lovt Jens å følge ham på den veien som sto foran ham. Han følte seg trygg og hadde mot til å møte de utfordringene sykdommen ga.

Jens fikk dø hjemme i egen stue, med den utsikten han kjente og de menneskene han var glad i rundt seg. Innsatsen fra hjemmesykepleien, naboer og venner gjorde dette mulig. Selvsagt var fastlegen også en sentral medspiller.



FOTO: PETER BRELIN

Hvorfor er palliativ behandling et aktuelt tema for fastleger?

Nordmenn blir stadig eldre, eller snarere, det blir stadig flere gamle nordmenn. Med dette øker også incidensen av kreftsykdommer i befolkningen. I Norsk Kreftplan heter det bl.a. at «Primærhelsetjenesten er en av bærebjelkene i kreftomsorgen» og at «hovedansvaret for pasientene må være i primærhelsetjenesten, nærmest mulig pasientens hjemmemiljø». Hvis vi tar utgangspunkt i situasjonen slik den er i dag, vil i gjennomsnitt hver fastlege følge to til tre av sine pasienter gjennom en terminalfase som kan kreve palliativ behandling, hvert år.

Det er vel kjent for fastleger og sykehjemsleger at pasienter svært ofte har negative erfaringer med innleggelse i sykehus. De blir ofte forvirret og deres generelle funksjonsnivå blir ofte verre etter brå miljøskifter som ved sykehusinnleggelse. De pårørende har ofte negative opplevelser med fremmedgjøring og problemer med å vite hvor man skal

hente sin informasjon. Dermed blir det viktig for oss i størst mulig grad å kunne beholde pasientene og behandle dem i hjemmet eller på sykehjemmet.

Jeg oppdaget, i min iver etter å oppdatere meg innen feltet, at palliativ medisin i 1.linjetjenesten er en ganske «hot» greie med ideologi og praksis i en rivende utvikling over hele den vestlige verden. Det interessante er at alle utredninger og retningslinjer jeg har lest fra hele Europa, har verdimesse fellestrekk som går igjen og trekker i samme retning, nemlig mot mer hjembasert omsorg, ja, mot selve hjertet i allmennmedisinsk ideologi; omsorg på laveste effektive omsorgsnivå (Leon-prinsippet).

Jeg vil komme med en påstand: **palliasjon i sykehus og palliasjon i primærhelsetjenesten er to forskjellige ting.** Det er noe annet å drive med dette på det lokale plan enn på sykehus. På det lokale plan blir medisinerer av smerter og plager, opiatdoserer osv. bare en liten del av det som kreves. I tillegg har vi utfordringer som tverrfaglighet, informasjon og sosial integrasjon av alvorlig syke og døende og deres pårørende, aksept av døden som en del av livet og ritualer ved dødsfall. I vår allmennmedisinske, holistiske tankegang er det naturlig at vi ser mennesket bak sykdommen. Personens, ikke pasientens, livshistorie med sorg, kjærlighet, språk, historie, filosofi, teologi, kunst, kultur og behov for sjelesorg.

Det betyr ikke at det ikke er nok av utfordringer også i 2.linjetjenesten. Men fokus står i fare for å bli mer i retning av om epiduralkateteret ligger korrekt eller om maksimal strålingsdose er gitt, – satt på spissen. Slik jeg oppfatter det, blir det altså ofte ikke like helhetlig.

Hvor «døds viktig» er palliativ behandling?

Vi mennesker møter døden når andre dør, og det er erfaringene fra observasjon av andres død, som danner grunnlaget for hvordan vi håndterer å stå overfor vår egen død.

Det å frykte en smertefull og uverdigg utgang av livet kan være et viktig argument for legalisering av eutanasi. I mangel av et godt palliativ tilbud, kan hjelp til å avslutte livet fremstå som den eneste sikre måten å få slutt på lidelser.

Derfor er det viktig at vi kan gi en trygghet for at lindrende behandling kan tilbys for de plager som måtte oppstå. Denne tryggheten kan være avgjørende for at den syke skal våge å møte de utfordringer som sykdommen gir. Hva må til for å skape denne tryggheten? Jo, en bevisstgjøring og sikring av nødvendig kunnskap blant alt helsepersonell som arbeider med alvorlig syke og døende.

Hvor skal pasientene behandles?

Stadig flere synes å oppleve at man er minst like trygg i hjemmet som på sykehus. Som nevnt er folks møte med sykehuset varierende. Mange av de palliative pasientene har ikke noen positiv opplevelse av møtet med sykehuset. Effektiviseringsbestrebelsler på sykehuset er ofte ikke kompatible med de behovene man har i en palliativ situasjon.

Det vil ofte være slik at man treffer forskjellige leger ved innleggelsene og ulike sykepleiere på avdelingene, og man vil slett ikke alltid havne på samme avdeling fra gang til gang, det er avhengig av hvor det er plass. Dette på tross av at man på sykehuset tilstreber et system med primærkontakter når det gjelder både leger og sykepleiere. Disse forhold innebærer at man vil kunne få ulike beskjeder som hver for seg kan være like riktige, men siden de oppfattes som forskjellige, skaper de utrygghet.

Jeg tror at fastlegen ofte vil være pasientens nærmeste og viktigste støttespiller på hjemstedet. Fastlegen kan potensielt representere kompetanse, kontinuitet og stabilitet. Pasienten trenger en kompetent person til å fungere som bindeledd mellom behandlings- og omsorgsnivåer. Kanskje trenger vi noe kompetanseheving på dette området, men

dette arbeidet har vært gjort av husleger i uminnelige tider og med dårligere ressurser enn vi har å spille på både når det gjelder utstyr og tverrfaglige samarbeidspartnere. Hjemmesykepleien fungerer etter min erfaring strålende der de slipper til og har en samarbeidsvillig fastlege å støtte seg på. Dette bør være, og er jo til en stor grad allerede, en naturlig del av vanlig allmenlegearbeid på samme måte som arbeid med annen kronisk sykdom.

Utgjør de palliative pasientene et «merarbeid» for fastlegen?

Hvis hver av oss følger to til tre slike pasienter hvert år, hva er det i forhold til alle de pasientene vi ser? Utgjør de allikevel et «merarbeid»?

Ja, det kan utvilsomt bli arbeidsintensivt i perioder med disse pasientene, deres pårørende, samarbeidsmøter med hjemmesykepleie, fysioterapeuter, sosionomer, trygdekantor osv.

Slik jeg ser det, er det da vi kan takke vår Skaper for at så mye av det vi driver med er så såre enkelt ... Som for eksempel å behandle astma eller øreverk eller streptokokker ... det er lett det!!! Men ikke på langt nær så takknemlig som palliative care.

FIGUR 1: Skjema for bruk av smertestillende medisiner ved terminal kreft.

KORT OM SMERTEBEHANDLING
Medikamenter som benyttes hos ikke-innliggende pasienter:

	DEPOTPREPARAT	ANFALLSBEHANDLING
Morfin	Dolcontin tbl.	Morfin tbl.
Ketobemidon		Ketogan el. Ketorax tbl
Oxycodonhydroklorid	OxyContin tbl.	OxyNorm tbl
Fentanyl	Durogesic plaster	Actiq sugepinne
Hydromorfon (Metadon mixt./tbl).	Palladon tbl.	

“Styrkeforhold” beregnes ut fra morfin-ekvivalengetiske enheter:

PARENTERAL dose : PERORAL dose = 1 : (2)3

Gjelder morfin og ketobemidon.

Stoff	Ekvivalengetiske doser(mg)	
	iv./s.c.	peroralt
Morfin	10mg	30mg
Ketobemidon	10mg	30mg
Oxycodon-hcl		15mg
Palladon		3-4mg
(Metadon	10mg	20mg)

Durogesic doseres som mikrogram/t og beregnes ut fra peroral morfingdose mg/dagn - i forholdet:

DUROGESIC: PERORAL DØGNDOSE MORFIN = 1:3

Ex.:
25mikrog/t Durogesic vil gi smertestilling tilsv. ca.75mg morfin p.o./døgn.

Oppstart av opiatbehandling ved maligne lidelser

- Husk “grunnsmøring” med Paracetamol 1gx4
- Vanlig å starte med 5-10mg Dolcontin 2grr.dgl. og tillegg av Morfin 10mg tbl. ved gjennombruddsmerter.

NB! Det er ingen øvre grense for bruk av morfin-tbl., men man bør notere ned forbruket av tbl. for beregning/dosering av depotpreparatet.

Dosering av opiat til gjennombruddsmerter
Etter hvert som pasienten kommer opp i dose, skal dosen ved gjennombruddsmerter tilsvare ca. **1/6 av total døgndose**

Permanent døgndoseøkning kan gjøres ved å:

1) Summere behov for ekstra smertestillende medikasjon(brukt vigjennombruddsmerter) og legge dette til døgndosen depotpreparat(halvparten til morgen- og halvparten til kveldsdosen) eller

2) Legge til 50 % av døgndosen (inntil doser mindre enn 500mg morfin/døgn)

Oppstart av Durogesic plaster:

Ikke start med Durogesic plaster før pasienten er oppe i en døgndose perorale morfinekvivalenter tilsv. 50-60mg. Det startes da med 25 mikrog./t. Plasteret skiftes hver 3.dag. Kan startes tidligere dersom ønskelig, med 12,5mikrog./t som tilsv. døgndose Dolcontin på 30mg.

Økning av Durogesic plaster:

Pasienter som står på Durogesic plaster kan, når tilleggsbehovet for peroral morfin kommer opp i 60-90mg, få øket Durogesic med 25mikrog/t.

Overgang fra peroral behandling med Dolcontin til Durogesic:

Enkel omregning:

Antall milligram morfin peroral : 3 = antall mikrogram/t Durogesic

Hva gjør man for umiddelbar lindring?

1) Beregning av døgndose i perorale morfinekvivalenter,

- dvs. summasjon av all opiatmedikasjon pasienten har tatt siste døgn.

2) Divideres med 2-3 for å finne parenteral døgndose

3) Pas. kan gis 1/6 av total døgndose som i.v. eller s.c. injeksjon i akutsituasjonen for å kupere smertene.

Morfindrypp iv./sc. Pumpebehandling:

Gis for eksempel der pasienten har vanskelig kontrollerbare smerter, store doser, svelgvansker, el. dyspne på bakgrunn av lungecarcinomatose(cancerinnvekt i bronkiolieveggene).

Beregnes ut fra summert morfinekvivalent døgndose parenteralt.

Divider på 24timer og du har timedosen, som oftest er utg.pkt.for infusjonshastighet på pumpen.

Bolus beregnes ut fra døgndosen parenteralt og utgjør 1/6 av denne.

HUSK FULL REFUSJON
§ 5.22,
§9.9

OBS! ALLTID LAXANTIA TIL OPIAT-MEDISINERTE!!

HELSE OG REHABILITERING

Hva bør et tilbud om optimal palliativ care innebære?

Et tilbud om palliativ care må innebære vurdering, behandling og god lindring av den aktuelle medisinske situasjon og plagsomme symptomer. Dette gir seg selv. – Vi må kunne smertestilling, kvalmestilling osv. Det er basis i det palliative tilbudet, og uten dette kommer vi ikke langt i øvrige tilnærminger. Når pasienten har god symptomkontroll, kan vi komme videre i vår tilnærming med åpen, ærlig og forberedende kommunikasjon til pasient og pårørende.

Vi må fortelle sannheten, den skal bringes varsomt frem med rett informasjon til rett tid. Det må gis rom for vurdering og drøfting av aktuelle medisinske og etiske utfordringer. For eksempel: Når skal vi si at antibiotikabehandling ikke lenger er livreddende, men lidelsesforlengende? Et annet etisk problem kan være når pasienten slutter å spise og drikke. Hva gjør vi da? Terminalfasen er ofte preget av økende vekttap og fallerende allmenntilstand grunnet tumorindusert kakeksiutvikling. Det er i denne situasjonen lite å vinne på aggressiv ernæringsbehandling, og det er ikke indikasjon for parenteral ernæring. Derimot kan behandling med steroider redusere vektreduksjon og bedre livskvaliteten for en del pasienter.

Pasient, og ikke minst pårørende, vil i denne fasen ofte være sterkt opptatt av det manglende næringsinntak, og kan feilaktig tro at det er dette som er årsak til progresjon av kreftsykdommen. Denne misforståelsen, og en opplevelse hos pårørende av at man svikter den syke når man ikke fikk ham/henne til å spise, kan føre til en ugrunnet skyldfølelse hos pårørende etter at pasienten er død.

Ernæringstiltak må ikke bli en hindring for at pasienten etter eget ønske kan være hjemme. For å verne pasienten mot ernæringspress og forhindre pårørendes skyldfølelse, er det grunnleggende at både pasient og pårørende blir informert om at progresjonen av kreftsykdommen og forventet levetid i denne fase av sykdommen, ikke er påvirket av ernæringstiltak. En best mulig livskvalitet må derfor være målet for de tiltak som settes i verk i denne fase av kreftsykdommen. (Kilde: Cytostatikahåndboka)

Psykososial støtte og oppfølging til pasient og pårørende inngår i optimalt palliativ care. Det blir mange samtaler! ... og veiledning for samtaler i familien. I tillegg blir det samtaler om støtteordninger og Trygdeytelser. Visst er det mange utfordringer!!

Hvordan holder vi ut, når alt er vanskelig?

Hvordan skal vi klare alle utfordringer og problemer som vi observerer i kontakt med våre pasienter, pårørende, med-

arbeidere og oss selv? Heldigvis er det takknemlig å symptomlindre. Vi får delta i andre menneskers liv på det mest intense med støttende funksjon og kompetanse. Bortsett fra det, tror jeg det er viktig å møte kolleger for å snakke om våre utfordringer, opplevelser og frustrasjoner. Jeg driver et prosjekt i Østfold for Kreftforeningen, med midler fra Helse og Rehabilitering, som heter 'Fastlegen i nettverksbasert omsorg for kreftpasienter', hvor en fastlege fra hver av de 18 kommunene deltar i kompetansehevende smågruppevirksomhet. Smågrupper generelt er jo et nyttig og nødvendig forum for slik debriefing og frustrasjonsbearbeiding.

'Fastlegen i nettverksbasert omsorg for kreftpasienter'

Målet for prosjektet er at 'Kreftpasienter og andre alvorlig syke og døende møter et koordinert og kompetent tjenestetilbud i kommunen'. I en brukerundersøkelse gjort på Radiumhospitalet 1997–98, viser resultatet at både inneliggende og polikliniske pasienter savner mer og bedre informasjon om hvordan de skal innrette seg i hverdagen hjemme. (Reed Anna & al. 1997–98)

Pasienter gir selv uttrykk for at de overlates til seg selv etter endt behandling. Det er sannsynlig at oppfølgings-tilbudene er mangelfulle. Undersøkelser viser at det er størst behov for støtte i tiden før diagnose, før og etter kirurgisk behandling og like etter at pasientene kommer hjem fra sykehus. I tillegg kommer behov for oppfølging og palliative behandlingstiltak gjennom hele sykdomsforløpet. (H. Melsom & Erik Wist, Tidsskriftet for Den norske lægeforening 2001; 121: 2590–2 Terminalomsorg til kreftpasienter).

Ansvarsforholdet mellom sykehus og primærhelsetjenesten kan virke forvirrende på de kreftrammede. Organiseringen er ikke tydelig nok for de som trenger hjelp.

Gjennom prosjektet ønsker jeg å arbeide for at kommunene i Østfold får rutiner for planlagt oppfølging av kreftrammede og at ansvarsforholdet mellom primærhelsetjenesten og sykehuset avklares og fungerer etter helselovenes intensjoner – samtidig som jeg ønsker å bidra til kompetanseheving i primærhelsetjenesten.

Som ledd i dette er det naturlig å fokusere bl.a. på smertestilling. Så enkelt, – så viktig!! I den sammenheng har jeg laget en enkel presentasjon av smertestilling som jeg håper kan komme til nytte i det vanlige, praktiske arbeid i konsultasjonen med den palliative pasienten. (Se figur 1). Jeg vil gjerne tilføye noen momenter til denne korte smertestillingsveilederen:

– Man regner ikke at behandling med Paralgin Forte/Tramadol/Aporex har noen plass i behandlingen av maligne smerter. Man kan godt gå de rundene, men vanligvis er det mer hensiktsmessig å gå rett på en liten dose Dolcontin, 5–10 mgx2.

For dem som måtte være interesserte tilsvarer 30 mg Kodein 3 mg morfin peroralt. Det vil si at 6–8 tbl PF tilsvarer omkring 20–25 mg Morfin peroralt.

– Jeg har ingen synspunkter på hva som er best; Durogesic, OxyContin/OxyNorm eller Dolcontin/Morfin. Det må en helhetsvurdering til. For eksempel vil det ved svelgvansker eller mye gjennombruddssmerter rett før neste tablettedose, ofte være lurt å sette inn plaster for å få jevnere serumkonsentrasjon gjennom døgnet.

Noen mener det er litt mindre kløe og kvalme ved bruk av OxyContin ifht. Dolcontin, men det foreligger ikke dokumentasjon for signifikante forskjeller. *Opiatskifte* ved mye bivirkninger, kan være veldig nyttig og kan ofte medføre behov for noe lavere dose enn ekvipotensen skulle tilsa.

– Norspan plaster inneholder buprenorphine (Temgesic/Subutex) i knøttedose, 5 mikrog./t tilsv. ca. 3 Paralgin Forte, og har dermed antakelig ikke noen plass i behandlingen av maligne smerter. Mulig at det sterkeste plasteret vil kunne få en plass, det gjenstår å se.

I oversikten har jeg ikke tatt med noe om behandling av nevrogene smerter (Neurontin/Lyrica), og heller ikke noe om bruk av TCA i smertebehandling, men dette er vel godt kjent blant allmennlegene.

Durogesic har nå kommet i 12,5 mikrog/t, og det er en god nyhet, tilsv. altså ca. 30 mg morfin døgndose.

Jeg håper det kan komme til nytte som en brukbar tilnærming når det trengs.

Lykke til videre i et arbeid som bare vi allmennleger kan gjøre!!!

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

Ebixa®

memantin

- Verdt å huske!

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

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

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

Indikasjoner: Behandling av pasienter med moderat 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 legemiddelinntak. 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 deksametoforan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger.

Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinfeksjoner 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 motor kjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motor kjøretøy eller betjener maskiner. **Interaksjoner:** Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og

dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksametoforan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokloriazid eller kombinasjonspreparater med hydrokloriazid 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 amning er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **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 virkning på sentralnervesystemet (rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, kramper, somnolens, stupor og bevissthetsløshet) 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 neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse.

Memantin modulerer virkningen av patofysiologisk ekte 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, 90 stk. 790,40, 100 stk. 1546,40.

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

Referanser:

1. Reisberg B, Doody R, Stöffler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New Engl J Med* 2003; 348: 1333–1341.
2. Godkjent SPC.
3. 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

EU-LEGE

et nytt begrep i allmennmedisin

AV ANDERS SVENSSON

Obligatorisk krav om tre års veiledet tjeneste for leger som skal praktisere selvstendig for trygdens regning.

Den kom som julaften på kjerringa, denne nye forskriften. Et rundskriv kom i posten to uker etter at forskriften trådte i kraft. Det var bare å hive seg rundt og prøve å finne ut av det. Rundskriv IS 18/2005 er godt og beskriver forståelig hva dette innebærer for fastlegen og for kommunene, men her er en sammenfatning for de som ikke liker rundskriv.

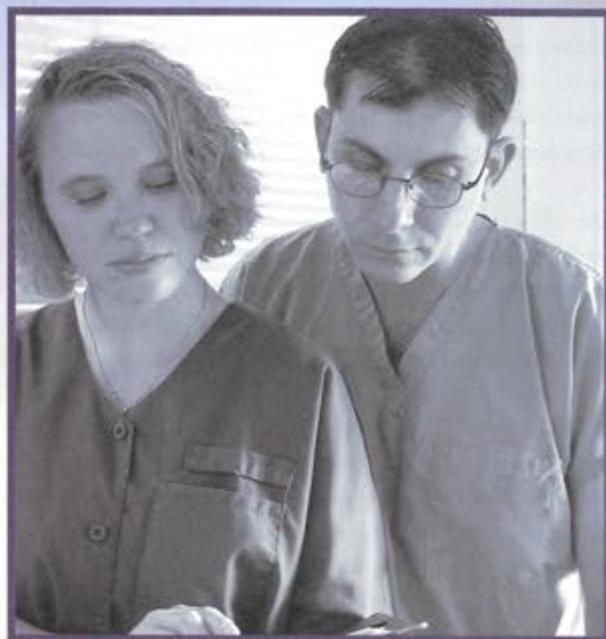
Forskriften som gjelder fra 1. januar 2006 innfører et nytt begrep; EU-lege. I korthet innebærer forskriften at alle leger som skal arbeide selvstendig som allmennlege og sende regning til trygden, må ha tre års veiledet tjeneste. For å bli EU-lege må man, i tillegg til tre års veiledet tjeneste, delta på obligatorisk kurs knyttet til drift av legepraksis på trygdens regning.

Forskriften gjelder leger som er ansatt etter 31. desember 2005. Den gjelder ikke vikarleger som er ansatt kortere tid enn to måneder. Den gjelder heller ikke leger som sporadisk deltar i legevakt utenom sitt ordinære arbeid.

For leger utdannet i Norge, med norsk turnustjeneste, er det to måter å bli godkjent EU-lege. Enten gjennom å arbeide som assistentlege ved et sykehus i et års tid eller arbeide som allmennlege under veiledning det første året. Med 1,5 års turnustjeneste og 0,5 års veiledning i studietiden har man allerede to års veiledning. Legen må arbeide i minst 60 prosent stilling. Leger utdannet i utlandet må dokumentere at de har arbeidet i tre år under veiledning. Alle leger som skal bli godkjente EU-leger må gjennomgå obligatorisk kurs.

Det er Statens autorisasjonskontor for helsepersonell som godkjenner EU-leger. SAFH oppdaterer kontinuerlig Helsepersonellregistret med opplysninger om leger under veiledning og godkjente leger.

Formålet med den veiledelede tjenesten er at «allmennlege gjennom arbeid under veiledning skal få tilstrekkelig erfa-



ILLUSTRASJONFOTO: LEI VAN STEENBRON

ring for å kunne utføre selvstendig legevirksomhet på en forsvarlig måte uten unødige tidstap, eller utgift for pasienter, helseinstitusjoner, trygden eller andre».

Legen skal altså lære seg hvordan norsk allmennmedisin og helsevesen er organisert og finansiert.

Forskriften krever et minimum av veiledning, gjennomsnittlig to timer/uke. I rundskrivet står det beskrevet hva veiledningen skal inneholde, men kravene er rimelig runde, og det er opp til veileder og lege å fylle veiledningen med relevant innhold.

Veileder kan være hvilken som helst allmennlege med rett til å sende regninger til trygden. Det vil si alle leger som var ansatt før 1. januar 2006, eller lege som er godkjent EU-lege. Veileder trenger nødvendigvis ikke arbeide i samme kommunen, men selvsagt er det en fordel.

Kommunen har plikt til å organisere veiledning for de leger som er ansatt, eller som har fastlegeavtale, med behov for veiledning. Det betyr at kommunen må sikre avtale med

leger som kan være veileder for nyansatte leger som ikke oppfyller forskriftens krav til tre års veiledet tjeneste.

Veileder avlønnes med to timer/uke i 40 uker per år. Lønnen er regulert i sentrale avtaler. Kommunen får refundert utgiftene gjennom Fylkeslegen (jfr turnuslegetilskudd). Ordningen skal dermed være kostnadsnøytral.

For at den nyansatte fastlegen skal kunne sende egne regninger til trygden, må en underskrevet veiledningsavtale mellom kommunen, veileder og lege sendes til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

Når veiledning er gjennomført må dokumentasjon på dette sendes til SAFH.

Det obligatoriske kurset arrangeres av Legeforeningen og Rikstrykdeverket. Tre av de fem dagene skal handle om trygdemedisin. Kurset kan sees på som en videreføring av det obligatoriske kurset som alle turnuslegene får under distriktsturnustjenesten.

RTV kommer til å bruke Helsepersonellregistret for å oppdatere sine lister over leger med rett til å sende regning. Vi har alle erfaring med oppgjørskontorene, og det er rimelig sikkert at de kommer å forholde seg til regelverket strengt og ikke akseptere unntak. Både kommuner og leger gjør derfor klokt i å sikre seg at dokumentasjonen er på plass før tilsetting.

Huskeliste for kommune og blivende EU-lege

Kommunen bør/må

- Sikre avtale med leger som kan være veileder for nye kolleger
- Lyse ut nye stillinger med tilbud om et års veiledning
- Skrive under veiledningsavtale med nytilsatt lege, veileder og kommunelege 1
- Dokumentere at den veiledete tjenesten er gjennomført og godkjent

Legen bør/må

- Dokumentere overfor Statens autorisasjonskontor for helsepersonell at de er under veiledning. (sende gyldig kopi av veiledningsavtale)
- Sende dokumentasjon på at kravene til EU-lege er oppfylt (kurs og veiledning)
- Gjennomgå obligatorisk kurs

I rundskriv IS 18/2005 finnes ytterligere opplysninger og maler for veiledningsavtale og attest for gjennomført og godkjent veiledning.

Håndtering og behandling av hodeskader – en oversikt

AV SNORRE SOLLID,

Overlege, Neurokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord Norge HF

Innledning

Skader er vår tids skjulte epidemi (1). Fokus på kreft og hjerte-/karsykdom overskygger det faktum at skader faktisk er den årsak som tar flest liv og begrenser livsutfoldelse i den yngre del av befolkningen. I aldersgruppen under 45 år vet vi at ulykker er den viktigste dødsårsaken (2).

Ser man på gruppen av mennesker som rammes av ulykker, er hodeskaden den vanligste organskade som kan gi dødelig utgang. Blant de som overlever en alvorlig hodeskade, blir ofte livet endret både for den det gjelder og de som står han eller henne nær.

Mye er gjort innenfor forebygging. Dette er sannsynligvis den viktigste årsaken til at vi nå ser mindre alvorlige skader enn tidligere. Antallet dødsfall i trafikken er betydelig lavere nå enn for bare få år tilbake (3). Fokus på å forhindre ulykker er derfor viktig, men for de som rammes i en ulykke må vi være forberedt for å yte best mulig behandling. Dette innebærer en lang behandlingsskjede. Kjeden starter i det øyeblikket ulykken inntreffer, og varer for mange livet ut. I hele dette forløpet kan prognosen påvirkes, alle ledd er viktige.

Når dette er sagt, er det viktig å være klar over at de fleste som rammes av en hodeskade ikke står i fare for å miste livet eller få nevrologiske skader. De fleste har lette skader. Selv om skadene ikke er omfattende påfører de helsevesenet store utgifter, i form av undersøkelser og observasjon hos lege og i sykehus. I Norge vet vi at det er over 200 sykehusinnleggelses per år per 100 000 innbyggere (4). De fleste av disse har lette skader.

Biomekanikk og patofysiologi

Hodeskade oppstår ved at hodet og hjernen påføres mekanisk energi, enten ved direkte kontakt med omgivelsene,

HISS-kategori	Kliniske karakteristika
Minimal hodeskade	GCS-skåre 15 Intet bevissthetstap
Lett hodeskade	GCS-skåre 14 eller 15 Kortvarig (<5 minutter) bevissthetstap eller amnesi/nedsatt hukommelse eller nedsatt reaksjonsevne
Moderat hodeskade	GCS-skåre 9 – 13 eller bevissthetstap > 5 minutter eller fokalnevrologiske utfall
Alvorlig hodeskade	GCS-skåre 3 – 8

TABELL 1: Head Injury Severity Scale (HISS). Modifisert etter Stein & Spettell (5)

eller indirekte via kroppen (risting eller sleng). Dette kan gi kontaktskader i form av kraniebrudd eller knusningsskader i hjernen. Rotasjonskrefter kan gi diffus skade dypt i hjernen som en følge av skjærende krefter. Ofte ser man en kombinasjon av disse to mekanismene. De strukturelle skadene oppstår i skadeøyeblikket, og regnes som primære. Skader kan oppstå seinere, enten som en følge av dårlig oksygenering eller hypoperfusjon. Slike skader regnes som sekundære, og er i prinsippet mulig å unngå. Hodeskadebehandlingen retter seg først og fremst mot å forebygge sekundære skader.

Kraniebrudd, overrivning av brovener og knusningsskader i hjernen kan gi intrakraniale blødninger. Dette kan gi blodansamlinger enten utenpå hjernen (epidurale- og subdurale hematomer) eller inni i hjernen (kontusjonsblødninger). Dersom blodansamlingen er stor nok, kan det gi forhøyet trykk i skallehulen (forhøyet ICP). Forhøyet trykk kan gi skade i form av redusert sirkulasjon til hjernen.

Blødninger kan medføre at hjernen trykkes over mot den ene siden (herniering). Denne tilstanden er karakterisert ved synkende bevissthetsnivå, halvsidig lammelse og ensidig pupille utvidelse. Dette er svært alvorlige kliniske tegn, og må behandles raskt. Tilstanden er reversibel, men kan i verste fall medføre intrakranial sirkulasjonsstans (tampnade). Dette er en tilstand hvor trykket i skallehulen er likt eller høyere enn blodtrykket. Intrakranial sirkulasjonsstans er irreversibelt, og pasienten dør.

Klassifisering av hodeskader

For de fleste er begrepene som brukes omkring hodeskader uklare og forvirrende. Diagnoser som *comotio cerebri* og *hjernerystelse* brukes ofte, men betydningen er for de fleste svært uklar. Det er derfor viktig å være klar over den kliniske klassifikasjonen som finnes, og som bør benyttes. Head Injury Severity Scale definerer fire ulike grader av hodeskader (Tabell 1) (5). Denne klassifikasjonen er lett anvendelig og forteller oss noe om risiko for å dø av en hodeskade, samt risiko for å trenge operativ behandling. Hodeskadene deles inn i de fire gruppene; minimale, lette,

moderate og alvorlige hodeskader. Basis for klassifikasjonen er en systematisk vurdering av den skaddes bevissthetsnivå (Glasgow Coma Scale skåre – GCS (tabell 2) og lengden på bevissthetstap/amnesi.

Basert på denne klassifikasjonen finnes behandlingsretningslinjer (guidelines) som bør styre behandlingen. I løpet av de siste ti årene har en rekke slike retningslinjer blitt publiserte. Felles for disse er at de er basert på en systematisk litteraturgjennomgang.

Det er spesielt to av behandlingsretningslinjene som er verdt å merke seg. De fellesnordiske retningslinjene for håndtering av lette hodeskader ble publisert i 2000 (6). Prehospital håndtering av moderate og alvorlige hodeskader i regi av den amerikanske organisasjonen Brain Trauma Foundation kom samme året. Begge disse er først og fremst rettet inn mot den kliniske håndteringen av pasienter med hodeskader utenfor sykehus, samt i den første vurderingen intrahospitalt. Jeg skal derfor oppsummere innholdet i disse.

Minimale og lette hodeskader

Med minimal hodeskade mener man traume mot hodet uten tap av bevissthet eller amnesi. Har man derimot hatt tap av bevissthet i inntil fem minutter eller amnesi regnes skaden som en lettere hodeskade.

TABELL 2: Glasgow Coma Scale Skåre

Poeng	Øyne	Motorisk	Verbal
6	–	På oppfordring	–
5	–	Lokaliserer smerte	Orientert
4	Åpne	Avverger smerte	Desorientert
3	Ved tiltale	Patologisk fleksjon	Usammenhengende
2	Ved smerte	Patologisk ekstensjon	Uforståelige lyder
1	Ingen	Ingen	Ingen

GCS Skåre = Øyne + Motorisk + Verbal. Maks 15 = helt våken. Min 3 = dyp koma

Faren for å utvikle blødning i eller utenpå hjernen etter en skade hvor man ikke har vært bevisstløs eller har tapt hukommelse er minimal, og krever ingen spesifikk observasjon. Har man derimot hatt tap av bevissthet eller amnesi øker denne risikoen til en slik grad at utredning og/eller observasjon er nødvendig. Etter behandlingsalgoritmen kan man da enten observere pasienten etter fastlagt regime eller utrede med CT-undersøkelse. Dersom pasienten har normal neurologisk status og CT-undersøkelsen er normal, kan pasienten sendes hjem uten ytterligere observasjon. Dette forutsetter at man har utført en tilstrekkelig neurologisk undersøkelse, og at CT-undersøkelsen er vurdert av kyndig radiolog. En til to prosent av pasienten utvikler intrakraniell blødning som trenger operasjon. Det er også viktig å merke seg at enkelte pasienter har risikofaktorer som gjør at de må observeres uansett. Dette gjelder blant annet pasienter med antikoagulerende medikamenter.

Enkelte pasienter får seinplager etter lette hodeskader. Det er spesielt symptomer som hodepine, svimmelhet, konsentrasjonsvansker og nedsatt hukommelse. Hos de fleste går plagene over av seg selv i løpet av noen uker. Ca 20–40 prosent har fortsatt plager etter tre måneder. Årsaken til langtidsplagene er sannsynligvis en kombinasjon av organisk hjerneskade og psykososiale mekanismer som opprettholder symptomene over tid.

Kronifisering av plagene kan sannsynligvis forhindres ved rask mobilisering, smertebehandling med medikamenter som ikke er vanedannende, samt sykmelding med varighet som er tilpasset pasientens yrke. Sengeleie frarådes. Dersom plagene ikke går over av seg selv etter to til tre måneder bør pasienten vurderes hos spesialist (Neurologi eller Fysikalsk medisin).

Moderate og alvorlige hodeskader

Det er verdt å merke seg at begrepene moderat og alvorlig hodeskade ikke tar utgangspunkt i hvilke anatomiske skader pasienten har. Intrakranielle hematomen som kan oppstå ved hodeskader er i utgangspunktet ikke kjent tidlig etter en skade. Klinisk vurdering av bevissthetsnivå med GCS danner også her utgangspunktet for om en skade er alvorlig eller ikke. Etter HISS klassifikasjonen regner man moderate skader som GCS 9–13 og/eller bevissthetstap mer enn fem minutter og alvorlige skader som GCS < 9. Sannsynligheten for å ha et intrakranielt hematom som kan være livstruende, er med andre ord assosiert med pasientens våkenhetsgrad. Blant de alvorlige skadene har ca 25 prosent et hematom som trenger kirurgisk behandling.

Målsettingen for behandlingen av pasienter med moderate og alvorlig hodeskade er å unngå sekundær hjerneskade.

Hypoksi og hypoperfusjon må unngås. Det eneste som kan gjøre situasjonen verre for en pasient som har både alvorlig hodeskade, hypoksi og lavt blodtrykk, er utvikling av et intrakranielt hematom. Dette kan føre til ytterligere økning av ICP og forverring av hypoperfusjonen.

ABC-prinsippene for førstehjelp gjelder både på skadestedet, under transport til sykehus og i akuttmottaket. Sikring av frie luftveier (A), respirasjon (B), og sirkulasjon (C) er avgjørende for å unngå sekundære hjerneskader. Alle med redusert bevissthet bør legges i stabilt sideleie og gis oksygen. Oksygenmetningen skal holdes over 95 prosent. Det er ofte nødvendig å intubere pasienter med hodeskade og redusert bevissthetsnivå fordi det er stor fare for aspirasjon og sviktende respirasjon. Ved GCS skåre ≤ 8 , raskt fallende bevissthetsnivå eller alvorlig ansiktsskade i tillegg til hodeskaden, anbefales intubasjon. Dersom man ikke er tilstrekkelig trent i denne prosedyren, eller man ikke har den hjelp og monitorering som behøves bør man alternativt ventilere pasienten med maske.

Det systoliske blodtrykket bør være minst 120 mm Hg. Man må vanligvis gi krystalloider (0,9 prosent natriumklorid eller Ringer Acetat) intravenøst for å opprettholde tilstrekkelig blodtrykk. Pasienter med sirkulatorisk sjokk på grunn av blødninger i thorax, buk eller bekken skal opereres for dette før videre utredning og behandling av hodeskaden gjennomføres. Så snart pasienten er stabil gjøres CT-undersøkelse for å kartlegge om pasienten har en hodeskade som trenger kirurgisk behandling.

Neurologisk vurdering

Den skadedes neurologiske tilstand må vurderes fortløpende. GCS skåre, pupillenes størrelse og pupillenes lysreaksjon registreres og dokumenteres gjentatte ganger, gjerne så ofte som hvert tiende minutt den første timen. Eventuell asymmetri i bevegelse av armer og bein registreres også. Hvis man gjør funn som gir mistanke om økende ICP (fallende GCS skåre, nye neurologiske utfall eller pupilledilatasjon), kan man gi Mannitol 150 mg/ml 300–500 ml som intravenøs infusjon over 10–20 minutter. Det må samtidig legges inn blærekateter. Sirkulatorisk ustabile pasienter må ikke gis Mannitol, da medikamentet er sterkt vandrivende.

Operativ behandling av alvorlige hodeskader

Ekstrakranielle blødninger må påvises og stoppes. Kirurgisk behandling er nødvendig når et intrakranielt hematom trykker mot hjernen og gir økt intrakranielt trykk. Epidurale og subdurale hematomer med tykkelse over 1 cm og hematomer som gir mer enn fem mm forskyving av midtlinjen bør som hovedregel opereres. Pasienter som blir operert

innen fire timer har bedre prognose enn dem som blir operert senere.

Under operasjonen åpner man skallen med å sage ut en beinlapp (kraniotomi) slik at man både kan evakuere hematomet, identifisere blødningskilden og stoppe blødningen. Hvis man forventer utvikling av hevelse i hjernen, legger man inn en trykkmåler for å overvåke ICP. Trykkmåleren plasseres i sideventrikelen eller i hjernevevet.

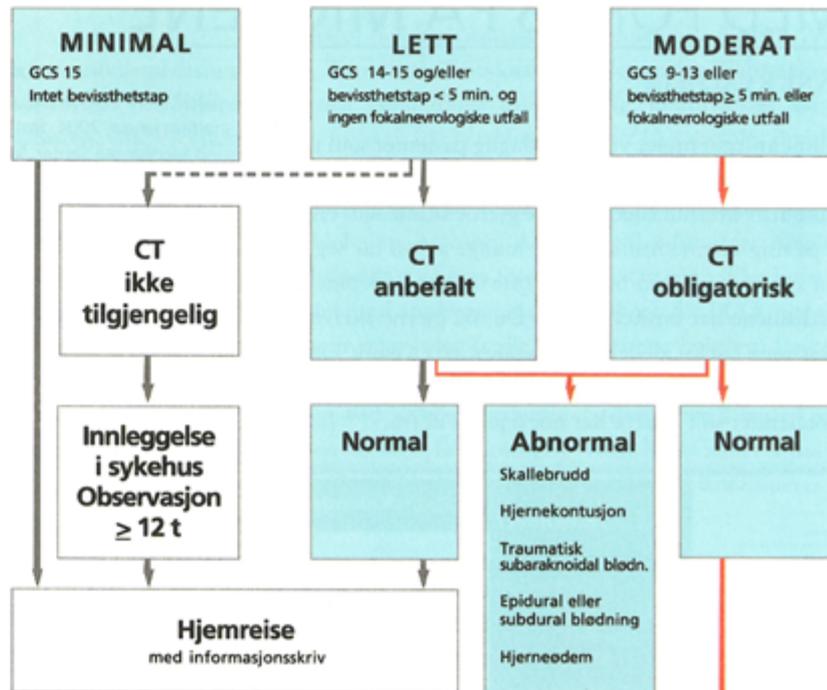
Norske undersøkelser viser at forsøk på operativ behandling på sykehus uten nevrokirurg sjelden blir vellykket (7). Målsetningen er derfor rask diagnostikk og overflytting til nærmeste nevrokirurgiske avdeling så snart pasientens respirasjon og sirkulasjon er stabil. Selv i områder med store geografiske avstander, som i Norge, er dette mulig uten for mye tidsbruk (8).

Nevrointensiv behandling

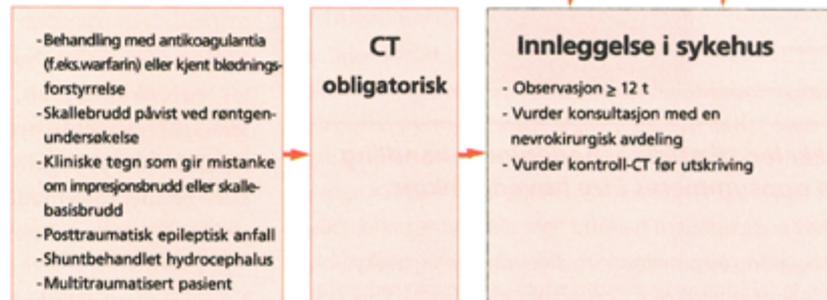
Hvis pasienten etter stabilisering og evakuering av eventuelle intrakraniale hematomer fortsatt har betydelig redusert bevissthet (GCS skåre 8) eller andre tegn til høyt ICP, er det behov for overvåking og intensivbehandling. I denne fasen er pasienten sedert, intubert og ventilert med respirator. Også denne behandlingen bør skje på et sykehus som har nevrokirurgisk avdeling. Overvåkingen tar sikte på å oppdage komplikasjoner som ubehandlet kan føre til sekundær hjerneskade. Strukturerte retningslinjer følges for monitorering og behandling (9).

Mindre alvorlige hodeskader

Ingen spesielle risikofaktorer



Spesielle risikofaktorer



© NORSK NEVROKIRURGISK FORENING, 2000.

Rehabilitering etter alvorlige hodeskader

Kognitiv svikt (reduert hukommelse, nedsatt konsentrasjonsevne og endret personlighet), forringet motorisk funksjon (pareser og koordinasjonsvansker), språkforstyrrelser og problemer med syn og hørsel, er vanlige følger av alvorlige hodeskader. Det er ofte behov for omfattende og langvarig rehabilitering og tilrettelegging av forhold i hjemmet og eventuelt på arbeidsplassen. Opptreningen skjer på spesialavdelinger i fysikalsk medisin og rehabilitering.

Referanser til artikkelen: vennligst se side 25

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

HODEPINE

– rett diagnose er avgjørende for rett behandling.

MED FOKUS PÅ MIGRENE

AV ANNE KVALHEIM

Som allmennleger møter vi nesten daglig pasienter som plagges av hodepine. Ikke sjelden nevnes det i en liten bisetning mot slutten av konsultasjonen, at de gjerne skulle hatt en ny resept på migrenemedisiner. Hvor mange av oss tar seg da tid til å spørre pasienten om hvor ofte de har hodepine og om medisinene har ønsket effekt? Du må gjerne skrive ut resepten, men lag for all del en ny avtale med en gang. Og til neste gang ber du pasienten registrere sin hodepine i en anfallskalender slik at dere har noe å jobbe ut fra.

<p>Anfallsstart: Etiketteret mellom 0-24</p> <p>Alvorlighetsgrad: 1. Lett hodepine (gjent. å lunge) 2. Moderat hodepine (stasjon, men det er vanskelig) 3. Kraftig hodepine (dramatisk eller å lunge)</p> <p>Årsaker eller tabell ved kvalmeoppkast</p> <p>Anfallsbehandling: A: _____ C: _____ B: _____ D: _____</p> <p>Effekt av behandlingen: 1 = ingen 2 = litt bedre 3 = moderat 4 = veldig bra 5 = totalt</p> <p>Vurdering: Anfall tross anfallshjelp Mennings Stress og angst markeres med ring rundt dato. Ferdigvurderede medisinene: _____</p>	<p>Hvorfor bruke HodepineKalender?</p> <ul style="list-style-type: none">• Kartlegge hodepinemønsteret• Stille diagnose• Oppdage endringer i mønsteret• Bedre behandlingen• Registrere bruk av medikamenter <p>Målingen er å bedre den enkelte mulighet til selv å løse hodepineproblemer.</p> <p>Ta med anfallskalender ved besøk hos legen.</p>	<p>HodepineKalender</p> <p>Navn: _____ Legge: _____ Til: _____ Periode: _____</p> <p>Hodepinekalenderen er et viktig hjelpemiddel for legen. Ta den derfor med til hvert legebesøk.</p> <p>Utarbeidet av HCPC Norge</p>
--	--	--

Nøkkelen til effektiv hodepinebehandling kan oppsummeres i tre hovedpunkter:

1. Hver enkelt pasient har ofte flere ulike typer hodepine.
2. Opplæring av pasienten i mulige triggere og beskyttende faktorer øker mestringfølelsen og kan redusere hodepinen.
3. Ulike anfall krever ulik behandling, pasienten må styres med flere typer medisiner.

Hvor mange typer hodepine har pasienten?

Veldig ofte kan pasienten fortelle om flere ulike typer hodepine. De kan beskrive migreneanfall, pressende tensjonshodepine og kanskje er der i tillegg innslag av en medikamentoverforbrukshodepine på toppen. Pasienten trenger hjelp og opplæring for å kunne skille mellom de ulike typene og vite hvilken behandling hun skal velge i hvert enkelt tilfelle.

Anfallskalendre hjelper oss til å se hvor hyppig pasienten har hodepine, om det er forskjellig karakteristika ved de ulike anfallene og en evt sammenheng med kjente triggerfaktorer som for eksempel menstruasjon, stress, forskyvning av døgnrytme i helgene og lignende.

Anne Kvalheim

Cand. med Bergen '96, spesialist i allmennmedisin januar 2004, fastlegepraksis Hauge-sund Medisinske Senter, lege på Helsestasjon for ungdom 4 t/uke. Interessert i hodepine siden 2000. Deltar i «hodepinediskusjonsforum» med allmennpraktikere og nevrologer.



Klinisk undersøkelse

Sammen med en grundig anamnese vil den kliniske undersøkelsen hjelpe oss i den videre tilnærming til pasientens ulike hodepiner. Ofte vil man kunne finne ømhet i ulike muskelgrupper i nakke og bakhode, samt låsninger i nakke og uttalt ømme kjeveledd. Bihulesmerter og bittproblematikk kan også medføre hodepine hos mange av våre pasienter.

Opplæring

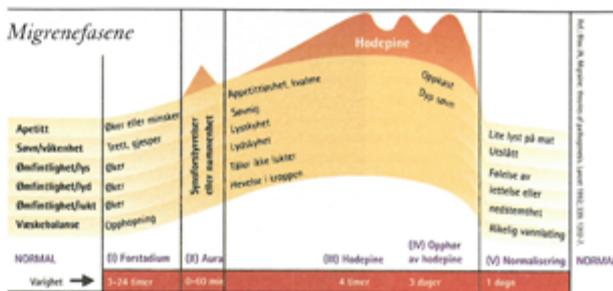
Migrenepasienter har et sårbart nervesystem og trenger informasjon om både beskyttende og utløsende årsaker til hodepineanfall.

Mulige triggere kan som kjent være alkohol, sjokolade, oster, citrusfrukter, sult, sterkt lys, sterke lukter, stress/etter stress, uregelmessig døgnrytme og hormonelle svingninger (spesielt fall i østrogen). Tensjoner i muskulatur, kjeveledd eller bihuleproblematikk kan, som nevnt, også være medvirkende årsaker til økt anfallshyppighet.

En migrenepasient kan godt tåle en enkelt av disse triggerfaktorene, men ikke flere slike faktorer oppå hverandre. Det vil si ikke rødvin og sjokolade en sen fredagskveld etter en stressende uke – i alle fall ikke dersom hun i tillegg forskyver døgnrytmen og sover litt utpå lørdags formiddagen ...

Kjennskap til de beskyttende faktorer er også viktig for at pasienten skal kunne mestre sin hodepine. Det å unngå migrenetriggere og sørge for regelmessig søvn, regelmessige måltider og regelmessig mosjon er avgjørende i denne sammenheng.

I tillegg er det veldig nyttig for en migrenepasient å få opplæring om de ulike fasene i et migreneanfall. Ved å gjenkjenne symptomer i prodromal fasen (f.eks. irritabilitet, gjesping, hunger for spesielle matvarer, økt væskeopphoping i kroppen, økt følsomhet for lys og lyd), kan hun forsøke sette inn tiltak før hodepinefasen setter inn.



Anfallsbehandling

Er hodepinen et faktum, bør pasienten ta anfallsmedisin så raskt som mulig. De fleste har allerede forsøkt håndkjøpspreparater som Paracet og NSAIDs. Sistnevnte er viktig for å dempe den inflammatoriske komponenten i et migreneanfall, men er som regel ikke tilstrekkelig for å kupere hele anfallet. Vi bør derfor gå et steg videre på behandlingstrappen og i tillegg tilby behandling med triptaner. Vi har i Norge flere gode preparater, alle med noe ulik virkningsprofil og administrasjonsformer.

Dersom pasienten våkner med hodepine, er hun allerede langt uti anfallet og bør velge et preparat med raskt innsettende effekt. Ved tilbakefall av hodepine eller ved langvarige anfall, for eksempel under menstruasjon, bør et triptan med lang halveringstid forsøkes. For pasienter med menstruasjonsrelatert migrene, kan man ofte ha god nytte av NSAIDs daglig f.o.m et par dager før forventet menstruasjon.

Ca. 90 prosent av migrenepasientene er kvalme under anfall. Ved kvalme oppstår gastrostase og derav redusert oppatak av medisiner tatt per os. Man bør da fortrinnsvis benytte injeksjon, neseppray eller stikkpille. Det finnes også smeltetabletter. Disse tablettene løses opp i spyttet og tas opp via mageslimhinnen. De virker derfor ikke raskere/bedre enn tabletter, noen ganger snarere tvert om. Det er ikke som ved en sublingual nitroglycerin. Smeltetablettene er bra å ha blant annet fordi det er en praktisk/grei administrasjonsform, men altså *ikke* spesielt indisert ved kvalme. Resept på kvalmestillende medikament er også viktig.

For å gi en god behandling, bør altså pasienten utstyres med flere medisiner og administrasjonsformer. Slik kan hun forsøke seg frem til hvilke medisiner som fungerer best for henne, hva som fungerer ved de ulike anfall, og når i anfallet hun bør ta hvilke medisiner.

Når det gjelder behandling av tensjonshodepine, bør hovedfokus her være på ikke-medikamentelle tiltak. Som f.eks. avspenning, egentrening, akupunktur, fysioterapi, kiropraktikk, yoga og lignende. Medisiner har lite/ingen plass i akutt behandlingen av denne typen hodepine. Effekten er ofte dårlig, og faren for medikamentoverforbruk er stor.

Forebyggende behandling

Endel pasienter har hyppige migreneanfall. Forebyggende behandling bør vurderes ved mer enn tre anfall per måned.

Det blir her viktig å ta hensyn til eventuelt komorbide tilstander som f.eks. søvnforstyrrelser, tensjonshodepine, depresjon og angst.

Vi benytter i dag bl.a. Betablokkere (Pranolol, SeloZok), AT1-reseptor blokker (Atacand), Antiepileptika (Orfiril, Neurontin, Topimax), Tricykliske antidepressiva (Sartex) og hormonell behandling (mest mulig kontinuerlig østrogen). Tradisjonelt har betablokkere vært 1.håndvalg. Bivirkningene med blant annet redusert yteevne, impotens og kalde ekstremiteter, gjør at stadig flere nå foretrekker AT1-reseptorblokkeren Atacand. Antiepileptika fungerer som nevrostabilisatorer og kan forsøkes dersom man ikke kommer til målet med antihypertensiva. Risikoen for PCO med Orfiril, gjør at man i dag (i alle fall hos unge kvinner) foretrekker Neurontin eller Topimax. Sartex er et godt basismedikament ved kroniske smerter da den synes å heve kroppens smerteterskel. Bivirkningene med blant annet sedasjon og munntørrethet gjør at endel pasienter ikke kontinuerer denne behandlingen.

Enkelte alternative legemidler har noe dokumentasjon som profylakse ved migrene. Dette gjelder bl.a. Magnesium (600 mg/dag), Omega-3 fettsyrer, Vitamin B2 Riboflavin (200-400 mg/d), Krysantemum og Q10.

Anfallskalender

For å kunne registrere anfallshyppighet, evaluere effekt av medisiner og eventuelt andre ikke-medikamentelle tiltak, er det altså nyttig for både lege og pasient at det føres en anfallskalender. Det er alltid vanskelig å huske hvor mange anfall man har hatt siden siste konsultasjon, hvilke anfall som var ekstra kraftige og når og hvilken anfallsbehandling som hadde effekt. Vi husker alle best gårdsdagen. Har pasienten hatt et kraftig anfall dagen før hun kommer til time, har hun en opplevelse av at hodepinen er helt forferdelig. Er det derimot to til tre uker siden siste anfall, kan hun ha en tendens til å bagatellisere det hele. Nesten alle mine hodepinepasienter bruker anfallskalender, i alle fall i kartleggingsfasen, under utprøving av medisiner og dersom de etter en stund mener at medisinen ikke virker lengre/de får flere anfall. Da har vi et godt verktøy for å kunne optimalisere hodepinebehandlingen.

Til slutt

Husk at en og samme pasient ofte har flere hodepiner. Opplæring gir god mestring. Behandlingen bør skreddersys til hvert enkelt anfall og pasient. Lykke til!

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





anmeldelser

Kroppsløkk, vold og medisin

BOKESSAY AV EDVIN SCHEI,
fastlege, førsteamanuensis ved Seksjon for allmenneisin, Universitetet i Bergen.

Det var hardt å lese denne boken. Selv om den er bunnsolid, velskrevet og spennende, selv om jeg var forberedt og trodde jeg visste hva jeg ville møte. Hardt fordi den tvinger meg til å ta inn over meg lidelse, svik, smerte og urettferdighet i betydelige doser. Og hardt fordi den røsker så ubønnhørlig i tenkningen min, den viser at legespråket, det faglige begrepsapparat, kategoriene og merkelappene jeg tenker med er beheftet med feil, og derfor gjør det vanskelig å fatte hva visse typer helseproblemer handler om. Hardt også fordi jeg fornemmer at Anna Luise Kirkengen er en ensom krigsreporter som skriver sine blodige og anklagende korrespondentbrev fra en krig som mange leger – og derfor mange andre – vil benekte eksistensen av. Eller bagatellisere som en minikatastrofe blant så mye annet vondt i verden, ikke stort å bry seg om, det kan da vel umulig være *den* krigen som skaper så mange av disse sårede, redde, skam- og smertefulle menneskene som ber om hjelp vi ikke har, som ruser seg, som blir kronisk syke, som ikke klarer å jobbe, som dør unge?

Leger som ikke har tid til å lese forskningslitteraturen kan antakelig ikke tvinges til å innse at vold er ganske vanlig bak de kalkede fasadene, og at voldserfaringer som holdes hemmelige fordi de er skamfulle, eller man ikke blir trodd, er en destruktiv kraft som bryter ned helsen gjennom en rekke ulike mekanismer. Leger som ikke orker å sette seg inn i dokumentasjonen kan bare spørre sin kollega over lunsjbordet, som heller ikke har lest, så vil de sikkert få bekræftet at dette med overgrep og sånt er sterkt overdrevet. De kan også spørre autoriteter i psykiatrien og gynekologien, som heller ikke kjenner empirien, og vil der få samme beroligende og dessuten autoritative *spesialistsvar*: Her er det nok noen som tar vel hardt i, ja. Hvis du er en av dem som vet med deg selv at dette overgrepspratet går over alle støvleskaft, gitt dine egne erfaringer med at nokså få av dine pasienter, naboer og familiemedlemmer forteller om svik og overgrep, så kan du slutte å lese nå. Eventuelt kan du lese historien om dr. Semmelweis som i 1850 mistet jobben fordi han var så dum å påstå, overfor *meget* erfarne leger og pro-

fessorer som visste bedre, at man burde vaske hendene etter obduksjon, mellom liksalen og fødestuen, fordi likene av døde fødekvinne kunne inneholde smittestoffer.

Jeg er blant dem som vil vite så sikkert som mulig at noe er et stort og viktig problem før jeg begynner å streve med å endre praksis og tenkning. Jeg har derfor lest om temaet. Den viktigste dokumentasjonen jeg har kommet over er ACE-studien fra California. I en retrospektiv studie av 17 000 voksne middelklassemennesker med helseforsikring (det vil si velstående nok til å utelukke det laveste sosioøkonomiske stratum) kartla man en lang rekke helsevariabler som ble sammenholdt med journalopplysninger. I skjemaet var det også spørsmål om vonde opplevelser før fylte 18 år: betydelige fysiske, seksuelle (kroppskontakt) eller psykiske overgrep, å være vitne til vold mot mor, tap av foreldre, kriminalitet eller innleggelsestrengende sinnslidelse i familien. Prevalensen av tidlige tap og krenkninger (ACE = Adverse Child Experiences) var høy: Hele 52 prosent rapporterte minst en av de ovennevnte erfaringene fra egen barndom, hos mange var det opphopning av flere typer traumer. Analysene, utført av det statlige amerikanske epidemiologisenteret Centers for Disease Control, dokumenterer sterk og doseavhengig sammenheng mellom vold i barndommen og dårlig helse 30–60 år senere. Sammenhengen er dokumentert for røyking, fedme, depresjon, selvmordsforsøk, rusmisbruk, hjertesykdom, seksuell risikoatferd og total dødelighet. På basis av korrelasjoner med voksen sykdom og risikoprofil i samme gruppe har man beregnet at skadelige barndoms erfaringer er den viktigste grunnleggende årsak til sykdom, uførhet, for tidlig død og totale helseutgifter i USA. Dette er et heftig, og for mange leger overraskende funn i en gruppe hvor de svakeste altså ikke er representert. Selv om norske forhold skulle være bare halvparten eller en tredel så ille, hvilket vi ikke vet, så vil denne typen helseskader være noe vi i allmennpraksis støter på *hver eneste dag*. Dette, og atskillig supplerende dokumentasjon som bl.a. finnes i Kirkengens nesten 400 referanser, er mitt utgangspunkt for alt jeg skriver i det følgende. For den som tviler skulle det være enkelt: Gå til kildene!



Anna Luise Kirkengen:
Hvordan krenkede barn blir syke voksne.
Universitetsforlaget 2005. 195 sider.

Hadde slike funn vært totalt i konflikt med mine praksiserfaringer ville jeg vel også næret tvil. Men i min praksis, som ikke er mange år gammel, har jeg fått så mange såre historier fortalt av pasienter med spiseforstyrrelser, trøtthet, kroppssmerte og «angstogdepresjon» at jeg ikke kan tvile på sammenhengene.

Forfatterens anliggende i boken er ikke omfanget av seksuelle overgrep og andre krenkelser, men effekten slike erfaringer kan ha på menneskers helse resten av livet. Og hvordan vi som leger best kan møte overgrepsofrene, forstå sammenhengene, være til hjelp. I boken legger Kirkengen i nøktert språk frem en serie kasuistikker, hovedsakelig om incest og andre seksuelle overgrep, fra egen forskning og praksis. Historiene er ulike, men har noen vesentlige felles trekk. Overgrepene har blitt gjort av noen som står barnet eller ungdommen nær. Det betyr at overgriperen for offeret representerer en u håndterlig kombinasjon av omsorg og krenkelse, aksept og skam. Verre blir det av at seksuelle overgrep som skjer gjennom mange år inneholde elementer av kroppslig lyst og opphisselse som knyttes sammen med selvforakt og redsel for avvisning og blottstilling. Denne logikken fører offeret inn i en «borgerkrigsliknende» tilstand hvor tanker og følelser blir u håndterlige fordi motsatte betydninger finnes i samme erfaring. I denne borgerkrigen er det ingen vinnere, lite trygghet, og kroppen er slagmarken. Kirkengen forteller om en kvinne, yngst av seks søsken, som ble misbrukt av sin eldste bror, familiens helt, fra hun var fem til 11 år. I denne erfaringen, som forble hemmelig og aldri forstått av foreldrene, ble identitet og nærhetsevne forstyrret av innbakte meningsmotsetninger. Forfatteren skriver: «Misbruk var knyttet til lyst, utnyttelse var blitt blandet med omsorg, nærhet betydde fare, tillit var lik bedrag, å føle seg tiltrukket var identisk med å føle seg frastøtt, enhver gryende forelskelse utløste «løpealarmen», det lystfulle og det ekle var synonymer.» Den unge kvinnen ble tilbaketrukket og sky, utviklet en lang rekke symptomer og sykdomstegn, og fikk diagnosene hypokondri og alexitymi fordi man ikke fant kroppslige, objektive feil. I syv år fikk hun allikevel antibiotika for smertefulle urinveisinfeksjoner, hun ble cystoskopert og laparoskopert fem ganger, fikk fjernet appendiks og venstre eggstokk på grunn av smerter. Urologer, gynekologer, nefrologer, kirurger og psykiatere behandlet henne uten å se mønsteret. Ingen spurte etter livserfaringer som kunne forklare problemene.

Et gjennomgående tema i boken kan antydes av spørsmålet «hva er et menneske?» Kirkengen argumenterer mot den ensidig biologiske tenkningen som preger medisinsk virksomhet. Ikke fordi biologisk reduksjonisme er feil i seg selv, men fordi den gjør oss blind for vesentlige medisinske fenomener som ikke kan avdekkes eller avhjelpes ved kroppsteknolo-

giske tilnærminger, men bare gjennom avdekking av subjektive betydninger nedfelt i følelser, språk og atferd. Hun hevder at vi i praksis opererer med et skille mellom kropp og sjel som gjør et menneskes levde liv og menneskelige relasjoner irrelevant for alminnelig diagnostikk og symptomforståelse. Vi har lært om «sykdommer» som objektive tilstander ganske uavhengig av hvem som har sykdommen. Slik tenkning, nedfelt i fagspråk og prosedyrer, gjør det svært vanskelig å fatte at, og eventuelt hvordan, krenkelser, avvisning, utrygghet, selvforakt og skam griper inn i og forstyrrer, eller fullstendig dominerer, kroppens funksjoner. I medisinen må vi vite at kroppen er et levende symbol, mettet av kulturelle, tradisjonelle og høyst individuelle *betydninger*.

I en annen av kasuistikkene fortelles historien om en kvinne som skal føde for første gang. I mange år ble hun misbrukt av sin bestefar. Før fødselen skriver hun et brev til fødeavdelingen, så de skal vite hvordan hun har det. Der står det: «Ikke ta på meg for å trøste meg. Det er trøsteberøringen jeg ikke klarer. Det skyldes bestefar. Han trøstet meg alltid etter overgrepene, når jeg gråt.» For denne kvinnen er berøring blitt ladet med negativ betydning, og hun kan ikke velge det bort, det er blitt en del av kroppens «egenskaper».

Kirkengen er krass i sin kritikk av den medisinske virkelighetsforståelsen, hun viser i flere av kasuistikkene hvordan uforstående leger og et avvisende trygde- og rettssystem kan skape nye krenkelser og fordype lidelsen hos dem som allerede er hardest skadet. Jeg er enig med henne i sak, vi har noe vesentlig å lære i medisinen, vi må overskride kropp-sinn-dualismen selv om den er nedfelt overalt i språk og kultur. Når jeg leser boken minnes jeg filosofen Wittgensteins kjente utsagn, om at tenkning er «en kamp mot språkets forhekselse av forstanden.» Men jeg mener at vi ikke kan forlange av oss selv som individuelle klinikere å skulle gjennomskue og utbedre svakheter i tenkemåter som har dominert vestlig sivilisasjon, og vårt eget fag, i hundrevis av år. Til gjengjeld er det nødvendig at vi forholder oss til de avsløringene vi blir gjort oppmerksomme på. Kirkengens bok er et vesentlig bidrag i så måte.

Jeg har fått vite at norske domstoler har gått til innkjøp av boken. Min oppfordring til Utpostens lesere er at de kjøper boken, leser den, legger et eksemplar på venterommet og dessuten donerer en til en vennligsinnet gynekolog eller psykiater.

Litteratur:

- Se <http://www.acestudy.org/> for mer informasjon om ACE-studien.
1. Dube, S. R., V. J. Felitti, M. X. Dong, W. H. Giles, and R. F. Anda. 2003. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine* 37 (3):268–277



RELIS

PRODUSENTUAVHENGIG LEGEMIDDELINFORMASJON

Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Ginkgo biloba

– blødningsrisiko og interaksjonspotensial med antiøkoagulantia

Spørsmål til RELIS

Mange pasienter bruker naturmidlet Ginkgo biloba. Lege spør om det er dokumentert interaksjon med warfarin.

Svar

Ginkgo biloba (Tempeltre) er et kinesisk tre, det er oftest bladene som brukes medisinsk (1). Det skal være det mest solgte naturmidlet i USA, antagelig er forbruket i Norge også høyt. Ginkgo er klassifisert som reseptfritt legemiddel. Det er fem produkter godkjent som naturlegemidler (2–6). Tradisjonelt er det brukt for å bedre blodsirkulasjonen; nå markedsføres det ofte også for en rekke lidelser som demens, tinnitus og aldersrelatert hukommelsessvikt (1). Ingen indikasjoner er godt dokumentert; en Cochraneutredning for kognitiv svikt og demens konkluderer med at det er noe dokumentasjon for effekt (7), en annen utredning for tinnitus fant ingen effekt (8). Som for mange andre naturmidler er dokumentasjonen sparsom eller ikke eksisterende for de fleste påstander.

Vanligst brukt i fremstillingen er to ekstrakter som er standardisert til å inneholde ca. 25 prosent flavonglykosider og seks prosent terpenlaktoner (ginkgolider) (1). De fem produktene som er godkjent som naturlegemidler i Norge inneholder forskjellige mengder Ginkgo bilobaekstrakt (40 mg – 100 mg per kapsel/tablett) og dermed forskjellige mengder av de to fraksjonene (2–6), men forholdstallet er det samme. Innholdet av terpenlaktoner som sies å være den interessante fraksjonen i blødningssammenheng er 2.4 mg til 6 mg per kapsel/tablett.

Virkemekanismen er ikke klarlagt i detalj, ei heller effekter av de enkelte bestanddelene (1,9). Det antas at det er polyfenoler (ginkgo-flavonglykosider) og terpenlaktoner (ginkgolider) som er aktive. Det er foreslått at Ginkgo bedrer den perifere sirkulasjonen ved å bedre blodstrøm til kapillærene, muligens har det effekt både på blodets viskositet og glatt muskulatur i årene (1). Den mest overbevisende studien på ev. blødningseffekt er gjort av Kudolo og medarbeidere og viste at Ginkgo (EGb761) hemmer arakidonsyremediert tromboxan A₂-syntese og plateaggregasjon (10).

De fleste effektstudier er gjort med de to standardiserte ekstraktene, EGb 761 og LI 1370. Det fremgår ikke av preparatomtalene hvilket ekstrakt som er brukt i de godkjente naturlegemidlene (2–6). Relevante *in vivo*-studier på blødningseffekter er stort sett gjort med EGb 761 (10,11,12).

Ginkgos metabolisme er ikke kjent i detalj. Gaudineau fant sterk hemming av CYP2C9 *in vitro*, mindre hemming av CYP1A2, CYP2E1 og CYP3A4 (13). Enzymet CYP2C9 var det eneste som ble hemmet av både flavonglykosid- og terpenlaktonfraksjonene. Warfarin metaboliseres bl.a. over CYP2C9. På teoretisk grunnlag vil disse funnene kunne støtte en mulig metabolsk interaksjon mellom Ginkgo og warfarin, men data fra laboratorieforsk har ikke nødvendigvis klinisk relevans.



Ginkgo og warfarin

Kasuistisk er det rapportert om interaksjon mellom warfarin og Ginkgo (1,9,14). Kasuistikkene er imidlertid mangelfulle når det gjelder beskrivelse av hendelsen og identifikasjon av produkt brukt. Interaksjonen er prøvd reproduert i en god dansk studie på pasienter som hadde stått på warfarin over lengre tid før de begynte på Ginkgo (15), og i en studie på friske frivillige der en dose på 25 mg warfarin ble gitt etter en uke på Ginkgo (16). Ingen av disse fant at Ginkgo påvirket INR. Anerkjent interaksjonslitteratur har konkludert med at dokumentasjonen for forlenget blødningstid pga. økt INR er for dårlig til å fraråde pasienter som bruker warfarin å ta Ginkgo (14). Pasientene bør imidlertid være oppmerksomme på tidlige blødningstegn som blå flekker eller uventet blødning.

Ginkgo og platehemmere

Som nevnt kan Ginkgo hemme plateaggregasjon via redusert tromboxan A₂-syntese. Hos enkelte pasienter kan samtidig bruk av Ginkgo og (acetylsalisylsyre (ASA) gi økt blødningstendens, men hvis de fleste platene allerede er 'slått ut' av ASA, må tilleggseffekten antas å bli liten. Ved kombinasjon av Ginkgo og platehemmere med andre virkemekanismer kan imidlertid effekten bli større. Det finnes noen få rapporter på blødning mistenkt forårsaket av kombinasjonen Ginkgo og hhv. acetylsalisylsyre, klopidogrel og tiklopidin (14).

Fire av de fem produktene som er godkjent som naturlegemiddel har nevnt mulig forsterket effekt av antikoagulantia som interaksjon (3–6).

Ginkgo og blødningsrisiko

Resultater av studier på effekt av Ginkgo alene på plateaggregasjon og trombedannelse er motstridende og foreløpig er sammenheng mellom Ginkgo og blødninger derfor dårlig dokumentert, men kan ikke utelukkes. Som nevnt har Kudolo dokumentert i minst én god studie at Ginkgo hemmer plateaggregasjon og således vil ha tilsvarende virkning som platehemmere (10). To andre studier, den ene gjort av en produsent, gir ikke samme resultat som Kudolo, men de har heller ikke målt den mest relevante laboratorieparameteren (som er aggregometri) (11,12).

Noen kasuistikker er publisert som holder Ginkgo alene som mistenkt årsak til blødning (9). Bent og medarbeidere har nylig publisert en kasuistikk og revidert 15 tidligere rapporter. Vi har ikke kunnet verifisere om det inkluderer seks kasuistikker som ble publisert av Lai på en kongress i 2002 da vi ikke har funnet det aktuelle sammendraget, men vi antar det (14). I så fall er i alt 16 kasuistikker publisert. De konkluderer med at det kan være en mulig sammenheng mellom Ginkgo og blødningsepisoder. De bygger dette spesielt på tre kasuistikker som fant forlenget

blødningstid. Også her er kasuistikkene mangelfulle når det gjelder informasjon om samtidige legemidler og produkt brukt, og ingen av pasientene har vært reekspont. Større studier er derfor nødvendig for å etablere sammenheng, men Bent anbefaler, i likhet med Stockley, at pasienter som skal bruke Ginkgo informeres om risiko og ser opp for tegn som blå flekker eller uventede blødninger.

Det er uklart hvordan kvaliteten er på de Ginkgo-produktene som er brukt i kasuistikkene, hvilket ekstrakt som er brukt i de godkjente produktene og om det markedsføres produkter i Norge som ikke er søkt godkjent som naturlegemiddel.

Konklusjon

Det er ikke etablert noen sikker sammenheng mellom samtidig bruk av warfarin og Ginkgo og økt INR. Det er fortsatt noe usikkert om Ginkgo har en platehemmende effekt, men dette er mulig og vil innebære at Ginkgo alene vil gi en viss blødningsrisiko. Det kan i så fall også gi en additiv effekt brukt sammen med en platehemmer og vil kunne gi en farmakodynamisk interaksjon sammen med warfarin med økt blødningsrisiko som resultat. Pasienter som ønsker å bruke Ginkgo bør informeres om risiko for blødning og om å være oppmerksomme på tidlige tegn som blå flekker eller uventet blødning. Hos pasienter som bruker warfarin, bør INR måles før oppstart av Ginkgo og etter noe tids bruk. På denne måten vil pasientenes sikkerhet ivaretas bedre, og en mulig klinisk relevant interaksjon mellom warfarin og Ginkgo kan påvises. De ulike Ginkgo-preparatene har forskjellig styrke.

Referanser

1. Natural Medicines Comprehensive Database. Ginkgo. www.naturaldatabase.com/ (10.01.2006).
2. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Ginkgo Biloba. www.legemiddelverket.no (Sist endret: 20.08.1998).
3. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Ginkoba. www.legemiddelverket.no (Sist endret: 09.01.2001).
4. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Ginkyo. www.legemiddelverket.no (Sist endret: 04.06.1999).
5. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Pharma Ginkgo Biloba. www.legemiddelverket.no (Sist endret: 10.01.2002).
6. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Sereclin. www.legemiddelverket.no (Sist endret: 05.05.2003).
7. Birks J, Grimley Evans J. Ginkgo Biloba for cognitive impairment and dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 4. Art. No.: CD003120. DOI: 10.1002/14651858.CD003120.
8. Hilton M, Stuart E. Ginkgo Biloba for tinnitus. Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD003852. DOI: 10.1002/14651858.CD003852.pub2.
9. Bent S et al. Spontaneous bleeding associated with Ginkgo biloba. A case report and systematic review of the literature. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 657–661.
10. Kudolo GB et al. The ingestion of Ginkgo biloba extract (EGb 761) inhibits arachidonic acid-mediated platelet aggregation and thromboxane B₂ production in healthy volunteers. *J Herb Pharmacother* 2004; 4(4): 13–26.
11. Kohler S et al. Influence of a 7-day treatment with Ginkgo biloba special extract EGB 761 on bleeding time and coagulation: a randomized, placebo-controlled, double-blind study in healthy volunteers. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2004; 15(4): 303–9.
12. Bal Dit Sollier C et al. No alteration in platelet function or coagulation induced by EGB761 in a controlled study. *Clin Lab Haematol* 2003; 25(4): 251–3.
13. Gaudineau C et al. Inhibition of human P450 enzymes by multiple constituents of the Ginkgo biloba extract. *Biochem Biophys Res Commun* 2004; 318: 1072–8.
14. Stockley IH (Ed). *Stockley's Interaction Alerts*. London: Pharmaceutical Press. Electronic version, (10.01.2006).
15. Engelsen J et al. Effekten af Coenzym Q10 og Ginkgo biloba på warfarinindosis hos pasienter i længevarende warfarinbehandlede pasienter. *Ugeskr Læger* 2003; 165(18): 1868–71.
16. Jiang X et al. Effect of ginkgo and ginger on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of warfarin in healthy subjects. *Br J Clin Pharmacol* 2005; 59(4): 425–32.

Kirsten Myhr, leder (cand.pharm., MPH), RELIS Øst, Ullevål universitetssykehus

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

Ginkgo biloba

– blødningsrisiko og interaksjonspotensial med antikoagulantia

Spørsmål til RELIS

Mange pasienter bruker naturmidlet Ginkgo biloba. Lege spør om det er dokumentert interaksjon med warfarin.

Svar

Ginkgo biloba (Tempeltre) er et kinesisk tre, det er oftest bladene som brukes medisinsk (1). Det skal være det mest solgte naturmidlet i USA, antagelig er forbruket i Norge også høyt. Ginkgo er klassifisert som reseptfritt legemiddel. Det er fem produkter godkjent som naturlegemidler (2–6). Tradisjonelt er det brukt for å bedre blodsirkulasjonen; nå markedsføres det ofte også for en rekke lidelser som demens, tinnitus og aldersrelatert hukommelsessvikt (1). Ingen indikasjoner er godt dokumentert; en Cochranerutredning for kognitiv svikt og demens konkluderer med at det er noe dokumentasjon for effekt (7), en annen utredning for tinnitus fant ingen effekt (8). Som for mange andre naturmidler er dokumentasjonen sparsom eller ikke eksisterende for de fleste påstander.

Vanligst brukt i fremstillingen er to ekstrakter som er standardisert til å inneholde ca. 25 prosent flavonglykosider og seks prosent terpenlaktoner (ginkgolider) (1). De fem produktene som er godkjent som naturlegemidler i Norge inneholder forskjellige mengder Ginkgo bilobaekstrakt (40 mg – 100 mg per kapsel/tablett) og dermed forskjellige mengder av de to fraksjonene (2–6), men forholdstallet er det samme. Innholdet av terpenlaktoner som sies å være den interessante fraksjonen i blødningssammenheng er 2.4 mg til 6 mg per kapsel/tablett.

Virkemekanismen er ikke klarlagt i detalj, ei heller effekter av de enkelte bestanddelene (1,9). Det antas at det er polyfenoler (ginkgo-flavonglykosider) og terpenlaktoner (ginkgolider) som er aktive. Det er foreslått at Ginkgo bedrer den perifere sirkulasjonen ved å bedre blodstrøm til kapillærene, muligens har det effekt både på blodets viskositet og glatt muskulatur i årene (1). Den mest overbevisende studien på ev. blødningseffekt er gjort av Kudolo og medarbeidere og viste at Ginkgo (EGb761) hemmer arakidonsyremediert tromboxan A₂-syntese og plateaggregasjon (10).

De fleste effektstudier er gjort med de to standardiserte ekstraktene, EGb 761 og LI 1370. Det fremgår ikke av preparatomtalene hvilket ekstrakt som er brukt i de godkjente naturlegemidlene (2–6). Relevante *in vivo*-studier på blødningseffekter er stort sett gjort med EGb 761 (10,11,12).

Ginkgos metabolisme er ikke kjent i detalj. Gaudineau fant sterk hemming av CYP2C9 *in vitro*, mindre hemming av CYP1A2, CYP2E1 og CYP3A4 (13). Enzymet CYP2C9 var det eneste som ble hemmet av både flavonglykosid- og terpenlaktonfraksjonene. Warfarin metaboliseres bl.a. over CYP2C9. På teoretisk grunnlag vil disse funnene kunne støtte en mulig metabolsk interaksjon mellom Ginkgo og warfarin, men data fra laboratorieforsøk har ikke nødvendigvis klinisk relevans.



Ginkgo og warfarin

Kasuistisk er det rapportert om interaksjon mellom warfarin og Ginkgo (1,9,14). Kasuistikkene er imidlertid mangelfulle når det gjelder beskrivelse av hendelsen og identifikasjon av produkt brukt. Interaksjonen er prøvd reproduert i en god dansk studie på pasienter som hadde stått på warfarin over lengre tid før de begynte på Ginkgo (15), og i en studie på friske frivillige der en dose på 25 mg warfarin ble gitt etter en uke på Ginkgo (16). Ingen av disse fant at Ginkgo påvirket INR. Anerkjent interaksjonslitteratur har konkludert med at dokumentasjonen for forlenget blødningstid pga. økt INR er for dårlig til å fraråde pasienter som bruker warfarin å ta Ginkgo (14). Pasientene bør imidlertid være oppmerksomme på tidlige blødningstegn som blå flekker eller uventet blødning.

Ginkgo og platehemmere

Som nevnt kan Ginkgo hemme plateaggregasjon via redusert tromboxan A₂-syntese. Hos enkelte pasienter kan samtidig bruk av Ginkgo og (acetylsalisylsyre (ASA) gi økt blødningstendens, men hvis de fleste platene allerede er 'slått ut' av ASA, må tilleggseffekten antas å bli liten. Ved kombinasjon av Ginkgo og platehemmere med andre virkemekanismer kan imidlertid effekten bli større. Det finnes noen få rapporter på blødning mistenkt forårsaket av kombinasjonen Ginkgo og hhv. acetylsalisylsyre, klopidogrel og tiklopidin (14).

Fire av de fem produktene som er godkjent som naturlegemiddel har nevnt mulig forsterket effekt av antikoagulantia som interaksjon (3–6).

Ginkgo og blødningsrisiko

Resultater av studier på effekt av Ginkgo alene på plateaggregasjon og trombedannelse er motstridende og foreløpig er sammenheng mellom Ginkgo og blødninger derfor dårlig dokumentert, men kan ikke utelukkes. Som nevnt har Kudolo dokumentert i minst én god studie at Ginkgo hemmer plateaggregasjon og således vil ha tilsvarende virkning som platehemmere (10). To andre studier, den ene gjort av en produsent, gir ikke samme resultat som Kudolo, men de har heller ikke målt den mest relevante laboratorieparameteren (som er aggregometri) (11,12).

Noen kasuistikker er publisert som holder Ginkgo alene som mistenkt årsak til blødning (9). Bent og medarbeidere har nylig publisert en kasuistikk og revidert 15 tidligere rapporter. Vi har ikke kunnet verifisere om det inkluderer seks kasuistikker som ble publisert av Lai på en kongress i 2002 da vi ikke har funnet det aktuelle sammendraget, men vi antar det (14). I så fall er i alt 16 kasuistikker publisert. De konkluderer med at det kan være en mulig sammenheng mellom Ginkgo og blødningsepisoder. De bygger dette spesielt på tre kasuistikker som fant forlenget

blødningstid. Også her er kasuistikkene mangelfulle når det gjelder informasjon om samtidige legemidler og produkt brukt, og ingen av pasientene har vært reekspont. Større studier er derfor nødvendig for å etablere sammenheng, men Bent anbefaler, i likhet med Stockley, at pasienter som skal bruke Ginkgo informeres om risiko og ser opp for tegn som blå flekker eller uventede blødninger.

Det er uklart hvordan kvaliteten er på de Ginkgo-produktene som er brukt i kasuistikkene, hvilket ekstrakt som er brukt i de godkjente produktene og om det markedsføres produkter i Norge som ikke er søkt godkjent som naturlegemiddel.

Konklusjon

Det er ikke etablert noen sikker sammenheng mellom samtidig bruk av warfarin og Ginkgo og økt INR. Det er fortsatt noe usikkert om Ginkgo har en platehemmende effekt, men dette er mulig og vil innebære at Ginkgo alene vil gi en viss blødningsrisiko. Det kan i så fall også gi en additiv effekt brukt sammen med en platehemmer og vil kunne gi en farmakodynamisk interaksjon sammen med warfarin med økt blødningsrisiko som resultat. Pasienter som ønsker å bruke Ginkgo bør informeres om risiko for blødning og om å være oppmerksomme på tidlige tegn som blå flekker eller uventet blødning. Hos pasienter som bruker warfarin, bør INR måles før oppstart av Ginkgo og etter noe tids bruk. På denne måten vil pasientenes sikkerhet ivaretas bedre, og en mulig klinisk relevant interaksjon mellom warfarin og Ginkgo kan påvises. De ulike Ginkgo-preparatene har forskjellig styrke.

Referanser

1. Natural Medicines Comprehensive Database. Ginkgo. www.naturaldatabase.com/ (10.01.2006).
2. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Ginkgo Biloba. www.legemiddelverket.no (Sist endret: 20.08.1998).
3. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Ginkoba. www.legemiddelverket.no (Sist endret: 09.01.2001).
4. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Ginkyo. www.legemiddelverket.no (Sist endret: 04.06.1999).
5. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Pharma Ginkgo Biloba. www.legemiddelverket.no (Sist endret: 10.01.2002).
6. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Sereadrin. www.legemiddelverket.no (Sist endret: 05.05.2003).
7. Birks J, Grimley Evans J. Ginkgo Biloba for cognitive impairment and dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 4. Art. No.: CD003120. DOI: 10.1002/14651858.CD003120.
8. Hilton M, Stuart E. Ginkgo Biloba for tinnitus. Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD003852. DOI: 10.1002/14651858.CD003852.pub2.
9. Bent S et al. Spontaneous bleeding associated with Ginkgo biloba. A case report and systematic review of the literature. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 657–661.
10. Kudolo GB et al. The ingestion of Ginkgo biloba extract (EGb 761) inhibits arachidonic acid-mediated platelet aggregation and thromboxane B₂ production in healthy volunteers. *J Herb Pharmacother* 2004; 4(4): 13–26.
11. Kohler S et al. Influence of a 7-day treatment with Ginkgo biloba special extract EGb 761 on bleeding time and coagulation: a randomized, placebo-controlled, double-blind study in healthy volunteers. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2004; 15(4): 303–9.
12. Bal Dit Sollier C et al. No alteration in platelet function or coagulation induced by EGb761 in a controlled study. *Clin Lab Haematol* 2003; 25(4): 251–3.
13. Gaudineau C et al. Inhibition of human P450 enzymes by multiple constituents of the Ginkgo biloba extract. *Biochem Biophys Res Commun* 2004; 318: 1072–8.
14. Stockley IH (Ed). *Stockley's Interaction Alerts*. London: Pharmaceutical Press. Electronic version, (10.01.2006).
15. Engelsen J et al. Effekten af Coenzym Q10 og Ginkgo biloba på warfarinindosis hos pasienter i langevarende warfarinbehandlede pasienter. *Ugeskr Læger* 2003; 165(18): 1868–71.
16. Jiang X et al. Effect of ginkgo and ginger on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of warfarin in healthy subjects. *Br J Clin Pharmacol* 2005; 59(4): 425–32.

Kirsten Myhr, leder (sund.pharm., MPH), RELIS Øst, Ullevål universitetssykehus

Å «miste» sin sjef er å «miste» seg selv...

Historier fra
virkeligheten

Det var en gang en helsesekretær som jobbet i en liten veldrevet solopraksis på sitt hjemsted. Der hadde hun jobbet i nesten 30 år og stort sett for den samme legen. Hun kjente pasientpopulasjonen godt, hun kjente lokalsamfunnet godt, hun kjente kulturen og de politiske «vindene» godt. Hun var veldig glad i jobben sin og veldig glad i og samkjørt med sin arbeidsgiver. Sammen følte de seg som et godt team. De var faglig engasjerte, hadde felles ide om praksisdriften og felles forståelse av pasientenes behov.

Helsesekretæren var opptatt av å finne den gode balansen i det å kunne yte god service til pasientene og å organisere en god arbeidsdag for legen. På gode dager tenkte hun at hun faktisk var god til dette ...

Slik gikk årene, og det nærmet seg legens pensjonsalder. Verken legen eller helsesekretæren likte tanken på at deres samarbeid skulle opphøre. De likte dårlig tanken på hvordan det skulle gå med «deres» pasienter uten dem ...

Men, dagen kom hvor oppsigelse av hjemmel måtte sendes til kommunen, da var det ti måneder til legen skulle slutte. Annonsen av ledig hjemmel ble formulert og offentliggjort. Det tok riktignok sin tid før annonsen kom på trykk, men ved søknadsfristen utløp var det tretten søkere. Mange svært godt kvalifiserte og aktuelle.

Legen og helsesekretæren ble enige om at det så ikke så mørkt ut. Det så ut som om de skulle kunne tilby pasientene en god og erfarne lege som erstatning for «gammeldoktoren».

Doktorkontoret var både hyggelig og velutstyrt, og helsesekretæren ville jo kunne opprettholde noe av kontinuiteten.

Tiden gikk og både legen og helsesekretæren var spent på hvem kommunen skulle innstille. De hadde fått søkerlisten, og det var noen som var bedre kvalifisert og med mer ansiennitet enn andre. Det gikk flere uker og legekantoret ble kontaktet av flere som hadde søkt om å overta hjemmelen med 1550 pasienter på listen, men der kunne det bare gis praktisk informasjon, det var kommunen som vurderte søknadene.

Ingenting skjedde. Legen med best kvalifikasjoner og lengst ansiennitet var legekantorets favoritt og etter vanlig vurdering og fremgangsmåte skulle det være forholdsvis uproblematisk å velge. Men kommunen tok ingen avgjørelse eller kontakt med verken søkerne eller «gammeldoktoren».

Helsesekretæren begynte å bli utrygg på hva som skjedde og på hvem hun skulle samarbeide med fremover. Legen ville også gjerne vite hvem som skulle overta «livsgjerningen».

Begge prøvde å få kontakt med kommunen uten å lykkes. Der var det ingen som tok telefonen, ingen besvarte e-post, ingen responderte på beskjeden om å ringe tilbake. Helsesekretæren lurte på hvem som egentlig er «kommunen» i slike saker? Henvendelsene hadde gått til helse- og sosialsjefen fordi kommunelegen var en av de tretten søkerne, det ville vel gjøre ham inhabil i denne saken? Han var også den med minst ansiennitet.

Snart hadde det gått tre måneder og ingen visste om det var tatt en avgjørelse.

Det viste seg i ettertid at den mest aktuelle søkeren heller ikke hadde fått kontakt med kommunen, til tross for mange og iherdige forsøk. Denne søkeren måtte til slutt gi et ultimatum på tilbakemelding for å sikre seg å ikke stå uten jobb.

Kommunen gav fremdeles ikke lyd fra seg. Helsesekretæren og hennes lege begynte virkelig å bli bekymret, fordi datoen for pensjonist-tilværelsen nærmet seg. Det var nå kun sju uker igjen til «gammeldoktoren» skulle gi seg.

Da fikk helsesekretæren ved en tilfældighet vite at kommunelegen skulle overta hjemmelen.

Hun kontaktet ham for å starte forberedelser til overdragelsen.

Stor var overraskelsen da han på telefonen fortalte at han ikke ville ha henne. Han hadde ansatt andre medarbeidere. Kommunelegen ville heller ikke overta lokalene eller utstyret på legekantoret.

Helsesekretæren, en voksen og presumptivt fornuftig kvinne hadde fått sine bange anelser bekreftet. Uten at den nye legen visste noe om henne verken faglig eller menneskelig, var hun uønsket som samarbeidspartner og ressursperson i den videre driften.

Det var ingen god følelse, og det initierte mange spørsmål.

Arvid Mikelsen i Almentpraktiserende legers forening har svart på de konkretiserte spørsmålene:

Hvem i kommunen er det som avgjør hvem som kan overta hjemmel?

Svar: Hvilket organ som er tillagt myndighet til å fatte vedtak om tildeling av fastlegehjemmel kan variere noe fra kommune til kommune. Som regel vil det være et politisk organ, gjerne helse- og sosialutvalget, etter innstilling fra rådmann eller helse- og sosialsjefen.

Er det slik at hjemmelsinnehaver ikke skal tas med i avgjørelsen på hvem pasientene overlates til?

Svar: Slik er det.

Skal søkerne til en hjemmel ikke kunne holdes underrettet i sakens gang?

Svar: Selv om det kan være naturlig eventuelt å orientere søkerne om at tildelingssaken blir forsinket, er det ingen regel som pålegger kommunen det. Avgjørelsen om tildeling, derimot, er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Et slikt vedtak kan påklages og må derfor meddeles alle søkerne.

Er det slik at medarbeider kan velges bort i gitte situasjoner?

Svar: Ingen ansatt kan velges bort. Hvis kontorpraksisen skal videreføres med ny lege, er det i utgangspunkt å anse som en virksomhetsoverdragelse. Ved virksomhetsoverdragelse har arbeidsmiljøloven eksplisitte regler som forbyr oppsigelse og også endring av lønns- og arbeidsvilkår. Hvis den nye legen også har med seg ansatt medarbeider, og denne er ansatt etter at legen fikk tildelt den nye hjemmelen, er det ganske sannsynlig at den gamle medarbeideren ville få fortrinnsretten om noen av de ansatte måtte sies opp.

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!*

Krombehandling av residiverende fremre neseblødning

Pasienten er ofte et barn i ti-års-alder, foreldrene som følger barnet er lei av gjentatte neseblødninger og ønsker at noe blir gjort. Barnet er ofte mer usikker på om det er så lurt og skjønner vel at vi kan ha ubehagelige behandlingstiltak på lur. Det gjelder derfor å ha direkte kommunikasjon med barnet fra første stund (overse mor/far bevisst, dette er «mellom oss!»). Jeg prøver å få barnet til selv å velge å ta imot behandling når jeg på tro og ære lover at det vil bli slik jeg beskriver: «Du får lokalbedøvelse uten sprøyte, på en bomullsdytt som dyttes opp i nesa. Så legger jeg på et stoff som ikke gir smerter, men etter et halvt minutt vil du merke at det irriterer som om du har fått pepper i nesa og du vil få nysing og tåreflod, men det gjør ikke vondt da heller. Etter noen minutter merker du ingen ting og da er blodåren som gir alle neseblødningene dine etset bort». De fleste barn velger å stole på meg og da setter vi i gang.

Bruk et otoskop for å inspisere nesecaviteten. Det er i Lokus Kiselbachi mot nedre del av neseskilleveggen du må finne den godt synlige, overflatiske blodåren som skal etses. Så rigger du deg til med et godt, gammeldags pannespeil med ditto skarpt lys for eksempel fra en gu-lampe. Åpne en tupfer som bløtges med Xylokain uten adrenalin og så dyttes opp i nesa, la pasienten selv presse den mot neseskilleveggen, det gjør de med stor intensitet! La den ligge noen minutter. Imens varmer du opp en Uchermannsonde (metallsonde med en liten utvidelse på tuppen) over en spritlampe til den er rødgledende og så stikker du den ned i et glass med pulverisert kromtrioxyd. Løft den raskt opp igjen og nå vil krommet danne en pen perle på sonden. Stikker det ut noen tagger fører du den raskt inn i flammen igjen og da er perlen glatt og lekker! Jeg tror du skal unngå å inhalere, det står noe om kreftfare på glasset, hold sonden litt unna mens den avkjøles. Det er lurt å forklare barnet (som nå ser på med store, skremte øyne!) hva du gjør og at du ikke skal etse nesa før sonden er luftavkjølt. Når den er det (test gjerne mot håndbaken) holder du neseboret åpent med et nesespeil mens du med synets ledelse forsiktig legger sonden med krom-

perlen an mot blodåren, ikke la den ligge lenge, kort berøring holder! Pasienten vil nå reagere med nysing, tåreflod og ubehag, trøst med at det er helt normalt. Med en Q-tips legger du nå litt lapis langs blodåren (ikke søl mot huden i neseboret, da blir den svart, og selv om det leges uten synlige defekter ser det litt svidd ut en ukes tid!).

Med godt håndverk vil denne pasienten heretter ikke blø fra dette neseboret mer, men hva med det andre? Hvis det er neseblødninger derfra også må pasienten komme tilbake en annen gang for behandling av dette neseboret, septumperforasjon er sett etter samtidig dobbeltsidig krombehandling! La derfor det første neseboret gro seg til noen uker før du tar inn pasienten på nytt!

Kilder: Det pinlige er at jeg ikke vet hvor jeg har lært dette, trøsten er at det fungerer greit og pasientene sjelden kommer tilbake med fortsatte neseblødninger eller klager. ØNH-avdelingen på mitt lokalsykehus bruker samme prosedyre når de skal helbrede gjentatte fremre neseblødninger og det er jo godt å vite.

Jannike Reymert



Dette trenger du for å helbrede fremre neseblødninger.

Blir medarbeider rettsløs ved salg av praksis?

Svar: Som sagt ovenfor gir loven oppsigelsesvern ved salg av praksis.

Kan man velge bort utstyr og papirarkiv?

Svar: Man må faktisk innløse alt utstyr om selgende lege ønsker det. Gammelt og tilnærmet ubrukelig utstyr bør det jo ikke betales mye for.

Er det påfallende at kommunelegen med minst ansiennitet får hjemmelen?

Svar: Ifølge kommunehelsetjenestelovens §4-1 skal den faglig best kvalifiserte søker tilbys hjemmelen. Det er ikke nødvendigvis

slik at kun ansiennitet teller, og sannsynligvis kan kommunen tolke «faglig best kvalifisert» noe videre enn utelukkende det å se på eksamensår, spesialitet og tjenestebevis.

Hvilket regelverk eller lovverk er det naturlig å forholde seg til?

Svar: I tillegg til kommunehelsetjenestelov og forvaltningslov gir rammeavtalen mellom KS og Dnlf for leger i fastlegeordningen de aktuelle bestemmelser i forbindelse med tildeling av hjemmel.

Kan de legene som ble «forbigått» stille noen til ansvar?

Svar: Det er kommunen som har ansvar for at vedtak om tildeling av hjemmel er gyldig.

Så ble det snipp snapp snute ...

Tove Rutle

TROND BRATTLAND

FORBIFARTEN

STILLING FASTLEGE SAMT PRAKSISKONSULENT
ARBEIDSSTED UTSIKTEN LEGESENTER I TROMSØ

Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Født og oppvokst i Meløy.
Cand. med ved Univ. i Tromsø 1998.
Spesialist i allmennmedisin 2005.
Gift, to barn. Glad i friluftsliv.



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

Holder en nokså uformell tone på kontoret. De fleste kaller meg Trond.

Hva gir deg mest glede?

Mine egne barn er nok den største kilde til glede i min hverdag. På jobben opplever jeg, tross kun fem år i jobben, muligheten til å se barna som jeg har fulgt fra mors svangerskapskontroller, vokse opp og nærme seg skolealder.

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

På jobben har det å lage en fleksibel avtalebok med noen lange samtaletimer, noen mellomlange halv-ø.hjelpstimer, i tillegg til vanlige konsultasjons- og ø.hjelpstimer bidratt til å rydde dagen. Hjemme har det å få rengjøringhjelp økt livskvaliteten et godt hakk. Politisk ukorrekt, men svært behagelig.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg har lange ryggsmertesamtaler, når jeg holder ut med personlighetsforstyrrede pasienter og når jeg hjelper noen som faktisk er alvorlig syk på natta på legevakt. Blant annet ...

Når gjør du uviktig arbeid?

Jeg er en utpreget systemtenker, og ser nytte i det meste av det arbeidet jeg gjør. Men det er en del legeerklæringer jeg opplever særdeles lite arbeidsmotiverende.

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

Å skaffe mer kunnskap om effektiv behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelse tror jeg ville ha vært nyttig.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Den var vanskelig. Det er vel egentlig variasjonen som gjør arbeidsdagen morsom.

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

Det er nok lov, men da skal man ha nok innsikt i sine følelser til å være sikker på at harmen er berettiget. Jeg vil heller si at det er lov å sette klare grenser for pasienter. Av og til må man være en tydelig voksen for andre voksne.

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Var svært nær å bli lærer. Er gift med en lærer og glad for at jeg ikke havnet i skoleverket. Kanskje skogforvalter ...

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

Finn Skårderud. Har alltid glede av å lese hans artikler. Ellers er han psykiater, noe som kunne komme godt med når heiskrekken tok overhånd.

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?

Psykiatrien, spes barne- og ungdomspsykiatrien ville bli tilgode sett. Ellers har jeg ikke noe tro på at økte midler til store sykehus skaper mer folkehelse, så ville nok kikket nærmere på denne sektoren.

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Fastlegene møter konkurranse fra andre aktører som ønsker å ta en bit av vår kake. Vi må møte dette med en bevissthet og fokus på kvalitet. Vi må ha et godt utdannings-system, gode beslutningsverktøy samt gode veiledere. I tillegg vil fokus på tilgjengelighet øke.

Hvilket sykehus er Norges beste?

Vanskelig å si. Lever i utkanten av UNN (Universitetskehuset Nord-Norge), som er en mastodont. Men når man slutter å la seg skremme, ser jeg at det er mange hyggelige mennesker her og mye tilgjengelig kunnskap.

Som nyvalgt hovedtillitsvalgt i Tromsø kommunes fastleger, hvilke mål ønsker du å oppnå i løpet av din periode. Hvilke kamp-saker har du?

Tromsø har manglet tillitsvalgt for fastleger i noen år nå. Mitt første mål er å gjenreise gode beslutningsrutiner og samarbeidsrutiner med kommunen slik at vi kan ha innflytelse på utviklingen i primærhelsetjenesten i Tromsø. Jeg tror vi har mye å bidra med her. Ellers nærmer det seg lønnsfor-handlinger ...

Forslag til neste intervjuobjekt.

Brynjar Jakobsen, Fana Legesen-ter.

Lyrikk

En Lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Jeg takker for utfordringen fra Per Stensland. Mitt forhold til poesi er mangfoldig. Alt fra å leke meg med egne språklige eksperimenter til å la meg utfordre av dikt jeg kommer over. Jeg kan glede meg over rim, rytme og klang, men også la meg gripe av en nådeløs presisjon i skildringen av virkeligheten hinsides konvensjoner, stereotypier og slapp tenkning. Aller helst vil jeg berøres av diktene i all min kroppslighet; at diktet kommuniserer til sanselighet, lidenskap og en tenkning som lister seg skrått prøvende inn mot sitt tema. Da kan diktet «utfolde» seg, vise frem noe, hjelpe frem en overraskende måte å fornemme verden på. Diktet kan bli en hjelper, vennlig eller noen ganger ubehagelig selvavslørende, som lar oss se eller oppleve friskt og nytt.

Men jeg kan ikke peke ut ett bestemt dikt som spesielt betydningsfullt for meg. Istedenfor å vende meg mot en av de kjente forfattere, har jeg valgt en poet fra mitt eget nabolag. I vakre Ersfjordbotn på Kvaløya utenfor Tromsø bor Irene Larsen som i 2005 debuterte med diktsamlingen «Anemonepust». Mange av diktene hennes er nettopp sanselig-lidenskapelige der hun ofte bruker bilder, ord og uttrykk med referanse til kroppen. Men hun skriver også med utgangspunkt i språklighet, kommunikasjon og der språk har karakter av makt. Det første diktet, «Teft», er inspirert av et konkret lege-pasient-møte. Det andre, «Det gror ein kjøttetande plante i språket», kan stå som en kommentar til ulike situasjoner der det kjempes om språklig definisjonsmakt.

Teft

Eg gøymer byttet
mellom ord og frasar
veit du er på jakt
følgjer spora
etter det eg
ikkje seier.

Det gror ein kjøttetande plante i språket

Med raude tentaklar
som glinsar av honning
du rullar kantar
kring orda og eg
kavar på rygg
i enzym
til eg ligg
oppløyst i ditt sekret
og du syg meg opp
i ei trong setning.

Irene Larsen: Anemonepust. Nordnorsk Forlag, 2005.

Jeg har lyst til å sende utfordringen, den lyriske stafettspinnen, inn i det samiske kulturområdet: til Risten Anne Utsi, fastlege i Alta.

Eivind Merok

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!

SERONEGATIVE SPONDYLARTROPATIER

– en oversikt

Bekhterevs sykdom er kjent både blant leg og lærd. Denne sykdommen er imidlertid bare en av flere andre i en familie med beslektede tilstander. Dette er en kort oversikt over den revmatologiske sykdomsgruppen seronegative spondylartropatier (seronegative artritt), med noen tenkte kasuistikker som belyser tilstandene.

De tallmessig viktigste revmatologiske tilstandene er:

- Artrose, som påvirker skjelettet til alle gamle mennesker.
- Fibromyalgi og annen bløtdelsrevmatisme slik som tendinitter og regionale muskel-skjelettsmerter, dette rammer alle aldersgrupper.
- Urinsyregikt, som særlig rammer eldre mennesker med metabolsk syndrom.

Deretter kommer de inflammatoriske tilstandene, som er autoimmunt betingede uten at man kjenner den egentlige årsaken:

- Revmatoid artritt, som har en prevalens på ca. 0,5 prosent av befolkningen.
- Polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis.
- Spondylartropatier, som betyr revmatisk betennelse i ryggens ledd. Dette er Bekhterevs sykdom, psoriasartritt, enteroartritt (artritt ved inflammatorisk tarmsykdom) og reaktiv artritt. I tillegg hører en juvenil form med, samt sekke-betegnelsen «udifferensiert spondylartropati» for tilstander som ikke passer blant de ovenstående.
- Såkalte «bindevevssykdommer» eller «kollagene sykdommer», som har autoimmun patogenese og rammer flere organer. De viktigste er først og fremst Sjögrens syndrom og systemis lupus erythematosus, dernest sklerodermi, polymyositt, dermatomyositt og «blandet bindevevslidelse» (MCTD).



Karstein Haldorsen

kst. overlege, Revmatologisk avdeling,
Haukeland Universitetssykehus

Spondylartropatier – generelt

- Kan ramme både ryggstøyle og ekstremitetsledd, i motsetning til leddgikt (reumatoid artritt) som bare rammer ekstremitetsledd og ledd øverst i cervicalcolumna (atlan-toaksialovergangen).
- Ekstremitetsleddsartritt ved disse tilstandene er ofte oligoartritt (2–4 ledd)/monoartritt, asymmetrisk lokalisasjon, og affeksjon av store ledd. Ved to eller flere hovne ledd bør revmatolog kontaktes, evt. også ved monoartritt og betydelige plager, og ved ryggaffeksjon.
- Gir ofte entesopati – revmatisk betennelse i senefester, spesielt på hælen og bekket.
- Kan medføre iridocyklitt (regnbuehinnebetennelse), særlig ved Bekhterevs sykdom.
- Korrelasjon til vevstypen HLA-B27 (ikke diagnostisk relevant bortsett fra høy negativ prediktiv verdi ved Bekhterev).
- Revmafaktor har ingen betydning (derav betegnelsen «seronegativ»).
- «Inflammatoriske symptomer», dvs. morgenstivhet (over en time), tilstivning i ro, bevegelseslindring, nattlige smerter, effekt av NSAIDs.
- Spesifikk antirevmatisk medikasjon (metotreksat, sulfasalazin etc.) har ingen effekt på spondylartropati, men

brukes der det er polyartritt samtidig. TNF- α -hemmere (se nedenfor) kan imidlertid ha god effekt på betennelse i ryggsoylen.

Bekhterevs sykdom

En 23 år gammel kvinne hadde i 3–4 års tid vært plaget av smerter i høyre glutealregion og i mindre grad lenderyggen. Det var normal bevegelighet i columna ved undersøkelse, og hun hadde ikke hatt symptomer på perifer artritt eller iridocyklitt. Røntgen LS-columna med IS-ledd viste ingen forandringer. Plagene ble så forverret med morgenstivhet og nattlige smerter. Blodprøvene viste normal senkningsreaksjon og positiv HLA-B27. Det ble gjort ny røntgenundersøkelse som gav mistanke om høyresidig sakroiliitt, og i tillegg MR av IS-ledd, som viste tegn til bilateral sakroiliitt.

Morbus Bekhterev, eller spondylitis ancylopoietica, er en relativt vanlig revmatisk betennelsessykdom med forekomst på anslagsvis 0,2 prosent. Særlig rammes menn i alderen 20–40 år, minst tre ganger flere menn enn kvinner. Ca. 30 prosent får iridocyklitt i forløpet. Det mest karakteristiske er betennelse i iliosacralleddene, som vanligvis vises på begge sider ved røntgen etter noen år. Det kan gå opptil kanskje 6–7 år før forandringene vises på røntgen, hos noen kvinner antagelig enda lenger. En del pasienter får i varierende grad betennelse i thorakal- og lenderygg, evt. tilstivning i hele columna. Dette skyldes entesopati i lengdebåndene, med påfølgende forbeining og ankylose. Til støtte for diagnosen brukes de såkalte reviderte New York-klassifikasjonskriteriene (1984), som krever synlig sakroiliitt på røntgen i hvert fall på en av sidene, i tillegg til symptomer på revmatisk betennelse i ryggen. MR kniper tilstanden tidligere, men validitet og reliabilitet er ikke fullt klarlagt og det arbeides for å finne gode kriterier for å bruke MR i diagnostikken. Senkningen kan være normal eller varierende forhøyet.

95 prosent av pasientene har positiv HLA-B27. Men fordi ca. åtte prosent av befolkningen er positiv (i Nord-Norge enda flere) er den prediktive verdien i utgangspunktet bare ca. seks til sju prosent, ved lavtsittende ryggplager kanskje oppi en tredjedel. Dermed er prøven ubrukelig som diagnostisk test, men en negativ test utelukker tilstanden med høy sikkerhet. Poenget med å ta HLA-B27 er dermed at en negativ test taler sterkt mot Bekhterevs sykdom. Ved klinisk mistanke anbefales røntgen LS-columna og IS-ledd. Hvis HLA-B27 er positiv og plagene fortsetter, kan man gjenta røntgen av IS-leddene etter ett til to år.

Det eneste man har hatt å stille opp med medisinsk sett, er fysioterapi og NSAIDs. Fysioterapi for å lindre smerter og stivhet, bevare funksjonsnivå, samt optimalisere bevegeligheten i ryggen, men man vet ikke om dette forebygger nedsatt bevegelighet over tid. NSAIDs kan ha svært god effekt på smerter og stivhet men har ingen eller utilstrekke-

lig effekt hos en av fem pasienter. Det er svært individuelt hvilket middel som virker hos den enkelte. Man kan prøve med flere typer, en om gangen, i full dosering, vanligvis kommer effekten samme dag eller innen et par dager. Merker pasienten ingen forskjell, skal man ikke kontinuere. Ved inflammasjon inngår cytokinet (signalstoffet) tumornekrosefaktor alfa (TNF- α). De senere år har man behandlet pasienter med alvorlig Bekhterev med TNF- α -antagonister. De vanligste er infliximab (Remicade), som gis intravenøst hver sjette til åttende uke, og etanercept (Enbrel), som pasienten setter subcutant en til to ganger ukentlig. Dette har god effekt på smerter, stivhet, slapphet og funksjon hos kanskje 40 prosent av pasientene. TNF- α -antagonister koster ca. 80–140 000 kroner årlig. En del pasienter har artritt i ekstremitetsledd, og dette behandles mye som ved leddgikt og kan i tillegg profitere på TNF- α -antagonister.

Psoriasisartritt

En 30 år gammel mann hadde i et års tid hatt periodevis lettgradig hevelse i høyre kne og venstre ankel, med noe smerter og stivhet. Han utviklet så plaque-psoriasis i hodebunn og på albuer, som ble behandlet med lokale steroider. Pasienten fikk etter hvert kronisk artritt i knær og ankler, samt hevelse og smerter på høyre akillesenefeste som tegn på entesopati her. Det ble startet med tbl. Methotrexate økende til 20 mg en gang ukentlig, med god effekt på både artritt og psoriasis men ikke entesopati.

I en undersøkelse fra Hordaland nylig, fant man en prevalens på 0,2 prosent av befolkningen. Disse fordelte seg på flere undergrupper:

- Polyartritt, ca. 70 prosent.
- Oligoartritt (to til fire ledd), 23 prosent.
- Monoartritt, seks prosent.
- Spondylartropati uten perifer artritt, ca. tre prosent.

I to norske undersøkelser fant man en prevalens for psoriasis på 1,4 prosent. Hvis 0,2 prosent av voksne har psoriasisartritt får vi dermed at 14 prosent av psoriatikere har psoriasisartritt. En norsk og en svensk spørreundersøkelse anfører derimot at drøyt tre av ti psoriatikere rapporterer tidligere eller aktuell artritt (se Madland & al. 2005).

Spondylartropati er vanlig ved psoriasisartritt (hos 20–40 prosent), oftest kombinert med artritt i ekstremitetsledd. 10–15 prosent får artritten før psoriasisutslettet debuterer, like mange får de to samtidig, men vanligst er utslett før artritt (typisk fem til ti års intervall). Det er ikke god dokumentasjon for at artrittutbredelsen er korrelert til alvorligheten av utslettene. Typisk er asymmetrisk affeksjon av relativt få ledd, noen har hevelse i fingrenes ytterledd (DIP-ledd) og negleaffeksjon på de samme fingrene, noen har daktyliitt (såkalt pøsefinger). Som ved leddgikt kan det komme skade på brusk og bein, men sannsynligvis hos en lavere andel pasienter. Røntgen viser ofte et bilde med sam-



Normalt iliosakralledd



Sakroiliitt og coxartrose

tidig destruksjon og produktiv beinnydannelse. Oligo- og polyartritt behandles i stor grad på samme måte som leddgikt (NSAIDs, intraartikulære steroidinjeksjoner og spesifikke antirevmatiske midler, evt. TNF- α -antagonister), mens spondylartropatien kan behandles med fysioterapi, NSAIDs og TNF- α -antagonister.

Reaktiv artritt

24 år gammel kvinne som på ferietur i Sverige får febril diare. Etter hjemkomst tas dyrkningsprøve fra avføring, som viser oppvekst av *Yersinia enterocolitica*. Hun blir spontant bedre og unngår sykehusinnleggelse, men utvikler så smerter og hydrops i venstre kne. Pga. store gangvansker utfører fastlegen tapping av leddvæske og steroidinjeksjon. Dette har god effekt på symptomene. Etter to måneder får hun tilbakefall i venstre kne og i tillegg ankel, dette kuperes med ibuprofen og går over etter tre uker. Etter dette er hun frisk.

Reaktiv artritt (ReA) kommer vanligvis etter eksponering for patogen tarmbakterie (*Salmonella*, *Yersinia*, *Shigella*, *Campylobacter*) eller *Chlamydia trachomatis*. Uttrykket ReA ble innført av finske forskere som i 1969 beskrev *Yersinia*-indusert artritt. De definerte ReA som artritt under eller kort tid etter en infeksjon et annet sted i kroppen, uten at mikroorganismen angriper leddet. Andre definisjoner er seinere foreslått, uten at man har landet på noen endegyldig konklusjon. *Reiters syndrom* betyr triaden artritt, konjunktivitt og uretritt. Amerikansk litteratur bruker ofte Reiter og ReA synonymt. Eponymet er på vei ut, da det er oppkalt etter den fremstående tyske nazisten Hans Reiter (1881–1969), som hadde alvorlige krigsforbrytelser på samvittigheten.

HLA-B27 er positiv hos halvparten av pasientene med ReA, og det forekommer iridocyklitt, entesopati og utvikling av kroniske ryggplager med sakroiliitt. Derfor grupperes ReA i gruppen seronegative spondylartropatier, selv om de fleste blir friske innen tre til seks måneder. Finske studier anfører sekveler eller utvikling av kronisk spondylartropati hos ca 15 prosent. For øvrig forekommer bl.a. knuterosen og konjunktivitt. Ved ReA er pasientene typisk 20–40 år gamle og har opptil seks uker fra smitte til artritt. Den vanligste av infeksjonene er genital *Chlamydia*, som rammet over 16 000 nordmenn i 2003. Det er rapportert artritt hos en prosent av mannlige pasienter (Reiter-triaden

hos en tredjedel av disse) og hos ca fem prosent med *Campylobacter*-infeksjon.

ReA oppstår vanligvis i ett eller noen få ledd (typisk ankel, kne, hofte). Antibiotika er ikke med sikkerhet vist å kunne forkorte artrittforløpet, men det er mulig at

antibiotika ved *Chlamydia* kan ha en viss betydning. NSAIDs og ekspektans er ofte tilstrekkelig, evt. intraartikulære steroidinjeksjoner og i noen tilfeller prednisolon. Ved flere hovne ledd i et par måneder vurderes sulfasalazin eller metotreksat.

Enteropatisk artritt

En 40 år gammel kvinne har hatt ulcerøs kolitt i ti år, behandlet med sulfasalazin og evt. prednisolon i perioder. Siste måneder har colitten vært aktiv, og hun har begynt med mesalazin kapsler og klyster med delvis effekt. I løpet av en uke utvikler hun smerter i mange ledd og tydelig hevelse og rødme over begge håndledd, en ankel og flere fingerledd. Henvises revmatolog som instillerer steroider i flere ledd og avtaler kontrolltime. Leddhevelsene vedvarer og et par nye ledd blir affisert. Pasienten får Prednisolon i en måned, nedtrappende fra 15 mg daglig. Dette har god effekt på kolitt- og leddsymptomer. Deretter blusser begge deler litt opp igjen. Hun starter med sulfasalazin 1,5 gram x 2, og dette normaliserer avføringen og leddplagene.

Forekomsten av inflammatorisk tarmsykdom er ca en promille. Av disse får 10–20 prosent artritt i ekstremitetsledd, og antagelig et mindre antall spondylitt/sakroiliitt. Ryggplagene samsvarer ikke med abdominale plager, og man kan hos noen påvise asymptomatisk sakroiliitt på røntgen. Affeksjon i perifer ledd kan arte seg som akutt oligoartritt, eller som polyartritt særlig i MCP-ledd, men også gjerne andre ledd. Varigheten er vanligvis noen måneder. Destruerende forandringer i ekstremitetsledd er uvanlig å se ved røntgenundersøkelse. Behandling av grunnsykdommen gir ofte fin tilbakegang av leddplagene (men ikke evt. revmatiske ryggplager). NSAIDs kan ha effekt på leddene, men forverrer tarmbesvær hos en del pasienter. Sulfasalazin, azathioprin (Imurel) og Prednisolon virker både på colitt/enteritt og ekstremitetsleddsartritt.

Kilder

- Madland TM, Apalset EM, Johannessen AE, Rossebø B, Brun JG: *Prevalence, disease manifestations, and treatment of psoriatic arthritis in Western Norway*. J Rheumatol 2005; 32(10): 1918–1922.
- Leirisalo-Repo M: *Reactive arthritis*. Scand J Rheumatol 2005; 34: 251–259.
- Sieper & al: *Diagnosing Reactive Arthritis*. Arthritis Rheum 2002; 46(2): 319–327.
- West, SG (red.): *Rheumatology Secrets*. Hanley & Belfus: Philadelphia 2002.
- Hem E: *Reiters syndrom er på vei ut*. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 136 UpToDate (www.utdol.com)
- Folkehelsa (www.msis.no)
- Pasientinformasjon på www.rikshospitalet.no

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

Cipralex®

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



Se preparatomtale og referanser, se side 21

www.cipralex.com

Lundbeck  Cipralex
escitalopram

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



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 \leq 20



Ebixa®

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

For referanser og preparatomtale, se side 30