

## Innhold:

<b>LEDER:</b>	
Storbyhelse. Av Ivar Skeie	1
<b>UTPOSTENS DOBBELTTIME:</b>	
Intervju med Faiza Basharat. Av Ivar Skeie	3
<b>ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER:</b>	
Sosiale ulikheter i helse i Oslo. Av Bjørgulf Claussen	6
Gatehospitalet. Av Ivar Skeie	10
Ø – helsekontrastenes by. Av Tom Sundar	14
HELPPRIVATE TILBUD PÅ OSLO VEST: Bright side of life? Av Petter Brelin	20
Allmennlegetreff på Hell. Av Karen Frydenberg	22
Predikativ gentesting som del av et forskningsprosjekt. Av Per Magnus, Vitt Opdal og Kjersti Skjold-Rønningen	23
Hvilke nettsteder kan vi anbefale pasientene? Av Øystein Eiring og Anne Tvæten	25
Testing og vaksinering for humant papillomavirus (HPV). Av Kathrine Lie	30
Telemedisin som samhandlingsredskap – muligheter og utfordringer. Av Ellen Rygh	35
<b>BOKANMELDELSE:</b> Överlevnadshandboken. Av Eva de Fine Licht	40
Faste spalter	41

# utposten

## Kontor:

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

Sjøbergvн. 32, 2050 Jessheim

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

Mobil: 907 84 632

E-post: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktorene 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

Christian VIIIs gt 14

9012 Tromsø

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 Brelin

Furuvn. 1,

1781 Halden

Tlf. priv.: 69 18 16 32

Mobil: 911 15 510

E-post: petter.brelin@gmail.com

### 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

### Karin Frydenberg

Parkvn. 1, 2819 Gjøvik

Tlf. priv.: 61 17 92 91

Mobil: 908 63 737

E-post: frydrein@online.no

### Forsidebilde:

Are Skeie Hermansen

### Layout/ombrekning:

Morten Hernas, PDC Tangen

### Design, repro og trykk:

PDC Tangen

Du finner Utposten på

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

# Storbyhelse

**U**tposten setter i dette nummeret søkerlys på storbyhelse. Oslo er egentlig den eneste norske byen med de kjennetegn som er typiske for storbyer i Vesten, selv om vi nok kan finne noen storbytrekk også i enkelte andre større byer. Derfor koncentrerer vi oss om Oslo.

Hva særpreger storbyer i Vesten? I tillegg til at de må ha en viss størrelse, har de spesielle sosiale kjennetegn. De er markert geografisk delt etter sosioøkonomiske skillelinjer, de deler seg i et «øst» og et «vest» og noe imellom. Dette hadde sin bakgrunn i industrialiseringen og dens store behov for arbeidskraft, men selv om mye av den opprinnelige industrien er borte, er de geografiske skillene stadig markante. Her finnes også en konsentrasjon av rikdom og fattigdom som gjør de sosiale forskjellene og kontrastene store. Disse byene har de siste tiårene fått en stor, sammensatt innvandrerbefolkning som gjerne bor konsentrert og som utgjør en betydelig del av folketallet. Storbyene er som magnetar, de trekker til seg og forstørrer sosiale grupper som skaper kontraster. De er gjerne «elitenes» arenaer, både økonomisk og finansielt, men også kulturelt, ideologisk, politisk og mediemessig. Samtidig finner vi betydelige marginaliserte grupper som tunge stoffmisbrukere, prostituerede og kriminelle. Her finnes jet-settet og de utsatte side om side.

Disse sosiale særtrekk og skillelinjer gjenspeiler seg også i helsa. Forskjellene i helse mellom bydeler og mellom høye og lave sosiale lag er større i storbyene. I Oslo er forventet levetid for menn 12 år høyere i Vinderen bydel enn i Sagene bydel. Helseproblemene blant de sosialt marginaliserte gruppene er særlig store, ikke minst blant de tyngste stoffmisbrukerne, der vi kan finne en sykelighet som likner mer på utsatte områder i storbyer i det fattige Sør enn det vi ellers finner i Nord.



Bjørgulf Claussen går i sin artikkel dypere inn på sosialt betingede helseforskeller i Oslo. Hva er årsaken til den dramatiske ulikheten i dødsrater mellom øst- og vestkanten, og hvilke sykdommer er det som skiller seg ut? Og hvordan virker de sosiale og geografiske ulikheterne inn på legetjenesten? Hvordan opplever allmennlegene disse forskjellene? Vi har intervjuet flere allmennleger som arbeider i ulike deler av byen og under forskjellige betingelser. Faiza Bharat, opprinnelig fra Pakistan, har en praksis på Torshov dominert av innvandrere. Bjørn Gillhagen leder allmennlegetjenesten i det helprivate Volvat-systemet og tre allmennleger Sven Haaverstad, Inger Viervoll Knoph og Hanne Undlien jobber henholdsvis i bydelene Grünerløkka, Stovner og Vinderen.

De tunge stoffmisbrukerne, som oftest injiserende, har spesielle helseproblemer. Hvordan møter allmennlegene denne gruppa? Evner det ordinære helseapparatet – både på første- og andrelinjenivå – å gi dem nødvendig og tilfredsstillende behandling, eller må helsetilbudet til dem organiseres på annen måte? Gatehospitalet, som Utposten har besøkt, mottar 1–2 % av sine henvisninger fra fastlegene. Det tyder på at fastlegene i Oslo spiller en marginal rolle i forhold til de tyngste og sykreste misbrukerne. Derfor trengs utvilsomt særegne lavterskel helsetiltak for denne gruppa, som feitpleien og Gatehospitalet i Oslo. Men dette fritar på ingen måte fastlegene fra deres behandlingsansvar for alle sine pasienter, også misbrukerne.

Hva kan gjøres for å bedre helseforholdene for de dårligst stilte i storbyene? Claussen konkluderer i sin artikkel med at hvis man ønsker å utjevne helseforskjellene, må man først og fremst utjevne inntektforskjellene. Altså økt trygd og sosialhjelp til de fattigste, og mer arbeid og mindre arbeidsløshet. Videre må de fattige bydelene opprustes ikke minst med sosiale tiltak for ungdom.

Dette er politiske spørsmål. Det er spørsmål om prioritering, også av offentlige midler til velferd, helse og omsorg. Og det viser at helse – og folkehelse – stadig henger sammen med samfunnsmessige maktforhold.

Ivar Skeie

## «Forskning til hvilken pris»

Per Magnus fra Folkehelsesinstituttet svarer i dette nummer av Utposten på artikkelen i nr. 3 som setter kritisk søkelys på MIDIA, «Forskning til hvilken pris?». Han gir informasjon og forklaringer rundt forskningsprosjektets hensikt og gjennomføring og alle instansene som har godkjent det, men Bioteknologinemnda er forbigått, og svarer han på om det bidrar til sykeliggjøring av friske barn? Er det holdbart når han påstår at foreldrene gjennom å være oppmerksomme på risiko for diabetes, kan oppdage diabetes hos barna tidligere og derved unngå ketoacidose? Hvor sannsynlig er det at MIDIA vil gi vesentlig ny kunnskap om årsaken til diabetes type 1? Dette spørsmålet står sentralt når man vurderer de negative konsekvensene av forskningen. Det er neppe noe stort problem i Norge i dag. Disse barna blir raskt diagnostisert og behandlet. Utposten venter i spenning på vurderingene fra Rådet for legeetikk, Bioteknologinemnda og Shdir.

Karin Frydenberg

Utpostens  
dobbelttime

# Den fleretniske stорbyen

Faiza Basharat  
INTERVJUET AV IVAR SKEIE

Et av de gjennomgående trekk ved vestlige storbyer de siste 30–40 år er at de har fått en stor befolkning av innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn. Slik er det også med Oslo, der over 1/5 av befolkningen – og 1/3 av barna – har ikke-vestlig etnisk opprinnelse.

Innvandrere med pakistansk bakgrunn er den største gruppa, og de som i stort antall kom først.

Utposten har møtt Faiza Basharat (47) som er fastlege ved Torshov Helsesenter i Oslo. Hun er opprinnelig fra Pakistan, født og oppvokst i storbyen Lahore i en familie der mange hadde høy utdanning.

Hun studerte medisin der og var ferdig lege i 1985, og gjennomførte turnustjeneste i Lahore. I 1987 kom hun og familien til Norge.

Hun er gift og har tre barn, mannen er også lege. Hun måtte lære språket, hospitere på sykehus og igjen gjennomføre turnustjeneste

før hun fikk lisens i Norge. Etter to–tre år som allmennlege i Hamarområdet, kom hun til Oslo i 1996, og startet på Torshov Helsesenter i 1998.

På en liste med 1600 pasienter er mellom 60 og 65 prosent innvandrere, 2/3 av disse er fra Pakistan og India, resten har annen etnisk bakgrunn.



FOTO: URBANPK.COM



FOTO: SAMPERSONSETSEN OG OSLO



Foto: Leif L. Kongsvik / Reportert for den mørke utgaven



– Er det viktige forskjeller mellom pasienter med innvanderbakgrunn og etnisk norske pasienter når det gjelder sykdomspekter?

– Det er stort sett de samme sykdommene, men fordelingen er litt annerledes. Det er svært mye diabetes, og hjerte/karsykdom. Dessuten ser jeg mer og mer depresjon og angst, særlig blant kvinnene. Menn tar i liten grad opp psykiske plager, bortsett fra angst og depresjon som følger de somatiske sykdommene, særlig diabetes- og hjertelidelser. Det er viktig å gi konkret informasjon og opplysning om de somatiske sykdommene, og fortelle hva pasientene selv kan gjøre, det demper angst. Derfor er kostveileding veldig viktig. Det er også en utfordring å få pasientene til å begynne å mosjonere, det er lite tradisjon for det i deres opprinnelige kultur. Men det er absolutt mulig, men mange er redde for å falle og slå seg, særlig når det er kaldt og glatt om vinteren.

**“Svært mange unge søker høy utdannelse, de har norske venner og ser seg mer som «norsk-pakistanske» enn «pakistansk-norske». ”**

Faiza bruker mye av sin legetid til samtalebehandling med kvinner med indisk og pakistansk bakgrunn. Svært ofte ønsker disse kvinnene ikke henvisning videre til psykiater eller psykolog. De ønsker ikke å snakke med behandleren via tolk, dessuten er de redde for manglende diskresjon ved tolking, de er redde for ryktespredning.

– I vår kultur har legen svært høy status og pasienten stoler helt på legen, og de fleste synes de kan fortelle alt til legen, og de føler det som en stor fordel å kunne benytte sitt eget språk når de skal formulere sine «innerste tanker og følelser». Mange, særlig kvinner, er generelt svært forsiktige med å fortelle om psykiske vansker, men legen kan de åpne seg for. Jeg snakker urdu eller punjabi med de indiske og pakistanske pasientene, det gjør kommunikasjonen lettere.

– I Norge behandler vi mange med angst og depresjon med medisiner, særlig med de moderne antidepressiva. Hvordan er holdningene blant innvandrerne til å bruke medikamenter for slike lidelser?

– Det er ofte vanskelig å få pasientene til å fortsette å bruke slike medisiner når de kjenner seg bedre. Da slutter de gjerne, og kommer heller tilbake hvis de blir dårlige på nyt.

– Hva opplever du som bakgrunnen for økningen i angst og depresjon i denne pasientgruppen?

– Det er sammensatt. Noe skyldes som sagt somatisk sykdom som fører med seg angst og depresjon. Dessuten kan sosiale og kulturelle forhold spille en viktig rolle. En del føler seg fremmede i den norske kulturen, de mestrer ikke språket godt nok, og det fører til isolasjon i forhold til storfunnet og angst for det fremmede.

**“Nøkkelen til integrering ligger i språk og utdannelse.”**

Hun oppfatter «kulturforskjellen» mellom pakistanske innvandrere og det norske ikke først og fremst som en konflikt mellom «det norske» og «det pakistanske».

– Også i Pakistan er det store «kulturforskjeller» mellom det gamle og tradisjonelle og det moderne, mellom landsbygda og byene, mellom dem med utdanning og dem uten. Svært mange av de første innvandrerne som kom til Norge for å arbeide, kom fra landsbygda og hadde lite utdanning. Da ble kontrasten til en moderne vestlig storbykultur veldig stor. Etter hvert som også innvandrere med utdanning har kommet til Norge, og de nye innvandrergenerasjonene får utdanning og lærer seg å mestre språket, blir forskjellene, og dermed også konfliktene, mindre.

Særegne kulturtrekk som arrangerte ekteskap og tvangsgifting har hun lite kontakt med i jobben.

– Det hender at noen tar det opp og spør om råd. Men de opplever dette lite som et medisinsk problem som de vil gå til legen med, de ser – naturlig nok – på slike ting som sosi-

ale og juridiske problemer, og søker først og fremst juridisk bistand for dette.

Faiza er optimist når det gjelder integreringen av innvandrere i Norge.

**“... det er veldig viktig at man gir hverandre tid til å forstå hverandre, at man tenker på en positiv måte og godtar hverandre. Og det gjelder begge veier! ”**

– Integreringen går framover, særlig blant andre- og tredje generasjons innvandrere. Svært mange unge søker høy utdannelse, de har norske venner og ser seg mer som «norsk-pakistanske» enn «pakistansk-norske». De aller fleste føler

lojalitet overfor det norske samfunnet og føler seg som norske. Det er lite sympati for ekstreme anti-vestlige holdninger og terrorisme, og det er en veldig alvorlig feil hvis man generaliserer og stempler hele befolkningsgrupper fordi noen enkeltindivider har ekstreme og farlige holdninger. Slik skaper rasisme og økt konflikt. De aller fleste er lojale og vil følge norsk lov.

– Nøkkelen til integrering ligger i språk og utdannelse. Først språket, når man kan språket blir svært mange misforståelser oppklart. Mange av den gjensidige mistenkningen mellom innvandrere og etnisk norske nordmenn ligger i misforståelser som skyldes manglende kommunikasjon. Forstår man hverandre, blir svært mye av problemene løst. Dernest utdannelse, utdannelse visker ut forskjellene mellom innvandrere og de andre. Og det er veldig viktig at man gir hverandre tid til å forstå hverandre, og at man tenker på en positiv måte og godtar hverandre. Og det gjelder begge veier!

## Følgende har fått tildelt allmennpraktikerstipend for 2. halvår 2007

Univ.	Etternavn	Fornavn	Prosjektets tittel	Tildelt*	Veileder
UiB	Bjarkmann	Mari	Bedre helsetjeneste for lesbiske kvinner	1	Kirsti Malterud
Ntnu	Moe	Nils	Samhandling mellom fastlege og pasient ved forskriving av B-preparater	2	Niels Bentzen/Sten S. Johannessen
UiO	Skyvulstad	Hilde	Ung og tung	1	Mette Brekke og Kåre Birkeland
UiTe	Halvorsen	Peder A.	Judging benefits of a risk reducing drug therapy by number needed to treat and postponement of adverse events	1	Ivar Sandbø Kristiansen/Ivar Aaraas
Ntnu	Nielsen	Iris Relling	Lokalbehandling av maxillarsinusit	1	Niels Bentzen og Arfinn Seim
UiB	Bakken	Marit Stordal	Medikamentevaluering- og endring hos eldre med funksjonssvikt	2	Sabine Ruths og Elvind Meland
Ntnu	Rogne	Per	Medisinalberetningene som kilde til informasjon om helseforholdene i Norge på 1800- og 1900-tallet, belyst ved professor Anders Forsdahls forskning	1	Arfinn Seim og Steinar Westin
UiB	Bollig	Georg	Ethical end-of-life decisions in nursing homes	1	Ole Frithjof Norheim og Reidun Førde
UiO	Johansen	Inger	Effekt av rehabilitering hos eldre	1	Mette Brekke
UiB	Lind	Ove	Erfaring med screeningundersøkelse i allmennpraksis med tanke på nye prøver for tidlig diagnostikk av kreft i tarm	2	
UiO	Lyngstad	Inger	Brukere evaluerer allmennpraksis; en NorPEP undersøkelse som ledd i kvalitetstilkjøring	1	Per Hjortdal
UiO	Seteklev	Geirr	Sammenhengen mellom ressurshåndtering og de faktiske resultatene i helsevesenet	1	
UiO	Sola	Kiesten	Aktiv oppvekst, et behandlingstilbud for syklig overvektige og inaktive barn og unge 7–14 år	1	Mette Brekke
UiB	Walseth	Liv Tveit	Betydningen av normative overvektigheter hos allmennpraktiserende lege sett i forhold til pasienters mobilisering av egenressurser	1	Ove-Fritjof Norheim, Edvin Schei, Marit Skivenes
UiB	Sharma	Satya	Comparison of treatment outcome in shoulder capsulitis (frozen shoulder) between corticosteroid and corticosteroid with distension, a single blind randomized controlled trial	2	Anders Bærheim og Alice Kvåle
UiTe	Hana	Jan	«Distriktsmedisinsk lederskap» Er det grunnlag for å tenke lik strategi for utviklinga av primærmedisinsk lederskap og tenestekvalitet i Nord-Norge og på landsbygda i Sør-Malawi	1	Toralf Hasvold og Rudi Kirkhaug
UiTe	Thorsen	Tommy Arild Garden	Kreft og allmennpraksis – Symptomer og kreft	2	Knut Arne Holtedal
AFU administrerer stipendmånedene for Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin:					
UiB/UiO Sollien	Karl		Legevakt – er det et nødvendig onde, eller krydderet i allmennlegetjenesten?	2	Per Hjordal
UiB/UiO Fagan	Mark		Legers forskrivning av antibiotika ved luftveisinfeksjoner – i egen praksis og på legevakt	1	Christian Borchrevink

Foto: INGHELS, REINERT



## ALLMENN MEDISINSKE OTFORDRINGER

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

# Sosiale ulikheter i helse i Oslo

AV BJØRGULF CLAUSSSEN

Øst er øst og vest er vest...

Akerselva har bestandig delt Oslo i to sosiale lag, arbeidere og borgere, som det het før. Grunnen er enkel. Vinden kommer som regel fra sørvest og blåser stank og skitt østover. Gjestland og Møn har greid å finne fram tall for dødelighet i Oslo øst og vest over en hundreårsperiode, og de er oppsiktvekkende (tabell 1).

TABELL 1. Relative dødelighetsrater etter kjønn i to deler av indre Oslo der dødeligheten i vestre del = 1 i hver av tre perioder (1).

Periode	Kvinner		Menn	
	Indre vest	Indre øst	Indre vest	Indre øst
1890–1900	1,0	1,40	1,0	1,25
1930–1939	1,0	1,30	1,0	1,17
1992–1996	1,0	1,36	1,0	1,36

For mens velstanden økte, velferdsstaten ble bygd ut, forventet levealder for kvinner økte fra 52 år i 1890-årene til 79 år i 1990-årene, og andelen infeksjoner falt fra 40 prosent til 0,8 prosent av dødsfallene i samme tidsrom, holdt over dødeligheten seg øst for Akerselva på akkurat samme nivå! Hva i all verden kan forklaringen være?

### Hvor store er helseulikhettene i Oslo?

I Prosjekt «storbyhelse» ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin på Universitetet i Oslo har endel forskere vært i aktivitet siden 1990 for å kaste lys over dette spørsmå-



Bjørgulf Claussen

er professor i samfunnsmedisin ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo. Han forsker mest i trygdemedisin og er dertil koordinator for Prosjekt «storbyhelse» som arbeider med sosiale ulikheter i helse i Oslo.

let, dels med dødelighetsstudier for hele byens befolkning og dels med sykelighetsstudier i tre utvalg, den såkalte Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO).

I tabell 2 har vi analysert dødelighet etter fire mål for sosiale ulikheter og delt den middelaldrende befolkningen inn i fem sosiale lag. For alle målene finner vi for det første et trappetrinnsmønster med nokså like trinn mellom de fem lagene, særlig for menn. Merkelig. Hvorfor skal en manlig ekspedisjonssjef i et departement ha lengre forventet levealder enn en førstesekretær? Begge tjener bra, begge har selvstendig arbeid og god kontroll over arbeidssituasjonen, begge har høy jobbsikkerhet, og begge er medlemmer av et ganske trygt og velordnet norsk samfunn.

Dessuten er ulikheten i dødelighet stor, vel dobbelt så stor blant ufaglærte som blant høyere funksjonærer. I tillegg er det utdanning som gir de mest markante forskjellene, tett

fulgt av yrker. Boligstandarden til hver husholdning har vi gode data på, og boligindeksen gir bare litt mindre forskjeller, mens inntekt er det dårligste ulikhetsmålet i Oslo i forhold til dødelighet.

TABELL 2. Dødelighetsrater (alderjustert odds ratio) 1990–95 etter fire ulike mål for sosiale ulikheter blant 50–69 år gamle innbyggere i Oslo i 1990 (2).

Ulikhetsmål	Kvinner (n=40 581)	Menn (n=31 667)
<i>Yrke</i>		
Ufaglærte arbeidere	1.66	2.13
Faglærte arbeidere	1.50	1.65
Lavere funksjonærer	1.32	1.52
Midlere funksjonærer	1.02	1.24
Høyere funksjonærer	1.00	1.00
<i>Utdanning</i>		
Grunnskole (-9 år)	2.27	2.51
Gymnas I (10–11 år)	1.54	1.97
Gymnas II (12 år)	1.55	1.54
Høgskole (13–16 år)	1.03	1.29
Universitet (16 år+)	1.00	1.00
<i>Netto husholdningsinntekt</i>		
1–50 000	1.61	1.33
50–75 000	0.97	0.83
75–100 000	0.93	1.06
100–125 000	1.05	1.14
125 001 +	1.00	1.00
<i>Bolig-indeks</i>		
1 (dårlig bolig)	1.95	2.06
2	1.50	1.62
3	1.49	1.61
4	1.15	1.34
5 (god bolig)	1.00	1.00

Diagnoseforskjeller er interessante. I tabell 3 er bare gjengitt relativ dødelighet etter noen diagnosegrupper for ufaglærte sammenliknet med høyere funksjonærer i en litt yngre aldersgruppe.

TABELL 3. Relativ dødelighet i 1990–95 blant ufaglærte arbeidere i Oslo, 31–50 år gamle i 1990, når dødelighet blant høyere funksjonærer settes til 1 (3).

	Kvinner	Menn
Hjerte og karsykdommer	2,63	2,21
Røykerelatert kreft	1,45	11,5
Annen kreft	0,58	1,40
Voldelig død	5,05	4,21
Rusmiddelrelaterte årsaker	15,0	16,9
Alle dødsfall (n=1290)	1,55	2,63

Rusmiddelrelaterte dødsfall viser som ventet størst sosial forskjell, deretter røykerelatert kreft blant menn og voldelige dødsfall blant begge kjønn. Her er det verd å merke seg den store sosiale gradienten i død av hjerte og karsykdommer, den største dødsårsaksgruppen som omfatter ca. 40 prosent av alle dødsfall.

Ikke-røykerelatert kreft blant kvinner var den eneste dødsårsaksgruppen i vårt materiale som viste motsatt gradient av den vanlige. Dette skyldes at brystkreft er vanligst blant de bedrestilte, antakelig fordi de senere får barn.

Vi ble forsiktig da vi så at forskjellen i dødelighet mellom ufaglærte arbeidere og høyere funksjonærer var den samme i Oslo som i England og Wales for menn, det eneste vi kunne sammenlikne med den gang (3). For kvinnene har de to beststilte lagene samme dødelighet, noe som er funnet over hele vesten. Siden er det funnet påfallende like sosiale ulikheter i alle velstående land. Det går også igjen at forskjellene øker, også i vårt land.

### Hvorfor sosiale helseulikheter i Norge?

Da de første moderne tallene for sosiale ulikheter i helse ble kjent i England i 1980, trakk mange den slutningen at de først og fremst måtte skyldes sosial seleksjon, dvs. at de høyere sosiale lagene har bedre helse fordi sunne og sterke folk har en tendens til å stige sosialt i et moderne samfunn med stor sosial mobilitet. Tilsvarende har folk med et dårlig helsepotensiale, for eksempel dårlig fysikk, tendens til risikoadferd eller dårlig mental utrustning, en tendens til å falle sosialt.

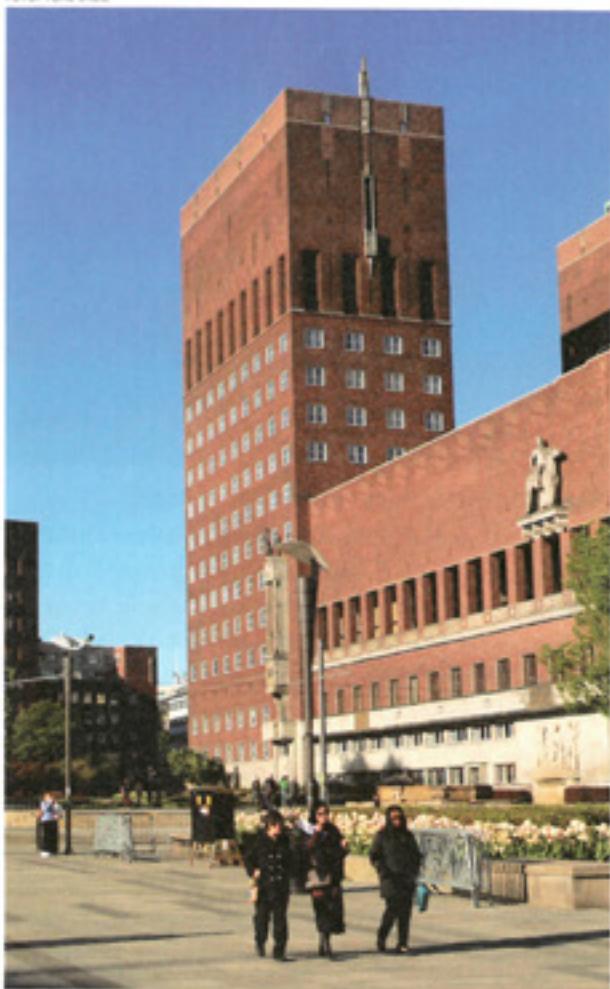
De konservative hellet til denne forklaringen. Ideen om seleksjon ga ulikhetene i helse noe selvsagt, nesten rettferdig over seg. Sosial mobilitet er et gode, og dermed må vi regne med en slik fordeling av gode og dårlige helsepotensialer.

Siden har mange undersøkt denne hypotesen, også i Norge. Resultatene ble oppsummert i en leder i British Medical Journal av den norske sosiologen Espen Dahl i 1996 (4). Han trakk den slutningen at studier til da overhodet ikke støttet seleksjonsmekanismen. Derimot fikk den andre store hypotesen mye støtte, kausalitetshypotesen, at forskjellene først og fremst skyldes forskjeller i levevilkår..

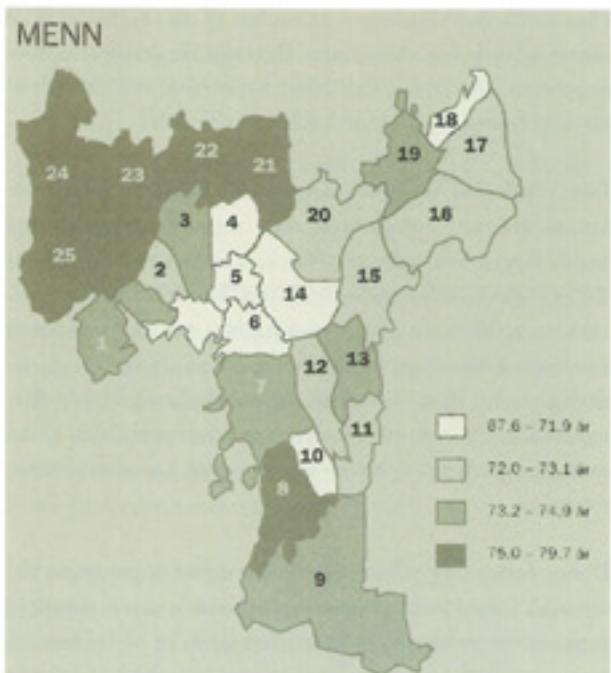
Det vakte stor oppmerksomhet da Richard Wilkinson kunne vise at vestlige land med minst inntekts-ulikhet hadde høyest levealder (5). Han tolket funnene sine slik at det er psykososiale mekanismer som best forklarer de sosiale helseulikhettene. Dette er en rimelig tolkning når det er den forholdsvis store forskjellen mellom de bedre- og de dårligerestilte som er viktigst, ikke kjøpekraften til de dårligerestilte. Da er opplevelsen din av å ha lykkes eller ei det som mest påvirker helsa din. Stress-teorier kan utdype dette nærmere.

Denne forklaringen har fått mye støtte, men også utløst bitter strid. John Lynch påviste overbevisende at sammenhengen mellom relativ inntektsulikhet og helse er svakere og mer spesiell enn sammenhengen mellom absolutt inntekt

Foto: Tore Sæbø



FIGUR 1. Forventet levealder i de 25 bydelene i Oslo i 1990-96 for menn. Største forskjell er 12 år mellom Vindern og Sagene (9).



og helse (6). Det er inntektsulikheter mellom statene i USA som gir slike resultater som Wilkinson forfeker. Grunnen kan være at stater med relativt små økonomiske forskjeller også har bedre sosiale forhold på andre felt som er viktig for dødelighet, som sosiallovgivning og kriminalitet. Bedre tall for andre rike land gir langt mer støtte til betydningen av absolutt inntekt. Det betyr at det først og fremst er økonomisk overskudd som beskytter helsa din, både din personlige pengetilgang, men også nivået på offentlige investeringer i stroket der du bor. Også i Oslo har boligstrøket ditt en selvstendig innflytelse på leveutsiktene (7).

Jeg synes at de to store teoriene ikke utelukker hverandre. Når ekspedisjonssjefer lever lengre enn førstekonsulenter, kan forklaringen mye ligge i følelser. Men når ufaglærte arbeidere lever betydelig kortere enn funksjonærer, er den mest nærliggende forklaringen inntekt, arbeidsforhold og boligstrøk. De best betalte har gjerne best anledning til å jobbe roligere når de har påkjenninger i livet, blir tatt mer hensyn til og har flere grunner til god selvtillit. Slik sett tror jeg det er mange og nære forbindelser mellom psykososiale følelser og de materielle forholdene som samfunnet byr oss. Begge deler har trygghet og kontroll til felles, kanskje de to viktigste faktorene for helse i et velstående samfunn.

### Hva kan vi gjøre?

I vinter lanserte regjeringen en stortingsmelding med et program for å bekjempe sosiale ulikheter i helse (8). Den har dessverre fått liten oppmerksomhet. Det beste med den er at den utvetydig støtter et viktig prinsipp, nemlig at sosial ulikhet i helse er urettferdig.

Men derfra er det ikke lett å komme videre, spesielt ikke når nesten all politikk i dag går ut på å gjøre inntektsulikheter større. De høyere inntektene vokser, de lave står nesten stille og trygdene tenderer til å falle. Regjeringens program mot fattigdom er en dårlig vits.

Hvis vi virkelig mener noe med å bekjempe helseulikheter, må vi minske disse inntektsulikhetsene. Enklest å foreslå er å øke sosialhjelpen fra dagens nivå på omlag 94 000 kr i året (inklusive boligtilskudd) til EU's fattigdomsgrense på 140 000 kr, alt for enslige. Jeg har regnet ut at det vil koste omlag 3,2 milliarder kr i året for kommunene. Å heve minstепensjonen fra dagens 11 200 kr til 14 000 kr vil koste omlag sju milliarder kr for staten. De lave arbeidsinntektene på under 300 000 kr er heller ikke noe å skryte av i et velstående Norge.

Det går an å foreslå mer, som kanskje er lettere å gjennomføre i dagens markedsliberalistiske politikk. Her er en realistisk liste:

Foto: Tore Skeie



- Bedre barnevern, mer ungdomsvern
- Åpne skoler om ettermiddagen
- Mer ungdomsklubber, sørgerlig med tema motor, kampsporter, o.l.
- Langt mer skolehelsetjeneste
- Mer selvstendig arbeid, mindre autoritære ledere (helsevesenet!)
- Mer sysselsetting, mindre arbeidsløshet
- Opprusting av de mer fattige bydelene

Jeg vil tro at vi allmennpraktikere flest har en liten tendens til å favorisere dårligstilte pasienter. Vi tar oss antakelig litt bedre tid enn vanlig og legger større vekt på å omstille språket til mottakeren. Kanskje gir vi også flere gode råd ved forholdsvis bagatellmessige lidelser. I hvilken grad dette skjer, vet jeg selv sagt ikke og det er vel mest sannsynlig at konsultasjonene blir mer effektive med pasienter som likner oss selv. Men kanskje vi kan favorisere de dårligerestilte mer bevisst?

#### Litteratur

- 1 Gjestland T, Moen E. «East is east and west is west, ...» NIBR rapport 1988; 21. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning, 1988.
- 2 Næss Ø, Claussen B, Thelle DS, Smith GD. Four indicators of socioeconomic position: relative ranking across causes of death. Scand J Public Health 2005a; 33: 215–21.
- 3 Claussen B, Næss Ø. Dodelighet i Oslo etter ulikheter i yrkesklasse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1867–9.
- 4 Dahl, E. Social inequalities and health: cause or effect? BMJ 1996; 313, 435–6.
- 5 Wilkinson R. Income distribution and life expectancy. BMJ 1992; 304: 165–8.
- 6 Lynch J, Davey Smith G, Harper S et al. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. Millbanks Quarterly 2004; 82: 5–99.
- 7 Næss Ø, Leyland AH, Smith GD, Claussen B. Contextual effect on mortality of neighbourhood level education explained by earlier life deprivation. J Epidemiol Community Health 2005; 59: 1058–9.
- 8 Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 20 (2006–2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2007.
- 9 Rognerud M, Stensvold I (red). Oslohelse : utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. Oslo: Ullevål sykehus, 1998.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: [bjorgulf.claussen@medisin.uio.no](mailto:bjorgulf.claussen@medisin.uio.no)

# Gatehospitalet

AV IVAR SKEIE

Storbyer trekker til seg marginaliserte grupper. Dette gjelder ikke minst de tunge stoffmisbrukerne. Storbyen gir muligheter for å leve et liv som i stor grad avviker fra det «vanlige», det er lettere å finne en plass i en subkultur, og det er lettere å stikke seg vekk og forsvinne i mengden. I Norge gjelder dette særlig Oslo, og bortimot halvparten av landets tunge – i hovedsak injiserende – stoffmisbrukere bor her, ikke minst mange av dem med de største helsemessige og sosiale problemene.

*Marit Myklebust, først inngangen.*



AUTO: RAN SKEIE

Det er en gammel sannhet at det er bedre å være frisk og rik enn fattig og syk. Mange tunge stoffmisbrukere er både fattige og ofte alvorlig syke. En kombinasjon av dårlig ernæring, en vanskelig sosial livssituasjon og helseskader av rusmiddelbruk medfører ofte alvorlig sykdom som krever langvarig og omfattende medisinsk behandling. Sykehusene tar seg stort sett av disse pasientene når de er kritisk syke, men det er ellers en utbredt erfaring at det ordinære helseapparatet i liten grad klarer å møte denne gruppas behov. Derfor er det de siste årene opprettet såkalte lavterskelttilbud på sida av fastlegesystemet i en rekke byer, og i Oslo – som klart har de største problemene – er det opprettet en egen institusjon for alvorlig somatisk syke stoffmisbrukere, Gatehospitalet.

Gatehospitalet ligger på Enerhaugen i Oslo og ble startet før jul i 2004. Det drives av Frelsesarméen finansiert av Sosial- og helsedirektoratet, foreløpig som et prosjekt ut 2007. Utposten har vært på besøk og Marit Myklebust, som er leder for Gatehospitalet, forteller:

– Gatehospitalet er en helseinstitusjon og har sykehusspreng og målgruppen er alvorlig syke stoffmisbrukere som trenger et sted å være for å kunne motta nødvendig medisinsk behandling, men som ikke trenger å være i sykehus. Noen kan være her for å fullføre langvarig antibiotikabehandling etter sykehusopphold, andre for å få sårbehandling. Vi har ni til ti senger, belegget er stort sett 80 prosent, slik at vi har en viss fleksibilitet til å ta folk inn på kort varsel. Gjennomsnittlig liggetid er 23 dager for menn, 16 dager for kvinner.

– Hvem henviser pasientene til dere?

– Omrent 40 prosent av pasientene kommer fra sykehusene, vi har veldig godt samarbeid med dem, men vi må passe på at de ikke overføres til oss for tidlig. Ca. 40 prosent henvises fra feltpleiestasjonene, og noen få fra Legevakta. Bare en til to prosent henvises fra fastlegene, det viser vel kanskje at fastlegene ikke har så mye kontakt med denne gruppa. Vi prøver å hjelpe en del pasienter til å skaffe seg fastlege, det er ofte ikke lett. Ikke sjeldent møtes vi med at

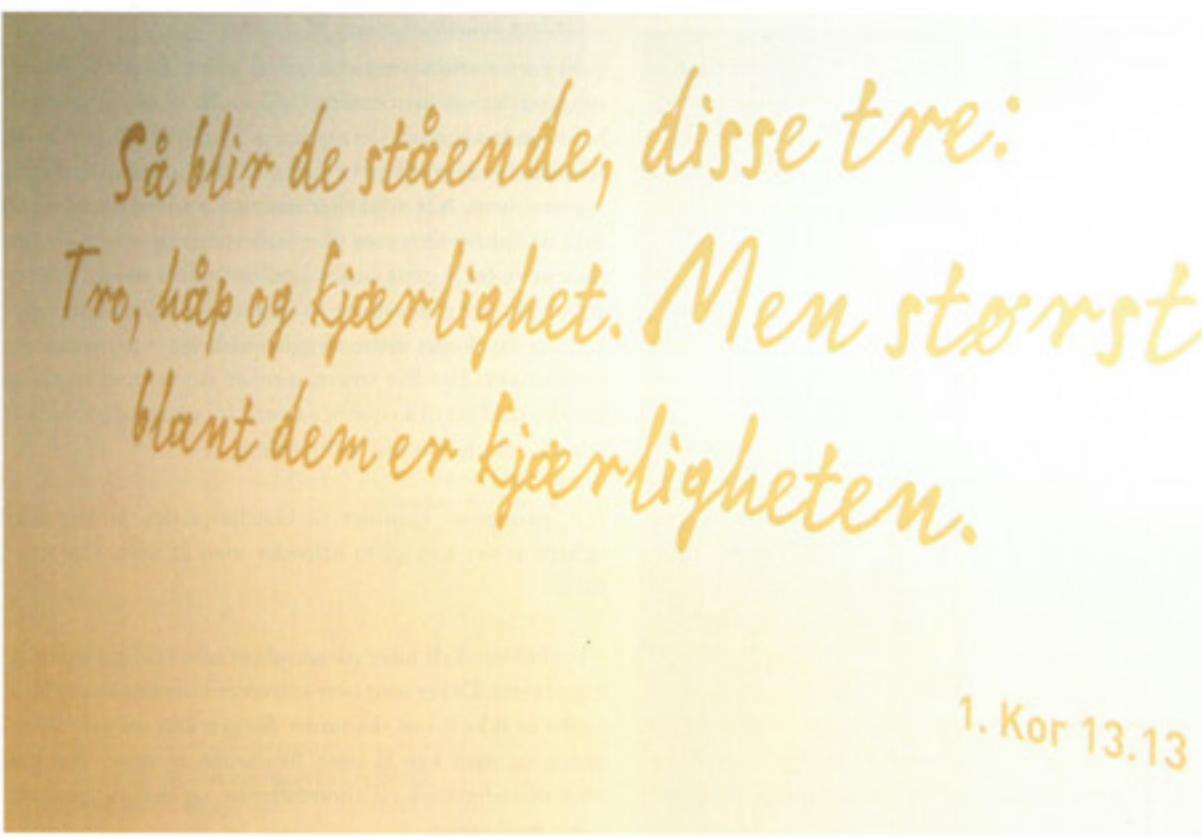


Foto: Nær Skue

«legen tar ikke metadon-pasienter», vi har til og med fått høre «vi har vedtak på å ikke ta slike pasienter her». Da er det ikke så greit. Andre fastleger samarbeider vi godt med, det gjelder særlig LAR-pasienter. Om lag ¼ av våre pasienter er i LAR, mange av dem bruker amfetamin og piller i tillegg til LAR-medisinen. Vi syns vi ser særlig mange amfetaminbrukere med stygge venøse leggsår. Det som går igjen hos de fleste pasientene er sår, infeksjoner, underernæring og «helsemessig kollaps».

– *Hvordan er bemanningen?*

– Vi har 12 sykepleierstillinger, to av disse er bemannet av hhv. en hjelpepleier og en teolog. Vi hadde 180 søker til stillingene! Vi har en legestilling fordelt på tre leger, samt rengøringspersonale og kontormedarbeiter.

«Helsemessig kollaps» og underernæring er sentrale stikkord på Gatehospitalet. Derfor er ernæring en viktig del av behandling og rehabilitering, og spiserommet er det sentrale møtepunktet i avdelingen. Her inntas alle måltider, og pasienter og ansatte spiser sammen. Dette er viktig for å skape et godt miljø.

Det er færre kvinner enn menn som er pasienter her, og kvinnene er her kortere og de skriver seg oftere ut før behandlingen er avsluttet.

– *Hva ser dere som grunnene til dette?*

– Det kan være sammensatt. Kvinnene er mer preget av skam og dårlig samvittighet og følelse av å ha sviktet personer som står dem nær, enn menn i rusmiljøet. Dessuten har de oftere selv opplevd svik og overgrep, og mange har vonde erfaringer fra prostitusjon. Dette kan gjøre det vanskelig å være et sted hvor de ikke ruser seg, det blir vanskelig å forholde seg til en vanskelig fortid. Dessuten har de ofte forpliktelser utenfor institusjonen, det kan være hallikker, kjærestes, gjeld som skal betjenes – dette kan trekke dem vekk. Noen kan også føle seg utsrygge i institusjonen, fordi miljøet er mannsdominert. Generelle kjønnsrollemonstre, der kvinner er opplært til å gi og menn til å motta omsorg, er ofte sterkere i rusmiljøer enn ellers, og dette kan gjøre det vanskeligere for kvinner å slå seg til ro den tida det trengs for å gjennomføre nødvendig behandling.

– *Kan dere påvirke dette?*

– Vi syntes dette var såpass viktig og vanskelig at vi fikk gjennomført en ekstern studie om dette<sup>1</sup>, og konklusjonen er blitt at vi ønsker å opprette en egen avdeling for kvinner.

<sup>1</sup> Kvinnerers behov – Et tilpasset tilbud til kvinner ved Frehesarméens gatehospital, NIBR 2007, Evelyn Dyb, [http://www.frehesarmeens.no/nedlast/200701261939032\\_FA%20rapport\\_kvinnerers\\_behov.pdf](http://www.frehesarmeens.no/nedlast/200701261939032_FA%20rapport_kvinnerers_behov.pdf)

Utredningen om et «utvidet helsetilbud til tunge rusmisbrukere» fra 2002 som la grunnlaget for opprettelsen av Gatehospitalet, bar tittelen «Det verste er å skrive dem ut – til gata». Den hentydet til sykehusenes dilemma når de skrev ut mer eller mindre «ferdigbehandlede» stoffmisbrukere.

*– Men står dere ikke litt i samme situasjon selv når dere skriver ut pasientene?*

– Både ja og nei. Vi fyller et viktig behov som sykehusene ikke kan fylle, og det er viktig. Men det kan være et dilemma å skrive pasientene ut herfra til et kaotisk liv med mangelfull oppfølging. Her ser vi svære problemer i Oslo, ikke minst når det gjelder dårlige LAR-pasienter. LAR har vært et veldig gode for mange pasienter, men det krever et helhetlig opplegg med vekt på rehabilitering, omsorg og bolig. De dårligste burde få tilbud om å bo i forsterkede, bemannede botilbud, vi mangler viktige biter i behandlings- og omsorgsskjeden.

Husordensregler er ofte problematiske i rusbehandlingssituasjoner. Ofte skrives pasienter ut til gata hvis det påvises rusing, og påbegynt behandling settes kanskje tilbake til start.

*– Hvilken holdning har dere til dette her?*

– Vi var i starten svært strenge og rusing førte til utskrivning, og det var liten åpning for å motta besøk. Etter hvert har vi endret praksis, det er noe mer rom for å ta mot besøk fra personer som står pasienten nært, og vi følger dem ut på kortere turer. Når vi påviser rusing, fører det nå vanligvis ikke til utskrivning, men til at vi skjermer eller omplacerer pasienten, for å gjøre uren i miljøet minst mulig. På den måten slipper vi å avbryte et nødvendig behandlingsopplegg, og det skaper større trygghet både blant pasientene og i personalet. Det blir større åpenhet rundt problemet, og mindre tendens til å «overse» rusing fra personalets side når konsekvensen ikke blir utskrivning.

Når pasientene kommer til Gatehospitalet, er det ikke sjeldent at det kan gå to måneder uten at noen spør etter dem.

– Forholdet til de nære pårørende er ofte veldig vanskelig, begge veier. Det er sorg over at livet er blitt som det er blitt, og det er ikke minst skammen. Sorgen kan man dele med andre, og man kan få trøst. Skammen er verre, den kan være ufattelig sterk og altomfattende, og den er vanskelig å dele med andre.

Tre utredninger om Gatehospitalet.



Gatehospitalet er et viktig og spennende forsøk på å skape en helseinstitusjon som er formet etter de behovene denne pasientgruppa har. Ved å legge forholdene til rette ut fra deres særregne behov, og ikke kreve at «de» skal bli som «oss», kan de gi nødvendig behandling til pasienter som andre deler av helsevesenet ikke evner å nå. Slik kan de gi god omsorg og nødvendig helsehjelp til en av de gruppene som trenger det mest. Og Gatehospitalet kan bygge opp erfaring og kompetanse som kan gis videre til andre. For vi trenger utvilsomt flere «gatehospitaler» som bygger på de samme prinsippene.

*Marit Myklebust og sykepleier Kristine Berstad på et av patientrommene.*

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
ivskeie@online.no



Foto: Anne Grøn

# FÜRST



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

## Primærhelsetjenestens sentrallaboratorium

### Fordeler ved å velge Fürst

- akkreditert laboratorium med fokus på kvalitet
- hyggelige og imøtekommende medarbeidere som prioriterer service
- tilgjengelig fagkompetanse innen medisin- og laboratoriespørsmål
- kurstilbud innen prøvetaking og enkelt laboratoriearbeid
- IT-støtte og råd i forbindelse med elektroniske tjenester
- tilbud om hentetjeneste
- kundestøtte som gir råd og veiledning rundt prøvetaking og andre praktiske problemer



### Vårt varemerke er kvalitet

Hele prosessen fra prøvetaking til svarrapportering er kvalitetssikret

### For flere opplysninger

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

### Hovedkontor:

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

### Prøvetaking hverdager kl. 7.30 - 15.00

Furuset: Søren Bulls vei 25

Oslo Sentrum: Dronningensgt. 40

Majorstuen: Kirkevn. 64B, 3. etg.

Ski: Jernbaneveien 5-7 (Stasjonstorget)

Sandefjord: Holmbrua 2 (Sæbergkvartalet)

Ansvarlig lege: Dr. med. Marie Buchmann, spes. i medisinsk biokemi og klinisk farmakologi

# OSLO

*- helsekontrastenes by*

AV TOM SUNDAR

**Det er sagt at Oslo øst og vest er som to ulike planeter hva angår helseforhold. Ikke bare har hovedstaden de største helseforskjellene i Norge, men forskjellene er like store som mellom de fattigste og de rikeste områdene i USA.**

Sammenhengen mellom levealder, sosioøkonomiske forhold og livsstil er godt dokumentert. Personer med høyest utdanning og inntekt har den sunneste livsstilen og de beste utsiktene til et langt liv. Den gjennomsnittlige helsetilstanden i Oslo er tilfredsstillende og innbyggerne har god tilgang til både primær- og spesialisthelsetjenester. Likevel er Oslo den regionen i Norge hvor man finner både de best og de dårligst stilte.

### Folkehelseproblem

En rekke rapporter slår fast at forskjellene i levekår og dødelighet innenfor Oslo er større enn mellom landets to fylker med høyest og lavest dødelighet, henholdsvis Finnmark og Sogn og Fjordane. For Oslo som sådan er forventet levealder i overkant av 80 år for kvinner og rundt 75 år for menn. Men bak disse gjennomsnittstallene skjuler det seg nedslående grader. Eksempelvis er det 12 års forskjell i forventet levealder for menn i østlige kontra vestlige bydeler – fra 68 år på Sagene-Torshov til 80 år på Vinderen. Dagens Oslo kjennetegnes ved et segregert bosettingsmønster, både med hensyn til etniske og sosioøkonomiske grupper og områder med opphopning av levekårsproblemer. Undersøkelser viser at osloborgere i indre øst lever kortere, har større dødelighet pga. hjerte- og karsykdommer, kreft og har flest livsstilsykdommer. Videre er det påvist en overhøyighet av helseplager blant etniske minoriteter.

Hovedstadens helsekontraster er ikke av ny dato. De ble dokumentert på midten av 1800-tallet av samfunnsforskeren Eilert Sundt, og senere skildret av forfatteren Knut Hamsun da han i 1890 utgav romanen *Sult*: «Det var i den tid jeg gikk omkring og sultet i Kristiania, denne forunderlige by som ingen forlater før han har fåt mørker av den...»

Rapporten *Sosiale ulikheter i Norge* understreker at sosiale helseulikheter er et folkehelseproblem fordi de innebærer et latent helsepotensial som kan realiseres. Forbedret helse er en forutsetning for livskvalitet, samfunnsmessig aktivitet, sosial deltagelse og økonomisk utvikling. Hva angår Oslo, er det betimelig å spørre: Vil forskjellene øke i fremtiden, eller kan vi gjøre noe for å minske helsegapet?

### Tall om Oslo-helsen

#### *Hjerte- og karsykdommer*

Relativ overdødelighet av hjerte- og karsykdommer er ca. 50 prosent for både kvinner og menn i indre østlige bydeler sammenliknet med ytre vestlige bydeler. Grovt sett finnes tilsvarende geografiske forskjeller for sykelighet.

#### *Diabetes*

Oslo har forholdsvis flere tilfeller av diabetes enn andre fylker. Blant menn i aldersgruppen 40–50 år er forekomsten ca. 2,5 prosent i østlige bydeler mot 0,4 prosent i vestlige by-

**Tom Sundar**, fastlegevikar i Lørenskog kommune kombinert med rådgiverstilling i Statens legemiddelverk. Har tidligere arbeidet som allmennlege i Oslo (bydel Grunerløkka), som spesialrådgiver i Legeforeningen og fagjournalist i Tidsskrift for Den norske legeforening

deler; tilsvarende andeler blant kvinner er 3,0 og 1,0 prosent. Blant innvandrere fra India, Pakistan og Sri Lanka har hver femte mann og hver tredje kvinne mellom 40 og 60 år diabetes.

#### Astma

Det er små forskjeller i astmhappighet mellom regionene i Oslo. Forekomsten av astma er imidlertid høyere blant personer uten inntektsgivende arbeid, og lavere blant dem som arbeider fulltid.

#### Kreft

Forekomsten og dødeligheten av kreft er høyere i Oslo enn resten av landet. Blant kvinner er dødeligheten av lungekreft i indre øst 2,5 ganger høyere enn i ytre vest.

#### Muskel- og skjelettplager

Muskel- og skjelettplager varierer med yrke, utdanning, etnisitet, kjønn, alder og geografi. I indre øst er ca. halvparten av kvinner rundt 60 år plaget av smerter i muskler og skjelett, mot ca. 20 prosent i vestlige bydeler.

#### Psykiske lidelser

Forekomsten av psykiske lidelser er dobbelt så hyppig i Oslo som i resten av landet. Kvinner rapporterer ca. 30 prosent mer psykiske plager enn menn. Forekomsten av depresjon og angstlidelser er mer enn dobbelt så høy blant kvinner som blant menn, mens rusproblematiske er vanligere hos menn. Det er høyere forekomst av psykiske lidelser blant personer i 30–40 årsalderen samt personer med lav inntekt og lav utdanning hos begge kjønn.

#### Tuberkulose

I 2003 var det 20 tilfeller av tuberkulose per 100 000 innbyggere i Oslo, mot sju per 100 000 på landsbasis. Over 80 prosent av tilfellene i Oslo opptrådte blant innvandrere.

#### Sosiale forhold

Oslo har flere en-persong-husholdninger enn resten av landet. Personer med lav inntekt og stram økonomi er gjennomgående mindre sosialt aktive og mer ensomme, og bor oftere alene. Sosial isolasjon er et betydelig problem blant eldre innvandrere. Mange innvandrere definerer seg som gamle når de er 45 år.

#### Kilder

Sosiale ulikheter i Norge – en kunnskapsoversikt. Sosial- og helsedirektoratet, 2005.

Folkehelseprogram for Oslo, 2005–2008.

Helseprofil for Oslo, 2002.



Foto: Tore Skeie



Foto: Tore Skeie



Foto: Tore Skeie

**For å belyse hvordan disse forholdene påvirker hverdagsmedisinien hos fastleger i Oslo har vi fått tre leger fra ulike bydeler i Oslo til å svare på noen spørsmål som berører helsekontrastene i Oslo.**



**SVEN HAVERSTAD**

Har drevet allmeninpraksis i ca 25 år i to-lege praksis på Grünerløkka, en av Oslos «indre øst» bydeler med 31 fastleger og en befolkning på ca 36 000. Tidligere var bydelen preget av en aldrende arbeiderklasse med til dels skjøre familiære nettverk. I dag er bydelen i rask forvandling med nedbygging av sykehjem og tjenester for de eldre. Bydelen helsefokus er nå rettet mot barn, unge, psykiatri og rus.



**INGER VIERVOLL KNOPH**

Fastlege med 1500 pasienter på listen ved Haugenstua legesenter (5-legesenter) i Stovner bydel fra 1978 med andre arbeidsoppgaver i perioder. Stovner bydel er en av Oslos nord-østlige bydeler og har drabantbypreg med blokkbebyggelse. Dele av bydelen består av eldre villabebyggelse. Mitt distrikt er i løpet av de siste 10-15 årene blitt sterkt preget av innvandrere.



**HANNE UNDLIEN**

Fastlege ved Vinderen legekontor, 1350 pasienter på lista. Bydelen har drøye 40 000 innbyggere, ligger høyest på statistikken over innbyggere med høyere utdanning. Er den bydelen i Oslo som har flest innbyggere over 90 år. Høy sosioøkonomisk klasse, lang levealder.

**UTPOSTEN:** Oslo betegnes ofte som en delt by. Som fastlege, hvordan opplever du helseulikhettene i Oslo?

**HANNE UNDLIEN:** Jeg opplever at forskjellene er store. Forskjellene er åpenbare i forhold til inntekt/økonomi og muligheter for å kjøpe seg ut av problemer som kan skape uhelse. Forskjellen oppleves også som stor når det gjelder grunnlag for refleksjon og muligheter for å treffen gode valg i livet. På godt og vondt har jeg mange pasienter som har meninger om sykdom, helse og behandling og som skaffer seg bred informasjon om dette. Slike pasienter kan ha feilaktige oppfatninger om sin tilstand, men jeg opplever at det kan være lettere å gå i dialog om mulige vinklinger og nå fram med begrunnete meninger når jeg er uenig.

Jeg har reflektert endel over om dette er et utslag av utdannelse og intellektuell kapasitet hos pasientene eller om det er resultat av likhet mellom meg og mine pasienter. Dialogen preges nødvendigvis av dette. Kanskje ikke alt er et resultat av hva som er mulig å formidle men hvordan det formidles.

Jeg tenker at mye av et livslopp bestemmes av endel nøkkelvalg. Mennesker som får hjelp til, og som gjennom en god oppvekst uteutes til gode valg, får forsterket mestringssfølelse og ender i en positiv spiral. Omvendt med de som starter livet i ressurssvake familier og får lite hjelp til tilstedevarrelse. Det er selvsagt ingen forsikring å vokse opp i rike bydeler, men et svært godt utgangspunkt for mange mennesker.

**SVEN HAVERSTAD:** Tilgangen til fastleger og til spesialisthelsetjenesten er stort sett god og ensartet i hele Oslo, dog med unntak av et lite tilfredsstillende tilbud innen psykiatri. Det er neppe forskjeller i helsetilbud som er årsak til helseforskjellene i byen.

Evnen og muligheten til å håndtere risikofaktorer og sykdom er nok generelt dårligere i Oslos indre øst enn på vestkanten. Mye av dette er knyttet til tradisjon og kultur, men her bor også mange enslige med dårlige nettverk. Det er enslige eldre, enslige uføre, enslige mødre med dårlig råd, enslige med sosial angst, enslige rusmiddelbrukere og enslige med personlighetsforstyrrelser. Noen pasienter hos oss mangler penger til både lege og til den anbefalte behandling. Det er sannelig ikke lett å fraråde dem «livets goder» og oppmunstre dem til sunn livsstil og rikelig mosjon når livet er ganske begredelig i seg selv.

**INGER KNOPH:** Jeg opplever at helseulikhettene i Oslo er store. I den delen av byen hvor jeg jobber, er det relativt stor forekomst av mangelsykdommer, tuberkulose og diabetes. Speielt opplever vi nå en meget sterk øking av antall pasienter med diabetes type 2.





FOTO: TØRE SKJER

Vi kjenner også til at sykelighet generelt er større i områder med lavere inntekt, lavere utdannelse og flere uten inntektsgivende arbeid. Dette opplever også jeg der jeg jobber. Ofte er sykdomsforståelsen generelt dårligere, og mange har liten evne til å gjøre noe med egen situasjon.

Jeg legger for eksempel ganske ofte inn små barn på sykehus fordi jeg er usikker på foreldrenes evne til å observere sykdomsutviklingen. Jeg gir mange pasienter en ekstra kontrolltime fordi jeg er usikker på pasientens evne til å følge opp tiltak.

Mangel på nettverk hos innflyttere i byen medfører hyppigere legekontakter. Legen benyttes der en mor eller en bestemor kunne gitt råd. Videre ser jeg mye psykiske problemer og en god del rusproblematiske.

**UTPOSTEN:** *Hva innebefatter begrepet «storbymedisin» for deg?*

**HANNE UNDLIEN:** Storbymedisin er en type helsetjeneste som favner en større variasjon og type behov enn i Bygdenorge. Endel former for sosiale problemer og tilpassingsvansker vil ha mindre mulighet for overlevelse i små og gjennomsiktige samfunn. Mange mennesker vil av slike grunner søke til større byer. Utfordringen blir å tilby disse menneskene en tjeneste de kan gjøre bruk av, og som er tilgjengelige der de er. Et typisk eksempel på dette er rusmisbrukere som ikke klarer å bruke den vanlige helsetjenesten på de premisser den tilbys. De klarer ofte ikke å møte til timer, de kan ha akutte problemer og kan ikke alltid bringes dit hjelpen er. Endel mennesker har psykiske problemer og en avvikende atferd som er lettare å skjule og lettare å få aksept

for i byer. I perioder kan det oppstå problemer som ikke kan løses ved hjelp av fastlegenes tilbud, det kan være behov for ambulant tjeneste, tettere oppfølging, tettere samarbeid mellom hjelpetjenestene.

**SVEN HAVERSTAD:** Storbymedisin kan dreie seg om to minst to forhold. For det første handler det om hva slags helseplager folk i storbyen har, og for det andre handler det om hvordan storbyens helsetjeneste fungerer.

Ikke minst i «indre øst» er det mange som sliter med dårlige sosioøkonomiske forhold, økt sykelighet og redusert levealder. Østkantmedisin er et mer presist uttrykk for å fokusere på hvor en rettet innsats kan gi helsegevinst i Oslo.

I byens helsetjeneste tror jeg fastlegene snart er de eneste personene med pasientansvar i ordets egentlige betydning. Det har utviklet seg en spesialisering og manglende evne til helhetstenkning i spesialisthelsetjenesten som mest kommer spesialistene til gode. Dette smitter også over på NAV som ikke godtar utredning og behandling hos fastlege som er god nok i forhold til trygdeytelser. Sykehusene er blitt til institusjoner der man kan rekvirere den ene eller den andre spesialistundersøkelsen eller spesialistbehandlingen. Resten av pasienten griper de sjeldent fatt i. Å be om en generell indremedisinsk undersøkelse på et universitetssykehus i Oslo blir i dag avvist!

**INGER KNOPP:** For meg personlig innebefatter begrepet storbymedisin mennesker fra mange forskjellige kulturer og samfunnslag. Mange er uten arbeid eller har lav inntekt.

Jeg må forholde meg til mye sosial nød. Av og til kommer pasienten tilbake og sier at han ikke har skaffet seg medisinen jeg anbefalte fordi han ikke hadde penger til det. Dette innebærer samarbeid med sosialkontor i tillegg til andre samarbeidspartnere.

Jeg blir med jevne mellomrom presset av narkomane som vil at jeg skal skrive ut B-preparater. Annen rusproblematikk og mange psykiatriske problemstillinger preger vår hverdag, mange har et stort forbruk av legetjenester.

Jeg har lett tilgang til røntgeninstitutter med mye avansert utstyr. Det er kort vei til sykehus i en øyeblikkelig hjelpstasjon. Pasientene har tilgang på alle spesialisthelsetjenester innen nærmiljøet, men det er ofte med lange ventetider. Spesielt opplever jeg at behovet for psykiatritjenester er langt større enn tilbuddet.

**UTPOSTEN:** *Hvilke hovedutfordringer møter du som lege i storbyen?*

**HANNE UNDLIEN:** Større tilbud av helsetjenester, mest på godt men tidvis på vondt når pasienter «shopper» tjenester i en slik grad at oversikt og rasjonale forsvinner. Det er også et større samfunn der gjennomsiktigheten er liten. De negative sidene ved dette kan være at problemer er vanskeligere å fange opp. Særlig i en bydel med god økonomi er mulighetene til å skjule sosial og emosjonell nød stor.

**SVEN HAVERSTAD:** Hvordan være en god samtalepartner med pasienter der ikke helsevesenet, men storsamfunnet i seg selv burde være hjelperen?

Hvordan tilrettelegge for behandling og oppfølging av de mest vanskeligstilte blant oss, spesielt rusmisbrukerne med dobbeldiagnoser?

Hvordan håndtere folks økende krav til umiddelbar tilgjengelighet uansett type helseproblem?

Hvordan skaffe seg gode og ansvarlige alliansepartnere i spesialisthelsetjenesten?

**INGER KNOPH:** Mine hovedutfordringer er uten tvil mange pasienter med svært dårlig evne til egenomsorg og utfordringer knyttet til fremmede kulturer. Jeg har pasienter fra en rekke land, bl.a. Pakistan, Tyrkia, Filippinene, Sri Lanka, Somalia, Sør-Amerika, India, Vietnam, Tsjetsjenia, Afghanistan, Iran, Irak og Polen.

På en vanlig dag har under 50 prosent av pasientene en norsk opprinnelse. Mange snakker knapt norsk og vi må derfor benytte tolketjeneste i stor grad. Ved øyeblikkelig hjelphjelp konsultasjoner må vi ofte benytte slektninger som tolker. Av og til har vi ingen tolkehjelp i det hele tatt. Da må man benytte peking, enkle ord og objektive funn.

Vi opplever også utfordringer i forhold til kulturforskjeller og forskjeller i sykdomsoppfatning. Dette øker farens for feildiagnoser og reduserer compliance. Jeg kan nevne et par eksempler: Personer fra andre kulturer har ofte en helt annen oppfatning av hvordan symptomer skal tolkes og settes sammen. Begrepene kalde og varme sykdommer, kald og varm mat (i overført betydning) kan være viktig for pasienten, men blir kanskje ikke uttalt. Dette påvirker compliance. Som eksempel på det kan jeg nevne kvinnen som manglet D-vitaminer. Dette er en svært vanlig tilstand blant innvandrerkvinner og jeg anbefaler dem i første omgang å ta tran evnt. trankapsler. For denne kvinnen var det greit. Imidlertid planla hun reise til Pakistan. Sønnen spurte om hun skulle ta tran også der. Ja selvfølgelig, sa jeg. Han forklarte meg da at tran ble oppfattet som varmt fordi den kom fra fisk, som var varmt. Når kvinnen så forflyttet seg fra Norge til et klima som var varmt, nemlig i Pakistan var han redd det ble for mye varme å ta tran. Andre kan ikke benytte trankapslene fordi gelatinet i selve kapselen er et svineprodukt – nok en problemstilling som krever at man tenker litt utover skolemedisinene.

Vanskligere var det da kvinnen som viste seg å være analfabet skulle læres opp til å bruke insulin. Det tok litt tid før vi forstod at hun verken kunne telle eller lese tall!

**UTPOSTEN:** *Opplever du et press fra pasientene om å få «det de vil» (medikamenter, henvisninger, sykemeldinger, «MR på dagen» osv) fordi de har stor tilgang på spesialister/privat legetjeneste?*

**HANNE UNDLIEN:** Til en viss grad vil dette være et tema. Imidlertid opplever jeg det som relativt greit å forklare hvorfor man ikke får det man kom for, dersom man får noe annet som oppleves som meningsfylt eller en god begrunnelse for valget som treffes/avslaget som gis. Problemene er noen ganger at det tar mye lengre tid å gå inn i slike diskusjoner.

Jeg tror det er et like stort problem at tilgjengeligheten er så stor og helseøkonomien så god. Det gir en mulighet for å utrede veldig langt og det skaper en presedens for kostbare og

FOTO: NAR SKEE



detaljerte utredninger og har en indre dynamikk som gjør at det medisinske miljøet driver seg selv framover uten at pasienter primært har krevet eller ønsket det. Jeg ser at dette har mange gode sider også, for meg minsker det i stor grad usikkerhet og mulig feilvurderinger og gjør at jeg sover bedre på natten. Standarder skapes av den medisinen man er en del av. Siden mye av dette er umulig i utkant-Norge ville jeg sikkert sovet godt om natten der også, uten den rigorøse utredningen jeg gjør her.

**SVEN HAVERSTAD:** Denne type press er ikke et stort problem. Tid til en informerende samtale gir som regel felles forståelse. Men tid er mangelvare og presset mht rask tilgjengelighet på kontoret er problematisk. Dette fører til flere «inn-i-mellom» pasienter som spiser av avsatt tid til pasienter med avtalte timer. Det kan lett oppstå situasjoner med «godtnok» håndtering av helseproblemer, hvilket er forsvarlig, men faglig utilfredstillende.

**INGER KNOPH:** Ja, jeg opplever et visst press fra pasienter om å få det de vil. Jeg tror vel at det presset jeg opplever, er betinget i at pasientene nå generelt har større tilgang på kunnskap om utredninger/medisiner. Jeg tror ikke at presset på dette er spesielt stort i min del av byen. Men det er kanskje større enn utenfor Oslo, fordi det er lett tilgang på tjenestene.

**UTPOSTEN:** *En til to prosent av pasientene som behandles på Frelsesarmeens Gatehospital (som behandler alvorlig somatisk syke stoffmisbrukere) er henvist fra fastleger, de aller fleste kommer fra sykehus og feltpiele/lavterskelttilbud. Føler du at du har rom for å gi et tilbud til denne type pasienter? Eller er det slik at tilbuddet til denne (og kanskje noen andre utstøtte grupper) må baseres på sertiltak som feltpileien?*

**HANNE UNDLIN:** Jeg syns ikke fastlegeordningen er godt nok strukturert for å favne denne typen problemer. Det ligger nok litt i fastlegenes hverdag at endel improvisasjon og tilpasninger er mulig, men ikke i en slik grad som disse pasientene trenger.

Det burde være rimelig at tiltak som ofte kan være slitsomme, tidkrevende og stiller store krav til fleksibilitet gav en økonomisk belønning som står i samsvar med de andre oppgavene man har. Når man stadig opplever at slik innsats fører til direkte tap er det demotiverende. Systemet er incitamentstyrt og det er åpenbart at det mågis incitamenter for at fastleger skal ønske å påta seg det meget krevende arbeidet det er å ha rusmisbrukere på lista si.

Jeg tror, gitt at dette løses, at fastlegene kan bidra mer og tettere i behandlingen. Jeg tror det kan oppleves som en forbedring for den enkelte rusmisbrukeren, og jeg tror at det gir bedre samfunnsøkonomi og mindre ressursbruk.



Foto: NYK/OLJ

Når det er sagt tror jeg ikke at fastlegene kan eller skal overflødiggjøre feltpileien og særtiltakene disse får.

**SVEN HAVERSTAD:** Vi har brukt tid både i kollegiet og i lokalt samarbeidsutvalg i bydelen til drøfte bedre ordninger. Det er problematisk med pasienter med alvorlige atferdsstyrrelser på fastlegekontorene, og det er spesielt vanskelig å håndtere dette ved samtidig rus. Trusler og fysisk vold må vi trolig leve med i en åpen allmennlegepraksis.

LAR-pasienter er tid- og ressurskrevende, ofte med dårlig konkretiserte mål og mange nedturer. Deres liv og deres fortellinger er imidlertid meget engasjerende og gir innblikk i liv og forhold i byen som ellers er lukket for de fleste. Bydelen har vurdert om hver fastlege skal ha et gitt antall LAR-pasienter, og dette kommer nå til høring. Jeg er skeptisk til en tvangsløsning, spesielt ved lukkete lister. Jeg tror det må et skjermet og tverrfaglig spesialtilbud til for de alvorlig syke i denne pasientgruppen.

**INGER KNOPH:** Jeg tror det er helt nødvendig å ha særtiltak for enkelte grupper. Jeg opplever at det er svært vanskelig å gi et fullverdig tilbud til denne gruppen pasienter i en vanlig fastlegepraksis.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
jannike.reymert@nteb.no

# *Helprivate tilbud på Oslo Vest:*

# Bright side of life?

AV PETTER BRELIN

Utposten lar intet miljø være udekket. Den helprivate delen av norsk helsevesen har nok imidlertid ikke vært det vi har fokusert mest på.

Dette er en del av storbymedisinens som også fortjener oppmerksomhet.

Vi har lenge vært nysgjerrige på hva det er som kjennetegner denne måte å jobbe på og de som jobber i denne delen av helsevesenet.

Vi har spurt Bjørn Gillhagen, lederen for allmennlegeavdelingen på Volvat medisinske senter, om hva det er som kjennetegner jobben hans.



*Kan du si litt om Volvat medisinske senter som tilbyder av primærmedisinske tjenester? Hvor mange legestillinger er det innenfor seksjonen? Hvor mange pasienter er tilknyttet senteret og hvor mange konsultasjoner har senteret i dret?*

Volvat Medisinske Senter har en omfattende primærmedisinsk virksomhet ved sin allmennnavdeling. Vi har en legevakt som er åpen fra kl. 08.00 / 10.00 til 22.00 alle årets dager. Legevakten har tilgang til eget laboratorium og röntgenavdeling i hele åpningstiden. Vi kan også yte god service med fullgod diagnostikk og behandling. Allmennnavdelingen har ca. 80 000 konsultasjoner / år. For å sikre høy kvalitet på behandlingen har vi både en egen barnelegevakt og skadelegevakt. I tillegg har vi apotek i huset. Altå «alt under et tak».

Vi har også en stor «allmennmedisinsk avdeling» som tar i mot både medlemmer ved Volvat Medisinske Senter – og ikke medlemmer. Mange av patientene bruker våre allmennleger som sin «faste lege» – også til vanlige konsultasjoner og kontroller av kroniske lidelser.

Vi utfører også et relativt stort antall helsekontroller (ca 7000/år) av både privatpersoner og ansatte i bedrifter. Mange bedrifter har sikret sine ansatte ekstra god tilgjengelighet til helsetjenester ved å tegne medlemskap på Volvat for sine ansatte. Medlemskapet som koster 1200 kr / år medfører prioritert tilgang til alle våre tjenester ved ventetid, samt en rabatt på 25 prosent. Medlemskapet gir også en mulighet til å forhåndsbetale en årlig helsekontroll – hvor Volvat tar ansvaret for å innkalte pasienten. Helsekontrollen er individret-

tet og derfor tilpasset både kjønn og alder. Mange opplever denne «årssjekken» som en trygghet – og en mulighet til å ta opp alle sine småproblemer, også ting de aldri hadde bestilt en time til legen for ellers...

*Hva vil du si karakteriserer pasientpopulasjonen du møter som allmennlege på Volvat? Tror du det er forskjeller på de patientene dere møter og de patientene fastlegene ser?*

Pasientene vi som allmennleger møter på Volvat Medisinske Senter skiller seg ikke spesielt ut fra øvrige allmennlegepasienter i samfunnet. De har selvfolgetlig samme sykdomspanorama som alle andre i en primærhelsetjenestens populasjon. Men vi har nok en overrepresentasjon av pasienter med stor psykisk belastning med utbrenthet som resultat. Mange av disse pasientene kommer fra bedrifter med stort arbeidspress og store krav, ikke minst innen konsulentbransjen og IT-sektoren. I tillegg har vi mange som jobber i internasjonale bedrifter og på ambassader. Dette medfører ganske mange pasienter med importerte infeksjonsesykdommer.

*Hvem er dere som arbeider på Volvat? Er det spesielle kjennetegn du ser hos kolleger hos dere som skiller dere ut fra andre allmennleger?*

Vi er en «kjernegjeng» på ca. 10 fast ansatte spesialister i allmennmedisin. Flere av disse har vært med helt fra starten i 1985, noe som nok viser at vi har et godt arbeidsmiljø. I tillegg har vi ca. 25 erfarte allmennlegekollegaer som jobber som konsulenter, de aller fleste på deltid. Men det som nok

er aller mest positivt for oss som allmennleger på Volvat Medisinske Senter er det brede og store fagmiljøet i huset. Vi jobber tett sammen med våre egne spesialister – som dekker de fleste medisinske og kirurgiske fagområder. Dessuten har vi et flott tilbud innenfor psykiatrien – med både psykologer, psykiater og spesialist på spiseforstyrrelser.

Det er bare å ringe – eller banke på døren hos disse spesialistene – når vi trenger hjelp med et råd eller en vurdering. Dette gir selvfølgelig en stor trygghet for oss som allmennleger – i tillegg til at vi lærer mye.

*Mange av pasientene deres vil også ha en fastlege innenfor det ordinære systemet. Hvordan samarbeider dere med fastlegen? Sender dere epikriser?*

Vi sender kopi av journalnotat/epikrise til fastlegen – når pasienten selv ønsker det. Eller så sender vi med pasienten en kopi av journalnotat, lab og røntgensvar. Så får pasienten selv ta dette opp med sin ev. fastlege. Men det er selvfølgelig ganske mange pasienter som ikke ønsker at vi skal sende journalnotat/epikrise til fastlegen. De kommer ofte til oss for en «second opinion» ...

*Dere kan vel risikere å bli utsatt for press om forskrivning av vanedannende medikamenter som kommer i tillegg til det fastlegen forskriver. Har dere rutiner for å hindre slike spørsmål?*

Vi har faste og strenge rutiner for dette. Ellers hadde vi fort blitt en «forskrivningssentral for B-preparater» – noe som vi selvfølgelig ikke ønsker å være. B-preparater skrives bare ut til faste pasienter/medlemmer – og de forskrives da bare av den legen som pasienten bruker som sin «faste lege» hos oss. Det er et stort behov for å få allmennlegene med på samarbeidsmøter med 2. linjetjenesten, særlig innenfor psykiatrien. Vi anmodes også om å delta i møter med NAV osv.

*Dette er det tatt høyde for i normaltariffen, dere får vel ikke slik kompensasjon, deltar dere i slike møter?*

Vi har som sagt ingen offentlige avtaler og dermed ingen refusjonsrett. Dette gjør det komplisert med samarbeidsmøter med 2. linjetjenesten – men vi stiller selvfølgelig opp når det er helt nødvendig for pasientens beste. Men vi som jobber som private allmennleger får dårlig betaling for disse møtene, ja.

*Dersom du trenger radiologiske undersøkelser, lab, henviser til spesialist osv., henviser du da fritt, eller må du bruke Volvats egne tjenester?*

Da vi har et ganske komplett tilbud innenfor Volvats fire veggger bruker vi selvsagt disse som førstevalg. Noe som de fleste pasientene også ønsker – de har jo frivillig valgt å gå til et privat legesenter / sykehus og vet at det koster noe mer enn i det offentlige systemet. Men når pasienten får utført

disse tjenestene raskt og med god kvalitet så er betalingen vanligvis ikke noe stort spørsmål. De som er fornøyd med våre tjenester og service betaler regningen med et smil...

Men de som synes det blir for kostbart med lab, røntgen eller en spesialist på Volvat får selvfølgelig en henvisning til offentlig alternativ. Valget er opp til pasienten!

*Hvordan sørger dere for faglig utvikling?*

Vi går som alle andre allmennleger på eksterne kurs – og har også ukentlig intern undervisning. Oftest er det en av allmennlegene som refererer fra eksternt kurs – eller underviser om et gitt tema. Vi inviterer også regelmessig våre egne spesialister til å holde foredrag/ha faglig oppdatering på vårt ukentlig lunsjmøte. Det blir oftest givende diskusjoner om behandlingspraksis, nye retningslinjer og interne samarbeidsrutiner. Altså givende for alle parter!

*Hvor stor andel av allmennlegene hos dere er spesialister i allmennmedisin?*

Som tidligere nevnt – de ca. ti fast ansatte allmennlegene er spesialister i allmennmedisin. Men vi har også startet egen veiledningsgruppe for de yngre allmennlegene som ønsker å bli spesialister i allmennmedisin. Vi må jo trygge videre drift av avdelingen vår.

*Betingelsene for oss fastleger, kan mildt sagt sies å være varierende. Hvordan er betingelsene hos dere? Hva er bra med å jobbe hos dere? Og hva er eventuelt mindre bra med å jobbe på et slikt senter?*

Betingelsene må anses å være gode, ellers hadde ikke legene blitt her så lenge. Det er individuell avlønning som gjelder – og altså en viss variasjon. De fast ansatte har en fastlønnsdel + en omsetningsrelatert «bonus» på toppen.

Konsulentene har omsetningsrelatert betaling – altså ingen fast lønn. Men de er fornøyd, de også. Og de sører dette til sine bekjente – hvilket medfører at vi har stor pågang av allmennleger som ønsker å jobbe hos oss. Og det er jo virkelig morsomt!

Men det er viktig å presisere at lønn nok ikke er den fremste årsaken til at vi allmennleger trives godt på Volvat Medisinske Senter og ønsker å fortsette her. Det er det ganske unike kollegiale samholdet og det store medisinske fagmiljøet som er absolutt viktigst. Samt selvfølgelig å kunne gi våre pasienter god og rask hjelp – med alle tjenester samlet under et og samme tak!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
petter.brelin@gmail.com

# Allmennlegetreff på Hell

Stort allmennlegetreff på Hell i Stjørdal 26.–28. april 2007, men det hadde vært plass til flere.

Jeg anbefaler alle å sette av tiden neste år!

Den siste ordinære generalforsamling i Allmennlegeforeningen (Af) og det første årsmøte i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) ble avholdt. Neste år skal det være landsråd med ca 80 valgte delegater fra hele Norge. Rammen rundt det fagpolitiske allmennlegetreffet var et «allmennytlig psykiatrikurs».

NFA oppsto som kjent i 2006 etter en sammensmelting av det gamle NSAM og Aplf's fagutvalg, og samlet aktivitet synes etter leder Gisle Roksunds redegjørelse, å være enda større enn tidligere. Arbeidsprogram for to nye år ble diskutert og vedtatt med kun små endringer.

Det var stor harmoni og enighet i forsamlingene. Kanskje er det gleden over at våre ressurser er samlet som gjør at tidligere og nye uenigheter dempes? Men mange utfordringer står foran oss: Fra møtene kan spesielt fremheves: organisering og kvalitet av legevakt, bl.a. interkommunale ordninger, men også at allmennmedisinsk forskning må styrkes og at det må legges bedre til rette for rekruttering til allmennmedisin. Stikkord for rekruttering er: Tursnustjeneste

nesten må bestå, opprette flere fastlegehjemler og legge til rette for rammer rundt utdanningshjemler.

Generalforsamlingen i Af vedtok en resolusjon om at tur-nustjenesten bør bevares, og at det må opprettes nok turnus-plasser av god kvalitet. NFA vedtok en tilsvarende resolu-sjon.

Af's leder Jan Emil Kristoffersen fikk meget rosende om-tale av mange og ble gjenvalgt som leder.

## *Nytt styre i Allmennlegeforeningen:*

**LEDER:** Jan Emil Kristoffersen, Lørenskog

**NESTLEDER:** Ole Strand, Kristiansand

## **STYREMEDLEMMER:**

Jørn Tunheim Kippersund, Volda

Kjartan Olafsson, Florø

Tone Dorthe Sletten, Trondheim

Kari Sollien, Kapp, Østre Toten

Unni Aanes, Bergen

## **VAREREPRESENTANTER:**

1. Morten Breiby, Gjøvik

2. Børge Winther, Levanger

3. Karin Frydenberg, Skreia

**TILSTEDE FRA UTPOSTEN:** Karin Frydenberg



*Tidligere og  
nuvarrende Af-ledere  
(over t.h.) NFA-styret*

*Leder i NFA,  
Gisle Roksand*

*(nederst t.h.)  
Kurs*



## *Innlegg til Utposten*

# Prediktiv genetisk testing som del av et forskningsprosjekt

PER MAGNUS, avdelingsdirektør, spesialist i medisinsk genetikk

VIVI OPDAL, rødgiver, cand.jur

KJERSTI SKJOLD RØNNINGEN, dr.med., prosjektleader for MIDIA

Divisjon for epidemiologi, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo

I sitt innlegg i Utposten i mai reiser Karin Frydenberg noen viktige spørsmål som fortjener debatt. Det gjelder spørsmålet om det er riktig og lovlig å gjennomføre prediktiv genetisk testing som del av et forskningsprosjekt. Debatten springer ut av et pasientmøte der deltakelse i MIDIA-prosjektet var en sannsynlig årsak til depresjon. Et viktig etisk og empirisk spørsmål er om deltakerne utsættes for skade. Selv om forskningsprosjekter ikke prøver ut nye medikamenter eller behandlingsformer, er det nødvendig å kartlegge omfanget av negative bivirkninger. MIDIA er et eksempel på det som kalles observerende befolkningsundersøkelser, men når man gir tilbake opplysninger om risiko vil man påvirke deltakerne, og denne påvirkningen må også observeres og forstås.

MIDIA ([www.fhi.no/midia](http://www.fhi.no/midia)) er en forkortelse for «Miljøårsaker til diabetes». Problemstillingen er å finne frem til miljøfaktorer som kan utløse type 1 diabetes hos genetisk disponerte barn. Vi ønsker å følge 2000 barn som har en genkombinasjon (genotype) i HLA-systemet som gir økt risiko for type 1 diabetes. Risikoen for at et barn med denne kombinasjonen skal utvikle diabetes før 15 års alder er omrent sju prosent, mens barn som ikke har genotypen har en risiko som er under 0,5 prosent (dette er et gjennomsnittstall fordi en del andre genotyper i HLA-systemet gir en moderat risikookning). Fordi bare 2,2 prosent av alle barn har genotypen må vi undersøke omrent 100 000 barn for å finne frem til de 2000. Vi spør foreldrene om vi kan få lov å teste det nyfødte barnet for genotypen. Før vi undersøker en prøve skal foreldrene ha satt seg inn i informasjonsbrosjyren og levert et skriftlig samtykke. Vi tar enten en celleprøve fra barnets munnhule eller så bruker vi navlesnorsprøven fra Den norske mor og barn undersøkelsen (MoBa) hvis foreldrene deltar der og har gitt et spesielt samtykke for deltakelse i MIDIA. Foreldrene får i dette tilfellet informasjon tilbake om barnet har økt risiko eller ikke. For 98 prosent av barna kan vi opplyse at barnet ikke har denne kombinasjonen. For de resterende to prosent ber vi om en innsats videre i form av innsamling av avføringssprøver, blodprøver og spørreskjemaer.

Er det riktig å informere foreldre om at deres barn har en genetisk risiko som de ikke kan gjøre noe med? I Den norske mor og barn undersøkelsen (MoBa – se [www.fhi.no/morogbarn](http://www.fhi.no/morogbarn)) følger vi alle deltakerne uselektert. De har gitt samtykke til at arvelige faktorer fra blodprøvene kan analyseres som ledd i spesifikke delprosjekter, som hver skal ha egen konsesjon av Datatilsynet og som skal tilrås av den Regional komité for medisinsk forskning. Men de får ingen rutinemessig tilbakemelding om hvilke gener de har. Generelle resultater blir gitt tilbake i nyhetsbrev.

For å velge ut deltakerne i MIDIA har vi har altså måttet velge en annen modell. Siden 2001 er omrent 38 000 barn testet, og omrent 820 barn følges videre. De øvrige 37 200 foreldreparene har fått brev om at barnet deres ikke har risikogenotypen, og det presiseres at barnet likevel ikke er fri for all risiko.

Fordelen med dette prosjektet er at vi kan innhente mer kunnskap om årsaker til og forbygging av type 1 diabetes, selv om vi ikke kan garantere dette på forhånd. For de mange som ikke har genotypen kan det kanskje være en lettelse å få vite nettopp det, men det er en litt marginal positiv bivirkning. Det er viktigere at foreldrene til barna som har genotypen er forberedt på at barnet kan utvikle diabetes, og dermed kan reagere raskere når barnet utvikler polyuri og tørste. På den måten kan alvorlig ketoacidose forebygges.

Ulempen med prosjektet er at foreldrene kan oppleve sorgreaksjoner som de ikke var forberedt på, slik det skjedde i den familien som Karin Frydenberg har møtt. Antagelig kan vi aldri informere godt nok, og foreldrene kan kanskje heller aldri med sikkerhet forutsi hvilke reaksjoner de kan komme til å få. En annen mulig ulempe er at foreldrene overbeskytter og sykliggjør barnet. Det er også mulig at barnet selv vil mislike denne kunnskapen når det blir gammelt nok til å forstå hva foreldrene sa ja til å delta i.

For å kunne gi tilbakemelding om genetisk risiko følger vi bioteknologiloven som sier at det skal foreligge et skriftlig samtykke, og at det skal gis informasjon før, under og etter testingen. Vi er enig med Frydenberg at det hadde vært fint å ha en samtale ansikt til ansikt i forkant. Men det er ikke praktisk og økonomisk mulig, og det er kanskje ikke nødvendigvis dårligere kunnskapsoverføring å lese en brosjyre i fred og ro, uten påvirkning. Vår brosjyre har vært sett på av mange kritiske øyne, inkludert Den regionale komité for medisinsk forskningsetikk (REK). Brosjyren presiserer at foreldre reagerer ulikt på risikoinformasjon, og at det er helt frivillig å delta. Vi har hjemmesider ([www.fhi.no/midia](http://www.fhi.no/midia)) der det er mer informasjon. Det er også egne kontakttelefoner som benyttes av mange.

Vi har rutiner for å fange opp reaksjoner på den prediktive testingen. Når vi gir opplysningen om at barnet har den aktuelle genotypen, gir vi både muntlig (telefon) og skriftlig informasjon. Vi ringer alltid tilbake til foreldrene en til to uker etter at den første informasjonen er gitt, fordi vi erfarer at de har mange spørsmål. Vi er oppmerksom på foreldre som har spesielle bekymringer. Det er erfarte helsestre som har ansvar for kontakten, under supervisjon av prosjektleder og av spesialist i medisinsk genetikk.

For å bedømme omfanget av negative reaksjoner bedre såkte vi i fjor Forskningsrådet om midler til mer dyptgående studier, og ansetter i disse dager en stipendiat som skal kartlegge graden av mistriusel og psykiske problemer hos foreldreprar som har valgt å være med eller ikke være med i MIDIA. For foreldre som er med i MoBa, har vi spørreskjemaer som har vært tilgjengelig fra tidlig i svangerskapet, før de har hørt om MIDIA, slik at alle kan være sin egen kontroll. Dette prosjektet skal også undersøke helsepersonells og de gravides kunnskap om genetikk og holdninger til prediktiv testing.

MIDIA har fulgt de melde- og søknadsordningene som finnes for medisinsk forskning, og de aktuelle instanser har vurdert prosjektet på bakgrunn av gjeldende retningslinjer og lovverk. MIDIA-prosjektet ble tilrådet av REK (Den regionale komité for etikk i medisinsk forskning) den 06.10.1999 og fikk innvilget konvensjon fra Datatilsynet 12.07.2001. Prosjektets biobank ble meldt inn i henhold til biobanklovens overgangsregler. Alle endringer i prosjektet underveis er blitt forelagt REK og Datatilsynet. REK skal, blant annet, bedømme om informasjonen er god nok, om deltakernes autonomi er i varetatt, og skal også vurdere nytte-/skade forholdet ved prosjektet på et generelt grunnlag. Prosjektet er i tillegg diskutert/vurdert av NEM (Den

nasjonale komité for etikk i medisinsk forskning) ved to anledninger. I 2005 ba Folkehelseinstituttet om Helse- og omsorgsdepartementets vurdering av hvordan opplysninger om påvist prediabetes skal håndteres i forhold til bioteknologilovens bestemmelse om forbud mot bruk av genetiske opplysninger i en konkret sak.

Frydenberg hevder at MIDIA strider mot bioteknologiloven § 5–7 dersom ikke prosjektet har fått godkjent unntak fra loven<sup>1</sup>. Folkehelseinstituttet bestridt ikke at MIDIA omfattes av bioteknologiloven slik den lyder i dag, og prosjektet var ved oppstart omfattet av tidligere lov av 5. august 1994 nr. 56 om medisinsk bruk av bioteknologi. Bioteknologilovens forhold til medisinsk og helsefaglig forskning har vist seg noe vanskelig å håndtere grunnet ulike tolkninger, noe som omtales både i Ot.prp. nr. 64 2002–2003 «Om lov om medisinsk bruk av bioteknologi m.m.» og NOU 2005:1 «God forskning – bedre helse (Nylenautvalget)».

Bioteknologilovens § 5–7 legger opp til at genetiske undersøkelser av barn bare skal finne sted dersom slike undersøkelser kan påvise forhold som ved behandling kan forhindre eller redusere helseskade hos barnet. De potensielle fordelene ved prediktiv gentesting av barn er derfor knyttet til hvorvidt barnet kan ha medisinske fordeler av testen. For barn under 15 år var det en økning i forekomst av type 1 diabetes i perioden 1999–2003 fra omtrent 200 til 260 nye tilfeller per år. Sykdommen har ofte utbrudd i ung alder, og det er betydelig gevinst ved tidlig diagnose. Barna i MIDIA-prosjektet som viser seg å ha økt risiko for type 1 diabetes følges opp gjennom barne- og ungdomsårene frem til 15 års alder. Som tidligere nevnt vil denne oppfølgingen medføre at foreldrene lettere kan tolke tidlige tegn som tørste og økt vannlating slik at barna for eksempel kan unngå å oppleve en alvorlig ketoacidose.

Til slutt har vi lyst til å fortelle at vi får svært mange positive tilbakemeldinger fra deltakerne i MIDIA. De gir av seg selv til fellesskapets beste, i beste norske dugnadsånd. Nå er det opp til oss å forvalte denne tilliten ved å gjøre forskningsarbeidet så godt som mulig. Samtidig må vi fange opp alle negative bivirkninger av prosjekter. Hvis noen av leserne av Utposten har erfaringer med MIDIA, vil vi være svært glade for tilbakemeldinger.

<sup>1</sup> Departementet v/Sosial- og helsedirektoratet godkjenner ikke forskningsprosjekter etter bioteknologiloven kap. 5, men sykdommer eller sykdomsdispozisjoner som gir rett til gjennomføring av præsymptomatiske, prediktive eller bærediagnosistiske undersøkelser, jf § 5–3. For godkjenning kan gi, skal seknaden ha vært forelagt Bioteknologinemnda. I tillegg skal institusjoner som vil utføre slike undersøkelser være godkjent etter loven § 7–1.

*Internett på resept:*

# Hvilke nettsteder kan vi anbefale pasientene?

AV ØYSTEIN EIRING OG ANNE TVEDTN, *helsebiblioteket.no*



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Hvordan reagerer allmennleger når pasienten viser til informasjon hun eller han har funnet på internett? En fersk oversiktsartikkel viser at de fleste helsearbeidere reagerer på en eller to av følgende tre måter:

- En gruppe føler seg truet av informasjonen pasienten tar med, går i forsvarsposisjon, og inntar ekspertrollen.
- En annen gruppe samarbeider med pasienten om å vurdere informasjonen, og hjelper til med å finne ny informasjon.
- En tredje gruppe anbefaler pasienten nettsteder med pålitelig helseinformasjon – såkalt «internett-forskrivning».

At noen føler seg truet, er kanskje ikke så rart. Internett har gjort enorme mengder informasjon enkelt tilgjengelig, i den grad at mange pasienter etter noen dager på nettet kan ha like store eller større kunnskaper om enkeltområder enn fastlegen sin. Det kan være en utfordring å ta opp kampen: Selv for den ekstremt faglig oppdaterte er det en umulig oppgave å holde seg fullt ut informert innen allmennmedisinens mange temaer. Men det fins en bedre strategi: Å ha gode kunnskaper om kunnskapen. For å være kunnskaps-

arbeider betyr ikke nødvendigvis å kunne mest, men å være ekspert på å finne, vurdere og bruke kunnskap. Og å hjelpe pasientene som surfer rundt på nettet, til det samme.

## 99 minutter på internett

La oss begynne med en situasjonsbeskrivelse. I 2006 så nordmenns vaner på nett slik ut:

- Unge mellom 16 og 24 år brukte i snitt 99 minutter daglig på internett, spill ikke inkludert.
- 96 prosent av alle husholdninger med samlet inntekt over 600 000 kroner hadde tilgang til internett. For befolkningen som helhet var tallet 69 prosent.
- 81 prosent av alle nordmenn hadde brukt internett de siste tre månedene.

Og helse? Stadig flere bruker nettet for å finne informasjon: En norsk studie viste at i 2005 hadde rundt seks av ti brukt nettet for å få informasjon om helse eller sykdommer. Unge, kvinner og de som er bosatt i byer, brukte nettet oftere til helseformål enn andre. Totalt mente mer enn en

ILLUSTRASJONSFOTO: RONFROMYORK



tredel at nettet var en viktig eller svært viktig kilde for helseinformasjon. Det vil si hver tredje person du ønsker velkommen inn i løpet av en arbeidsdag.

### Hva leter pasientene etter?

Helse er så mangt. Hva er det egentlig pasientene leter etter når de søker etter helseinformasjon? En fersk oversiktartikkkel viser at de fleste nettsøkene pasienter gjør handler om spesifikke, medisinske lidelser. Den samme artikkelen viser at pasientene søker etter informasjon både før og etter legebesøket:

- Før besøket søker de etter informasjon for å kunne håndtere sin egen helse, og/eller for å finne ut om de trenger profesjonell hjelp
- Etter besøket søker de etter informasjon for å trygge seg selv, eller på grunn av misnøye med hvor mye detaljert informasjon de fikk under konsultasjonen.

Søkene etter informasjon er uttrykk for en pasientrolle som endrer seg: Stadig flere pasienter slutter å være passive mot-takere av informasjon, og blir aktive konsumenter. Hvordan vi som leger forholder oss er ikke likegyldig: Vi bør ikke bare anerkjenne pasientenes søk etter kunnskap, men i tillegg diskutere informasjonen de bringer med seg og anbefale dem pålitelige nettsteder.

### Hvilke nettsteder kan vi så stole på?

Kvaliteten på helseinformasjonen på internett har vært en kilde til bekymring siden den dukket opp. Når hundre studier har konkludert med at kvaliteten varierer sterkt, både i forhold til hvor nøyaktig, hvor fullstendig og hvor sammenhengende den er. For å bøte på dette problemet har forskere laget hundrevis av verktøy for å måle kvaliteten. Innfallsvinklene varierer: Alt fra graderinger av evidens og anbefalinger, til litterære og journalistiske kriterier har vært foreslatt. Også nett-design og mulighet for selv å bidra med innhold blir i økende grad anerkjent som viktige kvalitetskriterier.

### Vurderer nettsider med 27 spørsmål

I jungelen av ulike verktøy for å vurdere kvaliteten på helsenettsteder, må en likevel velge ett. Her kan en følge eliminasjonsmetoden: For det første har de færreste som har laget slike verktøy, undersøkt kvaliteten på selve verktøyet. Og nesten alle som har blitt testet for kvalitet, har vist seg å være upålitelige. Den lille, eksklusive gruppen av verktøy som både har blitt testet og vist seg pålitelige, har vært lite opptatt av at nettsidene også skal være brukervennlige, nytte- og lett tilgjengelige. Helsebiblioteket.no bruker i øyeblikket et verktøy kalt LIDA.

LIDA rangerer internetsider ved å se både på hvor tilgjengelige, brukervennlige og pålitelige de er. Hva menes med det? Nettsider som har god tilgjengelighet er lette å bruke og er i samsvar med juridiske standarder for tilgjengelighet, også for mennesker med funksjonshemminger. God brukervennlighet betyr at det er lett for brukerne å finne det de trenger å vite, og at de kan bruke nettstedet effektivt. God pålitelighet og kildeinformasjon betyr blant annet at sidene er oppdaterte i forhold til den siste forskningen. Både brukervennlighet og pålitelighet vurderes av en person som gir poeng fra null til tre på tilsammen 27 spørsmål. Nettsidenes tilgjengelighet er det et automatisk dataprogram som vurderer.

Eksempelvis vil LIDA ut fra dette premiere sider som

- er godt tilrettelagt for svaksynte
- er forståelige og enkle å bruke
- bringer informasjon som er produsert på en holdbar måte
- jevnlig blir oppdatert

Og da er vi tilbake ved utgangspunktet: Hvilke nettsteder kan leger med hånden på hjertet anbefale pasientene? I januar 2007 valgte vi ut 13 store, ikke-kommersielle nettsteder, alle norskspråklige. Deretter gikk vi gjennom alle nettstedene med LIDA-verktøyet. Hver vurdering tok omlag en time. Her er resultatene, med vinneren på topp:

**1. www.sintef.no/helse**

Sintef.no er en side med flere underenheter og vi har kun vurdert helsesidene. SINTEF Helse er et av de største helseforskningsmiljøene i Norge og sidene inneholder mye informasjon og nyheter om forskning.

LIDA gir følgende poengsum:

TILGJENGELIGHET:	87 %
BRUKERVENNLIGHET:	76 %
PÅLITELIGHET:	78 %
TOTAL VURDERING:	80 %

**2. www.helse-midt.no**

De regionale helseforetakene (RHFene) har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten i hver sin region. Hver region har sin egen internetside.

TILGJENGELIGHET:	78 %
BRUKERVENNLIGHET:	82 %
PÅLITELIGHET:	70 %
TOTAL VURDERING:	77 %

**3. www.dobbeltdiagnose.no**

Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri lager denne siden, som er beregnet både på fagfolk og pasienter.

TILGJENGELIGHET:	87 %
BRUKERVENNLIGHET:	74 %
PÅLITELIGHET:	67 %
TOTAL VURDERING:	76 %

**3. www.helse-nord.no**

Helse Nord omfatter helseforetakene i de tre nordlige fylkene. Nettsidene får følgende karakterer:

tilgjengelighet:	81 %
BRUKERVENNLIGHET:	70 %
PÅLITELIGHET:	78 %
TOTAL VURDERING:	76 %

**3. www.helse-sør.no**

Helse Sør RHF blir om få måneder slått sammen med Helse Øst RHF. Helse Sør har fortsatt sitt eget nettsted som tar for seg spesialisthelsetjenesten i fem fylker, i tillegg til Rikshospitalet og Radiumhospitalet.

TILGJENGELIGHET:	87 %
BRUKERVENNLIGHET:	72 %
PÅLITELIGHET:	70 %
TOTAL VURDERING:	76 %

**6. www.smil.uio.no**

SMIL står for skandinavisk, medisinsk informasjon for legfolk og er en søkermotor for helseinformasjon på nordiske nettsteder. Nettstedene du finner på SMIL har blitt kvalitetsvurderet av SMIL-medarbeiderne. Siden henvender seg

til pasienter, pårørende og andre som leter etter informasjon om sykdomstilstander.

TILGJENGELIGHET:	74 %
BRUKERVENNLIGHET:	80 %
PÅLITELIGHET:	67 %
TOTAL VURDERING:	74 %

**7. www.helsebiblioteket.no/emnebibliotek/psykisk\_helse**  
Emnebiblioteket psykisk helse er det første såkalte emnebiblioteket på Helsebiblioteket.no -områder der en går i dybden på ett kunnskapsfelt.

TILGJENGELIGHET:	52 %
BRUKERVENNLIGHET:	78 %
PÅLITELIGHET:	82 %
TOTAL VURDERING:	71 %

**8. www.fhi.no**

Folkehelseinstituttets nettsider inneholder informasjon om epidemiologi, miljømedisin, smittevern, psykisk helse, rettstoksikologi og rusmiddelforskning.

TILGJENGELIGHET:	81 %
BRUKERVENNLIGHET:	78 %
PÅLITELIGHET:	52 %
TOTAL VURDERING:	70 %

**9. www.helsebiblioteket.no**

Helsebiblioteket.no er en nasjonal elektronisk kunnskapsbase hvor kan du finne oppdatert fagstoff fra norske og internasjonale fagmiljøer. Sidene er primært beregnet på helsepersonell, men kan også brukes av pasienter.

TILGJENGELIGHET:	52 %
BRUKERVENNLIGHET:	69 %
PÅLITELIGHET:	82 %
TOTAL VURDERING:	68 %

**10. www.shdir.no/psykiskhelse**

Dette er sosial- og helsedirektoratets sider om psykisk helse for publikum. Psykisk helse er ett av flere undertemaer på direktoratets nettsted.

TILGJENGELIGHET:	59 %
BRUKERVENNLIGHET:	74 %
PÅLITELIGHET:	67 %
TOTAL VURDERING:	67 %

**11. www.shdir.no**

Sosial- og helsedirektoratets nettsted tar for seg et bredt spekter av temaer innen helse. Sidene inneholder blant annet nyheter, ulike publikasjoner, og statistikk.

TILGJENGELIGHET:	59 %
BRUKERVENNLIGHET:	72 %
PÅLITELIGHET:	67 %
TOTAL VURDERING:	66 %



ILLUSTRASJONSFOTO: ROSARIUM.NO

**12.**  
**www.kunnskapssenteret.no**

Nettstedet Kunnskapssenteret.no formidler forskning, informasjon om kunnskapshåndtering og kvalitetsanalyser av helse-tjenesten. Siden er hovedsakelig for helsepersonell, men kan også brukes av andre.

**TILGJENGELIGHET:** 56 %

**BRUKERVENNLIGHET:** 72 %

**PÅLITELIGHET:** 63 %

**TOTAL VURDERING:** 64 %

**13. www.helse-ost.no**

Helse Øst dekker spesialisthelsetjenesten i Oslo, Akershus, Oppland, Østfold og Hedmark.

**TILGJENGELIGHET:** 79 %

**BRUKERVENNLIGHET:** 72 %

**PÅLITELIGHET:** 41 %

**TOTAL VURDERING:** 64 %

**14. www.helse-vest.no**

Helse Vest RHF dekker tre fylker: Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Sidene får følgende LIDA-vurdering:

**TILGJENGELIGHET:** 56 %

**BRUKERVENNLIGHET:** 78 %

**PÅLITELIGHET:** 48 %

**TOTAL VURDERING:** 61 %

I tillegg til disse 14 nettstedene, vurderte Helsebiblioteket i mars i år ti andre norske nettsteder. Vi testet de sidene som kom best ut på Google, når vi tastet inn sentrale søkeord innen psykisk helse. Ordene vi søkte på var blant annet «angst», «depresjon» og «spiseforstyrrelse». Resultatene er allerede publisert på [www.helsebiblioteket.no/psykiskhelse](http://www.helsebiblioteket.no/psykiskhelse). Som for den første gruppen nettsteder, er sidene i varierende grad beregnet på pasienter. Dersom vi slår sammen resultatene fra denne undersøkelsen, med den første oversikten (over), kan vi sette opp følgende rangering for norske helse-nettsteder – totalt antall LIDA-poeng i parentes:

1. [www.sintef.no/helse](http://www.sintef.no/helse) (80)
2. [www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no) (77)
3. [www.dobbeltdiagnose.no](http://www.dobbeltdiagnose.no) (76)
4. [www.helse-nord.no](http://www.helse-nord.no) (76)
5. [www.helse-sør.no](http://www.helse-sør.no) (76)
6. [www.smil.uio.no](http://www.smil.uio.no) (74)
7. [www.helsebiblioteket.no/emnebibliotek/psykisk\\_helse](http://www.helsebiblioteket.no/emnebibliotek/psykisk_helse) (71)
8. [www.fhi.no](http://www.fhi.no) (70)
9. [www.forskning.no](http://www.forskning.no) (69)
9. [www.helsenett.no](http://www.helsenett.no) (69)
11. [www.astrazeneca.no](http://www.astrazeneca.no) (68)
11. [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no) (68)
13. [www.shdir.no/psykiskhelse](http://www.shdir.no/psykiskhelse) (67)
14. [www.shdir.no](http://www.shdir.no) (66)
15. [www.helse-ost.no](http://www.helse-ost.no) (64)
15. [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no) (64)
17. [www.lommelegen.no](http://www.lommelegen.no) (63)
17. [www\(pfizer.no](http://www(pfizer.no) (63)
19. [www.helsenytt.no](http://www.helsenytt.no) (62)
19. [www.huba.no](http://www.huba.no) (62)
21. [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) (61)
21. [www.helse-vest.no](http://www.helse-vest.no) (61)
21. [www.psykiskhelse.no](http://www.psykiskhelse.no) (61)
24. [www.doktoronline.no](http://www.doktoronline.no) (55)

### Pålighet

Hvis vi plukker ut ett delområde av LIDA-vurderingen, nemlig poengsummen for «Pålighet og kildeinformasjon», får vi en annen rekkefølge:

1. [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no) (82)
1. [www.helsebiblioteket.no/emnebibliotek/psykisk\\_helse](http://www.helsebiblioteket.no/emnebibliotek/psykisk_helse) (82)
3. [www.forskning.no](http://www.forskning.no) (78)
3. [www.helse-nord.no](http://www.helse-nord.no) (78)
3. [www.sintef.no/helse](http://www.sintef.no/helse) (78)
6. [www.helsenytt.no](http://www.helsenytt.no) (70)
6. [www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no) (70)
6. [www.helse-sør.no](http://www.helse-sør.no) (70)
9. [www.lommelegen.no](http://www.lommelegen.no) (70)
10. [www.dobbeltdiagnose.no](http://www.dobbeltdiagnose.no) (67)
10. [www.shdir.no](http://www.shdir.no) (67)
12. [www.shdir.no/psykiskhelse](http://www.shdir.no/psykiskhelse) (67)
13. [www.smil.uio.no](http://www.smil.uio.no) (67)
14. [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no) (63)
15. [www.helsenett.no](http://www.helsenett.no) (59)
15. [www.astrazeneca.no](http://www.astrazeneca.no) (59)
17. [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) (56)
18. [www.fhi.no](http://www.fhi.no) (52)
19. [www.helse-vest.no](http://www.helse-vest.no) (48)
20. [www.doktoronline.no](http://www.doktoronline.no) (44)
21. [www.helse-ost.no](http://www.helse-ost.no) (41)
22. [www\(pfizer.no](http://www(pfizer.no) (37)
23. [www.huba.no](http://www.huba.no) (33)
23. [www.psykiskhelse.no](http://www.psykiskhelse.no) (33)

## Brukervennlighet

Brukervennlighet er også viktig – her er de ti stedene som skärer best dersom vi kun ser på dette delområdet av LIDA-vurderingen:

1. www.helse-midt.no (82)
2. www.smil.uio.no (80)
3. www.fhi.no (78)
3. www.helsebiblioteket.no/emnebibliotek/psykisk\_helse (78)
3. www.helsenett.no (78)
3. www.helse-vest.no (78)
7. www.astazene.ca.no (76)
7. www.sintef.no/helse (76)
8. www.dobbeltdiagnose.no (74)
8. www.huba.no (74)
8. www.shdir.no/psykiskhelse (74)

## Fellesskap og støtte

Vurderingene vi har gjort, har noen viktige svakheter. For det første er listene ufullstendige – viktige nettsteder som legemiddelverket.no og tidsskriftet.no, mangler. Hullene vil imidlertid fylles etterhvert som Helsebiblioteket publiserer flere LIDA-vurderinger på sine nettsider. En annen svakhet er at poengene både for brukervennlighet og pålitelighet bygger på en vurdering som dels er subjektiv. Dersom en annen person hadde gjennomført vurderingene, kunne rekkefølgen blitt en annen. Et tredje moment er at nettsteder endrer seg, og at selv så ferske vurderinger som de i denne artikkelen, allerede kan være utdaterte. Eksempelvis har Folkehelseinstituttet oppdatert sine nettsider etter at vi gjorde vurderingene av fhi.no. Endelig er det slik at vi med LIDA-vurderingen ikke har vurdert det faglige innholdet på sidene direkte, men vurdert kvaliteten ut fra hvordan nettsidene er bygd opp og hvordan stoffet på sidene er produsert.

Hva forteller så oversiktene? Går det an å sette en nedre grense for hvilke nettsteder vi som leger vil anbefale? I så fall risikerer Helsetilsynet.no å komme under streken -med sider som ligger langt nede både i totalvurderingen, og i forhold til pålitelighet og kildeinformasjon. Det samme gjelder helse-vest.no og psykiskhelse.no. Lav pålitelighet og kildeinformasjon på nettet er ingen ny problemstilling -en rekke studier har konkludert med at helseinformasjonen på internett er unøyaktig eller ufullstendig. Men nettsider kan være laget med mange formål og eksistere i ulike sammenhenger. Å vurdere en nettside i forhold til en serie punkter i en sjekkliste, uten å ta nettstedets kontekst og formål i betrakting, og uten å utforske bruken av lenker til andre nettsteder, kan ha begrenset verdi.

I tillegg er kunnskap bare noe av det en nettside kan tilby. Pasienter bruker ikke nettet bare for å finne informasjon, men for å få hjelp og støtte i et fellesskap. DIPEX er et bri-

tisk prosjekt som legger ut video-opptak av pasientintervjuer på nettet. De fremholder at mennesker som har fått en diagnose ikke bare trenger informasjon om sykdom og behandling, men også trenger:

- kunnskap om hvordan det virkelig er å ha sykdommen, formidlet av mennesker som har gjennomgått det samme
- vissitet om at det er mulig å komme seg
- kunnskap om hvordan fortelle andre at de er syke, og få støtte
- hjel til å finne ut hva de vil spørre helsepersonell om
- informasjon om hvordan de kan få helsepersonell og andre til virkelig å forstå hva de gjennomgår.

LIDA premierer denne siden av kvalitet på nettsider et stykke på vei, ved å gi høyere poengsum til sider som er interaktive og som gir brukerne av siden mulighet for å bidra med kommentarer. Dagens utgave av verktøyet er likevel ikke godt når det gjelder å premiere nettsider som gir gode muligheter for sosial støtte og for å dra nytte av personlige erfaringer.

I praksis betyr dette at sidene som får lav skår på vurderingene vi har gjort, ikke nødvendigvis er dårlige sider. Tilsvarende vil heller ikke de sidene som gjør det bra fordi de er oversiktlig, har god informasjon og er lett å finne fram i, alltid være de sidene som passer pasienten best. LIDA-vurderingene må brukes med fornuft, ses i forhold til sine begrensninger, og opp mot hva som er pasientens behov. Men når pasienten ønsker informasjon som skärer godt i forhold til pålitelighet, på sider som er enkle å bruke, gjør LIDA-poengene det mulig for legen å gi en pekepinn.

## Referanser

1. Netbruk tar av. IT-avisen 16. oktober 2006. <http://itavisen.no/php/art.php?id=343241>
2. 6 av 10 husholdninger har bredbånd. Statistisk Sentralbyrå, 16. september 2006. <http://www.ssb.no/ikthus/>
3. Mer internettbruk og boklesing. Statistisk Sentralbyrå, 18. mai 2006. <http://www.ssb.no/sup/utg/200602/04/>
4. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. McMullan M, Patient Educ Couns. 2006 Oct;63(1-2):24-8. Epub 2006 Jan 6.
5. Andreassen, Wangberg, Wynn, Sørensen, Hjortdal. «Helserelatert bruk av Internett i den norske befolkningen.» Tidsskr Nor Lægeforen nr. 22, 2006; 126: 2950-2
6. The quality of health information on the internet BMJ 2002;324:557-558
7. Så gode er helsesidene Google liker. Helsebiblioteket.no, 23. mars 2007. [http://www.helsebiblioteket.no/helsebiblioteket/emnebibliotek/psykisk\\_helse/s\\_gode\\_cr\\_helsesidene\\_google\\_liker\\_69974](http://www.helsebiblioteket.no/helsebiblioteket/emnebibliotek/psykisk_helse/s_gode_cr_helsesidene_google_liker_69974)
8. LIDA-verktøyet. [http://www.minervation.com/imod\\_lida/minervalidation.pdf](http://www.minervation.com/imod_lida/minervalidation.pdf).
9. Empirical Studies Assessing the Quality of Health Information for Consumers on the World Wide Web. A Systematic Review. JAMA May 22-29, 2002 Vol. 287, No 20 s. 2691-2700
10. <http://www.dipex.org>

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
oe\_eiring@yahoo.no

# Testing og vaksinering for humant papillomavirus (HPV)

AV KATHRINE LIE

*Institutt for populasjonsbasert kreftforskning, Kreftregisteret og Patologisk anatomisk avdeling, Akershus Universitetssykehus.*

## Introduksjon

Det er ikke mere enn 30 år siden en gruppe tyske forskere påpekta at virus kalt humant papillomavirus (HPV), kunne være årsak til livmorhalskreft (1;2). Store fremskritt innen molekylærbiologien har ført til en svært rask utvikling innen dette fagfeltet. Molekylære HPV tester kan forbedre og effektivisere screeningprogrammene mot livmorhalskreft, og vil kanskje om noen år erstatte cytologi som primærscreening (3). Det er nå produsert effektive profylaktiske HPV vaksiner som på sikt kan bidra til å redusere forekomsten av livmorhalskreft og andre HPV assosierete sykdommer. Disse tema har tidligere vært omtalt i Tidsskrifter (4;5). Mye har skjedd også i Norge de siste seks årene, det er tid for en oppdatering.

## Generelt om HPV

HPV er den vanligste seksuelt overførbare infeksjon hos kvinner og menn. Det er anslått at opptil 20 prosent av den generelle befolkningen til enhver tid er smittet, og at over 70 prosent av seksuelt aktive mennesker vil få en HPV-infeksjon i løpet av livet (6). Det er antatt at HPV er like hyppig hos menn og kvinner, men det er i hovedsak hos kvinner det påvises HPV assosierete sykdommer. Unntak er visse risikogrupper som immunsupprimerte og menn som har sex med menn. HPV smitter hovedsakelig ved vaginalt og analt samleie. Smitte kan også forekomme ved oral sex, direkte hudkontakt, og fra mor til barn ved vaginal forløsning. Spredning via blod er ikke dokumentert. Kondom gir ikke fullgod beskyttelse fordi HPV også finnes i hudområder som ikke er dekket av kondom. Inkubasjonstiden varierer

### Kathrine Lie

Født 04.10.58. Overlege dr.med. Fungerende leder for Masseundersøkelsen mot Livmorhalskreft, Kreftregisteret. Leder av den norske patologforening. Godkjent spes. i patologi i 1993, jobbet som overlege ved patologiatv i Trondheim, på Radiumhospitalet og på Ahus 1995–2005.

Dr. grad NTNU 1999 (Diagnosis and prevalence of human papillomavirus infection in cervical intraepithelial neoplasia. Relationship to cell cycle regulatory proteins and HLA DQB1 genes). Spesialkompetanse i urogenital patologi og molekylærpatologi, og har en del publikasjoner innenfor disse fagområdene. Spesialkompetanse i urogenital



fra en til seks måneder, mens klinisk infeksjon ofte varer i tre til seks måneder. Hos over 90 prosent vil immunsystemet eliminere virus før HPV assosierete sykdommer utvikles. Det er karakterisert mer enn 100 forskjellige genotyper av HPV, og vel 40 av disse kan infisere hud og slimhinner i anogenitalregionen. Nå er det tilstrekkelig dokumentasjon for at til sammen 12 genotyper kan klassifiseres som kreftfremkallende eller høyrisiko HPV typer (7) (se tabell 1). Noen genotyper forekommer sjeldent hos kvinner med livmorhalskreft, disse blir derfor klassifisert som sannsynlig høyrisiko HPV-typen. Lavrisiko HPV-typen påvises hos kvinner uten celleforandringer, eller hos kvinner med kondylomer og lavgradige celleforandringer som går over av seg selv.

## HPV som årsak til kreftutvikling

De fleste som smittes av HPV vil aldri utvikle kreft eller forstadier til kreft. Det er anslått at vel ti prosent av de som smittes ikke greier å kvitte seg med HPV. Det er bare persistente infeksjon med høyrisiko HPV som kan føre til behandlingstrengende celleforandringer. Disse kan utvikles videre til kreft hvis celleforandringene ikke blir behandlet. Det er nå påvist at HPV er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig årsak til kreftutvikling i livmorhalsen. Røyking, p-piller, hiv-infeksjon og mange barnefødsler klassifiseres

TABELL 1. Epidemiologisk klassifikasjon av HPV (7).

Gruppe	HPV-type
Høyrisiko	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 og 59
Sannsynlig høyrisiko	26, 53, 66, 68, 73 og 82
Lavrisiko	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108

# – norske anbefalinger



FIG. 1. Transformasjonssonen i cervix som viser overgang mellom plateepitel (pil) og kjertelepitel (pilhode). FOTO: A.K.L.

som ko-faktorer for kreftutvikling, sannsynlig også andre seksuelt overførbare infeksjoner (Herpes Simplex Virus type 2 og Klamydia), immunsuppresjon og visse ernæringsfaktorer. Det kan ta opp til 15–20 år fra HPV smitte til kreftutvikling finner sted. HPV er bare assosiert med carcinomer som utgjør over 94 prosent av krefttilfellene i livmorhalsen i Norge. De andre kreftformene i livmorhalsen (sarcomer, lymfomer og leukemier) som er langt sjeldnere, er ikke forårsaket av HPV. Disse krefttypene vil da heller ikke kunne forebygges med HPV vaksine.

HPV er første trinn i en rekke celleforandringer som kan føre til cervixcarcinom. Denne prosessen starter alltid i transformasjonssonen i cervix som er overgang mellom plateepitel og kjertelepitel (se figur 1). Derfor er det viktig at celleprøven som tas fra livmorhalsen får med seg celler fra denne transformasjonssonen. Den hyppigste formen for livmorhalskreft er plateepitelcarcinom som utgår fra plateepitelet og utvikles via forstadier som kalles cervical intraepithelial neoplas (CIN) (se figur 2a på side 32). Disse graderes etter alvorlighetsgrad; CIN I–III. Den nest hyppigste kreftformen er adenocarcinom som utgår fra kjertelepитеlet, og utvikles via forstadium som kalles adenocarcinoma

in situ (ACIS), (se figur 2b på side 33). Adenocarcinomene er også er forårsaket av HPV. I Norge som i andre land med organisert screeningprogram, har man registrert en nedgang i antall plateepitelkansinom i cervix (8). Cervix cytologi er derimot lite egnet for å fange opp atypier i kjertelepitelet. I Norge har man siste ti år registrert en liten, men signifikant økning av antall adenocarcinom i livmorhalsen (Tor Haldorsen, Kreftregisteret, personlig meddelelse).

HPV infeksjon kan også forårsake forstadier og carcinome i anus, vulva, vagina og penis. Disse er imidlertid ikke så hyppige. Også enkelte carcinomer i hud, munnhule og sveig kan være assosiert med HPV. Det er ikke dokumentert noen sammenheng mellom HPV og kreftutvikling i nedre luftveier, spiserør og tarin, bryst, nese- ogbihuler, prostata, uterus og ovarier.

## Molekylærbiologi

Risiko for kreftutvikling er bare assosiert med persistente infeksjon med en av de 12 høyrisiko HPV-typene. Det vil si at det påvises samme genotype etter gjentatt testing med 6–12 måneders intervall. Ved persistende høyrisiko HPV infeksjon foreligger det økt produksjon av vekststimulerende proteiner (E6/E7 onkoproteiner) som indirekte kontrollerer viktige sjekkpunkter i cellesyklus reguleringen. Disse binder seg til og bryter ned genprodusene fra tumorsuppressorgener (TP53 og RB). Når disse er inaktivert vil ikke skadete celler blir reparert eller ødelagt, og ukontrollert vekst kan føre til kreftutvikling. Kreftutvikling forutsetter kontinuerlig produksjon av disse E6/E7 onkoproteinene. For mere informasjon om dette henvises det til oversiktsartikler (4,9).

## HPV testing i screening

Forskning har vist at HPV-testing kan øke sensitiviteten i screeningprogrammer for livmorhalskreft. Nye molekylære markører kan i tillegg få betydning for å avgjøre hvilke forstadier som vil utvikles videre til cervixcarcinom (3,9). Det pågår en internasjonal debatt om hvordan HPV-testing best kan inkorporeres i screening.

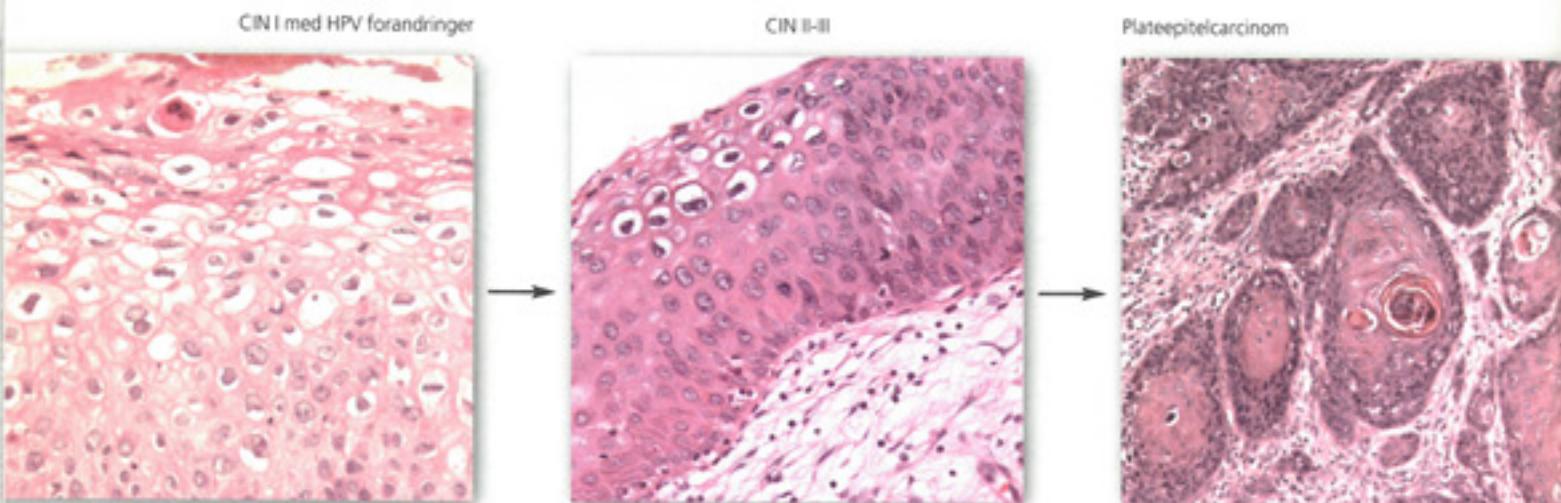


FIG. 2A. Biopsier med CIN I-III og plateepitelcarcinom. FOTO: A.K.U.

Den kan innføres i:

- Primærskrining med eller uten cytologi
- Sekundærskrining for utvalgte grupper med uavklart/lavgradig cytologi
- Oppfølging etter konisering for høygradige celleforandringer for å påvise persistente atypi eller recidiv

Gjennomgang av publiserte studier har vist at HPV DNA-testing er mer sensitiv, men mindre spesifikk enn cytologi (10;11). Det vil si at HPV DNA-testing fører til at flere kvinner med høygradige celleforandringer oppdages og behandles. HPV DNA testing har lav spesifitet; det vil si at det identifiseres kvinner med falsk positiv test som ikke har livmorhalskreft eller forstadier som krever behandling. Dette fører til unødvendig engstelse, unødvendige kontroller og overforbruk av utvidet diagnostikk (kolposkopi og biopsier).

I USA er nå HPV DNA-testing godkjent av Food and Drug Administration (FDA) som sekundærskrining ved påvist usikre celleforandringer (ASC-US), og som primærskrining sammen med cytologi hos kvinner > 30 år. I Europa avventer man resultater fra pågående, randomiserte studier som evaluerer effekt av HPV som primærskrining (12). I Norge har Kunnskapssenteret nylig publisert en rapport om HPV DNA-test i skrining mot livmorhalskreft ([www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)). Her konkluderes det med at HPV DNA-testing er mer sensitiv, men mindre spesifikk enn cytologi både ved primær- og sekundærskrining.

Det finnes en rekke ulike tester for påvisning av HPV-infeksjon brukt i forskning, men få er standardisert og kommersielt tilgjengelige, og dermed lite egnet for skrining og diagnostikk. Det foreligger ingen nasjonale eller internasjonale randomiserte, populasjonsbaserte studier som

sammenlikner de prediktive verdiene av de ulike kommersielle HPV testene i skrining. Det er derfor ennå ikke avklart hvilken HPV test som er best egnet for skrining og diagnostikk. På Ahus pågår det fortiden en fem-årig prospektiv studie som er finansiert av Helse-Øst. Den gjøres i samarbeid med Krefregisteret, og evaluerer HPV DNA og RNA baserte molekylære tester: 1) hos kvinner over 30 år med normal cytologi, 2) hos kvinner med uegnet, uavklart og lavgradig cytologi og 3) i kontrollopplegg etter konisering.

En offensiv markedsføring av HPV DNA og RNA tester i Norge, ført langt på vei til «vill-skrining» for et par år siden. Basert på litteraturgjennomgang og data fra Krefregisteret, anbefalte Rådgivningsgruppen for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft en prøveperiode med HPV-testing ved uegnet, uavklart (ASC-US) og lavgradig (LSIL) cytologi hos kvinner i aldersgruppen 25–69 år. Anbefalingene baserte seg på en rapport fra IARC/WHO i 2004, som konkluderte med at det er evidens for å ta i bruk HPV DNA-testing som sekundærskrining (8). Derfor ble det 01.07.2005 satt igang en treårig prøveperiode med HPV-testing som sekundærskrining. I Kvalitetsmanualen for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft ([www.krefregisteret.no](http://www.krefregisteret.no)) er retningslinjene beskrevet og kontrollopplegg skissert (se figur 3 på side 34). Det frarådes å HPV teste kvinner < 25 år for disse har den høyeste forekomst av HPV infeksjoner som elimineres uten at det utvikles behandlingstrengende celleforandringer. Det er heller ikke indikasjon for HPV testing ved kondylomer så lenge det ikke er positiv cytologi. Pasientene må informeres om at det ikke kan utvikles kreft i kondylomer. De er ufarlige, men kan være plagsomme og av og til behandlingsresistente. I prøveperioden er det anbefalt å bruke standardiserte og validerte tester, og det er overlatt til de aktuelle fagmiljøene å defini-

nere hvilke tester som fyller disse kravene. Legene må henvende seg til sitt lokale patologilaboratorium for å få informasjon om prøvetaking, utstyr og forsendelse.

Helse- og omsorgsdepartementet vedtok samtidig en forskriftsendring som regulerer bruk av HPV-testing i Norge. Det gies ikke refusjon for HPV testing som gjøres utenom de anbefalte retningslinjene (fig 3). All HPV testing er mellepliktig og registeres i Kreftregisterets HPV register fra 2005. Når prøveperioden er over vil derfor Kreftregisteret ha et bedre grunnlag for å evaluere nytteverdien av HPV-testing som sekundærskanning i Norge, før endelige retningslinjer vil bli gitt.

### HPV vaksinasjon

Det forskes både på terapeutiske og forebyggende HPV vaksiner. Det er foreløpig utviklet to effektive forebyggende HPV vaksiner. Den ene av disse fikk markedsføringstillatelse i Norge i desember 2006 og heter Gardasil «Sanofi Pasteur MSD». Den andre vaksinen som heter Cervarix «GlaxoSmithKline», forventes å få markedsføringstillatelse i Europa i løpet av 2007. Begge vaksinene er typespesifikke. De har vist god beskyttelse mot HPV 16 og 18 som er de hyppigst forekommende genotypene, og forårsaker ca 70 prosent av cervixcarcinomer på verdensbasis. Gardasil retter seg i tillegg mot HPV 6 og 11 som forårsaker ca. 90 prosent av kondylomene.

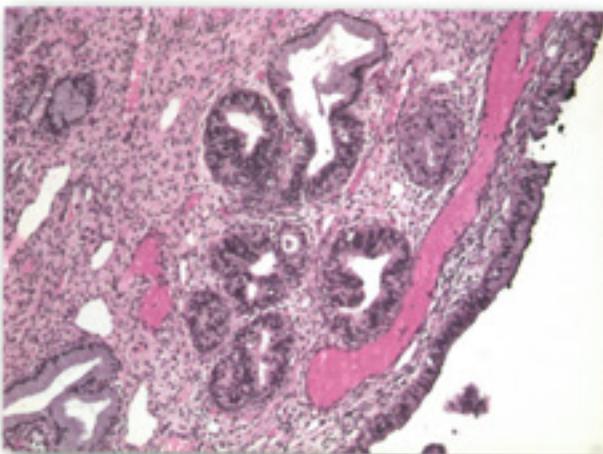
HPV-vaksinene er produsert med molekylærbiologisk fremstillingsteknikk. Ved vaksinasjon setter kroppens immunforsvar i gang produksjon av spesifikke antistoffer. Vaksinene inneholder verken levende eller svekkede virus, og kan derfor ikke påføre de vaksinerte en HPV infeksjon. Vaksinen inneholder heller ikke sporstoffer fra egg og kylling som er vanlig i mange andre vaksiner. I de kontrollerte

kliniske studiene som er gjennomført er det foreløpig ikke rapportert alvorlige bivirkninger eller varige hendelser som kan tilskrives vaksinene. Immunresponsen er mye høyere enn etter en naturlig HPV infeksjon. Personer som ingår i de kliniske studiene er foreløpig fulgt opp i opptil 60 måneder. Den vaksinen som er kommersielt tilgjengelig idag skal gis intramuskulært som tre separate doser; den andre etter to måneder og den tredje etter seks måneder. Det ser ut som immunresponsen på vaksinene holder seg bra, men det er for tidlig å si om vaksinen vil ha livslang effekt eller om det vil være behov for boosterdoser.

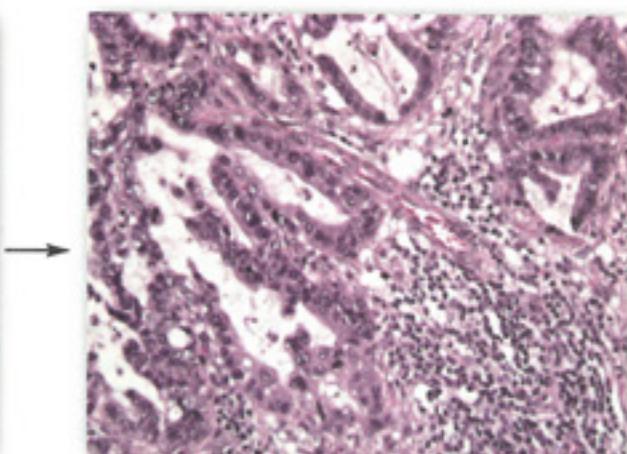
Det er ikke påvist noen terapeutisk effekt av HPV vaksinene. Fordi observasjonstiden er for kort, er det ennå ikke registrert noen effekt på forekomst av livmorhalskreft eller andre HPV assosierede kreftformer. De kontrollerte kliniske studiene har vist at begge vaksinene er 100 prosent effektive mot utvikling av alvorlig celleforandringer i livmorhalsen (CIN 2/3 og ACIS) som er forårsaket av HPV 16 eller 18. Den ene vaksinen som også beskytter mot HPV 6 og 11, har vist 99 prosent effekt mot utvikling av kondylomer. Det er forventet at de nåværende HPV-vaksinene om noen år vil bli erstattet av en ny generasjon vaksiner, og disse vil kunne beskytte mot en større andel av cervixcarcinomene.

En ekspertgruppe oppnevnt av Nasjonalt folkehelseinstitutt har nylig publisert en rapport om bruk av HPV vaksine i Norge ([www.fhi.no](http://www.fhi.no)). For å oppnå full effekt må HPV vaksinen settes før seksuell debut. Seksualvaneundersøkelser i Norge har vist at median alder for seksuell debut er 16 år. Ekspertgruppen har derfor anbefalt at HPV vaksine implementeres i barnevaksinasjonsprogrammet for jenter i aldersgruppen 11–12 år, og at også jenter i aldersgruppen 12–16 år bør tilbyes vaksine. Vaksinasjon av kvinner i alders-

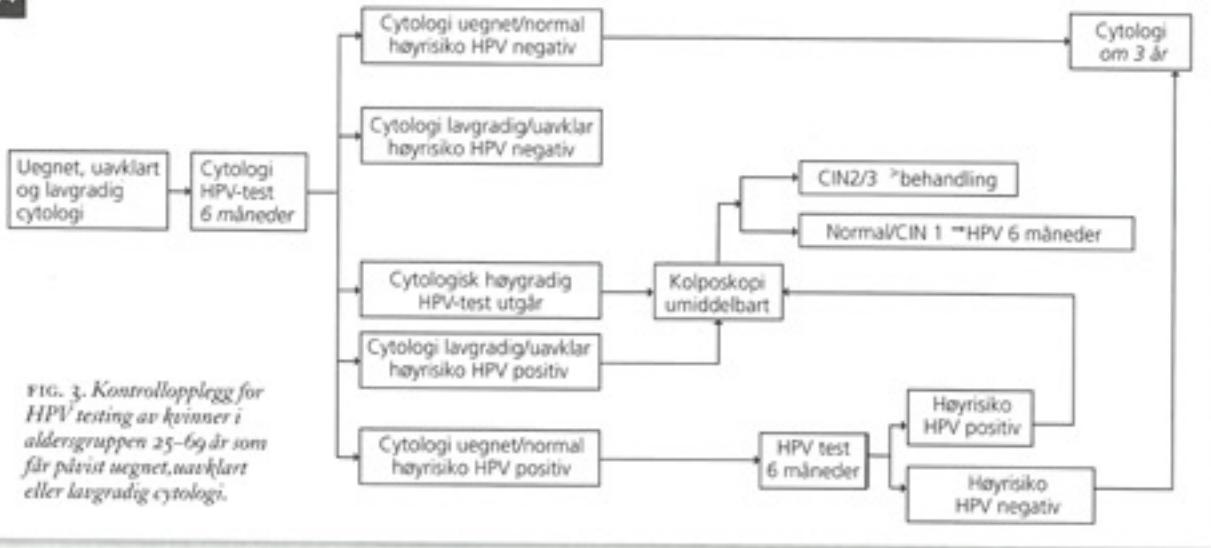
FIGUR 2B. Biopsier fra cervix med forstadium (ACIS) og adenocarcinom. FOTO: AKLE



Adenocarcinoma in situ (ACIS)



Adenocarcinom



gruppen 16–26 år kan være aktuelt på individuell indikasjon; dette må avklares i samtale mellom den enkelte kvinne og hennes lege. Siden vaksinen bare beskytter mot ca. 70 prosent av de kreftfremkallende HPV typene er det viktig at de vaksinerte kvinnene fortsatt følger screeningprogrammet. På det nærværende tidspunkt foreligger det ikke tilstrekkelig dokumentasjon til å anbefale generell vaksinasjon av gutter. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn og kvinner > 26 år. Folkehelseinstituttet har sluttet seg til disse anbefalingene, og nå blir det opp til våre politikere og myndigheter å stemme om HPV vaksine skal implementeres i barnevaksinasjonsprogrammet, og om dette vil være kostnadseffektivt i Norge. For å kunne kartlegge virkningen av HPV-vaksinasjon på befolkningsnivå, er det av avgjørende betydning at det blir rapporteringsplikt for HPV vaksine til det nasjonale vaksinasjonsregisteret, SYSVAK.

## Konklusjon

I regi av Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft pågår det en prøveperiode med HPV testing som sekundærskanning hos kvinner i aldersgruppen 25–69 år som får påvist uegnet, uavklart eller lavgradig cytologi. Resultat av HPV testingen er meldepliktig, og Kreftregisteret vil evaluere resultatene før endelige retningslinjer for HPV testing vil bli gitt. I henhold til internasjonale anbefalinger frarådes foreløpig HPV som primærskanning. Legene oppfordres til å følge de nasjonale retningslinjene. Det gies ikke refusjon for HPV testing som taes utenom de anbefalte retningslinjene.

HPV vaksinen som til nå har markedsføringstillatelse i Norge beskytter ikke mot alle HPV typene som kan gi livmorhalskreft. Derfor må screeningprogrammet mot livmorhalskreft opprettholdes. Siden vaksinen bare er gitt til et begrenset antall personer og observasjonstiden er kort, er langtidsstudier nødvendig for å følge effekt, varighet og eventuelle alvorlige bivirkninger av vaksinen. HPV vaksinen er forebyggende og bør derfor gies før seksuell debut. Det er ennå ikke avgjort om HPV vaksinasjon skal implementeres i barnevaksinasjonsprogrammet i Norge.

## Referanser

1. zur HH, Meinhof W, Scheiber W, Bornkamm GW. Attempts to detect virus-specific DNA in human tumors. I. Nucleic acid hybridizations with complementary RNA of human wart virus. *International Journal of Cancer* 1974;13:650–6.
2. zur Hausen H. Condylomata Acuminata and Human Genital Cancer. *Cancer Research* 1976;36:794.
3. Cuzick J, Mayrand MH, Ronco G, Snijders P, Wardle J. Chapter 10: New dimensions in cervical cancer screening. *Vaccine* 2006;24 Suppl 3:S90–S97.
4. Lie AK. Human papillomavirus som årsak til kreftutvikling. [Human papillomavirus as a risk factor in carcinogenesis]. *Tidsskr.Nor.Lægeforen.* 2000;120:2771–6.
5. Lie AK, Bjørge T, Helland A, Hagen B, Skjeldstad FE, Hagmaar B et al. Kan testing og vaksinering for human papillomavirus forebygge livmorhalskreft? [Can human papillomavirus testing and vaccination prevent cervical cancer?]. *Tidsskr.Nor.Lægeforen.* 2001;121:2947–51.
6. Bosch FX, de Sanjose S. Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer – burden and assessment of causality. *J.Natl.Cancer Inst.Monogr* 2003;3–13.
7. Munoz N, Castellsague X, de Gonzalez AB, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine* 2006;24S3:S1–S10.
8. International Agency for Research on Cancer (IARC). Handbook of Cancer Prevention. Volum 10. Cervix Cancer Screening. *IARC Press*, Lyon 2005.
9. Woodman CB, Collins SI, Young LS. The natural history of cervical HPV infection: unresolved issues. *Nat.Rev.Cancer* 2007;7:11–22.
10. Arbyn M, Sasieni P, Meijer CJ, Clavel C, Koliopoulos G, Dillner J. Chapter 9: Clinical applications of HPV testing: A summary of meta-analyses. *Vaccine* 2006;24 Suppl 3:S78–S89.
11. Koliopoulos G, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Kyrgiou M, Pindiville W, Paraskevaidis E. Diagnostic accuracy of human papillomavirus testing in primary cervical screening: a systematic review and meta-analysis of non-randomized studies. *Gynecol.Oncol.* 2007;104:232–46.
12. Davies P, Arbyn M, Dillner J, Kitchener HC, Meijer CJ, Ronco G et al. A report on the current status of European research on the use of human papillomavirus testing for primary cervical cancer screening. *International Journal of Cancer* 2006;118:791–6.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
kathlie@online.no



# Telemedisin som samhandlingsredskap – muligheter og utfordringer

AV ELLEN RYGH

I mitt arbeid med telemedisin jobber jeg med helsetjenestevikling, slik at pasientene kan få tilgang til tjenestene nærmest mulig der de bor. Dette innebefatter utfordringer for rutiner og vaner for samhandling, både mellom sykehus, men også mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. Telemedisinske tjenester er best kjent i Nord-Norge, siden det var her utviklingen startet opp for drøye ti år siden. En av de største suksessene har vært teleradiologien, med den tilhørende utviklingen av Nordnorsk helsenett, som senere er blitt til Norsk helsenett. Særlig i Nord er det mange primærleger som har vært involvert i telemedisinske prosjekter. Mange er positive, men noen er også skeptiske til nytteverdien. I andre landsdele møter jeg oftere behovet for å forklare hva telemedisin innebefatter. I denne artikkelen vil jeg oppsummere noe av feltet og peke på de viktigste utfordringene.

## Hva menes med telemedisin?

Telemedisin er et vidt begrep, men i korthet handler det om IKT-løsninger for å gi likeverdige helsetilbud til alle, uavhengig av tid og sted. Et annet mye bruktt begrep er e-helse. En vid definisjon er: «Medicine practiced at a distance. It therefore encompasses diagnosis, treatment and medical education.» (1)

Telemedisin som samhandlingsredskap kan brukes for å understøtte fagnettverk og fordele tilgjengelig kompetanse på tvers av geografi, institusjonsgrenser og forvaltningsnivåer. Personellressurser kan frigjøres gjennom redusert reisevirksomhet, og ressursene kan omsettes til mer pasientbehandling. Telemedisin kan bidra til bedre samhandling, f.eks ved hjelp av elektronisk informasjonsutveksling, som henvisning, epikrise, labsvar, røntgen osv. Video- eller webkonferanser, hvor det også kan overføres monitoringsdata, stillbilder eller videoopptak er i bruk i dag. Ny teknologi åpner for nye samhandlingsmuligheter. Moderne mobiltelefoner kan gi muligheter for å holde konferanser og overføre lyd og bilder via trådløse nettverk over hele kloden. I fremtiden vil mer sensorbasert teknologi også bli vanlig, noe som gir muligheter for monitorering av pasienter, enten



**Ellen Rygh**

Seniorrådgiver ved Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø, et kompetansesenter tilknyttet Universitetssykehuset i Nord-Norge. Tidligere vært sykehuslege, kommunellege og fylkeslege i Aust-Agder. Som samfunnsmedisiner har jeg vært opprettet av folkehelsespørsmål og helsetjenestenes fordeling, tilgjengelighet og kvalitet.

de oppholder seg i hjemmet, på hytta eller på ferie i utlandet. Fjernundervisning av helsepersonell på video og på nett er i dag utbredt. På samme måte gir undervisning og veiledning av pasienter økte muligheter for mestring av egen sykdom.

I Norge er det flere kunnskapsmiljøer som er involvert i utvikling og innføring av telemedisin. Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø, NST, driver med utviklingsprosjekter og forskning på telemedisin, og er også WHO Collaborating Centre for Telemedicine. Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal, NSEP, ved NTNU i Trondheim driver tverrfaglig forskning og kunnskapsutvikling i anvendelsen av EPJ-systemer. KITH i Trondheim arbeider spesielt med å utvikle standarder for sikker elektronisk samhandling, og har i tillegg flere nasjonale prosjekter innen telemedisin. KoKom i Bergen jobber spesielt med den medisinske nødmeldetjenesten. Også Intervensjonssenteret ved Rikshospitalet har flere telemedisinske prosjekter på gang. Videre finnes det lokale telemedisinske prosjekter flere andre steder i landet.

En av telemedisinens gründere i Norge, tidligere kommunellege i Alta, Daniel Haga, sier i et intervju med Utposten: «Skal man jobbe med telemedisin, må man ha klart for seg at det er et virkemiddel... Man må først identifisere problemet og så se hvordan telemedisin kan brukes på problemet.» (2) Det vanligste telemedisinske verktøyet vi bruker i helsevesenet i dag, er trolig telefonen. Denne er så integrert i daglig bruk, at vi ikke tenker på den som telemedisin. Faktisk er det slik at når telemedisinske tjenester blir helt



Dialyse med telemedisinsk veiledning mellom Alta og Universitetssykehuset i Tromsø. FOTO: NTB



Desentralisert spesialistkonsultasjon på videokonferanse sammen med primærlegen. Foto: NTB

dagligdagse, så omtales de ikke lenger som telemedisin. Digitalisert overføring av røntgenbilder og organiseringen av prehospital trombolyse er eksempler på dette.

Når vi snakker i telefonen, må begge parter være til stede samtidig, altså et eksempel på en synkron tjeneste. Videokonferanse er også synkron, men har potensial for å gi mye mer informasjon enn vanlig telefon. I helsevesenet er det utstrakt bruk av telefon, mens det er mer motstand mot å ta i bruk videokonferanse. Dette kan skyldes at til nå har slike utstyr vært mindre tilgjengelig og lite stabilt de fleste steder. Med moderne utstyr med gode og driftssikre overføringer og bedre tilgjengelighet, kan potensialet for samhandling på videokonferanse bli bedre utnyttet, også til pasientkonsultasjoner.

### Forutsetninger for å ta i bruk telemedisin

Erfaringer viser at det er flere utfordringer i spredning av telemedisin. I daglig praksis handler det ikke bare om teknologi og infrastruktur, men i minst like stor grad om organisatoriske prosesser, om forankring i rutiner og prosedyrer og om endringer i vaner og holdninger. Også inntekts- og utgiftsfordelingen mellom partene spiller en viktig rolle. For eksempel er det i dag takster for sykehus, men ikke for allmennleger som anvender telemedisin.

For å hente ut samhandlingspotensialet som ligger i telemedisinske løsninger, må infrastrukturen være på plass, og alle aktørene som skal samhandle, bør ha tilgang til Helsenettet. Båndbredden mellom aktørene bør være tilstrekkelig, helst slik at vidokonferanser er IP-baserte. Det bør også etableres gode supporttjenester rundt VK-tjenestene. Dette er de ideelle forutsetningene. Dagens virkelighet mange steder er at det er problemer med båndbredde, oppkoppling til Helsenettet og manglende kompatibilitet på utstyr og programvare. Det er også viktig at teknologien ikke føles tungvint, eller fører til dobbeltarbeid. For eksempel jobbes det med å få meldinger med vedlegg som lyd og bilder integrert i journalsystemene, slik at de kan lagres direkte.

### Eksempler på telemedisinsk anvendelsesmuligheter

#### Planlagte online konsultasjoner

Video- eller webkonferanser med helsepersonell/pasient til stede kan benyttes til fjernkonsultasjoner med spesialist. Dette er relativt vanlig noen steder, for eksempel i konsultasjon med hudspesialist eller psykiater. Ofte egner det seg best når pasient og behandler kjenner hverandre fra før, for eksempel i ettervern etter innleggelse. Ved teledialyse kan nyrelege overvake dialyser, ha fjernvisitt med pasienter og gi veileder til personalet på dialysesatellittene. I alle disse tilfellene er gevinsten at enten slipper pasienten å reise, eller det gir reduserte ambuleringsbehov for spesialisten. Noen ganger er allmennlegen involvert i slike fjernkonsultasjoner, andre ganger er det tilstrekkelig med spesialtrenet helsepersonell.

#### Ad hoc online konsultasjoner

Dette kan være aktuelt å benytte i akutte eller halvakutte situasjoner, der det tilkalles kompetanse etter behov fra mer kvalifiserte fagfolk. Partene har på forhånd avtalt rutiner for kommunikasjon og måter å være tilgjengelige for hverandre på. Eksempler er situasjoner hvor generalister trenger tilgang på spisskompetanse, og hvor tilleggsinformasjon som røntgenbilder, blodutstryk, EKG osv. kan overføres. I tillegg kan det være aktuelt å snakke med og undersøke pasienten sammen, for eksempel ved uklare tilstander hos barn hvor en vurderer om det er nødvendig med overføring til barneavdeling eller ikke. Et annet eksempel er akutt hjerneslag, hvor det kan overføres røntgenbilder og arrangeres felles undersøkelse av pasient som beslutningsstøtte for eventuell trombolysebehandling.

I Finnmark tester man ut slike løsninger i VAKe-prosjektene (3,4), hvor akuttmedisinsk kompetanse gjøres tilgjengelig på lokalsykehus og i sykestuer. Tiltakene skal også bidra til optimal logistikk ved avgjørelser om overflytninger, slik at pasientene raskere kan sendes til riktig nivå.

### Planlagte offline konsultasjoner

En lege kan for eksempel sende en henvendelse til en annen, uten at begge behøver å være til stede samtidig. Eksempel på dette er hjertebilyd på barn hvor en sender en lydfil til barnelegen, øyebunnsscreening av diabetikere og teledermatologi, hvor det kan sendes over digitale bilder eller video. Tjenestene kan også organiseres som en «Evakt», der det gis svar etter en avtalt responstid.

### Utskrivningsmøter, oppfølging etter utskrivning

Ved overføring av pasienter mellom to organisatoriske enheter kan man arrangere videokonferanser for å følge opp pasientene, for eksempel i det kommunale tjenesteapparatet. Prinsippet er også egnet ved overføring av pasienter til sykestuer og intermediarenheter etter sykehusopphold. Slik samhandling gir mulighet for mer kontinuitet i oppfølgingen og kan hindre svingdørspasienter. Videomøter kan videre være spesielt nyttig som supplement til ambulering for palliative team, rehabiliteringsteam, geriatriske team osv, der det er store reiseavstander. Dette er spesielt egnet der flere faggrupper og personer skal høre og forstå samme informasjon samtidig.

### Oppfølging av pasienter i hjemmet

Ved hjelp av internettbaserte videokonferanser kan helsepersonell og pasient møtes virtuelt i pasientens stue, gjerne med TV som grensesnitt. Denne teknologien er prøvd ut i prosjektet Min helsestasjon (5) på pasienter med diabetes og KOLS, men kan egne seg også for andre pasientgrupper, som kreftpasienter som skal følges opp av palliative team, rehabiliteringspasienter osv. Det er også mulighet for å overføre medisinske monitoringsdata, pasientene kan få individuell veiledning, og i tillegg kan de følge opplæringsprogram og delta i samtalegrupper med andre pasienter.

### Utdanning, kompetanse- og erfaringsutveksling

Dette er et annet av telemedisinens sukcessområder, fra nettbaserte utdanningsløp med f.eks. problembasert læring i grupper, til online forelesninger og flerpunktikonferanser og til såkalt streaming eller opptak av kurs og forelesninger. På Senter for telemedisin er dette et tilbud på Undervisningsportalen, [www.Helsekompetanse.no](http://www.Helsekompetanse.no). Her kan man finne nasjonale tilbud om etablerte kurs og fagnettverk, men man kan også lage nye kurs og diskusjonsforum ved

Kommuneloge Helge Bjørn (til venstre) deltar i akuttmedisinsk øvelse i telemedisinsk samhandling mellom sykestua i Honningsvåg og Hammerfest sykehus. FOTO: ODDVAR HAGEN, NST





Overføring av digitalt bilde av leggsår for veiledning. FOTO NTB

behov. Fordelen med denne løsningen er at den tilbyr ett felles utviklingsverktøy og gir mulighet for å gjenbruke det som allerede er laget av innhold.

### Samhandling og behovet for en helhetlig helsetjeneste

«Samhandlingens kjerne er at man på gjensidig vis innfører samarbeidspartners behov, for at sluttresultatet skal bli bedre enn om hver av partene utfører oppdrag alene.» (6)

For pasienter og pårørende kan bedre samhandling innebære tydeligere ansvarspllassering og mer sammenhengende pasientforløp. I faglig perspektiv kan bedre samhandling bety flere faglige utfordringer og mer likeverdighet, bedre informasjonsutveksling og beslutningsstøtte. I primærhelsetjenesten kan dette medvirke til mindre faglig isolasjon og bedre stabilitet og rekryttering til distriktsene. Ved å bidra til desentralisering av spesialisttjenester kan telemedisin medvirke til at unødvendige og belastende pasienttransporter unngås, og til å effektivisere og supplere ambulante tilbud.

For å oppnå samhandlingsgevinster med telemedisin bør man fokusere på hele pasientforløpet, dvs. hele kjeden fra den første kontakten til primærlegen, til spesialist og sykehus og tilbake igjen, på tvers av forvaltningsnivåene. Pasientens egenomsorg og mestring av sin livssituasjon inngår også i denne kjeden. Ved hjelp av telemedisin trenger ikke pasienten bevege seg fysisk mellom instansene, men kan få tilgang til tjenester og informasjon via egnede tiltak.

### Telemedisin ved distriktsmedisinske sentre, intermedieavdelinger og sykestuer

I sykestueprosjektet i Finnmark får sykestuene i Alta, Vadsø, Nordkapp og Båtsfjord et tettere samarbeid med lokalsykehusene i Hammerfest og Kirkenes. (7) Det faglige tilbuddet i sykestuesengene er utredet av en arbeidsgruppe ledet av kommunelege Helge Bjørn i Nordkapp kommune.

Han uttaler at «En klassisk sykestuepasient er en som ellers ville ha vært på sykehus.» (8) Det er utarbeidet rutiner og prosedyrer for hvilke pasienter som skal definieres inn i disse sengene, og for samhandling mellom sykestue og sykehus. Det skal bla. benyttes videokonferanser både i rutine- og i akutte situasjoner, herunder mobilt utstyr som kan trilles helt inn til sykesenga og benyttes til fjernvisitt. Likeledes er det installert videokonferanseutstyr på akuttrommene på sykestuene og i akuttmottak på lokalsykehusene. Hensikten er et tettere samarbeid mellom spesialist og primærlege som kan gi raskere utskrivninger fra sykehuset. Videre er hensikten at det kan hindre unødvendige innleggelse og eventuelt styre akutte overføringer av pasienter raskere til riktig nivå.

Fosen avdeling for observasjon og etterbehandling i Sør-Trøndelag har totalt åtte døgnplasser, der to av disse er observasjonssenger forbeholdt akuttinnleggelse fra legevakt. Det er innført daglige felles morgenmøter med medisinsk avdeling på Orkdal sykehus på videokonferanse. Her blir pasientene droftet før overføring fra sykehuset og videre i behandlingsforløpet ved etterbehandlingsenheten. (9) Speiselt nyttig er samhandlingen omkring akutte pasienter innlagt i observasjonssengene og akuttmedisinske problemstilinger hos rehabiliteringspasientene. Fordelen med disse telemedisinske fellesmøtene beskrives ved at mange av pasientene har sammensatte problemstilinger, og at hele faggruppen ved medisinsk avdeling kan gi innspill til behandlingen. Merverdi ved videomøtene er også at det etableres ett felles team mellom behandlerne på Fosen og Orkdal. De fem til ti minuttene som går med til dette felles morgenmøtet, sparer legen på Fosen for mangfoldige telefoner til enkeltpesialister i løpet av dagen. (10)

### Utfordringer

Erfaringer tilslirer at telemedisin kan virke både desentralisende og sentralisende. Tjenester kan desentraliseres ved at helsepersonell ute blir lært opp og veiledd i å utføre nye oppgaver, som f. eks. innen dermatologi/lysbehandling eller teledialyse. På den annen side kan tjenester bli sentralisert ved at ulike fagfolk kan utføre tjenester på avstand, noe som kan føre til at det er de sentrale fagmiljøer som blir styrket, mens perifere fagmiljøer svekkes ved at de ikke får tilført eller beholde spisskompetanse. Når spesialisthelsetjenester desentraliseres slik at pasienter/spesialister slipper

Mobil videokonferanseenhet som kan brukes til pasientkonsultasjoner, til faglige møter og til undervisning. Denne har også tilkoblet en medisinsk overvåkningseinhet.

I akuttrommet er det også et takkkamera over sengen.



å reise, kan dette medføre nye oppgaver og mer belastning for primærlegene. Når de i tillegg kanskje ikke får betalt for de nye oppgavene, kan resultatet være at det bare er spesielle ildsjeler og teknologifriker som er villige til å ta tjenestene i bruk.

Ulike deler av helsetjenestene er følsomme for slike endringer av pasientstrømmer og arbeidsoppgaver. Vi har sett at lokalsykehus kan føle seg truet dersom telemedisin medvirker til at spesialister ikke lenger trenges perifert, og nye stillinger i stedet opprettes sentralt. På den andre siden ser vi også at telemedisin kan bidra til stabilitet og rekryttering i distrikten ved å gi faglig støtte og ryggdekning til små og sårbare fagmiljøer, og ved at mer av et utdanningsløp kan foregå desentralt.

### Avslutning

Dette er noen av de mangfoldige anvendelsesområdene som telemedisin kan brukes til. Innføring av nye arenaer for samhandling og nye måter å dele ansvar og kommunisere på er utfordrende, og krever forankring på alle nivåer. Det som passer i én region, passer ikke nødvendigvis i en annen, slik at det er viktig med «skreddersøm» ved innføring av nye tjenester. For meg personlig er telemedisin blitt en ny måte å møte samhandlingsutfordringer på.

*Morgenmøte på video. Kommunelege Morten Jensvold og sykepleier Liz Raaken på Fosen får råd fra sekjonsoverlege Sigfried Guttmann på Orkdal sykehus. FOTOGRAF CHRIS GULDBERG, ST. OLAVS HOSPITAL*



*Spesialisten på Hammerfest sykehus veileder akuttteamet i Honningsvåg under øvelsen. FOTOGRAF MARIT KVARLUM, HELSE FINNMARK*

### Referanser

- 1 Journal of Telemedicine and Telehealth
- 2 Utposten nr 1 2003
- 3 Prosjektrapport Videosbasert Akuttmedisinsk Konferanse (VAKe) ISBN 82-92092-75-7
- 4 VAKe Finnmark. Prosjekt NST 2005-2006 [http://www.telemed.no/styrking-av-den-akuttmedisinske-kjeden-videobasert-akuttmedisinsk-konferanse-i-finnmark-vake-finnmark\\_290853-4357.html](http://www.telemed.no/styrking-av-den-akuttmedisinske-kjeden-videobasert-akuttmedisinsk-konferanse-i-finnmark-vake-finnmark_290853-4357.html)
- 5 Min helsestasjon. Prosjekt NST <http://www.telemed.no/index.php?id=364258>
- 6 Lokalsykehusenes fremtidige rolle. Rapport utarbeidet av arbeidsgruppe nedsett av Legeforeningen 2006.
- 7 Telemedisin som samhandlinguredskap mellom sykestuer og sykehus i Finnmark. <http://www.telemed.no/index.php?id=257729>
- 8 Helse Finnmark. Nyhetsbrev 1-2006
- 9 Se referat i Internavisen Pulsen for St. Olavs Hospital nr. 4/2006; [http://www.stolav.no/stolav/resources/pulsen4\\_2006.pdf](http://www.stolav.no/stolav/resources/pulsen4_2006.pdf)
- 10 Uttaleser på prosjektmøter. Prosjekter er for øvrig evaluert av Ernst og Young/Høgskolen i Sør-Trøndelag; <http://www.helse-midt.no>

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
[ellen.rygh@telemed.no](mailto:ellen.rygh@telemed.no)





*BOK* anmeldelser

# Överlevnadshandboken

AV EVA DE FINE LICHT, *Foca VC*

1975 bildade några vänner och jag en studiecirkel för att studera Seymours stora bok om «Självhushållning», i sann gröna vägen anda. Det var en bok som täckte in livets alla behov, från hur man föder barn utan assistans, till hur man kokar tvål och gräver en latrin. Det är lite med samma känsla jag nu läser Hundskärns Allmänläkarbibel. Med denna bok under armen är man redo att var som helst, när som helst, starta sin allmänläkarmottagning och sannolikt klara det med glans. Innehållet spänner över allt från utrustningen på din mottagning till aspekter på hur vi kan påverka primärvårdens framtida utveckling ideologiskt och praktiskt. 2,7 kg koncentrerad visdom ligger som ett nyfött spädbarn i din famn att utforska och dela livet med. Jag har med glädje brottats med detta storverk de senaste tre månaderna. En högersidig karpaltunneloperation höll på att omintetgöra min strävan, för det här är ingalunda lätt litteratur – rent fysiskt sett.

Dr. med. Steinar Hunskaar, allmänläkare och professor i allmänmedicin vid universitet i Bergen har varit huvudredaktör för den norska boken som sedan bearbetats för svenska förhållanden under ledning av Birgitta Hovelius, som är distriktsläkare och professor vid allmänmedicinska fakulteten vid universitetet i Lund. Till Birgittas hjälp har funnits ett imponerande kollegium svenska allmänläkare från hela landet, som tillsammans utgör en garanti för kvalitet och förankring i den allmänmedicinska vardagen. Här medverkar många av dem som sista decenniet skapat vår identitet som allmänläkare.

Boken är indelad i en rad sinsemellan olika delar; «Allmänmedicin –teori och praktik», «Viktiga organövergripande symtom», «Sjukdomar i kroppens organ», «Allmänmedicinen i ett livsperspektiv» samt «Att vara familjeläkare/allmänläkare».

Allmänmedicinen som företeelse är ett svärfängat begrepp. Genom att tolka vår allmänläkarroll ur många olika synvinklar vävs en väv som till slut definierar vår specialitet. Att se patienten och hans bekymmer utifrån ålder, livssituation, symptom, besökstyp, kultur och socialt sammanhang, men alltid först och främst som individ i ett respektfullt möte, omfattar vi till slut den helhet som vi eftersträvar. «Allmänmedicin finns där liv och lidande möter medicinsk teori och praktik».

I kapitel efter kapitel lotsas vi genom de olika aspekterna av konsultationen. Som allmänläkare med 18 år i yrket känner jag



«Allmänmedicin»,  
Steinar Hunskaar (red.), Birgitta Hovelius  
(red. Sverige), Studentlitteratur 2007,  
ISBN 978-44-02798-2

mig oerhört bekräftad. Det jag mödosamt under årens lopp förvärvat av erfarenhet finns här lägmält formulerat, enkelt och självklart, hela tiden med en oerhörd respekt för hur svårt det ofta är att i vardagen hitta rätt. «Vilken tröst evad som faller på...»

Som handledare till unga kolleger försöker vi ju förmedla ett sätt att tänka mer än kunskapen i sig. Det kapitel i boken som handlar om hur man sätter diagnos bekräftar och befäster denna strategi på ett mycket pedagogiskt sätt. Man tvingas se tillstånden förutsättningsslöst för att först efter omsorgsfull begrundan landa i en diagnos. De läroböcker i medicin jag tidigare läst har innehållit listor med symptom, där man utgår från en diagnos, och sen prickar av symtomen allt eftersom. Här tvingas man istället se symtomen i relation till en sannolikhetsberäkning baserad på kön, ålder, sjukdomsfrekvens i olika befolkningsgrupper etc, men som också inkluderar tiden som en parameter. Man landar i en praktisk handläggning och strategi för ett helt terapeutiskt förlopp – en relation över tid. Förslag till behandling inkluderar även praktiska råd direkt till patienten om hur han skall handha sitt tillstånd. Att bot inte alltid är möjlig inkluderas som en fullständigt naturlig del i beskrivningen.

Författarna lägger stor vikt vid kunskaper i sjukdomars vanlighet och riskbedömningar baserade på livsstilsfaktorer, arbete och exponering. Man poänger gäng på gäng ett salutogenetiskt tankesätt och faran av att framkalla sjukdomsidentitet. De fallbeskrivningar som genom boken illustrerar de olika avsnitten är inga typfall, utan verklighetstrogn situationer precis så luddiga och otypiska som vi finner dem på mottagningen.

Boken spänner från djup livsfilosofi till härligt praktiska avsnitt runt den aggressive eller besvärlige patienten eller «Hur man får patienten att gå». Man får punktvisa program rörande rökav-vänjning och Waranordinering. Man får råd

på olika nivåer beroende på de resurser man har tillgång till. Befriande att även folkliga namn på äkommorna listas; torsk, svinkoppor med mera. I sitt uppsätt att vara heltäckande blir en del avsnitt lite konstlade; till exempel avsnittet i hur man inredar och utrustar sin mottagning och sitt laboratorium. Man är ju sannolikt inte ren novis när man står inför en nytablering. Balansen mellan vidd och djup blir en nästan omöjlig akt när man tar sig an ett projekt av den här digniteten.

För vem är boken skriven? Jag ser den som en utmärkt introduktion till medicinen överhuvudtaget. Börjar man som ny AT läkare tänka på det sätt som skisseras här, så blir man en duktig kliniker även om man väljer en helt annan specialitet än vår. Varje ST-läkare i allmänmedicin borde ha den på sitt bord som ledning och tröst. Den glädje som förmellats trots komplexiteten kan verka ångestdämpande på den mest ambitiösa utbildningsläkare. Det finns en väg genom det diffusa mot en klar strategi. Just att man betonar strategier istället för slutslöningar är befriande.

Boken fungerar också utmärkt som litteratur i en FQ-grupp. De mer generella kapitlen kan locka till samtal på en etisk och mer filosofisk nivå. Strategikapitlen bekräftar vår tysta kunskap och ger den ett språk. Texten genomsyras av en stor respekt både för patienten och den väldemantande läkaren, en empati och förståelse för svårigheterna i diagnosprocessen.

Boken är också ett historiskt dokument över var vår primärvård står 2007, och vart vi är på väg – en samlad bild av vår vardag. Varje landsstingspolitiker och primärvårdsdirektör borde läsa den.

Här ligger också bokens svaghet. Den är högaktuell, men hur länge? De statistiska partierna är för det mesta bra uppdaterade men inte alltid, och äldrade listor känns inte tillförlitliga. Det norska skiner ibland igenom men är inte störande.

De mer generella kapitlen runt strategi, konsultationen och liknande har ju mer beständande relevans. De rena sjukvårdskapitlen med sin fokusering på statistik är mer tidsmässigt sårbara och har mer tydligt «bäst före» datum. Det gör inte boken sämre idag – men kanske i morgon.

En närbaserad text hade varit lättare att uppdatera och lättare att bärta runt i sin ryggsäck. Samtidigt är boken med sin tyngd ett bevis på handfastheten i vår kunskap. Jag är mycket glad och imponerad över det fantastiska arbete som våra kollegor under Hunskärs och Hovelius ledning utfört. Läs den medan den fortfarande är varm och rykande!

Eva de Fine Licht, Floda VC



Evt. spårsök och kommentarer kan rettas till:  
eva.de\_fine\_licht@vgregion.se

## C Ebixa "Lundbeck"

Mittel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

**DRÄPER**, opplösning 10 mg/g: 1 g innehåller: Memantinhydroklorid 10 mg tillsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vatten. TABLETTER, filmdräpta 10 mg: Hver tablett innehåller: Memantinhydroklorid 10 mg tillsv. memantin 8,31 mg, taktose, hjelpestoff. Med delestruk. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat till alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bör 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 monitere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i sted og gjeldende retningslinjer. Volksveileder: Mak: daglig dose er 20 mg. Risiko for blivkninger reduseres ved å gradvis øke doses med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en 1/6 tablet/10 draper om morgen) i den første uken, 10 mg daglig i den andre uken (en 1/5 tablet/10 draper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablet/20 draper om morgen) og fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose opp til 20 mg daglig (1 tablet/20 draper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt myrefunksjon (kreatinin clearance <40–60 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>) 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 kramppefall eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller dekstroketamofan bar unngås pga. økt risiko for blivkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (feks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort innslag av synapsynteraliseringe midler, renal tubular acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bar pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesykt (NYHA-klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøy. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsætte evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsverven, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effekten av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrasjon 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 dekstroketamofan bar unngås pga. risiko for farmakotoksalisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, propantheline, kinin og nikotin innebefatter en mulig risiko for økte plazmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklorizatid eller kombinasjonspreparater med hydroklorizatid er mulig. Enkeltilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøyemonitoring av protrombinet eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta. Risiko ved bruk under graviditet ikke klarlagt. Bar derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøyde vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skiller ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofili stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Blivkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Høyprige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppele. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodopeine og somnolens. Mindre høyprige: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormalgang. Øvrige: Tretthet. Kramppefall er rapportert svært sjeldent. Enkeltilfeller av psykotiske reaksjoner og parkreativitet er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvordstyrke og selvmod og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSENING/TOFGIFTNING:** Symptomer: I ett tilfelle av overdose (selvmordsforsøk) overlevde pasienten innslaget av opp til 400 mg memantin (oral) med virkninger på sentralnervesystemet (rastslas, psykose, synhallusinasjoner, krämper, somnolens, stupor og bevisstlehet) som gikk tilbake uten varige mén. Behandling: Bør være symptomatisk. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Memantin er en spennings-avhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptor-antagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanism: Ved neurodegenerativ demens er det i akutte grad bevis for at svikt i glutamaterg neurotransmitter, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økt spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. Absorpsjon: Absolutt biaktivitet ca. 100%. Tmax oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrationsjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. Proteinbinding: Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolym ca. 10 liter/kg. Halveringstid: Memantin elimineres monoenzymerisk med terminal t½ på 60-100 timer. Total clearance (Cltot) 170 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisert urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. Metabolisme: Ca. 80% gjennføres som modensubstanse. Hovedmetabolitten er inaktiv. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPBEVARING OG HOLDBARHET:** Draper: Åpnet flasker bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Draper: 50 g kr 798,-/10. Tablett: 30 stk. kr 528,-/60, 50 stk. kr 792,-/10, 100 stk. kr 1549,-/80.

Basert på godkjent SPC april 2006. Priser pr. 01.01.2007

**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) Gauthier S int [Ger Psychiatry 2005; 20:459-464] 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. *Pharmacoeconomics* 2003; 21 (5): 1-14.



H. Lundbeck A/S  
Strandveien 15  
Postboks 361  
1326 Lysaker  
Tel: +47 63 77 00  
Fax: +47 63 77 07  
[www.lundbeck.no](http://www.lundbeck.no)

# Lyrikk

## En Lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Takk for utfordringen til lyrikkspalten i Utposten.  
Jeg velger mitt favoritt dikt *Ord over grind* av  
Halldis Moren Vesaas.

Fire vers som for meg forteller så vakkert om relasjonen mellom mennesker. Kunsten å være nær, men likevel ha respekt for hverandres grenser. Behovet og nødvendigheten av et eget rom , men likevel bli sett.

Netttopp denne fine balansen gir mening i lege pasientforholdet så vel som i livet ellers.

Jeg utfordrer min gode venninne og kloke kollega  
Mari Kristin Johansen , allmennlege i Bodø.

Vennlig hilsen  
Hilde Janbu

## Ord over grind

Du går fram til mi inste grind  
og eg går og fram til di.  
Innanfor den er kvar av oss einsam,  
og det skal vi alltid bli

Aldri trenge seg lenger fram,  
var lova som galdt oss to.  
Anten vi møttest titt eller sjeldan  
var møtet tillit og ro.

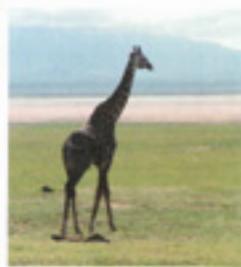
Står du der ikkje ein dag eg kjem  
fell det meg lett å snu  
når eg har stått litt og sett mot huset  
og tenkt at der bur du.

Så lenge eg veit du vil kome iblandt  
som no over knastrande grus  
og smile når du ser meg her,  
skal eg ha ein heim i mitt hus.

Halldis Moren Vesaas



# Lars og løkka på Løkka



Lars er snart 50 og har vært «kjøret» siden han var 14. Han vanker på Grünerløkka her hos meg i Oslo indre øst. Mager, sliten, deprimert, subber av sted med knekk i knærne, ingen ører å stikke i, inn og ut hos feltpleien og på sykehuss for å få skjært i abscessene etter de intramuskulære skudlene. Stort blandingsmisbruk. Har prøvet alt – og kan alt om alt man kan ruse seg med. Fri tilgang på tabletter fra venninna, men han har «Konntroll» og er «Sjefen» og «veit hvordan detta skal gjøres doktor!»

**NETTVERK:** Mor, søster, bikkja hans! (Velstelt, passe dressert og trygg Collie). **LAR-teamet** i tredje forsøk (2004): Lars, Lar-øst, ruskonsulenten i bydel, klinisk psykolog og meg. **MÅL:** Minst mulig blandingsmisbruk. Ikke urintester. Møter i teamet ved behov. Tett kontakt Lars, NAV sosial og meg.

Hvorfor blir jeg med på dette? Jeg er fastlegen hans. Lars har valgt meg. Vi skal forsøke å få til et samarbeid om hans helse- og sosiale problemer. Et viktig oppdrag for meg som lege er å forsøke å hjelpe de som har det vanskeligst. Det gjør hverdagen min som fastlege meningsfylt, men jeg føler sterkt at jeg går på akkord med meg selv i forhold til målsetting om rusfrihet, og er i tvil om jeg skal være med på akkurat dette. Jeg vil imidlertid være med på å gjøre temperaturen i helvetet hans lavest mulig (ned mot +20°C). Jeg har latt meg overbevise av forskningen som foreligger om at i de rammene som LAR byr og som Allmennlegeforeningen står for, så har «gamlingene» det mye bedre på Metadon/Subutex enn uten, og det gjør godt for alle rundt dem. De andre i teamet har overbevist meg om at dette også gjelder Lars. Jeg følte meg inkompotent, men så på dette som en (spennende) læresituasjon i et team med mye kompetanse i stedet for å gjemme meg bak «uforsvarlighet» – langt, langt bak i hjernen har jeg nok en drøm om en fornøyd, rusfri Lars med egen bolig, bikkja og arbeide som selvforsørgende skattebetales?

Tja – hva skal vi styre mot med en som sovner i rus under konsultasjonene og må støttes for ikke å dette av stolen? Vi holder jevnlig kontakt. Nesten umerkelig skjer det en endring. Jeg vet ikke sikkert hvilken rolle jeg spiller men opptrer respektfullt, viser tillit der jeg kan, men setter også tydelige grenser. Han klarner opp – neddopingsperiodene

blir sjeldnere, kortere og «grunnere». Han får etter hvert adgang til å ta med Metadonsaft («safta») til kortere ferieturer på hytta med familien. I vinter ville han ha henteordning fra et annet apotek, fordi han vil kunne ta del i dagsjobbingen til Kirkens Nødhjelp.

Det er moren hans som finner fyret vi skal seile mot. I 2005 inviterer hun Lars og søsteren på safaritur i Afrika i påsken 2007. Han må betale turen selv. Han begynner å spare penger og se framover. Dette vil han være med på! Fire uker i Afrika. Hvordan får man med seg safta for fire uker? Løsningen er Metadontabletter, som etter søknad til LAR med krav om rusfrihet og søknad på registreringsfratak, at-tester og stempler for å være sikker på at 160 metadontabletter ikke skulle forsvinne før fort eller på gale hender under turen. Han fikk til utprøving før avreise og til ekstradager i tilfelle flyforsinkelser og hjemkomst i helg. Mor påtok seg oppgaven med henting, oppbevaring og utdeling.

Han gikk med på å leve urinprøver i ukene før avreise. Jeg hadde en tanke om at han skulle anspores til å bli rein før turen, men det motsatt skjedde. Det ble verre og verre. Han var så drittredd for at han ikke skulle greie det. To dager før avreise satt han på venteværelset bleik og medtatt og prøven var positiv på «alt». Formaninger var ikke tingender og da. Tanken på hva som ville skje med ham hvis jeg avlyste, gjorde valget enkelt. Jeg ønsket ham god tur. Det kreves bred fastlege-rygg i dette gamet og fokus på målet – Afrika her kommer Lars!

Fire uker senere står han plutselig ved siden av meg i gangen på kontoret. Storfornøyd, brun og i godt hold. Han vil avgå urinprøve for å vise at han er rein – og det er den for alle praktiske formål – bare metadon og litt cannabis.

I forgårs kom kortet fra Afrika: «Tusen takk. Jeg hadde aldri trodd jeg ville få oppleve Afrika. Men ved blant annet din hjelp, så kom jeg altså dit. Det er kjempefint her. Det er vel varmt og masse insekter, men det går vel bra? Hilsen en glad Afrika turist. L.»

Livet og løkka på Løkka er sterkt!

Kjell Maartmann-Moe, Fasilege, Spesialist i allmennmedisin



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

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

## *Cyproteronacetat og etinyløstradiol (Diane® m.fl.) og risiko ved langtidsbruk*

### *Spørsmål til RELIS*

Det er anbefalt at man skal bruke Diane® kun i kort tid, eller i begrenset tid, av hensyn til mulige bivirkninger ved langtidsbehandling. Lege spør hvor godt dokumentert dette er, og ev. hvor viktig. Problemstillingen er av interesse fordi mange unge kvinner har god effekt mot akne (og ikke så god effekt av andre midler), og derfor helst ikke vil bruke andre midler. De vil altså ikke slutte med Diane®, men helst bruke det i flere år.

#### **Svar**

Diane® (cyproteronacetat og etinyløstradiol, CPA/EE) er et hormonpreparat godkjent til behandling av akne, seboré og lette tilfeller av hirsutisme når lokalbehandling ikke har gitt tilfredsstillende resultat (1). Det inneholder 20 mg av progestogenet cyproteronacetat og 35 mcg av østrogenet etinyløstradiol. Synonympreparater er nå også på markedet (Feminil®, Vreya®, Zyrone®). Fordi disse preparatene har antikonseptive egenskaper, kan de også brukes som preventivmiddelet, men de skal ikke brukes utelukkende som det. CPA/EE-holdige preparater bør seponeres tre til fire sykluser etter at den tilstand de er utskrevet for er leget og kun påbegynnes igjen om tilstanden residiverer.

Før oppstart må kvinnene gjennom en grundig medisinsk sjekk som det anbefales gjentas hver sjette måned dersom CPA/EE brukes over lengre tid (1).

Cyproteronacetat er et antiandrogen med progestogene egenskaper. Produsenten og ulike legemiddelmyndigheter sier at det finnes epidemiologiske data for at kombinasjonen cyproteronacetat og etinyløstradiol har høyere insidens av venos tromboembolisme (VTE) enn andre kombinasjonspiller som inneholder østrogen i dose under 50 mcg (1).

Det er imidlertid reist tvil om tidligere data, og den siste epidemiologiske studien, som estimerte risiko etter å ha justert for en rekke underliggende risikofaktorer, kunne ikke finne statistisk signifikant forskjell (2). Likevel mener forfatterne det fortsatt er grunn til å bruke CPA/EE med forsiktighet fordi vi har behov for mer data om dette og om underliggende morbiditet i brukergruppen. Forfatterne sier det heller ikke finnes dokumentasjon for at cyproteronacetat er assosiert med VTE, og da burde risikoen på teoretisk grunnlag være den samme for alle antikonseptiva med likt innhold av østrogen. Vi har heller ikke funnet dokumentasjon for assosiasjonen mellom cyproteronacetat og VTE. Imidlertid inneholder CPA/EE-preparatene noe mer østrogen enn de p-piller som er på det norske markedet i dag (35 mcg versus hhv. 30 mcg og 20 mcg), og kriteriene for bruk må derfor være spesielt strenge. I den engelske lege middelhåndboken og i Seaman og medarbeideres studie nevnes også at de tilstander CPA/EE brukes for, nemlig alvorlig akne og seboré, kan være assosiert med økt risiko for kardiovaskulær sykdom (2,3).

I 2004 sendte norske myndigheter ut en orientering om risiko ved bruk av Diane® og årsak til at det heller ikke er førstehåndsmiddel ved akne (4). De begrunner det med at cy-

proteronacetat ikke inngår i andre hormonelle antikonseptiva, og at det inngår i større dose enn hva som ville vært nødvendig for antikonseptiv effekt fordi høy dose er nødvendig for antiandrogen effekt. Dermed mener de kvinnene utsettes for større risiko for VTE enn nødvendig. Den samme holdning er tatt av andre legemiddelmyndigheter, inkludert den britiske (3).

Cyproteronacetat (CPA) kan gi leverskade i høye doser, herunder hepatiske svelster (3). Dette synes imidlertid å dreie seg om daglige doser i størrelsesorden minst 10 ganger den som inngår i kombinasjonspreparatene (5). En epidemiologisk studie på risiko for leveresykdom hos brukere av Diane® viste ingen signifikant økt risiko (6). Likevel er det grunn til å utvise forsiktighet og monitorere leverfunksjonen.

### Konklusjon

Diane® og synonyme preparater innholder østrogen og progestagen og er godkjent til bruk ved akne, seboré og lette tilfeller av hirsutisme hos kvinner. Kombinasjonen har også antikonseptive egenskaper, men det anbefales ikke å bruke disse preparatene kun for antikonsepsjon da de har noe høyere østrogeninnhold enn andre p-piller og dermed noe høyere risiko for venos tromboembolisme. De anbefales heller ikke til kontinuerlig ('profylaktisk') bruk for akne av samme grunn og fordi aktuelle pasientgrupper i utgangspunktet kan ha en noe forhøyet risiko for kardiovaskulær sykdom. Risiko for levertoksitet er ikke helt avklart, og leverfunksjonen bør monitoreres.

### Referanser

1. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Diane. <http://www.legemiddelverket.no/preparatomtaler> (Sist endret: 15.12.2004).
2. Seaman HE, de Vries CS, Farmer RD. Venous thromboembolism associated with cyproterone acetate in combination with ethynodiol (Dianette®): observational studies using the UK General Practice Research Database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2004; 13: 427–36.
3. British National Formulary no 53, March 2007. <http://www.bnfc.org/> (27.04.2007).
4. Buajordet I, Madsen S. Diane – kvisemiddel med kjent risiko for blodprop. 06.08.2004.
5. Thole Z, Manso G et al. Hepatotoxicity induced by anti-androgens: a review of the literature. *Urol Int* 2004; 73(4): 289–95.
6. Seaman HE, de Vries CS, Farmer RD. The risk of liver disorders in women prescribed cyproterone acetate in combination with ethynodiol (Dianette®): a nested case-control study using GPRD. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003; 12(7): 541–50.

*Kirsten Myhr,*

*MacPharm, MPH, Leder RELIS Øst, Ullevål universitetssykehus*

## AFU stipend 1. halvår 2008

Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og / eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke.

Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de allmennmedisinske/samfunnsmedisinske instituttene i deler av stipendperioden. Det er redegjort for lønnsvilkårene i <http://www.legeforeningen.no/?id=12573> statuttene for stipendet. Hvis kvoten ikke fylles av søkerne som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktnsing.

Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialstreglene. Stipendiater vil bli invitert til å framføre sin prosjekt på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke/Nidaroskongressen.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeling av stipendmidler etter innstilling fra de respektive instituttene.

Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkerne som kan lastes ned (link i høyre marg), eller fås tilsendt ved å kontakte sekretariatet. Ved behov for nærmere informasjon ta kontakt med sekretariatet eller et av de allmennmedisinske instituttene.

Det er også mulig å søke om tildeling av inntil 3 månedsverk fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmisin. Prosjekt som det søkes om støtte til fra disse midlene må ligge innenfor det legevaktmedisinske feltet. Det må også her være etablert et veilederforhold med kandidaten, og prosjektet skal formelt utgå fra Legevaksenteret, men kan ha andre adresser i tillegg. For nærmere informasjon om disse midlene, ta kontakt med professor Steinar Hunskår ved Universitetet i Bergen (Steinar.Hunskar@isf.uib.no). Samme søknadsskjema som nevnt ovenfor bes benyttet.

Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes Allmennmedisinsk forskningsutvalg ved sekretariatet innen 15. september 2007:

Allmennmedisinsk forskningsutvalg

v/Tove Rutle

Sjøbergvn. 32

2050 Jessheim

Tlf: 63 97 32 22

Fax: 63 97 16 25

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

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

# ANNICHEN DÜRBECK

STILLING KOMMUNELEGE/FASTLEGE ARBEIDSSTED LOPPA KOMMUNE

**FORBIFARTEN**



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

Oslo-jente som har gjort finnmarking av seg og som har veiledningsgruppe i Nordkapp kommune.

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

Her i bygda er jeg «lægen», med trykk på «x». Noen sier også «ho Annichen».

Hva gir deg mest glede?

Da faller det meg først inn min aktive og flotte, treårige datter. Dernest den usigelig flotte naturen og ikke minst utsikten fra kontoret. Og selvfølgelig det nære og viktige, som familie og et sosialt nettverk.

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

Faktisk noe så enkelt som å begynne å spise en skikkelig frokost!

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Er ikke alt legearbeide viktig!!

Når gjør du uviktig arbeid?

Aldri...

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

Jeg ville forsøkt på allergi, og da tenker jeg primært pollent-allergi. Selv her så langt nord, skånes vi ikke.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Er faktisk heldig stilt, synes at jeg har mange av dem. Fellesnevner er «sindighet, ro og en god porsjon tørr humor».

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

Jeg har enda til gode å bli sint på en pasient. Men da jeg jobbet ved legevakten i Oslo, ble nok min tålmodiget satt på prøve noen ganger...

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Skulle ønske jeg kunne skrive, da ville jeg vært forfatter.

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

Anne Kathrine Nore, avd. overlege ved Oslo Kommunale Legevakt. Hun har en unik evne til å engasjere seg i hver enkelt nye medarbeiter og får vedkommende til å føle seg som noe mer enn bare en som skal få turnusen til å gå rundt. Dette er imponerende, ettersom det er høy turnover av nye leger der. Utover det så har hun også et stort faglig engasjement og det gjør henne til en inspirator.

Du er helseminister for én dag. Budsjettkontrollspøkelsen gjør at du må flytte midler fra et formål til et annet.

Hjemmefra, hvem får mindre med deg som minister?

Sunnaas sykehus får flere midler. Men også andre institusjoner og avdelinger som jobber med rehabilitering etter ulykke/skade. Det andre spørsmålet var verre, tror faktisk at jeg ville sett på hele helseadministrasjonen. Tror det er en del som kan spares inn her.

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Jeg synes ordningen med tilsynslege ved sykehjem må komme i bedre former enn den er i dag. I tillegg må samarbeidet mellom andrelinje og førstelinjetjenesten styrkes.

Hvilket sykehus er Norges beste?

Da svarer jeg Ullevål sykehus, av den enkle grunn at det er her jeg som famlende tysklandsstudent skjonte at virkeligheten ofte ikke var slik som beskrevet i fagbokene, men noen ganger enda mer intrikat.

Spørsmål fra Tim Nansen: Hva fikk deg til å velge det ytterste havgap som arbeidsplass og bosted?

Hjem har vel ikke sett filmen Stompa og hørt replikken «dra på loppavet»? Som student fra Tyskland, med tysk turnustjeneste, blir man ikke helt «norsk lege» før man har tatt distriktsturnus. Det behovet ble enda klarere for meg da jeg jobbet ved allmennseksjonen ved legevakten i Oslo. Og da stillingsannonsen med tittelen: «Dra på Loppavet!» dukket opp, måtte jeg bare kaste meg utpå. Og jeg har ikke angret en dag.

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

Min nye kollega, Paul Olav Røsbo. Etter å ha gått Norge på langs, står alle fjelltopper i Loppa for tur (det er en del!). Hva da, når alt er beseiret og besteget?

## Praksislærerprisen 2006 Ruth Midtgarden

Praksislærerprisen er opprettet i 2001. Den er en pris som i år ble tildelt for sjette gang til en praksislærer ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Prisen blir tildelt en allmennlege som i kontakten med studentene har vist stor evne til å formidle faglig entusiasme og klinisk kompetanse. Nominasjon og kåring av vinner gjøres på grunnlag av en utfyllende skriftlig evaluering fra studentene.

Prisen er et diplom og et utvalg klassisk musikk og jazz. Utdelingen skjedde på praksislærermøte i Flora 18. april.

Om årets vinner har studentene skrevet:  
Som studenter blir vi vant til å forholde oss til travle leger med dårlig tid. Få leger merker til at vi er til stede, inntil vi kommer til dr. Midtgarden. Den positive opplevelsen var tredelt, et stort faglig utbytte, en særegen omsorg for studentene og et vinnende holdning overfor pasienten.

Vi ble fra første stund svært godt ivaretatt og om vi ønsket å se noe utenom legekontoret ble det ordnet. Selv om arbeidsdagene var lange og travle tok hun seg av både pasientene og oss. Det var mye å lære av å sitte på sidelinjen og observere en slik empatisk lege. Hun er et flott forbilde for kommende leger.

Vi har diskutert om det er mulig å kunne bli allmennpraktiker – både av faglige og personlige grunner: Hvordan være flerbarnsmor og samtidig tilsynelatende mestre et jobbliv, og i tillegg delta i et ikke-medisinsk miljø? Slik modellæring er like viktig som den rent medisinske. Hun er den legen vi har møtt gjennom studiet som virkelig har gitt oss motivasjon og inspirasjon for et spesialitetsvalg.

Dette er mesterlære av beste merke.

Ruth Midtgarden er fastlege ved Legesenteret Mariero. Hun er også praksiskonsulent ved Stavanger Universitetssykehus.

Dr. Ruth  
Midtgarden  
mottar praksislærerpris fra  
førsteamannensis Per  
Stensland.



I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikk 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 hvar Skeie (red.) ivskeie@online.no. Kast dere fram på, folkens!

Lærerike  
kasuistikker

## Pasienten hadde rett – igjen!

Pasienten er en snart 50 år gammel kvinne som kom til meg for et par år siden. Det var ikke spesielle familiære opphopninger av sykdommer. Hun er enslig og har ikke barn. Hun fikk cøliakidiagnosen da hun var 47 år gammel. Journalressymé viser en nokså typisk sykehistorie med mye mageplager uten funn på blodprøver og røntgen. Hun har også hatt litt psykiske plager og gått til psykiater i perioder. I flere år seilte hun under diagnosen irritabel colon. Ytre sett kunne hennes symptomer også passe med en slik diagnose.

Pasienten slo seg imidlertid ikke til ro med denne diagnosen, og på ett tidspunkt ble det tatt blodprøver for å avklare cøliakidiagnosen. Det var forhøyede verdier av Anti-tTG-IgA, Anti-gliadin-IgA. Total IgA var innen normalområdet. Det ble utført tarmbiopsi som viste typiske funn, og behandling i form av glutenfri diett ble iverksatt.

Da jeg ble kjent med pasienten, var det ved gjentatte biopsier ikke helt optimale funn, idet det var moderat tottatrofi, og det ble ikke påvist laktase i tarmen. Hun hadde klinisk også en laktoseintoleranse. Inntak av melk og melkeprodukter ga økte mageplager med luft, løs, urolig mage.

I et slikt tilfelle er det lett å tenke at dietten ikke ble overholdt. Det opplevde også min pasient at man tenkte. Hun opplevde derfor kontrollene på sykehuset som en belastning. Mitt inntrykk av pasienten var imidlertid at hun fullt ut hadde forstått hva glutenfri diett innebefører og at hun etterlevde det. På denne tiden dukket det opp et nytt diagnostisk aramentarium: Laktase C-13910T gentest. Jeg fikk utført en slik gentest, og den viste at hun var homozygot CC. Hennes tarm mangler altså laktase på genetisk grunnlag.

### Diskusjon

*Tottatrofi, ikke bare ved cøliaki:* Bl.a. forsvinner tottene relativt raskt ved gastroenteritt hos barn og med dem laktasen, slik at melk skal inntas med forsiktighet hos barn med/etter diaré. Cøliaki gir karakteristiske, men ikke spesifikke

tarmforandringer. Tilsvarende sees ved lymfom-sykdom, ved tropisk sprue, hypogammaglobulinemi med malabsorbisjon. I dette tilfelle hadde glutenfri diett bedret tarmen og hennes plager, slik at cøliakidiagnosen var sikker nok.

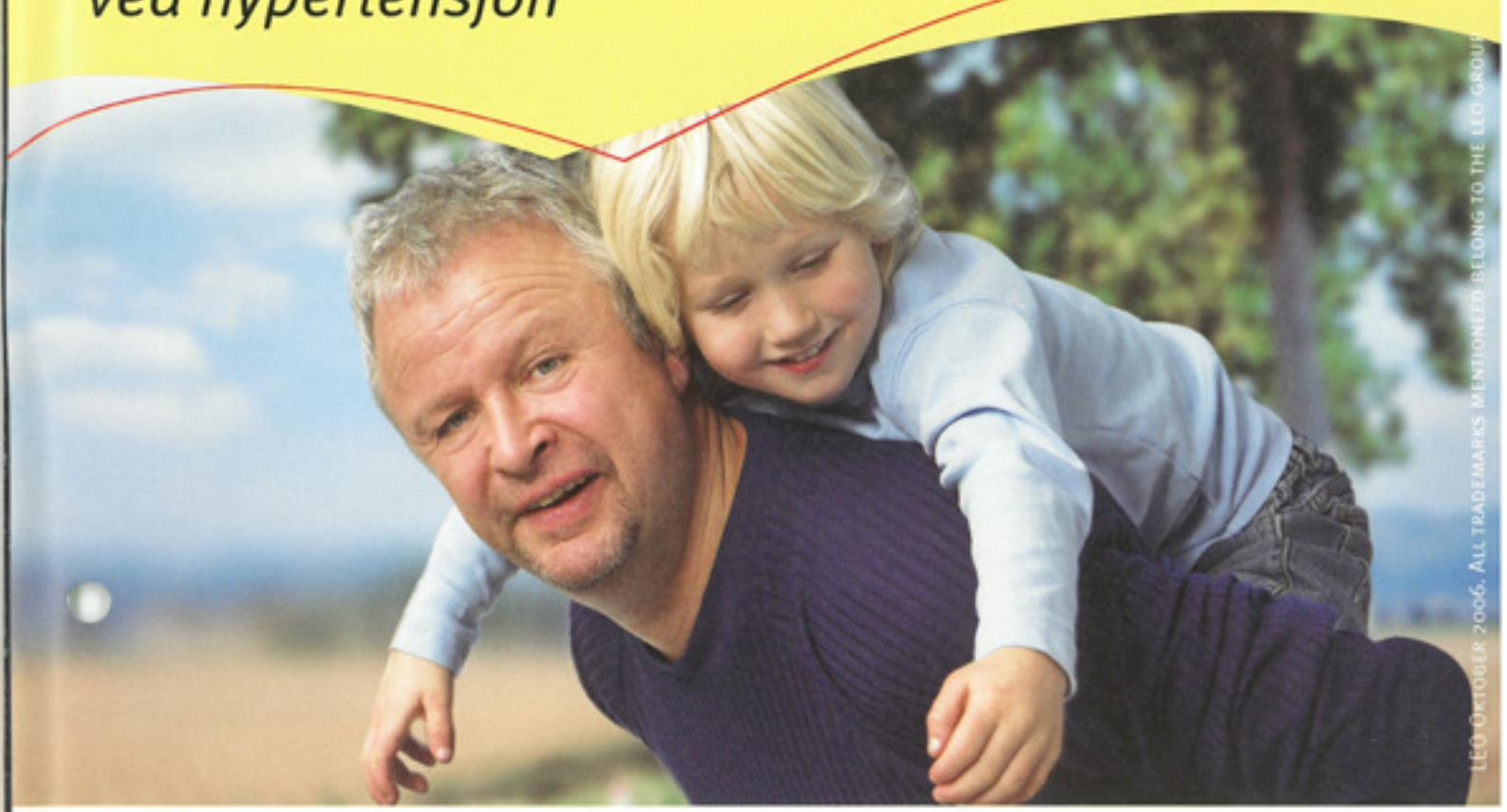
Prevalensen av cøliaki skal være minst 1:250 i Norge. Sykdommen kan utvikle seg og gi symptomer i alle aldre. At det tok så vidt lang tid før pasienten fikk sin cøliakidiagnose, er ikke uvanlig. Pasienten var ikke fornøyd med den diagnostikk og diagnostiske tenkning som var gjort, og det gjorde at hun tilslutt fikk korrekt diagnose. Ofte skjer dette fordi det er cøliaki i familien. Jeg har ni cøliakipasienter i min populasjon, alle diagnostisert før de kom på min liste. Denne pasienten hadde en annen årsak til laktosemangel enn cøliakien hennes. Heldigvis er det slik at pasienten ofte har rett. Hun hadde overholdt dietten. Gjennom gentesten fikk pasienten et synlig tegn på at hun ble trodd, noe som var viktig for henne og for lege-pasientforholdet.

Laktasepersistens varierer fra befolkning til befolkning. I Sverige er det 90 prosent av voksne som har laktase i voksen alder, i Hellas 30–40 prosent. Testen er uegnet i diagnostikk hos barn, idet barn vil ha laktase fram til treårsalder. De homozygote for laktosemangel vil så gradvis få redusert laktaseaktivitet fram mot 12-årsalder. Denne testen utføres på Hormonlaboratoriet på Aker Universitetssykehus.

Vi finner bare det vi leter etter... Noen sykdommer, som hemokromatose, cøliaki og hypotyreose, må man lete etter for å finne, og diagnosen er viktig for pasienten. Symptomene er ofte ukarakteristiske. Jeg spør meg ofte: Er jeg flink nok til å få mistanke når pasienten presenterer sine symptomer? Hører jeg hva de forteller? Leter jeg etter de riktige diognosene, eller tenker jeg bare at det vanlige er vanligst?

Stein Aarseth  
Fryss legekontor, Oslo

# Effektiv<sup>1,2,3,4</sup> lavdosebehandling ved hypertensjon



LEO OCTOBER 2006. ALL TRADEMARKS MENTIONED BELONG TO THE LEO GROUP

Lavdose Centyl®: Effektiv blodtrykksreduksjon<sup>1,2,3,4</sup>

Lavdose Centyl®: Opprettholder blodtrykksreduksjonen gjennom korte perioder med non-compliance<sup>4</sup>

Lavdose Centyl®: Fordelaktig bivirkningsprofil<sup>1,5</sup>

Ref 1. Rasmussen S. et al.  
Ref 2. Carlén JE. et al.  
Ref 3. Wiggam ML. et al.  
Ref 4. Girvin BG., Johnston GD.  
Ref 5. Psaty BM. et al.

Clin Drug Invest 2006, 26(2): 91-101  
BMJ 1990, 300: 975-978  
Am J Hypertens 1999, 12: 528-531  
J Hypertens 2004, 22: 1409-1414  
JAMA 2003, 289: 2534-44



LEO Pharma AS

Lilleakerveien 25 · 0283 Oslo · Norge  
Tlf. 22 51 49 00 · Fax. 22 51 49 01  
www.leo.no · info.no@leo-pharma.com

LEO®

centyl mite m. KCl  
bendroflumetiazid og kaliumklorid

centyl m. KCl  
bendroflumetiazid og kaliumklorid

Centyl med kaliumklorid LEO  
Centyl mite med kaliumklorid LEO

Direktør:

TABLETTER, dragepte: Centyl med kaliumklorid. Hver tablet inneh: Bendroflumetiazid 2,5 mg, kaliumklorid 573 mg (tolv: 7,7 mmol kalium), hjelpestoff: Fagstoff: Jernoksid (E 172), kinolakgitt (E 164), patenterat (E 131), tannoksid (E 171). Søkkedråper: TABLETTER, dragepte: Centyl mite med kaliumklorid. Hver tablet inneh: Bendroflumetiazid 1,25 mg, kaliumklorid 573 mg (tolv: 7,7 mmol kalium), hjelpestoff: Fagstoff: Kinoalkal (E 164), jernoksid (E 172), tannoksid (E 171). Søkkedråper: Indikasjoner: Ødem, Hypertensjon. Diabetes insipida. Profylaktisk behandling av pasienter med idiosynkratisk resulterende kaliumholdige myrs-tærstørter. Dovsing: Det er en betydning at doseringen individueller og tilpasses pasientens kliniske situasjon. Ødem: 2,5-5 mg daglig. Dosen kan ges kontinuerlig eller intermitterende f.eks. 1-3 g ulike dager. Hypertensjon: Centyl med kaliumklorid: Tablomer skal øvelges høye 1,25-2,5 mg 1-2 ganger daglig. Lavere uløsløsleddosis har utsettes. Kan brukes alle ene i kombinasjon med andre anti-hypertensiva. Dosen av disse må til da reduseres. Dosen har formanns tas om nogenom. Profylaktisk ved resulterende myrs-tærstørter: 2,5 mg 2 ganger daglig. Kontraindikasjoner: Nedsatt lever- eller nierenfunksjon, med unntak høye elektrolytstyrker, gennemført. Manifist urinregulat. Azuri, hypotension, hyperkalæmæ, behandlingsrelaterte hypokalemæ, Adhesos sykdom. Overvurtefølighet for bendroflumetiazid. Hypertensjon under gravitet. Forstikkighetsreaksje. Overdosering kan føre til elektrolytstyrkene. Særlig oppmerksomhet overfor hypokalemæ hos eldre pasienter med hjerte- og levervekt. Serumkaloren bør kontrolleres jevnlig. Ved urinveisobstruksjon kan symptomenne forverres ved bruk av dragepte. Pasienten som får akutten diuretikabehandling bør ikke stå på stengt særlig kort. Nedsatt karbonylatstoleransen kan kreve dosejustering av antidiabetika. Latent diabetes mellitus kan mørkfekreas under administrasjon av høytidler Fluorcarbrosin eller aktiverting av systemisk lupus erythematoses er blitt rapportert. Pasienter bør informeres om at præparatet kan gi svimmenhet og hodepine, særlig i staten av behandlingen, som gir at resulterende øyne kan nedsettes. Centyl med kaliumklorid: Særlig oppmerksomhet overfor hypokalemæ hos pasienter med øynevekt. Kalsiumtoleransen gir ikke alltid betyggende profylaks mot kaliumtap, og ved kalsiumtaptap vil kalsiumtoleransen være ubetydelig. Pasienter med spesielle avregne problemer med fruktosetoleransen, glukose-galaktosemiblokkagen eller sukker-eosinsemiblokkagen bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av sukkerose. Interaksjoner: Potensier av den antihypertensiv effekten ved kombinasjoner med andre hypotensivmidler. Samtidig bruk av digitoxinlyknamer kan gi hypokalemæ og forstørre digitalisaktiviteten. Serumkaloren bør kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av tiazider kan øke kalsiumkonsekvensen i plasma. Serumkaloren kan kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av tiazider. Centyl med kaliumklorid: Må ikke gi sammen med kaliumspredende drastika. (I: COX-2-inhibitorer, diazepin, tiazider) Graviditet/Amning: Overgang i placentæ: Skal ikke brukes ved presiklampsia. Fetalmedicinske effekter som elektrolytstyrkemidler, nedsatt plazmatrombin og neonatal trombocytopenia kan være skadelig for føtesten. Behandling av gravide må bare dje på stengt indikasjon. Omgang i monomell: Gir øre i monomell og kan hemme hørtapen. Det er samsvarelig at bens som amnion kan påvirkes ved terapien. Dette preparatet skal derfor ikke brukes ved amnionitis. Bakteriologi: Høyprø (≥1/100). Gastrointestinale: Kvalme, opplast, dårer, obstruksjon. Metabolisk: Hypokalemæ, hypertonem, forhøyet serumkreasiverdier, pløkking av karbonylatstoleransen. Substruktive: Postural hypotension. Øvrige: Sommelhet, hodepine, vætske, slapphet. Mindre høyring. Hud: Ulekt, ikke fotosensibilisering. Metabolisk: Hypognosmæ, hypokalemæ, hypoklorämisk alkalisæ. Maskel-skjeleystemset: Myalgi, maskelkramper. Øvrige: Hyperkalæmæ, impotens. Sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopenia, granskjætspunkt, høydystens. Hud: Vaskulator: Urogenital: Flertid nyrefunksjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner. Centyl med kaliumklorid: Ved langvarig tempsassesse og ved vanndekkigst øseligtempsassesse kan kaliumklorid i vannet mæses dom i enkle tilfeller føres til lokale utkomplikasjoner. Andre opplysnings: Bendroflumetiazid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. Pakninger og priser: Centyl med kaliumklorid: 100 stk. kr 175,80. Centyl mite med kaliumklorid: 100 stk. kr 166,30. T: 01-1260-2740.

Refusjon: 12/02: Vid oppsett av behandling for ukomplisert hypertensjon (ikke hypertensjon organiskt, urinregulært, nedsatt glukosetoleranse eller ubehandlet diabetes)-skal tazid eller tiazid i fast kombinasjon med kaliumklorid eller kaliumspredende legemidler prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som første valg dersom tazid av medisinske årsaker ikke kan brukes. Ansløs til at tazid ikke kan brukes skal angi i journal. Etter endret: 30.10.2006

# Det finnes ingen mirakelkur, men det nytter å behandle. Det ser du av resultatene.<sup>1)2)3)</sup>

**Alzheimers sykdom** – Hukommelsen svikter.

Språket forsvinner. Oppførselen forandres.

Ikke bare er det en alvorlig sykdom, det er en dobbel  
byrde å bære fordi personligheten dør før kroppen.

*Ebixa® er ingen mirakelkur, men resultatene  
viser at det nytter å behandle.*



Se preparatomtale og referanser på side 41

H. Lundbeck A/S  
Strandveien 15  
Postboks 361  
1326 Lysaker  
Tel: 91 300 800  
Fax: 67 53 77 07  
[www.lundbeck.no](http://www.lundbeck.no)  
[www.ebixa.com](http://www.ebixa.com)

– Livet er verdt å huske!

**Ebixa®**  
memantin