



Innhold:

LEDER: Fastlegen på strekk. Av KARIN FRYDENBERG	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Intervju med Frode Forland. Av HELEN BRANDSTORP	2
ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Fastlegen og NAV – raskere tilbake til et inkluderende samfunn? Av JAN EMIL KRISTOFFERSEN	6
Bibliotek på legekantoret. Av TORGER LANDVIK	15
Gestaltterapi – en metode som er for god til kun å brukes på syke mennesker. Av ELLEN STEEN-HANSEN	19
Gestalt eller Balint? Av JOHN NESSA	22
Allmennlegens tilnærming til pasienter med spiseforstyrrelser. Av DRUDE BRATLIEN OG MONA SONDENAA	25
Kroniske søvnvansker hos eldre. Av BØRGE SIVERTSEN	30
Warfarins kliniske farmakologi. Av EVA MARIE JACOBSEN	35
Matoverfølsomhet hos voksne med mage- og tarmlager. Av RAGNA LIND OG GUDRUN KAIHS	41
Sosiale ulikheter i helse – replikkveksling. E-SAMTALE MELLOM PÅL KIPPENES OG BJØRGULF CLAUSEN	46
BOKANMELDelse: Bedre SØVn. ANMELDT AV JANNIKI REYMERT	49
Faste spalter	50

utposten

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

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf. 63 97 32 22. Fax 63 97 16 25
Mobil: 907 84 632
E-post: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jannike Reymert*Koordinator*

Skogstien 16, 7800 Namsos
Tlf: 74 27 33 50
Faks: 74 20 90 41
E-post: jannike.reymert@ntebb.no

Helen Brandstorp

Christian VII's 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 Straumsgjøen
Tlf. priv.: 76 13 85 60. Tlf. jobb: 76 11 42 10
Faks jobb: 76 11 42 22. Mobil: 416 82 489
E-post: anders.svensson@bo.nhn.no

Karin Frydenberg

Parkvn. 1, 2819 Gjøvik
Tlf. priv.: 61 17 92 91
Mobil: 908 63 737
E-post: frydrein@online.no

Forsidebilde:

Karstein Haldorsen

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:

PDC Tangen

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

Fastleger på strekk

I dette nummer av Utposten blir divisjonsdirektør i Divisjon for primærhelsetjenester i Sosial- og helsedirektoratet, Frode Forland, intervjuet, og han beskriver bl.a. en del av sine tanker rundt fastlegeordningens forbedringspotensialer. Rekruttering av unge allmennleger, både menn og kvinner, og bedre dekning av de allmennmedisinske kommunale oppgavene er noen av utfordringene. I motsetning til Forland tror jeg ikke at tvang er noe godt virkemiddel for å finne løsninger. Allmennleger er individualister som jeg kjenner som engasjerte, dedikerte og med stor interesse for gode praktiske og faglige løsninger for pasientene og egen arbeidssituasjon. De vil lett gå i baklås hvis man forsøker å tvinge dem. Tvang vil være negativt for rekrutteringen. Jeg tror på positive virkemidler. Det kan være faglig vektlegging av god sykehjemstjeneste med nok legetimer, slik at sykehjemslegene kan delta aktivt i kvalitetsforbedringen i sykehjemmene, og bedre betaling for de kommunale timene. I stedet for at kommunelege 1 pålegger fastlegene kommunalt arbeid, kan hun/han ta initiativ til at allmennlegene i fellesskap i allmennlegeutvalget drøfter løsninger og fordeler de kommunale timene, som det selvsagt er vårt ansvar å ta. Det blir stadig hevdet, også av Forland, at vi allmennleger ikke er der for de svakeste, og at økonomiske insentiver gjør at vi ikke prioriterer de psykisk syke og de med alvorlige kronisk sykdommer. Hvor kommer det fra? Dette er blitt gjentatt til noen tror det selv. Økonomi er viktig, men jeg vil påstå at faget står øverst for de aller fleste. Faktum er at vi jobber mer og flere timer, går mer på samarbeidsmøter, og min personlige erfaring er at vi engasjerer oss mest i de sykeste. Det er positivt og nødvendig for gode løsninger at SHdir henter inn allmennleger for å delta i det sentrale forbedringsarbeidet i helsetjenesten. SHdir står fjernt fra vår hverdag og høres ofte slik ut, men det er desto viktigere og bra at de vil lytte til oss som står i pasientarbeidet i kommunene i det daglige. Men når de snakker og skriver om alt vi skal prioritere i vårt arbeid, kunne vi også forvente at de sier noe om hva vi ikke skal gjøre.

Leder av Allmennlegeforeningen (Af), Jan Emil Kristoffersen, skriver om Fastlegen og NAV. Dette er blitt en het potet for mange allmennleger. Dårlig kommunikasjon, økende tidsbruk på attester som vi ikke ser kommer til nytte, mer kontroll som føles som mangel på tillitt og krav om vår innsats på nye arbeidsområder, gjør at mange har fått mye negative følelser og sinne overfor NAV. Mange av oss har vært nær en tillitskrise når vi enten selv opplever kontrolltiltak som vi synes er utidige og f. eks. blir bedt om å utlevere *full journal*, eller hører om kolleger som opplever det. I en atmosfære av sinne og overvåking er det ikke lett å få til god kommunikasjon. Nylig kom NAV med nye trusler om sanksjoner hvis ikke vår kommunikasjon med dem er elektronisk. Det er klart vi ønsker elektronisk kommunikasjon, men ikke gjennomført ved trusler. Det er godt at vi har en sindig leder av Af som kan forhandle for de mer hissige av oss. Vi har felles interesse med NAV i å få til gode løsninger, fordi det er våre pasienter det dreier seg om og deres rett til gode og billige medisiner, hjelpemidler eller økonomiske midler.

Vi allmennleger forvalter store midler for samfunnet, og det er nødvendig for samfunnet med noen styringsverktøy, men disse må brukes slik at det ikke går ut over de svakeste som trenger hjelp fra NAV.

For bedre kommunikasjon og en bedre arbeidshverdag kunne både vi allmennleger og NAV ha nytte av Kristoffersens regler om å møte hverandre med «respekt, dialog og tydelig budskap».

Karin Frydenberg

Utpostens
dobbeltime

Ikke ovenfra og ned...

Frode Forland
INTERVJUET AV HELEN BRANDSTORP

Frode Forland er tidligere Utposten redaktør. Det er den første tittelen som må nevnes! Som en god nummer to kommer divisjonsdirektør i Divisjon for primærhelsetjenester i Sosial- og helsedirektoratet. Sjefen til Frode ble kåret til Helse Norges mektigste mann for en stund siden i Dagens Medisin. Utposten har fått dobbelttime nær maktens høyeste tind.

Frode er en skarping som har verbale gaver, så vel muntlig som skriftlig. Og han vet å skille saklige saksfremlegg og fri diktning. Er det mange som forventer slike mailsvar fra en hardbarka byråkrat...:

Her har du nokre av tankane mine som respons på dine - festa til tastaturet for å bli mindre flyktige.

Vi skapar jo på eit vis litt av verda ved orda. Byråkratar skriv ord til endring. Allmennelegar snakkar ord til lindring, lækjedom, forståing og trøyst.

Alle har vi ansvar for at den andre sin dag blir god.

Vi møttes litt tilfeldig i sommer på festival i Seljord. Mellom et sirkustelt, et diskotek og en café fikk vi delt noen fag-tanker. Korsveifestivalen samler hvert annet år kristne til åndelig, mental, sosial og praktisk dugnad. Frode Forland og en profesjonell kokk har i det siste tatt ansvaret for maten der. De sørger for at det er økologiske, kortreiste og smakfulle råvarer med tilhørende overkommelige oppskrifter, klare for et par tusen mennesker og deres utekjøken. Ingen sløsing, ingen tilfeldigheter, i tillegg god, delta-gende veiledning når en dugnadsdame løper litt stresset rundt på lørdagskvelden, og grillfesten er skummelt nær. Faktisk fikk vi se kvalitetsstrategi-idealene i praksis der og da; ikke ovenfra og ned, men med.

Derfra vokste ønsket om å presentere Frode Forland litt nærmere, og hvordan han tenker der i sin høyt plasserte direktørstol. Yrkestittelen, den andre, skal man ikke bruke i utrensmål. Da blir man hysjet på, og litt pompøst og militært er det jo å snakke om divisjoner...

Men du er faktisk divisjonsdirektør i Divisjon for primærhelsetjenester i Sosial- og helsedirektoratet (SHdir). Kan du forklare leserne litt om hva ditt ansvarsområde er og med hvilken bakgrunn og kompetanse du sitter i denne stillingen?

SHdir har organisert sine ca. 500 byråkratar i sju ulike divisjonar; primærhelse, spesialisthelse, sosiale tenester, psykisk helse og rus, folkhelse og levekår, helseøkonomi og finansiering og administrasjon. Kvar divisjon er så delt opp i fleire lagleg store avdelingar med ca 15-20 tilsette i kvar. I primærdivisjonen har vi fem avdelingar med følgjande



ansvarsområde: kommunale helsetenester, omsorg og tannhelse, statistikk, helse- og sosialpersonell og beredskap. Dei tre sistnemnde har ansvar for heile helse- og sosialtenesta på sine spesialområde.

Direktoratet har så tre hovudoppgåver. Det er å tolke lover og forskrifter for helse- og sosialområdet, å vere nasjonalt fagleg myndighetsorgan og å gjennomføre den statlege helse- og sosialpolitikken. Mi oppgåve er såleis å leie utvikling og drift av desse oppgåvene knytta til primærhelsetenestene sitt ansvarsområde.

Kortversjonen er at eg har ansvar for lovtolkning, utvikling- og gjennomføring av statens politikk i forhold til primærhelsetenesta.

Min bakgrunn er ca. 10 år som kommunelege i Vest-Telemark, med spesialitet i allmenn- og samfunnsmedisin. Vidare har eg jobba tre år i Afrika, vore fylkeslege i Telemark og spesiallege, fagsjef og avdelingsdirektør i Helsetilsynet før eg byrja i Sosial- og helsedirektoratet, då det blei oppretta i 2002. Dei fyrste åra her var eg leiar for avdeling for retningslinjer, prioritering og kvalitet og hadde då bl.a. oppgåver knytt til utvikling av vår kvalitetsstrategi, kvalitetsindikatorar og system og metodar for utvikling og implementering av gode kunnskapsbaserte retningslinjer. Eg har alltid tenkt at min legitimitet for å vere byråkrat er avhengig av at eg kjenner tenestene ute godt. Difor har eg køyrt legevakt og vore ute i praksis igjen som fastlege i Oslo eit halvår for nokre år tilbake. Det er alltid ein fare for at ein misser bakkekontakten når ein oppheld seg for lenge i eit høghus i Oslo.

I tillegg har eg har prøvd å skaffe meg erfaringsbasert kunnskap om korleis helsetenesta fungerer på ulike nivå både nasjonalt og internasjonalt. Dette hjelper meg til å forstå, sjå heilskap og samanheng og vonleg også å kunne fatte kloke avgjerer når det trengst. Ved å vere i den sentrale helseforvaltninga over tid, lærer ein og korleis ting fungerer i samspelet mellom storting og departement, andre direktorat og fagmiljø, interesse- og brukarorganisasjonar. Det er og viktig å forstå dette spelet for å kunne vere ein god byråkrat.

Mange tenker på forebyggende medisin når de tenker på direktoratets arbeid: Kampanjer og brev i posten om røykefrie dager og grønne resepter. Det kan fort bli et direktorat som kollegene oppfatter som fjernt og et byråkrati som pålegger og pålegger tiltak, og ting som kanskje kan oppleves som uviktige. Tilliten og respekten som dere trenger må gå begge veier. Dere må ha tillit til allmennlegene også. Tett kontakt blir nødvendig.

Direktoratet har stor tillit til det faglege arbeidet som norske allmennlegar gjer. Arbeidsmengda er stor for mange, og vanskelege avgjerder må ofte takast under svært krev-



jande forhold som tidspress, manglande diagnostisk utredning eller kollegial støtte. Men vi har eit etter- og vidareutdanningssystem som fungerer bra og som eg meiner gjev godt høve til læring, utvikling av kompetanse og refleksjon over praksis.

Det er og viktig for oss at både allmennlegar og samfunnsmedisinarar og andre yrkesgrupper i helse- og sosialtenesta har tillit til oss i Sosial- og helsedirektoratet.

Vi er opptatt av helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid. Eg synest det er viktig å utnytte konsultasjonane, både hos allmennlege og på helsestasjon og i skulehelseteneste til førebyggjande tiltak. SHdir har som nemnt også ein eigen divisjon for folkehelse og levekår. På dette området er vi både eit fagleg nasjonalt spisskompetansemiljø og svært aktive i rolla som gjennomfører av statleg politikk – vi har eigne avdelingar som bl.a. driv med kampanjar retta mot folk flest og mot helsepersonell innanfor områda ernæring, fysisk aktivitet og røyk. Som kjent er det mykje å spare både i form av sjukdom, plager og pengar dersom ein lever sunt. Dette er nok helsetenesta sitt mest forsømte felt, og det er viktig med ein kraftig pådrivar for politiske og befolkningsmessige tiltak på nasjonalt nivå. Forsking viser og at god rådgjeving og rettleiing frå den einskilde allmennlege til hennar pasientar har stor effekt i forhold til å hjelpe folk til sunne livsval vedrørande t.d. alkohol, røyk og kosthald. Det er alltid ein fare når ein sit i ein travel allmennpraksis at ein fokuserer for mykje på behandling og for lite på rettleiing i forhold til førebyggjande tiltak.

Det er ein kraftig gradient i forhold til fordeling av sjukdom og helse i det norske folk. Som kjent er denne invers i høve til fordeling av kunnskap, pengar og utdanning. Det er helsetenesta si oppgåve å målrette tiltak mot dei som treng det mest, og å søkje å utjamne dette klasseskiljet. Allmennlegane har ei viktig rolle i dette arbeidet. Når dei kla-

gar over at bøtta er full, bør dei sjekke at dei har rett innhald i bøtta. Vi arbeider for dette på nasjonalt nivå, bl.a., gjennom målretta kampanjar for bl.a. røykeslutt og alkohokutt. Men eg er samd med Allmennelegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin i at det er for få allmennlegar til å ta unna alt som vil oppi bøtta. Difor vil vi arbeide for å få på plass fleire stillingar innanfor allmennmedisin i åra framover. Det er og viktig i denne samanheng at kommunale samfunnsmedisininarar ser si oppgåve i å hjelpe kommunen til å prioritere meir tid til offentleg allmennmedisinsk arbeid.

Føler du at dere har god kontakt med allmennlegene og hører på dem vedrørende hva som bør prioriteres? Hvordan jobber dere event. for å være der? Og hva kan kolleger som har et engasjement, gjøre for å komme i dialog?

For å få god kontakt med allmennlegane, prøver vi å delta på viktige faglege møter og arenaer som Primærmedisinsk uke, Nidaroskongressen og internasjonale faglege møter. Vi løyver midlar til ei rekkje gode utviklingsprosjekt og deltar i styret for mellom anna Senter for legevaktsmedisin i Bergen, Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø og oppbygging av allmennmedisinsk forskning og spesialistutdanning.

Viktigast er kanskje at vi inkluderer allmennlegar og samfunnsmedisininarar som er i praksis, i alt vårt faglege utredningsarbeid som er relevant for sektoren, t.d. arbeid med faglege retningslinjer, utredning av turnusordning, allmennlegane si rolle i høve til psykisk helsearbeid mm. Den veit best kor skoen trykker som har den på. Sjølv om det er mange i min divisjon med lang fartstid frå allmenn- og samfunnsmedisin, er vår policy alltid å ha med representantar frå fagmiljøa og brukarorganisasjonane når vi gjer utredningsarbeid.

Allmennlegar som er engasjerte og ønskjer å bidra, kan berre melde seg til meg (frf@shdir.no) eller avdelingsdirektør for kommunehelseavdelinga Jon Hilmar Iversen (jhi@shdir.no). Når vi oppnemner formelle representantar til arbeidsgrupper, går vi vanlegvis gjennom legeföreningen og ber dei om forslag til gode representantar, og det får vi.

Du var for fem år siden i Utposten svært tydelig på at du så svakheter i fastlegeordningens finansieringsystem. Stykkpris versus fastlønn ble problematisert. Hvordan ser du dette i dag, nå når ordningen er blitt seks år gammel?

Ja, eg skreiv ein artikkel om dette i Utposten med bakgrunn i ei samanlikning av eigen praksis etter å ha arbeidd både med stykkpris og fastlønn, og med bakgrunn i ein systematisk kunnskapsoversikt i Cochrane, som eg hadde



gjort. (ref. artikkel: Frode Forland: Uposten nr 7/8-2002. Det kostar å drive krambu). I den artikkelen postulerte eg følgjande hypotesar:

Slik eg ser det, stimulerer dagens ordning (fastlegeordninga) til:

- Overforbruk av takstgenererande prosedyrer og undersøkingar
- Overforbruk av unyttige trygdeerklæringar
- Overforbruk av legekonsultasjonar, både som øyeblikkeleg hjelp og kontrollar
- Overforbruk av legetenester for pasientar med frikort og barn
- Overforbruk av dyre og dels unyttige undersøkingar i andre linje
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og helsestasjon
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og den kommunale pleie- og omsorgstenesta
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og sjukehus

Eg har fått mykje motbør for det eg skreiv her. Det er mange som er svært godt nøgde med fastlegeordninga, ut frå ulike motiv. Det er få eller ingen som kritiserer ordninga:

- Allmennlegane og Legeföreningen er godt nøgde med inntektsutviklinga som har vore i fastlegeordninga. Ordninga forsterka legerolla som privat næringsverksemd med sjølvstendig ansvar for fagleg utvikling og drift.
- Dei fleste kommunar har fått ei meir stabil legedekning for kurativ allmennpraksis, (det er bra), og ordninga har vore relativt billeg for kommunen når ein ikkje utnyttar legeressursar til offentleg allmennmedisinsk legearbeid.



- Gode takstar på trygdeerklæringer og automatisering av oppgjærdsordningar mot trygda, har letta samarbeid, (og tatt fokus bort frå kostnader på samfunnsnivå).
- Departementet har oppnådd eit viktig politisk formål med å få stabilisert legedekninga og få ei god kurativ allmennpraksis.
- Dei fleste pasientane er og godt nøgde med at dei har fått fast lege og god service.

Dei sterke interessepartane i forhold til fastlegeordninga er såleis samde om at ordninga er god. Likevel hevdar eg at ordninga ikkje er ein suksess i forhold til mange av dei svake gruppene og tenesteområda som fastlegeordninga skulle dekke. Kommunane har ikkje prioritert å utnytte den avtalefesta tidsressursen som dei kan bruke på offentlig allmennmedisinsk arbeid inn mot legetenester i helsestasjon, skule, eldreomsorg og tenester retta mot rusmisbrukarar og psykisk sjuke. Allmennlegen kan sjølv prioritere slike pasientgrupper i sitt arbeid, men både finansiering og organisering av ein travel praksis legg hindringar i vegen for dette. Det har vore vanskeleg å få til god prioritering av sjukebesøk og akuttmedisinske oppgåver i dagens fastlegeordning. Over halvparten av legevaktene vert ikkje dekkja av dei som burde kunne denne jobben best, allmennlegane. Vi ser ei forgubbing av allmennlegane. Unge legar, og særleg kvinner med behov for avbrot pga. svangerskap og fødsjar, kvier seg for å investere i eigen praksis med ansvar for drift av utstyr, bygningar og tilsette. Dei andre yrkesgruppene i kommunal helse- og sosialteneste etterlyser fastlegen som aktør i samhandling i forhold til pasientar med kroniske og samansette sjukdommar som krev behov for koordinert hjelpeinnsats. Vi har ikkje fått betre rekruttering og stabilitet i legedekninga i fleire utkantsdistrikt.

Som du skjønar, eg står ved det meste av det eg skreiv for fem år sidan. No er eg i posisjon til å gjere noko med dette. Det burde vere slik at det er reint faglege argument som styrer praksis, men vi ser at økonomiske incentiv påverkar praksis. SHdir sin rapport om innsatsstyrt finansiering i sjukehus frå i sommar viser det same for spesialisthelsetenesta. Organiseringa av tenestene gjev og utslag på praksis og prioritering. Primærhelsetenesta er i ein unik posisjon for å få til betre samhandling med helseforetaka om gode pasientforløp. Det er mykje bra med dagens fastlegeordning, men den er mogen for revisjon og vidareutvikling. I tillegg til dagens ordning, treng vi meir fleksible rekrutterings- og utdanningsstillingar på god fast lønn. Vi må få orden på legevaktsfunksjonen. Kommunane må på banen og bør utnytte den timeressursen dei kan gjennom avtaleverket. Kommunelegane bør etter mitt syn sjå si rolle som samlingspunkt for lokale samarbeidsutval for fastlegane, og drøfte prioritering og oppgåvefordeling mellom legane i høve til prioriterte pasientgrupper. Fylkeslegane kan ha ei viktig rolle som nettverksbygger for kommunelegane og i rådgjeving knytta til samfunnsmedisinske oppgåver. Vi treng å styrke både allmenn- og samfunnsmedisin som bærebjelkane i norsk helsevesen, både fagleg og kapasitetsmessig. Vi inviterer dei allmenn- og samfunnsmedisinske foreningane til å delta i vårt utredningsarbeid på dette området i desse dagar.

Frode Forland sparar verken oss eller direktoratet for utfordringar. Han trur godt om både samfunnsmedisinen og allmennmedisinen og han vil, han vil. Det blir spennende å se hva vi i lag får til. I følge kvalitetsstrategien til direktoratet skal både brukerne (pasientene) og utøverne ha svært stor medvirkning. Ikke ovenfra og ned, men med. Vi forventer oss egentlig den strategien praktisert fra stolen med innflytelse, makt og muligheter.

ILLUSTRASJON: BILLY WAT



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

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

Fastlegen og NAV

– raskere tilbake til et inkluderende samarbeid?

AV JAN EMIL KRISTOFFERSEN

NAVigasjonsvansker

Jeg skal i denne artikkelen bare i noen grad berøre spørsmålene om krav til elektronisk kommunikasjon med NAV eller NAVs feilaktige påstander om at de har en selvfølgelig rett til å kreve kopi av full journal etter eget skjønn. Vi får tro at Stortinget her kommer til fornuft og tar kloke beslutninger i disse spørsmålene, og Allmennelegeforeningen prøver å bidra til at så skjer.

Det er et inntrykk nå av at Statens behov for utvikling av kontrolltiltak finansieres tungt og at lovmessige hindringer for kontroll fjernes effektivt, mens helsetjenestens behov for sikkerhet i samhandlingen underfinansieres og vanskeligjøres. Det er et krevende landskap når vi som helsetjenestens fotsoldater opplever at arbeid med helseforvaltning stadig fortrenger behandling av syke i hverdagen vår. Fotfolket jobber under tidspress og med svære forventninger fra befolkningen, og har behov for understøttelse og positive virkemidler ovenfra. Hvis Statens nåværende kommunikasjonsform til fotfolket i Helse-Norge vurderes ut fra vanlige kriterier for virksomhetsledelse tror jeg ikke karakteren blir særlig høy. Ledelse basert på kritikk, kontroll og sanksjoner virker ofte dårlig.

Legearbeidet har endret seg dramatisk de siste ti-årene, ikke bare på grunn av de økte muligheter for medisinske intervensjoner, men også på grunn av de raskt økende krav til dokumentasjon av alt vi gjør og sier. Man kan gjerne snakke



Jan Emil Kristoffersen

Født 1953, cand med Oslo 1979, spesialist i allmennmedisin fra 1992. Fastlege Skårer legesenter i Lørenskog, Leder Allmennelegeforeningen 2005–

om en «dokumentasjonsepidemi» som preger vår hverdag i stigende grad. Kanskje har endringene vært særlig tydelig for allmennlegene etter innføringen av fastlegeordningen, men knapt noen medisinsk spesialitet har gått fri.

En del av denne epidemien er attestene og erklæringene. Særlig allmennlegene opplever at det brukes mye tid til attester og erklæringer som kunne vært brukt til behandling og forebygging. Eksempler på dette kan være skolens ulike og ofte uhensiktsmessige ønsker om at lege skal attestere når en elev på grunn av en banal og forbigående tilstand har vært fraværende fra undervisning. Det synes å herske en forestilling om at korttidsfravær fra undervisning blir mer «gyldig» bare legen får høre samme historien som læreren, i stedet for at skolen gjør helhetlige vurderinger av den enkelte elevs fremmøte i samråd med de foresatte.

Det utvikler seg ofte lokale kulturer hos våre samarbeidspartnere hva behovet for attester angår, ikke bare i skolene,

men for eks. hos lokalt NAV, barnevern, pleie- og omsorgstjenester med mer.

De som har vært i faget en stund har sett at trygdens måte å kommunisere med legene på stadig endrer seg. Vi ser for eks. at trygdens forsøk på å ansvarliggjøre pasientene med såkalt «økt brukermedvirkning» fører til en dårligere kommunikasjon mellom lege og trygdekontor, eller «lokalt NAV» som det nå heter. Pasienter som er på langvarige stønader, glemmer beskjeder, forlegger brev, skjønner ikke hva som står der, bedriver passiv mestrings ved ikke å åpne NAVs brev, eller får panikk og går «under jorden» i lang tid før de til slutt i 12. time ber om en akutt time for å få utferdiget en ny legeerklæring.

De gangene legen fortsatt får en direkte forespørsel fra NAV, kanskje til og med servert med en presis bestilling på hva NAV har behov for å belyse, blir denne delen av legearbeidet morsommere og av bedre kvalitet.

«Alt var bedre før...»

Det er sjelden man har rett i at «det var bedre før i tia». Men tida før «økt brukermedvirkning» var bedre, i hvert fall for legen. Det var den gangen da legen også fikk kopi av vedtaket når man krysset av for det på legeerklæringsblanketten. I dag har disse kryssene ofte ingen virkning, og neste gang pasienten kommer til time er legen ikke orientert om vedtaket. Trolig kunne det ha vært sendt elektronisk fra NAV til legen, i mange år allerede.

NAV er en stor og tung skute, og for tiden pågår det en betydelig kursendring, fra regelstyring mot mer løsningsorientert klientarbeid. Dette er spennende prosesser, og kanskje blir alt mye bedre i årene fremover. Det har tidvis vært grunnlag for nøktern optimisme i forhold til mulighetene for bedre samhandling mellom allmennlegene og NAV

Norske leger var tidlig ute med å ta i bruk *elektronisk pasientjournal* (EPJ), og mange, spesielt blant allmennlegene, har nå 25 års erfaring med bruk av EPJ. De ledende EPJ-leverandørene har etter hvert utviklet programmene slik at de representerer ganske gode elektroniske saksbehandlingssystemer av et slikt format og innretning som er hensiktsmessig i legepraksis.

Legen bør derfor konsekvent bruke EPJ i attestarbeidet. Mange typer blanketter til NAV, forsikringsselskaper og lignende ligger inne som dokumentmaler i EPJ og kan skrives ut enten på originalblanketten eller på hvite ark.

Der hvor legen mottar krav eller ønsker om å bruke skjemaer som ikke er integrert i EPJ, bør legen utferdige sin er-

klæring ved hjelp av en standard brev- eller henvisningsmal i sin EPJ, og eventuelt henwise til punkter og spørsmål i et ukurant skjema i den grad det er nødvendig.

Ingen ekstern attestbestiller, heller ikke NAV, kan kreve et særskilt papirformat på en erklæring, og i praksis er de aller fleste rekvirenter svært tilfreds med EPJ-baserte erklæringer i fritekst skrevet ut på blanke ark.

For legen vil det være slik at konsekvent bruk av EPJ medfører at det alltid ligger en henvisning til erklæringen i journalnotat, og at attesten i sin helhet er elektronisk lagret. Dette har en formell side i forhold til dokumentasjonsplikt og behov, og også den store fordel at velformulerte tekstlige elementer er tilgjengelige for gjenbruk via klipp og lim senere.

Informasjonsplikt

Lege som yter tjenester for trygdens regning, plikter å gi NAV nødvendige opplysninger for at NAV skal kunne behandle og kontrollere krav om ytelser.

Dette er hjemlet i lov om folketrygd § 21.4 som bla. sier: § 21-4. Innhenting av opplysninger og uttalelser

Ved behandling av krav om ytelser eller kontroll av løpende ytelser og tidligere utbetalte ytelser etter denne loven har Arbeids- og velferdsetaten rett til å innhente *nødvendige* opplysninger fra behandlingsspersonell og andre som yter tjenester for trygdens regning.

De som gir behandling eller yter tjenester for trygdens regning, plikter etter krav fra Arbeids- og velferdsetaten å gi de erklæringer og uttalelser som er *nødvendige* for at etaten skal kunne vurdere rettigheter og plikter etter denne loven. Det samme gjelder andre særskilt sakkyndige. I en legeerklæring om sykefravær plikter legen å opplyse om en sykdom eller en skade kan ha sammenheng med arbeidssituasjonen.

De som blir pålagt å gi opplysninger, erklæringer og uttalelser, plikter å gjøre dette uten ugrunnet opphold og uten hinder av taushetsplikt.

Arbeids- og velferdsetaten har videre rett til å innhente *nødvendige* opplysninger ved bevisopptak etter reglene i tvistemålsloven, eller ved politiet.

Denne lovbestemmelsen gir NAV nokså vidtgående myndighet til å innhente informasjon. Etter Legeforeningens oppfatning er det dog et vesentlig poeng at legens plikt er avgrenset til å avgi bare informasjon som er nødvendig for formålet; dvs. at det er legen som skal ta stilling til hvilken informasjon som er nødvendig for at NAV skal kunne avgjøre eller kontrollere et krav om en ytelse, og hvilken informasjon som faller utenfor og derfor ikke skal formidles til NAV. Dette innebærer at legen vanligvis ikke skal sende uredigert journal, epikriser eller lignende til NAV i forbindelse med avgivelse av erklæringer.

Hvis NAV ber om kopi av full journal bør legen alltid be om en skriftlig begrunnelse for dette. NAV opererer i slike saker for tiden med en klagefrist på *tre dager*, men henvisning til forvaltningslovens § 14. Etter Legeforeningens syn er det ikke anledning til å bruke denne lovhjemmelen i saker hvor taushetsplikt kan være til hinder for å utlevere informasjonen. Leger som får denne type forespørsler bør ta kontakt med Legeforeningen.

Riktig bruk av L-takstene krever våkne leger

Staten har over mange år erkjent at det er formålstjenlig at de vanligste legeerklæringer som NAV har behov for honoreres, slik at NAV også kan stille visse form- og kvalitetskrav til informasjonen.

Honorar for forskjellige legeerklæringer til NAV er regulert i det såkalte L-takst systemet. L-takstene er ikke gjensidig forhandlinger og det er flere historiske eksempler på at departementet ensidig nedregulerer nivået på disse takstene uten forutgående drøfting med Legeforeningen.

Tanken bak L-takst systemet var i sin tid at en L-enhet skulle tilsvare ett minuts arbeid, slik at for eks L1 (sykmelding del I) er honorar for ett minuts arbeid mens L40 er honorar for 40 minutters arbeid.

NAV har tradisjonelt bedt om erklæringer basert på egne skjema, men de senere år har det utviklet seg en ny kultur hvor man ber om til dels omfattende opplysninger i forbindelse med sykepenge- eller rehabiliteringssaker uten å vise til et spesifikt skjema eller takst.

Man bør ta kontakt med lokalt NAV når det kommer bestillinger på erklæringer hvor det ikke er samsvar mellom arbeidets omfang og den takst NAV legger til grunn at legen skal bruke. Den vanligste situasjon er at NAV anfører at det ikke finnes et skjema for formålet, og at man samtidig slår fast at takst 8 skal brukes, mens det for legen er åpenbart at det dreier seg om en større erklæring som tilsier at takst L40 skal brukes. Noen ganger vil også NAV vise til at «gjeldende takst» skal brukes. Kontakt med lokalt NAV pr. telefon eller brev vil vanligvis løse opp slike uklarheter, der hvor det ikke er åpenbart for legen hvilket takstkrav som er korrekt.

Enkle kjøreregler for forholdet til NAV

Hva når NAV krever mer utredning enn det er medisinsk indikasjon for?

Dette er en økende utfordring. Et typisk eksempel er ved spørsmål om følgetilstand av et hjerneslag eller en hodeskade har gitt nedsatt arbeidsevne, og hvor troen på avanserte utredninger, herunder nevropsykologiske vurde-

ringer, synes stor, uten at pasienten har noe nytte av slike utredninger, eller kanskje endog opplever dem som belastende og resultatene som krenkende. En prinsipielt lignende situasjon er det når vi fra 1.7.07 plikter å gjøre spirometriske undersøkelser med reversibilitetsundersøkelser også på vel etablerte astmatikere med stabilt velfungerende behandling over mange år, når det ikke tidligere er dokumentert i vår eller tidligere legers- eller sykehusjournal. For oss som leger er det all grunn til å påpeke det, når det kreves enda en henvisning til en annen- eller tredjelinje organspesialist, hvis vi er trygge på at pasienten allerede er tilfredsstillende utredet. I all hovedsak må trygdens vurderinger være basert på den informasjon som kan utledes av resultatene av ordinær undersøkelse og behandling begrenset til det den medisinske tilstand krever.

Behovet for forståelig språk

De ansatte i NAV har bare unntaksvis medisinsk faglig kompetanse og er avhengige av at leger utformer sine erklæringer med bruk av norske ord og uttrykk som er forståelig for ikke-leger. Leger som venner seg til å uttrykke seg med norske ord og vendinger istedenfor doktorlatin vil oppleve at samarbeidet generelt og i enkeltsaker blir bedre.

Det er NAV som gjør vedtak

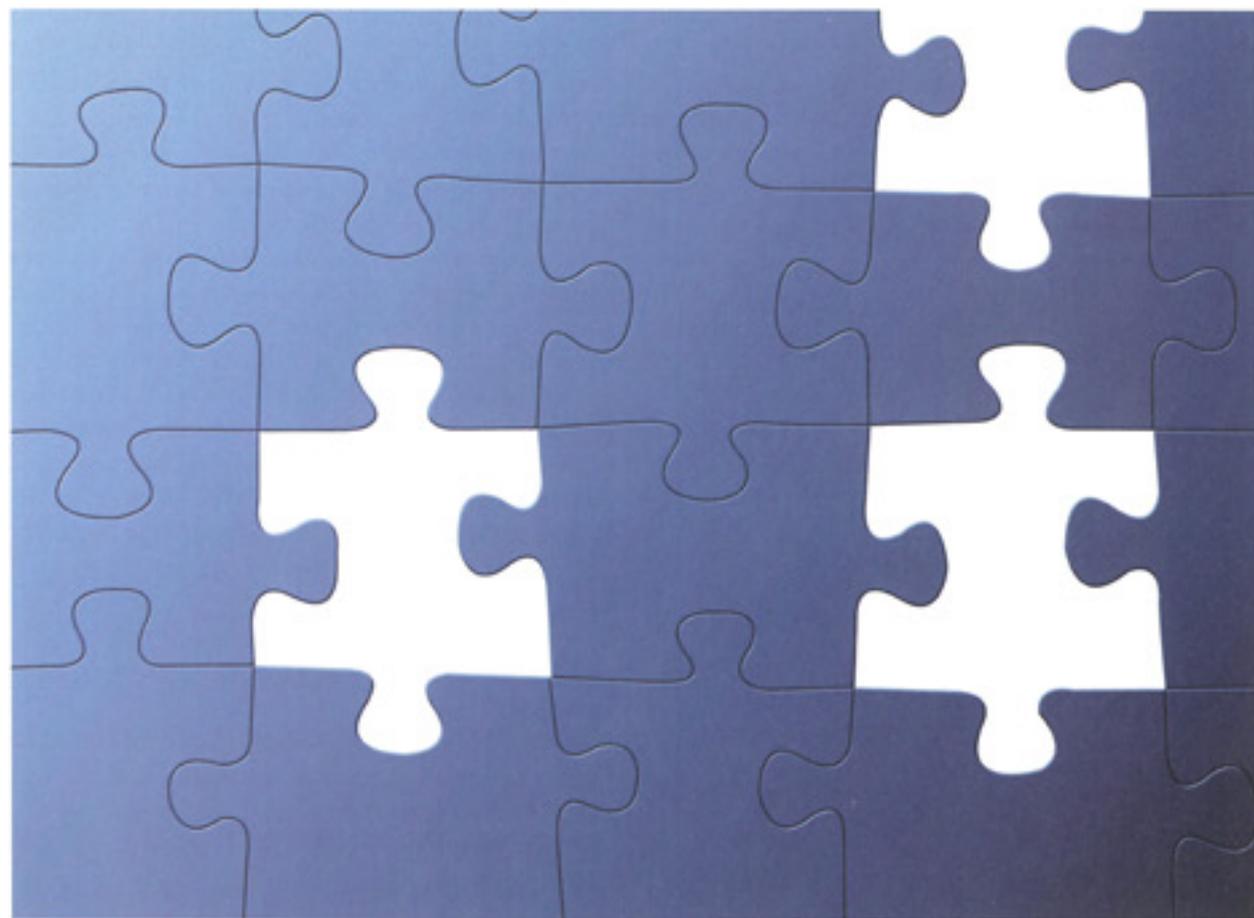
Legen bør være varsom med å tilrå spesifikke vedtak i sine erklæringer til trygden. Det er NAV som skal fatte vedtak, mens legen skal begrense seg til å formidle de medisinske premisser for vedtakene.

Ha åpne kanaler til lokalt NAV

Lokalt NAV ønsker som regel å ha kontakt med leger i sitt nedslagsfelt i form av samarbeidsmøter og mulighet for muntlig konferanse om enkeltpasienter ved behov. For fastlegene vil det også være nyttig å ha god kommunikasjon. Gjensidig utveksling av direkte telefonnumre gjør at partene slipper å vente på å komme gjennom sentralbordkøer og bidrar ofte til bedre kommunikasjon. Legen bør gjøre korte journalnotater ved muntlig kontakt om enkeltpasienter med NAV, og innhente aksept i den enkelte sak for at for eks. takst L8 kan brukes når avklaringer gjøres muntlig.

Husk på pasientens rett til innsyn og drøfting

For pasienten er det viktig at beslutninger som vedrører trygderettigheter og medisinske premisser bak dem skjer i åpne prosesser med rett til medvirkning, og at informasjonen er sporbar. Der hvor NAV for eks. inviterer til drøftingsmøter hvor man ønsker å gå gjennom en eller flere enkeltsaker med legen, bør legen stille som vilkår at pasienten(e) er gjort kjent med at slik drøfting skal foregå.



Tenk gjennom rollefordeling

Legen og den NAV-ansatte har i utgangspunktet et felles mål om å hjelpe, men basert på ulik utdannelse, mandat og relasjon til pasienten. Det er viktig å erkjenne at NAV arbeider innenfor rammer med en detaljert regelstyring av vilkår for å tilstå ytelser. Verken legen eller NAV-ansatte bør bidra til at det fattes vedtak som ikke er i tråd med gjeldende regelverk, selv om dette kan slå ut tilsynelatende urimelig for enkeltpasienter.

Ikke bidra til at det skapes fiendebilder

Pasienter som opplever seg ikke å være ivaretatt bør hjelpes til ikke å etablere fiendebilder av sine saksbehandlere i NAV, mens NAV ikke helt sjelden må minnes på at personer som er i behov av ytelser er langt mer sårbare og nærtagende enn man i utgangspunktet skulle tro. Legen har en viktig rolle i å bidra til samforståelse i trekanten pasient-helsevesen-NAV. Høflige, men tydelige leger som utover et stringent medisinsk skjønn vil alltid navigere bedre i den trygdemedisinske «skjærgård», og på sikt være sine pasienters beste hjelpere.

Høflighet virker best

NAV-ansatte kan noen ganger oppleve kontakt med behandlende leger som krevende. Den NAV-ansatte vil ofte

føle usikkerhet vis a vis leger som langtidsutdannet helsepersonell, og har behov for å bli hørt og sett som en fagperson i sin rolle av legen. Legen bør derfor koble sin medisinske autoritet med lydighet for trygdens vurderinger. Emosjonelle utbrudd i skriftlig og muntlig form tjener sjelden pasienten, uansett hvor urimelig legen opplever at en beslutning eller vurdering i lokalt NAV er.

Dialogmøtene – den nye vin i sykmeldingsarbeidet?

I forbindelse med Sykefraværsutvalgets arbeid høsten 2006 ble partene i arbeidslivet og myndighetene enige om endringer på sykefraværsområdet. Sykefraværsutvalget fremmet en rekke forslag for å redusere sykefraværet, hvor styrking av arbeidsgivers plikt til å tilrettelegge for at sykmeldte skal få mulighet til å komme raskt tilbake i arbeid, og kjøp av helsetjenester, står sentralt. I denne forbindelse har legen fått større medvirkningsplikt og til dels nye roller. Aksjon «Raskere tilbake» er i skrivende stund i drift, og flittig diskutert blant kolleger. Det gjenstår å se om mer medisinsk behandling vil redusere sykefraværet, og om dette kan gjennomføres uten at andre deler av befolkningen med smerter eller funksjonsvikt må vente lenger på sin behandling. Departementet har varslet en grundig evaluering og mange ser med god grunn frem til den.

Fra Allmennlegeforeningens side har det lenge vært pekt på behovet for å etablere en dialogarena hvor de medisinske premisser og arbeidsplassens muligheter for tilrettelegging kan drøftes på en måte som understøtter den sykmeldtes muligheter for aktivitet med respekt for den sykmeldtes begrensninger. Som fastleger kan vi finne det vanskelig å vurdere pasientens reelle arbeidskapasitet på grunn av manglende kunnskap om rammebetingelsene i arbeidsforholdet. Uten en dialogarena kan partene lett bli gjenstand for hverandres manglende tro på at aktivitet skulle være mulig for den sykmeldte.

Legen har i utgangspunktet plikt til å delta i dialogmøte. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har i brev til Stortingets arbeids- og sosialkomité av 28.11.06 imidlertid nyansert dette:

Departementet viser i denne forbindelse til annet ledd, annet punktum i folketrykkløvens § 25.5 om behandlers plikt til å delta i samarbeidsmøter, hvor det fremgår at det skal tas hensyn til behandlers arbeidssituasjon og andre forhold av betydning som gjør det vanskelig å møte. Denne bestemmelse skal komme tilsvarende til anvendelse for de tilfeller hvor arbeidsgiver og arbeidstaker eller arbeidstaker alene ønsker at legen skal delta i dialogmøter. *For øvrig forutsetter vi at et slikt møte alltid avtales i god tid på forhånd med de personer som skal delta, og at møtetidspunkt og -sted må tilpasses bl.a. legens arbeidssituasjon.*

For sykmeldende lege betyr dette at et møte skal være innkalt til i tilstrekkelig tid på forhånd. Plikten til å møte må veies mot f.eks. behovet for tilgjengelighet og akuttberedskap i kommunen. Å delta i arbeid rundt sykmeldte er en prioritert oppgave for fastlegene, og det vil bare være tungtveiende hensyn som tilsier at man ikke kan møte. Der hvor f.eks. høyt arbeidspress, reisevei og transporttid gjør et møte med legens deltagelse på arbeidsplassen uhensiktsmessig, kan møtet gjerne avholdes på legens kontor. Kanskje bør det noen ganger bare være et telefonmøte. Dette møtet må i så fall settes opp av arbeidsgiver, som også må ta regningen. Teleoperatørene tar blodpris for telefonmøter.

De nye reglene om dialogmøte setter ikke til side legens taushetsplikt. Dette innebærer at det er pasienten som gjennom sitt samtykke styrer om legen skal være med og hvilken informasjon som skal gis. Balansegangen mellom taushetsplikt og løsningsorientering er krevende.

Til slutt...

For egen del er det nå 28 år siden jeg vandret ut fra Rikshospitalet i fint vårvær med den vidunderlige vissheten om at jeg hadde vært oppe til min aller siste eksamen noensinne og at jeg omsider var som «fri mann» å regne. Opprinnelige planer om en snever organspesialitet ble forpurret av en periode som turnuslege og distriktslege i øvre Telemark, hvor fascinasjonen for allmennmedisinen ble sterk. Kanskje allmennmedisinen grep meg før jeg begrep den, har jeg tenkt noen ganger etterpå når dagene har vært lange og frustrasjonen over papirbunkene stor. Jeg har samarbeidet med mange forskjellige trygdekontor, og de senere årene også mye med Rikstrygdeverket/NAV sentralt i forbindelse med tillitsverv og lederverv i Aplf/Allmennlegeforeningen. Min ringe erfaring er at både som enkeltindivider og i forningssammenheng kommer vi som leger lengst med de tre ganske skarpe verktøyene «respekt», «dialog» og «tydelige budskap.»

- Ja, NAV har logistikk- og IT-utfordringer som skaper masse bry for oss.
- Ja, NAV er ikke alltid like imponerende til å utveksle kompetanse mellom sin indre og ytre etat.
- Ja, NAV sysselsetter svært mange personer og de har omfattende oppgaver som vi ikke alltid opplever at forvaltes på en klok måte.

Men i NAV jobber det massevis av flotte, dedikerte og kunnskapsrike personer som gjør sitt aller beste innenfor de rammer de har. Hvis vi viser at vi tross alt ser dette, så vil det trolig også være slik at man i NAV lettere kan se at fastlegestanden består av massevis av flotte, dedikerte og kunnskapsrike personer som gjør sitt aller beste innenfor de rammer vi har!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
jan.emil.kristoffersen@legeforeningen.no

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

"...jeg tar det
 neste gang!"

Når menn kommer til legen sin med vannlatingsbesvær, tenker man ofte prostata.

Nå viser studier at rundt halvparten av alle menn med blæreutløpsobstruksjon har overaktiv blære og at opp til 33% av mennene med blæreutløpsobstruksjon fortsatt har plager med overaktiv blære etter kirurgiske inngrep mot obstruksjon.

Det er derfor viktig at man tenker på flere årsaker enn prostata når man ønsker effektiv behandling av vannlatingsproblematikk hos menn.¹



Enkel dosering
- 4 mg x 1.

 **Detrusitol[®] SR**
tolterodine tartrate

1. Omarbeidet etter Chapple, Roehrborn, European Urology 49, 2006; 651-659
For preparatomtale se side 21

Om praksisoverdragelse eller når

AV KARIN FRYDENBERG

Media og deler av helsetjenesten har beskyldt fastleger for å selge sin fastlegeliste. Er det riktig? Mange har gått i rette med fastlegene.

Nei, man kan ikke kalle det å selge sin fastlegeliste, man må kalle det å selge sin praksis. Det dreier seg om at praksisoverdragelsen er todelt:

- Først skal kommunen utlyse en ledig fastlegeliste, dvs. fastlegehjemmelen. Etter intervjuer, i samarbeid med lokalt samarbeidsutvalg og evt. i samarbeid med gjenværende leger i en gruppepraksis, gir kommunen så en av søkerne tilbud om fastlegehjemmelen.
- Deretter skal avtroppende lege selge sin praksis til den kommunen har gitt tilbud om avtalehjemmelen. Dette salget er kommunen ikke del i. (Rammeavtale § 5.6)
 - Vedkommende har fem uker til å tenke over tilbudet og å bli enig med avtroppende lege om verdi av praksisen, både den materielle verdi og det som nå kalles verdi av opparbeidet praksis. Hvis påtroppende har takket ja til kommunen og så ikke blir enig med selger om summen, kan partene kreve nemndsbehandling. Da avgjør nemnda summen og partene må koste utgiftene til nemndsbehandlingen selv.

Noe av det spesielle ved omsetting av en fastlegepraksis er at den ikke omsettes fritt, men skal selges til den som allerede har fått tilbud om fastlegehjemmelen. Det er ikke snakk om fritt kjøp og salg, men tvert imot svært bundet.

Jeg vil anbefale alle som skal si opp sin fastlegeavtale og selge sin private praksis å gå inn på Legeforeningens hjemmeside; der finnes en link til «Overdragelse av privat praksis» og videre til «Dreibok for overdragelse av praksis».

Ved innføring av fastlegeordningen (FLO) ble mange tidligere fastlønnspraksiser privatisert. Det var en forutsetning i FLO at «I sin kurative virksomhet er legen selvstendig næringsdrivende» (Fra Rammeavtalen mellom Dnlf og KS) (selv om det er åpnet for noen unntak). Denne privatiseringen har ført til at flere praksiser omsettes enn før fastlegeordningen, og flere trenger å forstå og forholde seg til verdisetting av praksisen.

Vi har også fått et nytt begrep å forholde oss til: *verdi av opparbeidet praksis*. Før innføringen av FLO brukte man begrepet goodwill, som skulle være 17% av brutto omsetning siste

år. Det ble funnet lite dekkende da man nå har tatt inn en del kvalitetsnormer for å vurdere den immaterielle verdien. Mange privatpraktiserende leger ser verdi av praksis som en slags pensjonsforsikring, eller pengene kan være nødvendige for å kjøpe seg inn i en praksis et annet sted. Vil man ha mest mulig igjen for sine investeringer, er det viktig å planlegge godt. For å få mye igjen for sin praksis, må man holde den i hevd, og søke å ha høy kvalitet på alle deler av praksisen.

De fleste fastlegepraksiser selges uten store problemer.

Men hvor ligger problemene ved praksisoverdragelser?

De dreier seg ofte rundt verdisetting av praksis, men de kan også være knyttet til flytting av praksisen, oppdeling av listen og annet som igjen kan påvirke verdien av praksisen. Det første viktige poenget for den som har sagt opp sin fastlegeavtale (seks måneders oppsigelsestid) og vil selge sin praksis, er å se *kritisk på utlysningsteksten* og gå i forhandlinger med kommunen hvis det kan være planer for praksisen som kan forringe verdien.

Når man avslutter etter kortere eller lengre tid i praksis vil man gjerne ha igjen for sine investeringer i eiendom og utstyr, men også for det man har investert av arbeid i kvaliteten i praksisen. Verdisetting av praksis er todelt:

1. Verdi av eiendom, utstyr og inventar.

Verdi av materielle ting kan være vanskelig å fastsette. Gamle møbler kan ha høy affeksjons- og bruksverdi for fratredende lege, men være ubrukelig for tiltredende. Data blir raskt utdatert. Så de materielle verdiene kan være skuffende små. Takstfirmaer eller utstyrsleverandører kan hjelpe med verdivurdering.

2. Verdi av opparbeidet praksis.

Hvordan beregne «verdi av opparbeidet praksis»?

Den er forskjellig i forskjellige deler av landet. Den varierer fra 0 til 1 500 000 ifølge oversikt på nevnte link på Legeforeningens sider, men kun et fåtall av overdragelsene er meldt dit. Verdien skal være et skjønnsmessig mål for hva man vinner ved å komme inn i en opparbeidet praksis, en opparbeidet næringsvirksomhet, og samtidig gjenspeile en kvalitetsvurdering av driften. Likevel følger den til en viss grad markedet. Det er selvsagt vanskelig å få betalt for praksisen hvis det ikke er noen kjøper, og er det mange søkere, kan selger forvente å få en høyere pris.

man skal selge sin fastlegepraksis

For å søke å få en realistisk forestilling om verdien bør man se på omsetninger i nærheten og studere Legeforeningens retningslinjer for verdifastsettelse som nemndene legger til grunn (finnes på nevnte IT-side):

- Kontinuitet
- Type praksis (gruppe- eller solo)
- Kontorrutiner
- Opplært personell
- Attraktivitet/ beliggenhet (se www.legeforeningen.no for oversikt over praksisoverdragelser)
- Driftsresultat
- Pasientgrunnlag (herunder stabilitet og vekst i listepopulasjon)
- Samarbeidsavtaler
- Systemer i praksisen (f.eks. journalsystem)
- Husleicavtaler og andre leicavtaler

Det er mange følelser knyttet til ens private praksis som kan gjøre en svært subjektiv i sin beregning av verdien av prak-

sisen. Kanskje er det et helt livsverk en skal vurdere verdien av. Det sier seg selv at dette ikke blir objektivt og ikke alltid lett å videreformidle til kjøper.

Det er mange fallgruver som gjør at man kan ende opp med et lite tilfredsstillende resultat eller kanskje ikke bli enige og ville gå til nemndsbehandling. Men går partene til nemndsbehandling, har de samtidig gitt opp å bestemme selv og forplikter seg til å forholde seg til nemndas avgjørelse.

Hva gir risiko for at det blir nemndsbehandling?

Når man studerer refererte nemndsbehandlinger de siste årene, oppdager man noen fellestrekk som gjorde at vanskeligheter oppstod:

- Utydelig utlysningstekst der vesentlige forhold ikke var tatt med.
- Hvor realistisk var selgers og kjøpers verdisseting? Hadde man satt seg inn i praksisoverdragelser i nærhe-



Rammeavtale mellom KS og Den norske lægeforening om allmenlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene.

Pkt. 5.6 Vilkår i forbindelse med tildeling av avtalehjemmel

Fratredende lege har rett til å kreve overdratt praksis til overtagende lege. Til praksis regnes relevant utstyr og inventar, husleieavtaler og kompensasjon for opparbeidet praksis. Overdragelsesbetingelsene avtales mellom fratredende og overtagende lege. Kommunen er ikke part i denne avtalen.

Blir fratredende og overtagende lege ikke enige om overdragelsesbeløpet innen 5 uker etter at kommunens tilbud er motatt, fastsettes prisen av nemnd (voldgift). Nemnden(e) oppnevnes av Legeforeningen. Nærmere retningslinjer for nemndsbehandlingen utarbeides av Legeforeningen. Legeforeningen kan også gi nærmere regler om bortfall/reduksjon av rett til kompensasjon for opparbeidet praksis, f. eks for tilfeller der praksisen har vært drevet i kommunens lokaler/med kommunens personell.

Utgifter og tilrettelegging i forbindelse med nemndsbehandling er kommunen uvedkommende.

Dersom kommunens tilbud ikke aksepteres innen 5 uker etter at tilbud er gitt, kan kommunen trekke tilbudet tilbake og behandle saken på nytt.

Frist for oppstart av praksis avtales mellom legen og kommunen. Dette skal ikke ha konsekvenser for tidligere avtaleinnehavers rett til oppgjør for inventar, utstyr og kompensasjon for opparbeidet praksis.

ten? Er det sannsynlig at det blir flere søkere? Er de vilige til å betale for praksisen?

- Skal praksisen flyttes? Eller deles? Hvem styrer i så fall dette og har man gått i forhandlinger med kommunen om dette? Forringes verdien ved flyttingen?
- Har det vært vikar i praksisen de siste årene og hvordan har det påvirket praksisen, evt. påvirket praksisens kvalitet og listelengde?
- Har «kjøper» vært vikar og mener seg å ha del i verdiøkningen?
- Uklar kvalitetsvurdering av praksisen i forhold til vekting av flere av punktene over.

Nemndsbehandling

Legeforeningen har ønsket å gjøre nemndsbehandlingene så forutsigbare som mulig og har derfor fra 1.11.2006 opprettet en nasjonal nemndsorganisering med faste jurister som nemndsledere og en fast gruppe allmennleger som de som ber om nemndsbehandling kan velge blant. Denne er hjemlet i Rammeavtalen om Faslegeordningen med KS. Oslo kommune er ikke med i avtalen, men allmennleger i Oslo kan likevel bruke den nasjonale nemndsordningen hvis de ønsker det.

Ønsker en av partene eller begge nemndsbehandling fyller de ut en anmodning om det og sender Legeforeningen. De må velge en allmenlege fra den faste gruppen.

Nemnda består av en leder som er jurist, og to allmennleger, en fra hver part. Partene må selv koste utgiftene til nemndsbehandling.

Nemnda bestemmer overdragessummen etter befaringsmøte med partene og gjennomgang av alle dokumenter. Nemnda er en voldgiftsnemnd som skal lytte til partene, men deretter er partene forpliktet til å rette seg etter nemndas dom.

Lykke til med gode prosesser!

Referanser

www.legeforeningen.no; «Overdragelse av privat praksis.»
www.legeforeningen.no / Jus, avtaler og arbeidsforhold / Selvstendig næringsdrivende / Sentrale rammeavtaler /

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



Praktisk introduktionskurs i Antroposofisk Medicin

För läkare och medicinstuderande

Vad är antroposofisk medicin och hur tillämpas den i Sverige och internationellt? Den 9 och 10 nov 2007 startar en introduktionskurs med 8 helger under 2 år i samarbete mellan Vidarkliniken och läkarforeningen för antroposofisk medicin (LAOM). Här får Du inblick i synen på sjukdomens mångdimensionalitet, läkning och praktiska tillämpningar.

För mer information se vidarkliniken.se eller kontakta ursula.flatters@vidarkliniken.se



BIBLIOTEK

på legekontoret

AV TORGEIR LANDVIK

Mye grunnleggende medisinsk kunnskap står seg godt, men noe av den går ut på dato og ny kunnskap kommer til. En måte å oppdatere seg på er gjennom artikler og tidsskrifter som presenterer fragmenter av en helhet. I beste fall gir en artikkel svar på spørsmål som *artikkelforfatteren* har stilt seg. Imidlertid trenger vi ofte svar på spørsmål som vi selv stiller oss. Det kan vi kanskje få gjennom mer og mindre tidkrevende søk i databaser, men et raskere alternativ til dette er det å slå opp i faglitteraturen. I tillegg har oppdatert faglitteratur den fordel at den presenterer kunnskap satt i system av kompetente spesialister som forsøker å formidle en helhet. Moderne bøker har dessuten fantastisk gode illustrasjoner som gjør innholdet både morsommere og mer tilgjengelig. Dette er etter mitt syn gode grunner for å oppdatere private lærebøker av og til – enten privat eller som et felles bibliotek på legekontoret.

Når man skal kjøpe nye bøker, står man overfor et stort utvalg som det kan være vanskelig å velge blant. Noen av mine innkjøp har jeg vært svært fornøyd med, andre mindre fornøyd med, og jeg håper at andre kan ha interesse av å høre om mine positive erfaringer.

Oppslagsverk

I den praktiske hverdagen handler det mye om konkrete symptomer og problemstillinger. De fleste medisinske fagbøker er orientert ut fra organ eller sykdomsmekanisme, mens vi i allmennpraksis står overfor symptomer. Når man står fast i sin tenkning om pasientens symptomer, kan boka til Hopcroft & Forte: *Symptom Sorter 2003* være til hjelp. Et oppslagsverk med illustrasjoner som av og til kan være nyttig, er boka til Forbes & Jackson: *Color Atlas and Text of Clinical Medicine Third Edition 2003*.

De ovennevnte bøkene er relativt «tidløse», men siste utgave av en grunnleggende medisinsk fagbok er det alltid kjekt å ha. Da vil jeg særlig anbefale The Merck Manual. Eighteenth Edition 2006 og Axford og O'Callaghan: *Medicine. Second edition 2004*. Førstnevnte er et fremragende oppslagsverk, men inneholder svært få illustrasjoner, mens sistnevnte er en moderne gjennomillustrert lærebok i medi-



Torgeir Landvik

Født 1949

Cand.med. UiO 1975

Legekonsulent, Helsedirektoratet 1977–79. Kommunelege I, allmennlege og turnuslegeveileder i Enebakk siden 1979. For tiden også praksiskonsulent på Akershus Universitetssykehus (20%).

sin. Prisen burde ikke avskrekke noen fra å holde seg med siste utgave av en av disse.

Når man skriver journalnotater kan det være kjekt å ha et lite og praktisk oppslagsverk for å beskrive anatomiske detaljer korrekt. Her synes jeg den lille boka til Heinz Feneis: *Anatomisk Billedordbok 4. utgave 1995* er meget praktisk å ha i nærheten. Dersom man ønsker å oppdatere mer omfattende anatomiske atlas, vil jeg anbefale Thieme forlag sine rykende ferske atlas. Disse er intet mindre enn fremragende og er i tillegg klinisk orientert med tekst og med meget gode illustrasjoner av enkelte kliniske patologiske tilstander. For de som er interessert i en bok i klinisk neuroanatomisk med svært gode illustrasjoner, vil jeg anbefale Fitzgerald et al: *Clinical Neuroanatomy and Neuroscience 5. edition 2006*.

En oppslagsbok i klinisk kjemi er også meget nyttig og der synes jeg boka til Jacob A. Stakkestad og Arne Åsberg: *Brukerhåndbok i klinisk kjemi 2002* er mest praktisk anvendelig av de norske bøkene.

Står man overfor småkirurgiske tilstander som man er usikker på hvordan man bør håndtere, er boka til legendariske John Murtagh: *Practice Tips 4. edition 2004* svært god. For øvrig er *Legevakthåndboka (3. utgave 2005)* selvskraven.

Kliniske spesialiteter

Innenfor de kliniske spesialitetene har det i løpet av de senere år kommet noen norske bøker skrevet for allmennleger som er meget bra, bl.a. i pediatri (Haga) og gynekologi

(Gudim, Juvkam). Det ryktes at sistnevnte snart kommer i ny utgave. Den norske læreboka i nevrologi og nevrokirurgi av Gjerstad, Skjeldal og Helseth er ganske omfattende, men kan være kjekk å slå opp i. Duus' *Topical Diagnosis in Neurology Anatomy, Physiology, Signs, Symptoms* (4. edition 2005) er et godt hjelpemiddel for de som har sans for klinisk nevrologisk tenkning forut for rekvirering av CT og MR.

Min erfaring med turnusleger er at det ofte er hudfaget som byr på størst diagnostisk usikkerhet. Blant de nordiske bøkene er jeg fornøyd med den danske boka til Andersen, From, Thestrup-Pedersen og Wulf: *Klinisk dermatologi og venerologi* 2006. Det finnes også en anbefelsesverdige engelsk hudbok skrevet for allmennleger, nemlig boka til Ashton og Leppard: *Differential Diagnosis in Dermatology* 3. edition 2005. Imidlertid vil jeg først og fremst anbefale Thomas Habif: *Clinical Dermatology* 4. edition 2004 som er en meget praktisk orientert oppslagsbok med en mengde gode illustrasjoner og behandlingsanvisninger. Den nordiske boka i oftalmologi (Høvding) og den danske boka i

Øre-, nese- og halssykdommer (Ovesen, Pedersen, Bretlau) er utmerkede. En oppdatert bok i infeksjonsmedisin er alltid nyttig å ha, og jeg har valgt Barbara Bannisters *Infection Microbiology and Management* 2006.

Blant kirurgi-bøkene har Henry og Thompson's *Clinical Surgery* (2. edition 2004) fått en førstepris av British Medical Association som boka sikkert fortjener. Dette er en gjennomillustrert lærebok, men for den som har sans for en resonnerende tilnærming til faget, er Goldberg & Stansby's *Surgical Talk* 2. edition 2005 et funn. Hva gjelder sykdommer og skader i bevegelsesapparatet er Bruckner og Khan's *Clinical Sports Medicine* 3. edition 2007 et godt oppslagsverk. Forfatterne har som mål for boken at den skal være om aktivitetsmedisin og ikke være en spesialisert bok for sportsmedisinere. Boken inneholder en mengde instruktive fotografier og illustrasjoner.

Basalfag

Fysiologi er et basalfag som har utviklet seg mye siden jeg studerte på tidlig 70-tall. Her står fortsatt Guyton seg som den fremste av lærebøkene, nå med Hall som medforfatter (11. edition 2005). Den er voluminøs, men den har beholdt sin klare tenkning og framstilling og har meget gode illustrasjoner. Patologi er også et viktig basalfag i klinisk praksis. Robbins & Cotran *Pathological Basis of Disease* (7. edition 2004) er et glimrende oppslagsverk når man lurer på noe om grunnleggende sykdomsmekanismer ved ulike tilstander. Et oppdatert oppslagsverk i mikrobiologi er nyttig da det hele tiden oppdages nye patogene mikroorganismer. Her vil jeg anbefale Murray et al: *Medical Microbiology* 5. edition 2005. Alle disse bøkene utgis av forlaget Elsevier som har en utmerket service der du som en gratis bonus også kan lese boka via Internett når du har kjøpt den på papir.

Radiologi har hatt en fantastisk utvikling de siste 30 årene. En klinisk orientert, kortfattet og god bok er Renton: *Medical Imaging* 2004. I farmakologi vil vi ofte klare oss med *Legemiddelhandboka*, men hvis man vil ha en oppdatert lærebok er Rang & Dales *Pharmacology* 6. edition 2007 mest anbefalt blant anmelderne på amazon. Blant kortversjonene er Michael Neals *Pharmacology At a Glance* utmerket.

Kortfattede lærebøker

Det finnes ulike serier av mer kortfattede bøker som kan være greie for å oppfriske og oppdatere sine kunnskaper. Forlaget Elsevier gir ut en serie som heter «Illustrated Co-



lour Text» der jeg har sett utgaven i dermatologi, medisinsk billeddiagnostikk og kardiologi. Alle disse er meget gode. I følge anmeldelsene på www.amazon.co.uk er også bøkene i nevroanatomi, nevrologi og oftalmologi gode. Forlaget Blackwell Publishing utgir «At A Glance»-serien som også er veldig oversiktlige og gode. Farmakologi-, medisin- og fysiologiboka er meget bra og serien inneholder flere andre anbefalte titler.

Diverse

For de som har behov for å lage presentasjoner på Power Point med fotografier foreligger det en utmerket bok om dette, nemlig Irwin & Terberg: Perfect Medical Presentations 2004.

Utposten har i mange år benyttet seg av strålende humoristiske tegninger fra The New Yorker. Disse tegningene er nå å få i bokform inkludert CD med samtlige 68000 tegninger i The Complete Cartoons of «The New Yorker» 2006. Disse tegningene reflekterer amerikansk antropologi innenfor medisin og samfunnsliv for øvrig. Et atskillig videre utsyn i medisinsk antropologi kan man finne i Cecil G Helmans Culture, Health and Illness 5. edition 2007.

Til slutt vil jeg anbefale en bok av Clifton Meador: A Little Book of Doctor's Rules 1992. Det er en bitte liten bok med store sannheter, for eksempel regel nr 91: Velg og kjøp en standard lærebok i medisin. Kjøp den siste utgaven hver gang den kommer ut. Gjør dette i resten av din karriere. Minst like viktig er regel nr 69: Lær noe av hver pasient du møter.

Kjøp av bøker

Moderne nettbokhandel gjør det mulig å anskaffe bøker uavhengig av hvor perifert i landet man måtte befinne seg. Blant de norske nettbokhandlene er det flere å velge blant, der norli.no, haugenbok.no og bokkilden.no alle er utmerkede. Når det gjelder engelsk nettbokhandel er amazon.co.uk den største og har ypperlig service. Dersom de har boka på lager, får du den i løpet av en uke. De fleste forlagene har også egne hjemmesider der man kan kjøpe deres bøker. Ulempen med forlagenes nettbokhandel er at de som regel tar mer betalt for porto enn det amazon gjør og at det ofte tar lengre tid før boka ankommer din adresse. På den annen side er fordelene med forlagenes hjemmesider at de ofte har mer informasjon om den aktuelle boka og at de bekjentgjør nye utgaver og nye bøker raskere enn det amazon

gjør. Dette kan jo være en vesentlig fordel når man først skal oppdatere biblioteket.

Lykke til!

Liste over anbefalte bøker

- Hopcroft & Forte: Symptom Sorter. 2. edition 2003
 Forbes & Jackson: Color Atlas and Text of Clinical Medicine 3. edition 2003
 The Merck Manual. 18. Edition 2006
 Axford & O'Callaghan: Medicine. 2. edition 2004
 Fencis, Heinz: Anatomisk Billedordbog. Munksgaard 3. utgave 1995
 Thieme Atlas of Anatomy. General Anatomy and Musculoskeletal System 2006
 Fitzgerald et al: Clinical Neuroanatomy and Neuroscience 5. edition 2006
 Stakkestad, Jacob A og Arne Åsberg: Brukerhåndbok i klinisk kjemi. 2002
 Murtagh, John: Practice Tips 4. edition 2004
 Haga, Ole Sverre: Hverdagspediatri 4. utgave 2006
 Gudim, Juvkam: Gynekologi i allmennpraksis 1999
 Gjerstad, Skjeldal, Helseth: Nevrologi og Nevrokirurgi. Fra barn til voksen 4. utgave 2007
 Andersen, From, Thestrup-Pedersen, Wulf: Klinisk dermatologi og venerologi 2006
 Ashton & Leppard: Differential Diagnosis in Dermatology 3. edition 2005
 Habif, Thomas: Clinical Dermatology 4. edition 2004
 White, Gary: Color Atlas of Dermatology 3. edition 2004
 Høyding, Gunnar: Oftalmologi 14. utgave 2004
 Ovesen, Pedersen, Bretlau: Øre- nase- hals sykdomme 11. utgave 2006
 Bannister, Barbara: Infection: Microbiology and Management 2006
 Henry and Thompson: Clinical Surgery 2. edition 2004
 Goldberg & Stansby: Surgical Talk 2. edition 2005
 Brukner & Khan: Clinical Sports Medicine 3. edition 2007
 Guyton & Hall: Textbook of Medical Physiology 11. edition 2006
 Kumar et al.: Robbins & Cotran Pathological Basis of Disease 7. edition 2004
 Murray et al: Medical Microbiology 5. edition 2005
 Renton, Peter: Medical Imaging 2004
 Rang & Dale's Pharmacology 6. edition 2007
 Neal, Michael: Pharmacology At a Glance. Blackwell Publishing 5. edition 2005
 The Complete Cartoons of «The New Yorker» 2006
 Helman, Cecil: Culture, Health and Illness 5. edition 2007
 Irwin & Terberg: Perfect Medical Presentations 2004
 Clifton K Meador: A Little Book of Doctor's Rules 1992

Nettbokhandel:

Norske bøker: www.norli.no, www.haugenbok.no og www.bokkilden.no

Utenlandske bøker: www.amazon.co.uk pluss forlagenes hjemmesider

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: Torgeir.Landvik@enebakk.kommune.no

Ludens Rettsanmelding Foto: Scapellato og Voldeneyr

Modifenac gjør livet litt enklere når kroppen gjør vondt

Eneste diclofenacpreparat som kombinerer både hurtig og langvarig smertelindring.

Virker både raskt og lenge

En Modifenac-kapsel inneholder to typer pellets med finfordelt diclofenac. 1/3 av dem oppløses i løpet av 10 minutter, og gir rask smertelindring. Resten av pelletene har en coating med små hull der aktivt diclofenac frisettes kontrollert i løpet av 12-24 timer.*

Enklere å dosere

Den spesielle langtidsvirkningen gjør at voksne klarer seg med 1 kapsel 1-2 ganger daglig, eller 2 kapsler som engangsdose om morgenen.**

God sikkerhetsprofil

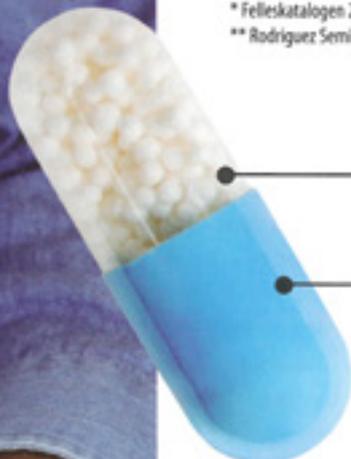
Modifenac er et NSAID med god sikkerhetsprofil. I en meta-analyse ble diclofenac rangert som nr. 2 (etter lavdose ibuprofen) i forhold til hyppighet av gastrointestinale blødninger.**

Indikasjon

Artrose, Rheumatoid Artritt, Juvenil Rheumatoid Artritt, Mb. Bechterev.

* Felleskatalogen 2007

** Rodriguez Semin, Arthritis & Rheum, 1997; 26: 16 - 20



Modifenac virker raskt

Modifenac virker lenge



GESTALTTERAPI

en metode som er for god til kun å brukes på syke mennesker

Fritz Perls

AV ELLEN STEEN-HANSEN

Gestaltterapi er en psykoterapeutisk retning. Høgskolen Norsk Gestaltinstitutt (NGI) utdanner gestaltterapeuter gjennom et fireårig halvtidsstudium. NGI kjører denne utdannelsen i Oslo, Stavanger og Tromsø. Studentene har fra før en høyere utdanning innen humanistiske fag, eller annen relevant bakgrunn. Gestaltterapeutene tilbyr individual-, gruppe- og parterapi. Gestaltterapi kan være et nyttig supplement i det tilbudet en fastlege gir til pasienter med et psykisk helseproblem.

Gestaltterapi er en retning innen den humanistiske psykologien og ble grunnlagt i USA på 50-tallet og begynnelsen av 60-tallet av ekteparet Fritz og Laura Perls sammen med Paul Goodman. Perls hentet begrepet gestalt fra gestaltpsykologien. Det kan oversettes med et «meningsfylt hele» eller et mønster.

Gestaltterapi – en eksistensialistisk terapi

Gestaltterapi har en grunnleggende tro på at mennesket har ressurser i seg selv til å leve et for seg, tilfredsstillende liv. I gestaltterapien har vi også en grunnleggende overbevisning om at de fleste av oss kan leve et langt rikere og mer fullverdig liv enn det vi gjør i dag.

Eksistensiell filosofi er opptatt av livsbevissthet. Det handler om å gi plass for stemninger og følelser. Når vi kan være til stede i opplevelser som sorg, glede, lidenskap, smerte eller fortvilelse, er vi mer bevisst på livet i oss. Vi kjenner at vi lever. Heidegger sa at livsbevisste menneskers sanser er skarper, så de ser klarere og føler dypere. Awareness er et



Ellen Steen-Hansen

er utdannet gestaltterapeut og tar imot klienter i privat praksis på Skillebekk i Oslo. Hun er leder av Angstringen Oslos prosjekt «Brukerkompetanse om angst – erfaringsformidling om angst og selvhjelp overfor fastleger og helsesekretærer». Prosjektet er støttet av Rådet for psykisk helse samt Helse og Rehabilitering. Våren 2007 avsluttet hun sine verv som styreleder og leder av koordineringsgruppen i stiftelsen Angstringen Oslo. Steen-Hansen er også siviløkonom, og har tidligere arbeidet i nærmere 20 år innenfor områdene strategisk planlegging, organisasjonsutvikling og prosjektstyring i næringslivet.

sentralt begrep innenfor gestaltterapi, og det tar på mange måter opp i seg begrepet livsbevissthet. Awareness deles inn i tre soner:

- Indre sone – hva skjer i kroppen
- Mellomsonen – setter navn på opplevelsen/tanken
- Ytre sone – hva skjer utenfor meg (ser, hører, lukter)

Vi arbeider med å utvikle klientens «bevisste oppmerksomhet» eller «awareness», så hun eller han blir klar over mer av seg selv. Vår erfaring er at mennesker som opplever at de har et livsproblem, har nytte av å bli klar over mer av hva de faktisk sanser i øyeblikket.

Awareness, så vel som livsbevissthet, krever åpenhet. Denne åpenheten har vi ofte motstand mot å oppleve – den gir oss kontakt med dybden i oss selv, hvor vi også møter eksistensiell angst, smerte og fortvilelse. Kierkegaard sa blant annet «Å våge er å miste fotfeste for en stund. Å ikke våge er å miste seg selv.»

Fenomenologisk metode

Gestalt bygger på den fenomenologiske metoden slik den er beskrevet av Husserl. Ved å observere det som er, det som skjer eller det jeg gjør – uten å tolke det – kan jeg erfare mer av meg selv. Det handler om å beskrive det som skjer, istedenfor å forklare. I gestaltterapi er vi opptatt av å utforske *hvordan* opplevelsen uttrykkes, fremfor å forsøke å forklare eller tolke *hvorfor* vi opplever det vi opplever (årsak/virk-

ning). Vi utforsker gjennom å stimulere sansene i øyeblikket. Dette kan blant annet gjøres gjennom spørsmål som: Hva kjenner du? Hvordan kjenner du det? Hva skjer med deg nå? Følgende eksempel kan illustrere dette: En klient kommer til meg og snakker og snakker. Jeg blir oppmerksom på at jeg der og da ikke er så opptatt av ordene hennes – jeg har en fantasi om at hun selv heller ikke er så berørt av hva hun sier akkurat nå. Jeg blir klar over at jeg ser på føttene hennes og får lyst til å flytte oppmerksomheten fra hodet til føttene. Jeg forteller klienten at jeg får fokus på føttene hennes – om hun kan tenke seg å utforske hvordan hun står på føttene sine? Sammen prøver vi ut hvordan det er for henne å ha vekten foran/bak/innside/ytterside/midt under. Da vi avslutter vårt lille eksperiment, viser det seg at klienten har erfart flere ting. Hun er blitt mer klar over hvordan hun vanligvis står på føttene. Hun har også erfart at tankene hennes ble roligere da hun flyttet oppmerksomheten til føttene. Hun forteller at det er slitsomt for henne at tankene vanligvis kverner og kverner i hodet. I ettertid viser det seg at klientens normalt kalde føtter har vært varme i flere måneder etter denne opplevelsen. Et fenomen som klienten kan beskrive, men ingen av oss kan forklare.

Forholdet mellom terapeut og klient

Filosofen Martin Buber introduserte møtet mellom et Jeg og et Du, hvor begge er likeverdige og til stede som subjekter. Gestaltterapi bygger på et slikt møte mellom Jeg og Du, hvor vi undersøker det som skjer mellom deg og meg, her og nå. Dette møtet kan beskrives gjennom en metafor: Kystlinjen, der hav og land møtes, vil variere. Hvordan dette møtet er, avhenger av hvordan landet er, hvordan sjøen er, og temperatur og andre værforhold på dette tidspunkt. På samme måte påvirker vi hverandre gjensidig, og vi påvirkes av omgivelsene vi møtes i. I denne relasjonen vil vi møte ulike fenomener. I noen møter kommer det opp normer og regler for hvordan man skal være for å kunne føle seg som et vellykket menneske. I andre møter kan det tre frem en udefinert klump i halsen, brystet eller magen. Rekken av fenomener som kan oppstå, er uendelig og uforutsigbar før fenomenene faktisk oppstår mellom oss. I gestaltterapi søker vi å utforske disse fenomenene, slik de fremtrer akkurat nå. Vi tror på at økt erkjennelse skjer i øyeblikket – i møtet mellom klient og terapeut.

Her og nå

En av gestaltterapiens hovedideer er at forandring bare kan skje her og nå, i det aktuelle øyeblikk. Dette er igjen sammenlignbart med eksistensialistisk tankegang: Bare i øyeblikket eksisterer jeg, og bare i øyeblikket kan jeg handle og erfare det som faktisk skjer. I dette øyeblikket ligger valget, og i dette øyeblikket er jeg fri til å velge. Hvis jeg ikke er be-

visst, er jeg ikke bevisst mitt eget valg. Da vil jeg handle ut fra mine forestillinger og forventninger om hva som skal skje i fremtiden, eller jeg vil handle ut fra mine gamle vaner og mønstre fra fortiden. Gjennom å utvikle min egen evne til å sanse kan jeg bli mer klar over mine egne valg. For eksempel kan jeg ha utviklet noen atferdsmønstre som var helt nødvendige for meg på et tidligere tidspunkt i livet, og som kanskje ikke er så hensiktsmessige lenger nå. I et Jeg – Du-møte kan jeg i øyeblikket gjøre meg nye erfaringer, som igjen påvirker min videre atferd.

Kropp, følelser og tanke

Gestaltterapien ser på mennesket som en helhet. Kroppen vet mer enn det jeg faktisk tenker med min tanke. Den gir signaler som kan beskrives. For eksempel ved uro eller redsel hamrer hjertet, jeg blir svett i hendene og får kanskje tåkete syn. Gestalt er ikke opptatt av å forklare redselen – vi er mer opptatt av å ta den på alvor, slik den fremtrer her og nå. Opplevelser i kropp, følelser og tanke er sidestilt i gestalt, i tråd med et holistisk menneskesyn. Gestaltterapi er en prosessorientert terapiform, hvor målet er å integrere ny innsikt. Vi kan ikke kjenne innholdet av denne innsikten på forhånd.

I gestalt tror vi at mennesker i stor grad holder tilbake det de faktisk sanser, ved å undertrykke sine følelser og opplevelser. Dette skaper i større eller mindre grad livsproblemer, og de arter seg på ulike måter. Jeg har for eksempel en klient som fra barndommen har utviklet en overlevelsesmekanisme som går ut på å gjøre seg usynlig for andre, og delvis også for seg selv. Sammen kan vi utforske hvordan hun nå, som voksen, gjør seg usynlig i hverdagen, og hvordan hun gjør seg usynlig i møte med meg. Vi kan videre utforske hva hun og jeg sanser, når vi sammen eksperimenterer med disse situasjonene.

Hvem kan ha glede av gestaltterapi?

Mennesker som strever med redsel, uro, nedstemthet, relasjoner til seg selv og andre mennesker, eller som opplever tomhet eller har stresssymptomer, kan ha glede av gestaltterapi. I tillegg gir gestaltterapi generelt en mulighet til å arbeide med egen utvikling for et rikere liv og å videreutvikle relasjoner til andre mennesker. Her inngår også parterapi og gruppeterapi.

Gestaltterapi er ingen lettvinnet eller hurtig kur. Det kan være smertefullt og vondt å gjenoppleve tidligere episoder i livet, erkjenne seg selv der en er i livet og å ta valg. Samtidig åpner gestalt for å frigjøre ressurser som har vært bundet opp i tilpasninger og mønstre som ikke lenger er hensiktsmessige for oss. Dette kan oppleves berikende, meningsfylt og inspirerende.

Gestalt – et eget fagmiljø i Norge

Fagmiljøet er bygget opp gjennom NGI's utdanning av gestaltterapeuter over mer enn 20 år. NGI's fireårige grunnutdanning i gestaltterapi er godkjent av NOKUT med 120 studiepoeng. Utdanningen innfrir dessuten kravene som stilles for å oppnå European Certificate of Psychotherapy (ECP). Norsk Gestaltterapeut Forening har en medlemsliste over godkjente gestaltterapeuter som er forsikret og følger definerte krav til jevnlig veiledning. Se <http://www.ngfo.no>. I tillegg har NGI en oversikt over studenter som er godkjent for å ta imot klienter i terapi under studiet. <http://www.gestalt.no>. Et stort antall gestaltterapeuter praktiserer på ulike områder innen helsevesenet, hvilket gjør at utbredelsen av gestaltterapi er langt større enn det antallet registrerte terapeuter tilsier (ca. 60 studenter uteksamineres hvert år). NGI tilbyr også en toårig videreutdanning samt en toårig veilederutdanning i gestaltterapi. Det er også etablert en ettårig videreutdanning innen organisasjonsutvikling. I tillegg er det utviklet en egen toårig høyskoleutdanning innen coaching.

Ifølge NGI er gestaltterapi en av de mest utbredte psykoterapeutiske retninger i Europa og i USA.

Sosial- og helsedirektoratet:

«Registeret for utøvere av alternativ behandling»

Våren 2007 godkjente Sosial- og helsedirektoratet Norsk Gestaltterapeut Forening (NGF) som utøverorganisasjon i «Registeret for utøvere av alternativ behandling». Det betyr at NGF's medlemmer nå kan registrere seg i dette registeret. Se www.brreg.no/registerne/altbas/index.html

Les videre

Hostrup, H. (1999) Gestaltterapi: Indføring i gestalterapiens grunnbegreper. København: Hans Reitzels forlag.

Jørstad, S. og Krüger, Å. (red.). (2002). Den flyvende Hollender. Festskrift. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.

Jørstad, S. og Krüger, Å. (red.). (2006). Gestaltterapi i praksis. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.

Yontef, G. M. (1993) Awareness Dialogue & Process. New York: The Gestalt Journal Press

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
ellen@gestaltglede.no

C Detrusitol SR Pflizer

Muskarereceptorantagonist

ATC-nr. G04B D07

DEPOTKAPSLER, harde 2 mg og 4 mg. Hver depotkapsel innh. Tolterodintartrat 2 mg, resp. 4 mg tilsv. tolterodine 1,37 mg, resp. 2,74 mg, hjelpestoffer. Fargestoff 2 mg: Gult jernoksid (E 172), indigo (E 132), titandioxyd (E 171), 4 mg: Indigo (E 132), titandioxyd (E 171).

Indikasjonen: Symptomatisk behandling av urinkontinens og/eller hyppig vannlating og «urgency» som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære.

Dosering: Vikare: Anbefalt dose er 4 mg 1 gang daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon eller betydelig nedsatt nyrefunksjon (GRF < 30 ml/minutt) er anbefalt dose 2 mg 1 gang daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan dosen reduseres fra 4 mg til 2 mg 1 gang daglig. Depotkapslene skal svelges hele og kan inntas uavhengig av måltid. Effekten av behandlingen bør vurderes etter 2-3 måneder. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert.

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Alvorlig ulserøs kolitt. Toksik megarecton. Ubehandlet tungviskøsløsdom. Myasthenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodine eller noen av de andre innholdstoffene.

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), histaminuræ, autonoom neuropati, nedsatt nyrefunksjon. Levtryktdosen bør da ikke overstige 2 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til vannlatingstrøng og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Forsiktighet skal utvises hos pasienter med kjent risikofaktor for QT-førlengelse (f.eks. hypokaliemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som forlenger QT-intervallet) og ved relevant preeksisterende hjertesykdom (f.eks. atrykardifibrill, atryk, hjertesvik). Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonsneven kan plivitas. Skjerpert oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og betjening av maskiner. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne arvelige sykdommer som fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukkrase-isomaltasemangel.

Interaksjoner: Samtidig behandling med antikolinerge legemidler kan resultere i mer utalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Overens kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrering av muskarinereceptoragonister. Effekten av muskeltetningsforstærkende midler som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodine. Samtidig systemisk behandling med potente CYP 3A4-hemmere som makrolidantibiotika (erytromycin, klaritromycin), antiarytika (ketokonazol, itraconazol) og proteasehemmere, anbefales ikke pgs. økt serumkonsentrasjon av tolterodine hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme, med påfølgende risiko for overdosering.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravidt bør ikke behandles med tolterodine. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amning bør unngås.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munn tørrhet, dyspepi, obstipasjon, mavesmerter, flatulens, hekkninger/opkast. Hud: Torr hud. Psykiske: Nervøsitet. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, søvnløshet, parestesier. Syn: Tørre øyne. Unormalt syn inkl. akkommodasjonsforstyrrelser. Øvrige: Hodpine, trette, brystsmerte. Mindre hyppige: Psykiske: Forvirring. Urogenitale: Urinretensjon. Øvrige: Purifert ødem, allergiske reaksjoner. Sjeldne (<1/1000): Psykiske: Hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Takykardi. Øvrige: Svært sjelden, anafylaktiske reaksjoner inkl. angioødem, hjertesvikt.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Akkommodasjonsforstyrrelser og vannlatingsspløsser er sett ved tablettdose på 12,8 mg tolterodintartrat. Behandling: Ev. ventrikkel-sykling og medisinisk kull. Symptomatisk behandling.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarinereceptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene. Vikringsmekanismer: En av metabolittene, 5-hydroksymetylderivatet, har tilsv. farmakologiske effekt som muskarinereceptorantagonist. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 timer, men endelig evaluering bør vurderes etter 2-3 måneder. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon nås etter 4 (2-6) timer. Uavhengig av samtidig matinntak. Proteinbinding: Tolterodine: 96%. 5-hydroksymetylderivatet: 64%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 113 liter. Halveringstid: Ca. 6 timer hos personer med normal metabolisme og ca. 10 timer hos personer med langsom metabolisme (mangler CYP 2D6). «Steady state» nås innen 4 dager. Ca. 2 ganger høyere eksponering av ublandet tolterodine og 5-hydroksymetylderivatet er målt hos pasienter med levercirrhose. Metabolisme: I lever, hovedsakelig via CYP 2D6 til den farmakologisk aktive 5-hydroksymetylderivatet. Hos personer som mangler CYP 2D6 dannelses tolterodine av CYP 3A4 til en ikke-aktiv metabolitt og konsentrasjonen av tolterodine øker ca. 7 ganger pgs. redusert eliminering. Mengde aktivt stoff forblir uendret, og dosjustering er nødvendig. Utskillelse: Ca. 77% i urin og 17% i feces. Mindre enn 1% av dosen utskilles uendret og ca. 4% som 5-hydroksymetylderivatet.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyt 30°C, i yttersamballasjen.

Pakninger og priser: 2 mg: Enpse: 28 stk. kr 438,50. 4 mg: Enpse: 28 stk. kr 438,50. 84 stk. kr 1246,60.

Ti 40a).

Refusjon: Legemidlene under bokstave a) refunderes kun for motorisk hyperaktive blære med lekkasje.

Sist endret: 25.04.2006



Partner for bedre helser

ning). Vi utforsker gjennom å stimulere sansene i øyeblikket. Dette kan blant annet gjøres gjennom spørsmål som: Hva kjenner du? Hvordan kjenner du det? Hva skjer med deg nå? Følgende eksempel kan illustrere dette: En klient kommer til meg og snakker og snakker. Jeg blir oppmerksom på at jeg der og da ikke er så opptatt av ordene hennes – jeg har en fantasi om at hun selv heller ikke er så berørt av hva hun sier akkurat nå. Jeg blir klar over at jeg ser på føttene hennes og får lyst til å flytte oppmerksomheten fra hodet til føttene. Jeg forteller klienten at jeg får fokus på føttene hennes – om hun kan tenke seg å utforske hvordan hun står på føttene sine? Sammen prøver vi ut hvordan det er for henne å ha vekten foran/bak/innside/ytterside/midt under. Da vi avslutter vårt lille eksperiment, viser det seg at klienten har erfart flere ting. Hun er blitt mer klar over hvordan hun vanligvis står på føttene. Hun har også erfart at tankene hennes ble roligere da hun flyttet oppmerksomheten til føttene. Hun forteller at det er slitsomt for henne at tankene vanligvis kverner og kverner i hodet. I ettertid viser det seg at klientens normalt kalde føtter har vært varme i flere måneder etter denne opplevelsen. Et fenomen som klienten kan beskrive, men ingen av oss kan forklare.

Forholdet mellom terapeut og klient

Filosofen Martin Buber introduserte møtet mellom et Jeg og et Du, hvor begge er likeverdige og til stede som subjekter. Gestaltterapi bygger på et slikt møte mellom Jeg og Du, hvor vi undersøker det som skjer mellom deg og meg, her og nå. Dette møtet kan beskrives gjennom en metafor: Kystlinjen, der hav og land møtes, vil variere. Hvordan dette møtet er, avhenger av hvordan landet er, hvordan sjøen er, og temperatur og andre værforhold på dette tidspunkt. På samme måte påvirker vi hverandre gjensidig, og vi påvirkes av omgivelsene vi møtes i. I denne relasjonen vil vi møte ulike fenomener. I noen møter kommer det opp normer og regler for hvordan man skal være for å kunne føle seg som et vellykket menneske. I andre møter kan det tre frem en udefinert klump i halsen, brystet eller magen. Rekken av fenomener som kan oppstå, er uendelig og uforutsigbar før fenomenene faktisk oppstår mellom oss. I gestaltterapi søker vi å utforske disse fenomenene, slik de fremtrer akkurat nå. Vi tror på at økt erkjennelse skjer i øyeblikket – i møtet mellom klient og terapeut.

Her og nå

En av gestaltterapiens hovedideer er at forandring bare kan skje her og nå, i det aktuelle øyeblikk. Dette er igjen sammenlignbart med eksistensialistisk tankegang: Bare i øyeblikket eksisterer jeg, og bare i øyeblikket kan jeg handle og erfare det som faktisk skjer. I dette øyeblikket ligger valget, og i dette øyeblikket er jeg fri til å velge. Hvis jeg ikke er be-

visst, er jeg ikke bevisst mitt eget valg. Da vil jeg handle ut fra mine forestillinger og forventninger om hva som skal skje i fremtiden, eller jeg vil handle ut fra mine gamle vaner og mønstre fra fortiden. Gjennom å utvikle min egen evne til å sanse kan jeg bli mer klar over mine egne valg. For eksempel kan jeg ha utviklet noen atferdsmønstre som var helt nødvendige for meg på et tidligere tidspunkt i livet, og som kanskje ikke er så hensiktsmessige lenger nå. I et Jeg – Du-møte kan jeg i øyeblikket gjøre meg nye erfaringer, som igjen påvirker min videre atferd.

Kropp, følelser og tanke

Gestaltterapien ser på mennesket som en helhet. Kroppen vet mer enn det jeg faktisk tenker med min tanke. Den gir signaler som kan beskrives. For eksempel ved uro eller redsel hamrer hjertet, jeg blir svett i hendene og får kanskje tåkete syn. Gestalt er ikke opptatt av å forklare redselen – vi er mer opptatt av å ta den på alvor, slik den fremtrer her og nå. Opplevelser i kropp, følelser og tanke er sidestilt i gestalt, i tråd med et holistisk menneskesyn. Gestaltterapi er en prosessorientert terapiform, hvor målet er å integrere ny innsikt. Vi kan ikke kjenne innholdet av denne innsikten på forhånd.

I gestalt tror vi at mennesker i stor grad holder tilbake det de faktisk sanser, ved å undertrykke sine følelser og opplevelser. Dette skaper i større eller mindre grad livsproblemer, og de arter seg på ulike måter. Jeg har for eksempel en klient som fra barndommen har utviklet en overlevelsesmekanisme som går ut på å gjøre seg usynlig for andre, og delvis også for seg selv. Sammen kan vi utforske hvordan hun nå, som voksen, gjør seg usynlig i hverdagen, og hvordan hun gjør seg usynlig i møte med meg. Vi kan videre utforske hva hun og jeg sanser, når vi sammen eksperimenterer med disse situasjonene.

Hvem kan ha glede av gestaltterapi?

Mennesker som strever med redsel, uro, nedstemthet, relasjoner til seg selv og andre mennesker, eller som opplever tomhet eller har stresssymptomer, kan ha glede av gestaltterapi. I tillegg gir gestaltterapi generelt en mulighet til å arbeide med egen utvikling for et rikere liv og å videreutvikle relasjoner til andre mennesker. Her inngår også parterapi og gruppeterapi.

Gestaltterapi er ingen lettvin eller hurtig kur. Det kan være smertefullt og vondt å gjenoppleve tidligere episoder i livet, erkjenne seg selv der en er i livet og å ta valg. Samtidig åpner gestalt for å frigjøre ressurser som har vært bundet opp i tilpasninger og mønstre som ikke lenger er hensiktsmessige for oss. Dette kan oppleves berikende, meningsfylt og inspirerende.

Gestalt – et eget fagmiljø i Norge

Fagmiljøet er bygget opp gjennom NGI's utdanning av gestaltterapeuter over mer enn 20 år. NGI's fireårige grunnutdanning i gestaltterapi er godkjent av NOKUT med 120 studiepoeng. Utdanningen innfrir dessuten kravene som stilles for å oppnå European Certificate of Psychotherapy (ECP). Norsk Gestaltterapeut Forening har en medlemsliste over godkjente gestaltterapeuter som er forsikret og følger definerte krav til jevnlig veiledning. Se <http://www.ngfo.no>. I tillegg har NGI en oversikt over studenter som er godkjent for å ta imot klienter i terapi under studiet. <http://www.gestalt.no>. Et stort antall gestaltterapeuter praktiserer på ulike områder innen helsevesenet, hvilket gjør at utbredelsen av gestaltterapi er langt større enn det antallet registrerte terapeuter tilsier (ca. 60 studenter uteksamineres hvert år). NGI tilbyr også en toårig videreutdanning samt en toårig veilederutdanning i gestaltterapi. Det er også etablert en ettårig videreutdanning innen organisasjonsutvikling. I tillegg er det utviklet en egen toårig høyskoleutdanning innen coaching.

Ifølge NGI er gestaltterapi en av de mest utbredte psykoterapeutiske retninger i Europa og i USA.

Sosial- og helsedirektoratet:

«Registeret for utøvere av alternativ behandling»

Våren 2007 godkjente Sosial- og helsedirektoratet Norsk Gestaltterapeut Forening (NGF) som utøverorganisasjon i «Registeret for utøvere av alternativ behandling». Det betyr at NGF's medlemmer nå kan registrere seg i dette registeret. Se www.brreg.no/registerne/altbas/index.html

Les videre

Hostrup, H. (1999) Gestaltterapi: Indføring i gestalterapiens grunnbegreper. København: Hans Reitzels forlag.

Jørstad, S. og Krüger, Å. (red.). (2002). Den flyvende Hollender. Festskrift. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.

Jørstad, S. og Krüger, Å. (red.). (2006). Gestaltterapi i praksis. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.

Yontef, G. M. (1993) Awareness Dialogue & Process. New York: The Gestalt Journal Press

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
ellen@gestaltglede.no

C Detrusitol SR Pfizer

Muskarinerseptorantagonist

ATC-nr. G04B D07

DEPOTKAPSLER, bære 2 mg og 4 mg. Hver depotkapsel innh. Tolterodintartrat 2 mg, resp. 4 mg tilsv. tolterodine 1,37 mg, resp. 2,74 mg, hjelpestoffer: Føgestoff 2 mg, Gull jernoksid (E 172), indigotin (E 132), titandioksid (E 171), 4 mg: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171).

Indikasjonen: Symptomatisk behandling av urinkontinens og/eller hyppig vannlating og «urgency» som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære.

Dosering: Voksne: Anbefalt dose er 4 mg 1 gang daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon eller betydelig nedsatt nyrefunksjon (GRF < 30 ml/minutt) er anbefalt dose 2 mg 1 gang daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan dosen reduseres fra 4 mg til 2 mg 1 gang daglig. Depotkapslene skal svelges hele og kan inntas uavhengig av måltid. Effekten av behandlingen bør vurderes etter 2-3 måneder. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert.

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Alvorlig sfinkter kolitt. Toksik megacolon. Utblander tungviktglaukoma. Myasthenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodine eller noen av de andre innholdstoffene.

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig lindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), blærestenose, autonom neuropati, nedsatt nyrefunksjon. Leverzyklem, dosen bør da ikke overstige 2 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til vannlatingstrøng og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Forsiktighet skal utvises hos pasienter med kjent risikofaktor for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som forlenger QT-intervallet) og ved relevant preeksisterende hjertesykdom (f.eks. arytmisk syndrom, atriea, hjertesvikt). Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonsvevnen kan påvirkes. Skjerpert oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og betjening av maskiner. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne arvelige sykdommer som fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukkrase-omdannelsingsmangel.

Interaksjoner: Samtidig behandling med antikolinerge legemidler kan resultere i mer utalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Overvakt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrering av muskarinerseptorantagonister. Effekten av muskeltetningsforstærkende midler som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodine. Samtidig systemisk behandling med potente CYP 3A4-hemmere som makrolidantibiotika (erytromycin, klaritromycin), antiretrykta (ketokonazol, itraconazol) og proteasehemmere, anbefales ikke pgs. økt serumkonsentrasjon av tolterodine hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme, med tilfølgende risiko for overdosering.

Graviditet/Amning: Overgang i placent. Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravidt bør ikke behandles med tolterodine. Overgang i morsmelk. Ukjent. Bruk under amning bør unngås.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munn tørrhet, dyspepsi, obstruksjon, mavesmerter, flatulens, hekninger/opkast. Hud: Tør hud. Psykiske: Nervositet. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, søvnløshet, parestesi. Syn: Tørre øyne. Unormalt syn inkl. akkommodasjonsforstyrrelser. Øvrige: Hodpine, tretthet, brystsmerte. Mindre hyppige: Psykiske: Forvirring. Urogenitale: Urinretensjon. Øvrige: Forstet adem, allergiske reaksjoner. Sjeldne (<1/1000): Psykiske: Hallusinasjoner. Sirkulasjons: Takykardi. Øvrige: Svært sjelden, anafylaktiske reaksjoner inkl. angioødem, hjertesvikt.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Akkommodasjonsforstyrrelser og vannlatingproblemer er sett ved tabletdoser på 12,8 mg tolterodintartrat. Behandling: Ev. ventrikkel-sykling og medisinisk kul. Symptomatisk behandling.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarinerseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene. Virkningsmekanismer: En av metabolittene, 5-hydroksymetylderivatet, har tilsv. farmakologisk effekt som muskarinerseptorantagonist. Ved normal metabolisme bærer denne metabolitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 timer, men endelig evaluering bør vurderes etter 2-3 måneder. Absorpsjon: Målt serumkonsentrasjon tilsr etter 4 (2-6) timer. Uavhengig av samtidig matinntak. Proteinbinding: Tolterodine: 96%. 5-hydroksymetylderivatet: 64%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 113 liter. Halveringstid: Ca. 6 timer hos personer med normal metabolisme og ca. 10 timer hos personer med langsom metabolisme (mangler CYP 2D6). «Steady state» nås innen 4 dager. Ca. 2 ganger høyere eksponering av ublandet tolterodine og 5-hydroksymetylderivatet er målt hos pasienter med levercirrhose. Metabolisme: I lever, hovedsakelig via CYP 2D6 til den farmakologisk aktive 5-hydroksymetylderivatet. Hos personer som mangler CYP 2D6 deaktiveres tolterodine av CYP 3A4 til en ikke-aktiv metabolitt og konsentrasjonen av tolterodine øker ca. 7 ganger pgs. redusert clearance. Mengde aktivt stoff forblir uendret, og doserjustering er nødvendig. Utskillelse: Ca. 77% i urin og 17% i feces. Mindre enn 1% av dosen utskilles uendret og ca. 4% som 5-hydroksymetylderivatet.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyt 30°C, i yttremballasje.

Pakninger og priser: 2 mg: Enpac: 28 stk. kr 438,50. 4 mg: Enpac: 28 stk. kr 438,50. 84 stk. kr 1246,60.

Ti 40a).

Refusjon: Legemidlene under bokstave a) refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje.

Sist endret: 25.04.2006


 Pfizer

Partner for bedre helse

Gestalt eller Balint?

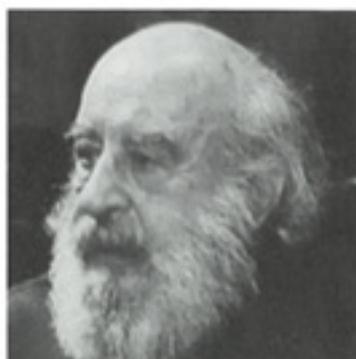
AV JOHN NESSA

Ellen Steen-Hansen presenterer i dette nummeret av Utposten gestaltterapi som eit nyttig supplement til det tilbodet ein fastlege gir til pasientar med psykiske helseproblem. Det er litt uklart om Steen-Hansen først og fremst meiner at pasientane bør få tilbod om ein gestaltterapeut. Alternativt kunne ein tenke seg at allmennlegane sjølv utdanna seg til gestaltterapeut som del av si vidareutdanning eller tileigna seg på meir uformelt vis dei gestaltterapeutiske prinsippa og integrerte dei i sin eigen praksis. Det er det siste alternativet eg vil fokusere på når eg no skal kommentere Steen-Hansen sin artikkel. Med referanse til dansk allmennmedisin vil eg også peike på eit alternativ til gestaltterapi for norske allmennlegar.

Ein europeisk terapitradisjon

Sjølv om gestaltterapi blei grunnlagt i USA, har den solide europeiske røtter. Gestalt er eit tysk ord og betyr noko i retning av eit heile, eit komplett mønster, form eller konfigurasjon. Retningen byggjer på gestaltpsykologi, som er ein eksperimentell persepsjonspsykologisk retning som har lite med terapi å gjere. Grunntanken i gestaltpsykologien er at sjelslivet ikkje er ein passiv mottakar av inntrykk, men aktivt former si oppfatning av omverda. Idémessig er det ein nær slektskap med både eksistensiell og dialogisk psykoterapi. Og som all anna psykoterapi er også denne retninga i slekt med psykoanalysen. Historisk sett er vi i vestleg kultur alle freudianarar. Psykoanalysen har blitt utgangspunkt og norm, teoretisk og fagleg kontekst for den utviklinga av praktisk psykoterapi som har skjedd det siste hundreåret.

Laura og Fritz Perls.



John Nessa

John Nessa har vore kommunelege i Hjelmenland i 20 år, med deltidsstilling ved Universitetet i Bergen. Med bakgrunn i psykiatri har han interessert seg spesielt for lege-pasient samtalen, som også var emne for hans doktoravhandling «Talk as medical work». Andre interesser er paveval og flugefiske. Har hatt fiskestang i fire år, men enno ikkje fått napp.

Fritz Perls var jødisk lege frå Berlin'. Han utdanna seg til psykoanalytiker, men fekk ikkje forståing for sine eigne idear innanfor psykoanalysen. Han var interessert i teater og rollespel, og utvikla eit behandlingssopplegg som fokuserer sterkt på den aktuelle situasjonen her og nå, og som ikkje minst har blitt praktisert som gruppeterapi seinare. Laura Perls var psykolog frå Frankfurt, og var ein vel så stor kapasitet som mannen. Fritz Perls sjølv var like kjent for sitt ufordragelege vesen og kontroversielle livsstil som for sine teoretiske bragder. Mellom anna klarte han ikkje alltid å skilje mellom rolla som terapeut og elsker, noko som heller ikkje på 1950-talet var særleg akseptert. Livet til ekteparet Perls er eit 1900-tals drama frå europeisk historie, der dei hadde meir flaks enn dei kunne rekne med då dei ikkje fekk fotfeste i Nederland, og enda opp i USA. Hadde dei blitt igjen i Nederland, ville dei truleg enda i ein konsentrasjonsleir i Tyskland. I New York slo dei seg saman med ein anarkistisk forfattar og sosialfilosof, Paul Goodman, ein av dei motkulturelle heltane på 1960-talet.

Det spesifikke gestaltterapeutiske

Med atterhald om at eg skriv om noko eg ikkje har spesielt god greie på vil eg hevde at gestaltterapien har klare særtrekk som skiljer den frå tradisjonell psykoterapi. Gestaltterapien er ein integrerende, ikkje ein analytisk terapi. Ein vil til dømes integrere, bevisstgjere og skape kongruens mellom det verbale og det non-verbale kroppsspråket. Det er sterkt fokus på den aktuelle situasjonen her og nå, i motsetnad til mange terapiformer som er meir opptatt av livshistoria til pasientane. I tillegg til stikkordet *nd* er stikkordet for gestaltterapi *korleis*: Korleis sansar eg, korleis opplever eg verda rundt meg, korleis kan eg oppnå eit *awareness continuum* som gjer at eg blir medviten min eigen måte å

sanse og oppleve på? Eit viktig poeng er det å skilje mellom og gjere pasienten merksam på at det er moegeleg å skilje mellom observasjon og fortolkning. Gjennom gestaltterapien prøver ein skritt for skritt å avdekke ukjente sider ved pasientens personlegdom, såkalla uferdige gestaltar². Gestaltterapien byggjer på idéen om at mennesket har uante ressursar i seg. Og målet er ambisiøst, «å leve helt og fullt i pakt med det han egentlig er». Dette sitatet har eg henta frå ei gammal bok om den karakteranalytiske vegetoterapien, som har eit eige kapittel om gestaltterapi³. I moderne internasjonale lærebøker står det lite om gestaltterapi⁴. Den individuelle behandlingsforma i vårt helsevesen som har mykje til felles med ein gestaltterapeutisk tenkemåte og praksis, er psykomotorisk fysioterapi. Elles blir gestaltterapien ofte omtalt som ei gruppeterapeutisk behandlingsform. I Norden har den danske presten og psykoterapeuten Bent Falk vore aktiv med kurs og foredrag for legar og andre helsearbeidarar dei siste åra⁵.

Steen-Hanssen har rett når ho seier at gestaltterapi kan vere nyttig også for fastlegar. For psykoterapi og psykodynamisk tenkning er nyttig i praksis, anten den byggjer på den eine eller andre teoritradisjonen. Forskjellen mellom tradisjonane har mindre å bety. God psykoterapi følger gjerne dei same hevdvunne prinsippa, som prinsippet om å lytte med alle sansar til pasienten, prinsippet om presis empatisk forståing, og medvitet om eigen ståstad og rolle i møtet med pasienten. På desse punkta er det ingen skilnad mellom gestaltterapi og andre terapiformer.

Samtaleterapi ad modum Danmark

Etter mi meining er det likevel ikkje i denne tradisjonen allmennlegar har mest å hente, sjølv om alle allmennlegar avgjort bør kjenne til og forstå psykodynamisk tenkning. Det er to vesentlege grunnar til dette. Den eine grunnen er at ein stor del av allmennlegane sine pasientar har psykiske plager som blir behandla kun hos allmennlegen i form av ein uformell, ufullstendig og ikkje kvalitetssikra samtale/psykoterapi. Den andre grunnen, som kanskje er vel så viktig, er at allmennlegar i sitt arbeid blir så sterkt eksponert for psykiske og mellommenneskelege påkjenningar at ein står i stor fare for anten å brenne ut eller bli kynisk og avstumpa dersom ein ikkje får hjelp til å bearbeide og forstå kva som skjer. Eg snakkar om å utvikle skikkelege system for veiledning og vidareutdanning på dette feltet. Danskane har forstått dette. Dansk Selskap for Almen Medisin gjennomførte i 1997–2000 ei utdanning for praktiserande legar i å veilede kollegar i psykoterapi og lege-pasient forholdet. Idéen til dette var skapt av Forum for samtaleterapi, som åra før hadde hatt fleire to-dagars seminar om emnet. Resten av denne artikkelen kan lesast som ei bokmelding av rapporten frå dette arbeidet⁶.

Som forfattarane av denne boka skriv i forordet, var det å vere allmennlege/huslege fram til midten av 1900-talet anten eit kall eller ei nødløysing. Faget eksisterte ikkje som sjølvstendig disiplin, ein hadde få terapeutiske hjelpemiddel, og det var lite prestisje knytta til det å utøve yrket. I 1995 blei allmennmedisinsk samtalebehandling innført som eit landsdekkande tilbod i Danmark. I samband med dette blei det gjort forsøk på å skilje mellom samtalebehandling hos allmennlege og psykoterapi gitt av psykiater eller psykolog. Dei hadde god hjelp av Enid Balint, allmennlege i London, som i 1982 skreiv ein artikkel der ho gjekk opp desse grensene⁷. Balint er eit interessant namn i denne samanhengen, for britane gjorde det same som danskane femti år etter, å utforske og utvikle allmennlegens kompetanse i psykodynamikk, leia av den britisk/ungarske psykiateren Michael Balint, som tilfeldigvis var gift med Enid. Resultatet vart til ei bok, ein arbeidsmetodikk og ein institusjon, den såkalla Balintrørsla, som no er aktiv med tidsskrift, konferansar og veiledningsgrupper for allmennlegar i 25 land⁸.

Då danskane i 1997 sette seg føre å lage utdanningsgrupper i veiledning av allmennmedisinske kollegar, hadde dei ingen fast veiledningsmetode å bygge på. Men etter kvart vart det naturleg å nytte den såkalla balintmetoden. Kjerneelementet i metoden består i at ein lege, såkalla referent, presenterer ein kasuistikk for ei gruppe kolleger. Referenten trekkjer seg så tilbake til tilhøyrarposisjon, mens resten av gruppa diskuterer kasuistikken med spesiell fokus på relasjonen mellom pasienten og referenten. Gruppeleiaren, som forutsettes å kjenne dei vanlege psykodynamiske omgrepa, skal styre samtalen og fortolke det som skjer i gruppa. Referenten oppsummerer saman med gruppa til slutt.

17 legar var med i det treårige utdanningsprogrammet i Danmark. Dei gjekk gjennom ni tematiserte internatkurs med forelesningar og gruppearbeid. Boka frå dette arbeidet består av 26 kliniske vignetter presentert som illustrasjonar til teoretisk materiale om legerollen og lege-pasient forholdet.

Kaltoft og Thorgaard hevdar at «tiden sårer alle leger». Eg vonar og trur ikkje dei har rett. Eg trur like gjerne ein kan oppleve vekst, utvikling og glede ved å jobbe som allmennlege. Ein av gledene ein kan oppleve, er at det faget ein forvalter, fungerer som det skal, til hjelp og lindring for våre pasientar. Det gjer det berre dersom ein forstår det ein driv på med, inklusive forstår seg sjølv og sin eigen rolle som person i møtet med den andre. Det er ein lonely business å vere allmennlege. Eg trur vi treng arenaer der vi kan lære av kvarandre. Og vi treng teori som vi kan knytte våre erfaringar opp mot. Danskane sitt arbeid i balintgrupper kan vere ein vei å gå også her i Noreg.

Ikkje psyko-, men allmennterapi

I spørsmålet om og på kva måte allmennterapi skal drive psykoterapi, står vi overfor to ulike måtar å tenke på. Den eine måten består i å tenke at terapi er formalisert psykoterapi hos autoriserte terapeutar av det eine eller andre slaget. Allmennterapeuten må anten sjølv bli autorisert psykoterapeut som ein tilleggskompetanse til allmennterapi eller halde fingrane frå fatet og som hovudregel tilvise til andre i staden for sjølv å gå inn i ein terapeutisk prosess. Slik praktiseres det langt på vei til dømes i Tyskland. Den andre måten å tenke på er at allmennterapeuten ikkje skal bli psykoterapeut, men integrere psykoterapeutisk tenkning og praksis i allmennterapi. Det føreset at ein tileignar seg psykoterapeutisk innsikt, får veiledning i praksis, og lærer seg å kjenne dei allmenne prinsippa for god terapi. Dermed kan allmennterapeuten tilby adekvat hjelp for dei pasientane som ønsker det, har behov for det, og som det ikkje ligg til rette for å søkje til psykoterapi. Allmennterapeuten er terapeut i kraft av å vere allmennterapeut. Allmennterapeuten bør ikkje knytte seg for sterkt opp mot bestemte terapitradisjonar, anten tradisjonen heiter kognitiv terapi eller gestaltterapi, men utvikle sin eigen variant av samtalerapi tilpassa kvardagen i allmennterapi. Og dette arbeidet bør få ein langt større plass i allmennterapeutisk fagutvikling enn det til no har fått. Vi har ikkje så lite å lære av Danmark- og England.

Litteratur

- Clarkson P, Mackewn J, Fritz Perls. London: SAGE Publications Ltd. 1993.
- Haugsgjerd S, Jensen P, Karlsson B. Perspektiver på psykisk lidelse. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998.
- Grenstad NM. Gestaltterapi. Synspunkter og arbeidsmåter. En skisse. I: Faleide A, Grønseth R, Urdal B (red.) Det levande i muskelpanseret. Om kropp og sjel, muskelspenningar og psykoterapi, seksualitet og tilhøvet mellom barn og vaksne. Oslo: Universitetsforlaget, 1975.
- Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E. Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag, 2000.
- Falk B. Å være der du er. Samtale med kriserammede. Bergen: Fagbokforlaget, 1999.
- Kaltoft S, Thørgaard L (Red.). Lægen som lægemiddel – om læge-patient forholdet. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 2005.
- Balint E. Talking treatments. In: R.G. Peist (Ed.), Psychiatry in medical practice (pp. 75–92). Plymouth: Mac Donald and Evans, 1982.
- Balint M. The Doctor, his Patient & the Illness. Bath: The Pitman Press, 1957.
- Malterud K (Red.), Nessa J, Stensland P, Thesen J. Legekunst i praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
john.nessa@isf.uib.no

Modifenac "Actavis"

Analgetikum.
ATC-klasse: M01A B05
C

T: KAPSLER MED MODIFISERT FRISSETTING 75 mg: Hver kapsel inneh. Diclofenac, navn. 75 mg (25 mg i enterosolubel form, 50 mg i depotform), const. q.s. Fargestoff: Indigotin (E 132), Standolsid (E 171).

Indikasjonen: Reumatoid artritt, Juvener reumatoid artritt, Artrose, Mb. Bekkenens.

Dosering: Voksne: 1 kapsel 1-2 ganger daglig. Ved sterke smerter, spesielt om morgenen, kan 2 kapsler tas samtidig. Ved akutte smerter bør kapslene tas før måltider for å få så hurtig innsettende virkning som mulig. **Kapslene skal svelges hele med rikelig væske.**

Kontraindikasjoner: Ulcus pepticum, Overfølsomhet for innholdsstoffene. Skal ikke gis om acetylsalicyllat, andre NSAID eller analgetika har forårsaket allergiske manifestasjoner som astma, urticaria eller akutt rhusi. Graviditet i 3. trimester.

Forsiktighetsregler: Hvis mavesår eller gastrointestinal blødning oppstår skal behandlingen avbrytes. Kan maskere symptomer på ulcus. Forsiktighet advises hos pasienter som er disponert for slike reaksjoner, pasienter med ulcus kolit, Crohns sykdom, SLE, hematopoieseforstyrrelser samt pasienter med alvorlige leverforstyrrelser. Forsiktighet bør advises ved bronkialastma fordi symptomene kan forverres. Da prostaglandiner er viktige for å opprettholde nyreperfusjonen, bør ekstra forsiktighet advises hos pasienter med hjertesvikt eller nedsatt nyrefunksjon, spesielt ved samtidig diuretikabehandling og ved redusert plasmavolum. Blod, lever- og nyrefunksjon bør kontrolleres ved langtidsbehandling. Hvis forhøyede leverfunksjonsverdier vedvarer eller forverres, skal preparatet seponeres. Hepatitt kan oppstå uten prodromale symptomer. Forsiktighet bør advises ved hepatisk porfyri, da anfallet kan utløses. Pasienter som opplever svimmelhet eller andre sentralnervøse bivirkninger bør advares mot bilkjøring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Preparatet kan maskere symptomer på infeksjoner. Preparatet kan virke midlertidig hemmende på blodplateaggregasjonen. Pasienter med hemostatisk sykdom bør overvåkes nøye. Allergiske reaksjoner, inkl. anafylaktisk/anafylaktoide, kan oppstå. Kan redusere fertilitet hos kvinner og anbefales derfor ikke til kvinner som prøver å bli gravide. Seponering bør vurderes hos kvinner som har problemer med å bli gravide eller som utredes for infertilitet.

Interaksjoner: Samtidig behandling med digoksin kan gi økt plasmakonsentrasjon av digoksin. Samtidig bruk av kalsiumsparende diuretika kan gi økt kalsiumnivå i serum. Samtidig inntak av andre NSAIDs kan øke bivirkningsrisikoen. Dosjustering av antiplateletika kan være nødvendig ved samtidig bruk. Krampet er rapportert ved samtidig bruk av NSAIDs og klonidiner. Ved samtidig administrering av kolestipol eller kolestyramin reduseres absorpsjonen av diklofenak, og preparatene bør gis med flere timers mellomrom. I: M01A antinflammatoriske midler og antineumatika (inkl. steroider), M01A B05 diklofenak

Graviditet/Amning: Overgang i placentar. Kontraindisert i 3. trimester pga. risiko for følgende effekter på fosteret: Kardipulmonal toksisitet (prematar lukking av ductus arteriosus, pulmonal hypertensjon), renal dysfunksjon som kan føre til nyresvikt og oligohydramnion. Moren og det

nyfødte barnet kan få forlenget blødningsstid, selv ved lave doser. Reaktiviteten kan hemmes og dermed forlenkeforlengede fedselen. Bruk tidlig i svangerskapet kan gi økt risiko for abort, kardiovaskulære misdannelser og gastrochisis. Skal derfor ikke brukes i 1. og 2. trimester hvis ikke strengt nødvendig. Kvinner som prøver å bli gravide, eller er gravide i 1. og 2. trimester, bør få lavest mulige dose over kortest mulig tid. Overgang i morosekt: Går over i liten grad. Det er lite sannsynlig at barn som ammes blir påvirket.

Bivirkninger: Myopige (>1/100): Gastrointestinale: Epigastrikk smerte, kvalme, brekninger, diare, abdominale kramper, dyspepsi, flatulens. Hud: Utslett. Lever: Økning i transaminaser. Sentralnervensystemet: Hodepine, svimmelhet, anoreksi. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning (hematemesis, melena, blodig diaré), gastro- eller intestinaltår med eller uten blødning eller perforasjon. Hud: Urticaria. Lever: Hepatitt. Sentralnervensystemet: Svimmelhet, sirkulatorisk: Ødem. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner som astma, anafylaktiske reaksjoner inkl. hypotensjon, sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, leukopeni, hemolytisk anemi, aplastisk anemi, agranulocytose. Gastrointestinale: Akutt stomatitt, glossitt, esofaguslesjoner, diaphragmaligende intestinalstriktur, ledelse i nedre del av magen som non-spesifikk hemorragisk kolitt og forverring av ulcus kolit eller Crohns sykdom, konstipasjon, pankreatitt. Hud: Bullus eruptjon, eksem, erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, Lyells syndrom (akutt toksisk epidermolysis), erythroderma (ekfoliativ dermatitt), håravfall, fotosensibiliseringsreaksjoner, purpura, inkl. allergisk purpura. Lever: Fulminant hepatitt. Sentralnervensystemet: Sannfølsomhet, inkl. parestesier, hukommelsesforstyrrelser, desorientering, søvnbrev, intubalitet, krampet, depresjon, angst, mareritt, tremor, psykotiske reaksjoner, synforstyrrelser (takseyn, diplopi), redusert hørsel, tinnitus, smakforstyrrelser. Sirkulatoriske: Palpitasjon, brystsmerte, hypertensjon, hjertesvikt. Urogenitale: Akutt nyresvikt, hematur, proteinuri, interstisiell nefrit, nefrotisk syndrom, papillar nekrose. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner som vaskulitt, pneumonitt, Aseptisk meningitt.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme og oppkast. Cerebrale symptomer (svimmelhet, hodepine, ataksi stogende til koma og krampet). Påvirkning av lever- og nyrefunksjon, hypotensjon, respirasjonsdepresjon, ev. koagulasjonsforstyrrelser. Behandling: Settende og symptomatisk. Absorpsjon bør hindres så langt som mulig etter overdosering ved mave-tømming og bruk av aktivt kull.

Egenskaper: Klassifisering: Ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk og anti-inflammatorisk effekt. Virkningsmekanisme: Hemmer prostaglandin syntese, men eksakt virkningsmekanisme er ikke klarlagt. Absorpsjon: Fullstendig. Enterosolublene pellets gir hurtig innsettende effekt, depotpellets gir langvarig effekt. Ger mindre inter- og intraindividuell spredning i absorpsjonshastighet enn konvensjonelle enterotabletter. Maks. plasmakonsentrasjon nås innen 1 time, i tynnalvæskene 2-4 timer senere. Samtidig inntak kan forsinke absorpsjonshastigheten noe, men påvirker ikke absorpsjonsgraden. Proteinbinding: 99,7%, hovedsakelig til albumin. Fordeling: Distribusjonsvolum 0,12-0,17 liter/kg. Halveringstid: 1-2 timer i plasma, 3-6 timer i tynnalvæskene. Plasmaklearance ca. 265 ml/minutt. Terapeutisk serumkonsentrasjon: >50 ng/ml i ca. 8 timer. Metabolisme: Hovedsakelig ved hydroksylering og metoksylering, delvis ved glukonidering. To mindre aktive metabolitter, ukalulerbar. Ca. 60% som metabolitter i urin, <1% i svette. Resten skilles ut i galle og fæces. Pasientens nyre- og leverfunksjon synes å ha begrenset betydning for kinetikken.

Pakninger: Etpac: 20 stk., 100 stk.

Ti: 170, 350.

Allmennlegens tilnærming til pasienter med SPISEFORSTYRRELSER

AV DRUDE BRATLIEN OG MONA SØNDENAA

*La deg ikke narre av meg,
La deg ikke narre av ansiktet mitt.
For jeg bærer en maske. Jeg bærer et utall masker,
masker jeg vegrer å ta av,
og ingen av dem er meg.*



Drude Bratlien, født i Danmark 1968, utdannet bioingeniør 1990 og reiste til Kirkenes i 1991 Med. studiet i Odense i Danmark 93-99, så tilbake til Kirkenes i sykehusturnus og siden allmennpraksis. Spesialist i allmennmedisin.

Mona Søndena
er kommuneoverlege i Sør-Varanger



Innledning

Vår utfordring som allmennpraktikere er å fange opp de kvinnene som har et avvikende spisemønster og dermed i fare for å utvikle alvorlig sykdom med komplikasjoner. Mange allmennleger er selv noe engstelige for denne pasientgruppen – de er fanget i myten om at tilstanden er spesiell og vanskelig å behandle, og at legen ikke har nok kunnskap. Dette blir lett en selvoppfyllende profeti hvor legen vegrer seg for å gå inn i problemstillingen.

Vi har imidlertid lenge savnet en «kokebok» med konkrete råd og veiledning for både somatisk utredning av og psykologisk tilnærming til anorexi (AN) og bulimi (BN) for bruk i allmennpraksis.

Møtet med pasienten

Det er svært viktig å gjøre en grundig og god somatisk utredning i tillegg til å kunne skape trygghet i den psykologiske relasjonen med pasienten. En grundig somatisk undersøkelse kan for de fleste pasientgrupper være en god innledning til videre dialog mellom pasient og lege. For pasienter med AN og BN kan en klinisk undersøkelse virke truende og skremmende, men også for disse kan selve undersøkelsen bli en inngangsport for videre dialog. Ved å gjennomgå de medisinske konsekvensene av vekttap, oppkast, bruk av avføringsmidler o.s.v. kan legen bruke medisinsk kunnskap som pedagogisk verktøy for å hjelpe pasienten til å lage trygge rammer. Legen bør imidlertid ha tenkt igjennom om en somatisk undersøkelse vil være så skremmende at dette i en startfase vil kunne ødelegge for en god behandlingsrelasjon.

Anamnesoopptaket kan være vanskelig og må foregå over flere konsultasjoner. Det er viktig for pasientens selvopplevelse og identitetsbygging at hun selv får en nøyaktig og detaljert forståelse av sin tilstand; symptomer, spise- og rensesatsferd, den fysiske tilstand slik somatiske undersøkelser viser, samt de følelser og tanker som hun måtte ha om sin situasjon – hvis hun klarer å sette ord på dette – og hvis hun tør dele dette med behandleren.

A. SOMATISK TILNÆRMING

Det gjøres et ordinært anamneseopptak hvor, om mulig, det legges vekt på kosthold, overspising, oppkast, trening, kroppsopplevelse og bruk av laxantia (avføringsmidler) og brekkmidler som ipekakuanha (disse er ikke reseptbelagte). Komorbiditet, både med hensyn til psykisk og somatisk sykdom, må avdekkes. Det er viktig å ha en klar oppfatning av hvor stor plass anamnestic informasjon skal ha innledningsvis fordi viktige tema lett kan introduseres for tidlig og dermed komme som en hindring for en trygg relasjonsbygging. Mange pasienter vil ubevisst forandre på virkeligheten fordi dette gir en opplevelse av trygghet. De klarer ikke skille mellom faktiske forhold og egne tolkninger eller misoppfatninger. Dette kan igjen skape forvirring hos pasienten som først blir synlig når hun får kontakt med og tillit til en behandler.

Subjektive symptomer på underernæring kan være:

- Fryser lett.
- Søvnproblemer.
- Forstoppelse og magesmerter.
- Svimmelhet.
- Tretthet.
- Amenoré.
- Nedsatt konsentrasjon.
- Nycturi.

Objektive tegn på underernæring kan være:

- Tomt og matt blick.
- Lav BMI.
- Tap av muskelmasse.
- Tap av subcutant fettvev.

- Lanugobehåring, hårtap, tørt og stritt hår.
- Tørr hud med sprekkdannelse, tørre negler.
- Forstørrede spyttkjertler.
- Lav hvilepuls (< 50).
- Systolisk BT < 100 mmHg.
- Dårlig tann- og tannkjøttstatus, emaljeskader.
- Hevelse på føtter og legger (ødemer).
- Hevelser under øynene.
- Nedsatt perifer sirkulasjon.
- Sår i svelget etter instrumentelt fremkalt oppkast.
- Merker etter selvskading.

Klinisk undersøkelse:

- Puls – bradycardi (langsom puls under 50/min) inntreer relativ tidlig.
- BT – fall i systolisk blodtrykk.
- Temperatur – nedsatt temperatur.
- Hydrering/ødemer
- EKG – forlenget QT-tid og «low voltage». Sees på grunn av hypokalemi, hypomagnesemi, hypocalcemi.
- Bentetthetsmåling – helkroppens bentetthetsmåling kan gi normalt resultat fordi osteoporosen oftest starter flekkvis, hyppigst i columna og hofter. Det må derfor bes spesifikt om dette ved rekvirering.
- Dermatologiske komplikasjoner – tørr hud, alopeci, lanugobehåring, akne, cheilit, akrocyanose (nedsatt perifer sirkulasjon), kløe, nedsatt sårtilheling. Peteccier i ansiktet ved hyppige oppkastninger.
- BMI under 17,5 (ICD-10)
- Squatting – nedsatt styrke; pasienten kan ikke reise seg fra liggende uten bruk av armer.



Blodprøver: <i>Analyse</i>	<i>Begrunnelse</i>
Hematologi	Det kan sees fall i parametrene for alle cellelinjer på grunn av benmargsdepresjon. (Hb, hvite, røde)
SR	Stiger ofte.
Jern/ferritin	Jernmangel, lav ferritin
Na/K/Cl	Underernæring kan gi dehydrering. Særlig farlig er kaliumtapet som forsterkes ved oppkast og bruk av avføringsmidler. Hypokalemi kan i neste omgang gi hjerterytmeforstyrrelser og hjertesvikt. Hypokalemi kan også gi pareser. Obs. misbruk diuretica, laxantia, brekkmidler.
Ionisert Ca	Lav calcium.
Fosfat	Lav fosfat.
Mg	Lav magnesium.
Zink	Mangel skyldes spesielle kostvaner. Symptomer er nedsatt appetitt, redusert smakssans, depresjon og menstruasjonsforstyrrelser. Symptomene kopierer og forverrer således symptomene på AN/BN. Lav sensitivitet for klinisk betydningsfull sinkmangel. Vanskelig laboratorieanalyse.
ALP/ASAT/ALAT/	Kan stige. Obs. utvikling av fettlever.
TSH/FT4/T3	Som en følge av underernæring vil vanligvis T3 være nedsatt. Skyldes adaptasjon til underernæring. I tillegg faller T3 raskere enn TSH og T4. «Sick euthyroid syndrome».
Kreatinin/Karbamid	Lav s-kreatinin ved lav muskelmasse.
Fastende bl.s.	Sult gir fall i plasma-insulin og følsomheten for insulin øker.
Vit. B12/Folat	Mangel er vanlig. Kan gi nevropsykiatriske symptomer. Måling av B12, MMA (Metylmelonsyre) og Homocystein kan påvise mangel på vit. B12 og folat. Isolert forhøyet Homocystein tyder på Folatmangel. Hvis både MMA og homocystein er forhøyet har pas. samtidig B12-mangel. OBS! MMA, Homocystein er meget kostbare analyser

B. SAMTALEN

Når man som lege utvikler en behandlingsallianse med en pasient forventes det endring av uønsket atferd. Oppnåelse av dette er det endelige kriterium på suksess. Behandlingen, og behandleren, er vellykket. Forandring er altså det primære. For spiseforstyrrelser er atferdsendring også et mål, men veien er lang, ofte svært lang. Relasjonsbygging tar tid og må skje over flere konsultasjoner. Dette kan være en tålmodighetsprøve. Vi må imidlertid også være oppmerksomme på at alliansebygging kan gå raskt. Problemet da er at vi som leger ikke alltid forstår dette. Behandlerne har nesten alltid forventninger til seg selv som behandler. Forventningene kan forsterkes av omverdenen; kollegaer, pasienten, pasientens pårørende eller andre. Dette kan skape prestasjonsangst eller frustrasjon hos oss som behandlerne, eller det motsatte ved å skape en defensiv holdning til om vi i det hele tatt kan make oppgaven. Det viktigste er ikke forandringen, men å opprettholde og verne om relasjonen. Kontinuitet og engasjement over tid kan åpne for en grad-

vis tilnærming til de mer følelsesmessige aspekter ved problemene og gi motivasjon for endring. Å motivere for forandring er en del av selve behandlingen. God motivasjon er et resultat av behandling og ikke et utgangspunkt.

Psykolog Josie Geller sier at som behandlerne er vi ofte dårlige til å bedømme hvorvidt pasienten er klar til endring («readiness»). Dersom pasienten endrer atferd for behandlerens eller pårørendes skyld viser undersøkelser at resultatet oftest blir kortvarig og sjansen for tilbakefall øker i forhold til der forandring er pasientens eget ønske («is changing for others a good idea?»). I utgangspunktet har pasienten ofte ikke et egentlig ønske om endring. Legens ønske om suksess og pasientens manglende «readiness» blir motstridende, i verste fall kontraterapeutisk. Endringen må forankres i pasienten selv. Det skal ikke være pasientens mål om å leve opp til det hun tror er behandlerens ønske som skal være den primære drivkraften i behandlingen.

Spiseforstyrrelsen fyller en funksjon; den får pasienten til å unngå kontakt med følelser som er vanskelige å forstå. Spiseforstyrrelsen kan derfor både ha positive og negative funksjoner – en venn og en fiende. Dette fordi pasientens begrepsoppfattelse rundt følelser er dysfunksjonell og preget av ambivalens. Språket hos pasienten er i en gryende fase og det er behov for nylæring i tillegg til det som er glemt, fortrent eller undertrykte følelser og reaksjoner det tidligere har eksistert ord for. Pasienten må altså igjen lære å utvikle et språk om seg selv. Til tross for at pasienten kan ha et velutviklet språk er hun dårlig til å sette ord på følelser. Når behandleren spør hva hun føler svarer hun ofte «vet ikke». Følelser kan kjennes som et indre ubehag som ikke kan plasseres, og dette ubehaget kan sultes vekk, kastes opp eller spises vekk. Begrepet alexithymi – uten-ord-på-følelser – beskriver denne tilstanden hvor kroppslige handlinger uttrykker følelsene. Behandlerens oppgave blir å hjelpe pasienten til å gjenkjenne sitt språk på egne følelser og behov. Pasienten må gå veien selv, men behandleren kan hjelpe godt til ved å:

- være nysgjerrig
- ikke ta noe for gitt
- ikke prøve å gjøre noe bedre enn det er
- vite og formidle at forandringene må pasienten gjøre selv, hun må bli ekspert på seg selv og erkjenne det.

Det er skammelig å ha en spiseforstyrrelse, men det er mer skammelig å føle skam. Skammen blir en dobbelt byrde og kan være grunnfølelsen i en spiseforstyrrelse. Det er her snakk om en langt dypere form for skam enn i den vanlige daglige begrepsverdens. Det er hele «ens selv» hun skammer seg over. Å ha nære relasjoner til andre mennesker utgjør en risiko for å få avslørt sitt «sanne, skamfulle jeg». Hun vil unngå å bli avslørt og innretter sitt emosjonelle liv slik at hun hele tiden har en mulighet til flukt fra relasjoner som blir for truende. Skammen har mange masker for å skjule pasientens selvforakt. Dette gir seg uttrykk i ulik atferd. Ved å vise forståelse, empati, takt og tone – en empatisk relasjon som er ivaretagende – kan en behandler gå inn i det skambelagte. Dersom behandleren trekker seg fra det vanskelige i samtalen signaliseres at det skamfulle er så skamfullt at hun ikke en gang hos legen kan snakke om dette. Skammen kan imidlertid øke underveis i behandlingen – dette vil være en midlertidig forverring og ikke et tegn på tilbakefall eller permanent forverring. Det gjør vondt å rense et sår både på kroppen og i sjelen før det tilheles.

Kontroll er et viktig redskap i en spiseforstyrrelse – du slipper å «se deg selv». Å endre sin kropp er et tiltak for å fremme selvfølelse og kontroll. På samme måte som med skam har kontrollen en dobbelt rolle. Hun mister kontrol-

len over det som i utgangspunktet skulle gi henne kontroll, fordi spiseforstyrrelsen i seg selv gir en opplevelse av kontroll. Vonde følelser avstedkommer handlinger som i utgangspunktet er ment for å redusere de vonde følelsene (oppkast, overspising). Å ta kontroll over maten og kroppen blir løsningen. Det blir løsningen som etter en tid blir problemet.

Kort oppsummert er det viktige ved behandlingen av spiseforstyrrelser (etter Finn Skårderud):

- å lage et trygt nok behandlingsforhold
- å se etter personen bak symptomene
- å bidra til oversettelsesarbeidet fra mat og kropp til følelser og forhold
- å arbeide på en slik måte at man bidrar til å styrke de selvhelende evnene hos dem som har en spiseforstyrrelse
- holde fokus
- prøve å hjelpe pasienten til å tåle smerten og ikke «stikke av» fra den.

Avsluttende kommentarer

Grunnen til at vi ønsket å gjennomføre utdanningen «Kropp og selvfølelse» var en opplevelse av faglig inkompetanse og usikkerhet i møtet med pasienter med spiseforstyrrelser. Dette til tross for lang fartstid som allmennpraktikere og daglig håndtering av til dels vanskelige og tidkrevende konsultasjoner. I spesialistutdanningen er konsultasjonen og kommunikasjonen i fokus. «Kropp og selvfølelse» har gitt oss økt kunnskap og økt faglig trygghet, men det er i veiledningen vi har høstet den viktigste erfaringen.

Vår hverdag er å sitte alene som behandler uten særlig mulighet for henvisning til spesialisthelsetjenesten eller til andre med spisskompetanse innen feltet. Med interesse og kunnskap tror vi nå det er mulig også som allmennleger å hjelpe pasienter med spiseforstyrrelser til å gjenfinne de «glemte» ord og følelser slik at de kan fungere bedre i hverdagen. Finn Skårderud beskriver en «indre tverrfaglighet» slik:

«Ved å rope på tverrfagligheten kan det beste bli det godes fiende fordi de nødvendige ressurser ikke er der. Det er nødvendig å minne om at tverrfaglighet ikke behøver å bety flere profesjonelle, men at den enkelte skaffer seg kompetansen fra andre profesjonsgrupper.»

Referanser fås ved henvendelse til forfatterne

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

Sengevæting kan fortsatt sprayes bort!

Når pasienten er over 5 år, er spray ofte den beste løsningen mot sengevæting. Desmopressin "Alpharma" skifter nå navn til Desmopressin "Actavis", men produktet er det samme. Pumpen avgir en korrekt og pålitelig dose og Desmopressin har ingen ubehagelig smak.

For nærmere informasjon kontakt Kundeservice på tlf 815 22 099 eller kundeservice.no@actavis.no

For preparatomtale se side 34



 **actavis**

Kroniske søvnvansker hos eldre

AV BØRGE SIVERTSEN

Søvnvansker (insomni) har de senere årene blitt et stadig større problem i befolkningen. Undersøkelser fra en rekke land viser at nærmere en tredjedel av befolkningen rapporterer ukentlige søvnvansker, og rundt halvparten av pasientene i primærhelsetjenesten opplever søvnvansker. Mens de fleste estimater viser at rundt 10 prosent av den voksne populasjonen oppfyller de diagnostiske kriteriene for kronisk insomni (symptomer i mer enn seks mnd), stiger prevalensen sterkt med økende alder; opp mot 25 prosent hos personer over 60 år.

Kjernesymptomene ved insomni er problemer med innsovning, hyppige oppvåkninger eller å oppleve såkalt ikke-restituerende søvn som medfører klinisk signifikant nedsatt funksjonsevne på dagtid. Insomnikere deles hovedsaklig inn i to diagnosegrupper; primær insomni og sekundær insomni. Mens diagnosen primær insomni ofte brukes når søvnproblemene ikke er forårsaket av en kjent somatisk eller mental lidelse, refererer sekundær insomni til søvnvansker som enten er forårsaket av eller forsterket av en annen lidelse eller sykdom. Man antar at rundt 25 prosent av dem som har kroniske søvnvansker lider av primær insomni.

Etiologi og utvikling

Fortsatt vet man lite om de underliggende fysiologiske mekanismene ved insomni, men utvikling av kronisk insomni ser ut til å avhenge av tre faktorer: underliggende faktorer, utløsende faktorer og opprettholdende faktorer. For eksempel, akutt insomni forårsakes ofte av en sykdom, psykososial stressor eller annen livshendelse, men vedvarer som oftest ikke lenge etter at den utløsende årsaken får mindre betydning. Hos noen mennesker vil imidlertid søvnvanskene fortsette i lang tid, ofte i mange år. Her spiller kognitive og atferdsmessige mekanismer en viktig rolle ved å opprettholde og forverre symptomene. Ofte oppstår feilaktige attribusjoner om årsaken til søvnvanskene, og mange grubler over de negative konsekvensene en søvnløs natt kan medføre. Denne kroniske bekymringen og antagelsen om at man må ha 7–8 timers søvn for å fungere bidrar til at søvnrutinene forskyves. For å kompensere for en dårlig natts søvn, føler mange pasienter et sterkt behov for å sove på for- eller ettermiddagen. Dette virker forstyrrende på kroppens homostatisk mekanismer i sentralnervesystemet. Videre vil det å «sove ut» i helgene bidra til ytterligere



Børge Sivertsen

er født i 1975 og oppvokst i Sogndal. Han er cand. psychol. fra Universitet i Bergen, og har siden 2003 arbeidet som doktorgradstipendiat ved Institutt for klinisk psykologi. Han vil fra 2007 videreføre forskningen som postdoktor med midler fra Universitetet i Bergen.

å forstyrre kroppens circadiske rytme som kontrollerer kroppens behov for søvn og våken i løpet av døgnet. En annen viktig faktor er at assosiasjoner mellom soverommet og våkenhet vil på sikt medføre at kroppen «lærer seg» å være våken i dette miljøet, og vil sådan forlenge innsovningstiden betraktelig. Ofte ser man at flere av disse faktorene er viktige momenter som opprettholder søvnvanskene, selv lenge etter at årsakene har gått i glemmeboken.

Søvn og aldring

Søvn og søvnmonstret hos eldre skiller seg fra yngre på flere områder. Sammenlignet med yngre mennesker reduseres den totale søvntiden hos eldre fra 7 timer til 6–6,5 timer. Data basert på polysomnografi viser også en signifikant nedgang i dyp søvn (deltasøvn – stadi 3 og 4) hos eldre personer, med en tilsvarende større andel av lett søvn. Som en konsekvens av dette vil eldre kunne oppleve at de våkner opp oftere om natten, noe som fører til at søvneffektiviteten (prosentvis andel av natten som man faktisk sover) synker betraktelig. Videre ser man at eldre typisk sover oftere og lengre på dagtid og om ettermiddagen. En annen kompliserende faktor er forekomsten av andre søvn sykdommer, som for eksempel søvnapné og periodiske beinbevegelser under søvn (PLMS) som også øker med alderen. Eldre sliter i tillegg med generelt dårligere helse, og er oftere storforbrukere av medisiner, som ofte vil kunne påvirke søvnkvaliteten negativt.

Konsekvenser

De mange negative konsekvenser av kronisk insomni er godt dokumentert. Insomni er assosiert med nedsatt kognitiv og intellektuell fungering, i tillegg til både nåværende og framtidig affektive lidelser. Pasienter som lider av insomni rapporterer ofte redusert livskvalitet, dårligere mestringsstrategier, og insomni har også blitt knyttet opp mot dårligere fungering i immunsystemet. Insomnikere rapporterer



«Nå må jeg ta sovetabletten for å komme meg gjennom morgendagen.»

videre ofte at de har redusert arbeidskapasitet, og nylig fant en norsk studie at insomni er en sterk og uavhengig risikofaktor for å bli uføretrygdet på et senere tidspunkt. Fra et økonomisk ståsted viser de seneste analyser fra USA at de medisinske kostnadene knyttet til behandling av insomni beløper seg til 14 mrd dollar i året, et beløp som stiger til nærmere 100 mrd dollar om man også inkluderer indirekte kostnader fra søvnrelaterte ulykker og tapt arbeidskapasitet.

Måling av søvn

I løpet av de senere tiårene har flere instrumenter blitt utviklet i forsøk på å oppnå et mål på søvn som er så nøyaktig som mulig. Siden polysomnografi (PSG) ble oppfunnet på 1950-tallet har denne metoden blitt ansett som gullstandarden innen søvnregistrering. Fordelen med PSG er at den produserer svært nøyaktig og utfyllende informasjon om både søvnfysiologi og søvnatferd, og PSG er helt uunnværlig i å diagnostisere en rekke søvnsykdommer. Imidlertid er instrumentets rolle hos pasienter med primær insomni diskutabel, da PSG både er svært dyrt, upraktisk og utgjør en stor belastning for pasientene.

Aktigrafi er en stadig oftere benyttet søvnmålingsmetode som består av et akselerometer og minnebrikke plassert i en

klokkelignende gjenstand som pasienten har rundt håndleddet. Basert på forskjeller i bevegelser assosiert med våkenhet og søvn, regner aktigrafen ut estimert søvn og våkenhet i løpet av natten. Fordi aktigrafi er uavhengig av pasientens subjektive opplevelser, er den ofte et godt og langt billigere alternativ til PSG.

Søvndagbok er et ofte brukt instrument som mange klinikere vil ha stor nytte av. Selv om dens reliabilitet og validitet ikke er svært god, har den fordelen med at den kan gi informasjon over lengre perioder, samtidig som den tapper pasientenes egne opplevelser av hvordan søvnkvaliteten er. Eksempler på andre selvrapporteringsinstrumenter er de spesifikke spørreskjemaene Pittsburgh Sleep Quality Index og Sleep Impairment Index. Begge disse er enkle å administrere og skåre, samtidig som det er langt billigere enn både aktigrafi og PSG.

Behandling av insomni

Man antar at nærmere 85 prosent av dem som lider av kronisk insomni forblir ubehandlet for sin tilstand, og to tredjedeler av insomnikere har ingen eller dårlig kunnskap om tilgjengelig behandlingsmuligheter. I tillegg vet vi at rundt 20 prosent benytter alkohol eller diverse helsekostprodukter i forsøk på å bedre søvnen sin.

Tradisjonelt har benzodiazepiner vært det mest benyttede medikamentet for behandling av insomni. Siden disse ble introdusert på 1970-tallet har en rekke studier påvist god effekt, og at de tolereres bra om man bruker dem med forsiktighet. Om man imidlertid benytter benzodiazepiner sammenhengende over lengre tid, rapporterer ofte pasientene både bi-effekter, tilbakefall av symptomer, og rundt hver tredje benzodiazepin-bruker blir avhengige av medikamentet. En omfattende litteraturgjennomgang konkluderte nylig med at de rapporterte kliniske fordelene med benzodiazepiner nesten forsvant når man tok rapporteringsbias med i betraktningen. Nyere sovemedisiner som ikke er basert på benzodiazepiner, som f.eks. Zopiclone og Zolpidem har vist seg å være vel så effektive som benzodiazepiner for behandling av akutt insomni. Disse medikamentene har

også færre bi-effekter sammenlignet med benzodiazepiner, og de endrer ikke søvnarkitekturen i samme grad som de eldre medisinene. Likevel er det i dag generell enighet om at sovemedisiner må benyttes med forsiktighet og om mulig unngås ved bruk på pasienter som lider av kronisk insomni. Faktisk ble det i en nylig meta-analyse på bruk av sovemedisiner hos eldre vist at den kliniske nytteverdien kun var liten og ble i mange tilfeller overskygget av bi-effekter.

I klinisk praksis er det imidlertid fortsatt farmakologisk behandling som vanligvis benyttes. Dette er spesielt tilfellet for eldre pasienter, hvor psykologiske eller atferdsmessige intervensjoner inntil relativt nylig ble antatt å være mindre relevant og ineffektivt. Som en konsekvens av dette har kun et fåtall studier undersøkt effekten av kognitiv atferdsterapi (CBT) hos eldre pasienter med kronisk søvnløshet. Dette er en behandlingsform som inkluderer flere faktorer, som f.eks. opplæring i søvnhygiene (psykoedukasjon), søvnrestriksjon, stimuluskontroll, kognitiv terapi og avslapningsteknikker (se tabell 1 for detaljer). Mangelen på studier i denne aldersgruppen kan i stor grad tilskrives at eldre insomnikere ofte sliter med andre sameksisterende tilstander eller sykdommer, som i følge det tradisjonelle synet bør behandles før man eventuelt bruker tid og ressurser på søvnproblemer. Selv om to nylige litteraturgjennomganger har vist lovende effekter av atferdsmessige intervensjoner på en del søvnutfallsmål også i denne aldregruppen, har nesten ingen studier sammenlignet effekten av ikke-farmakologiske intervensjoner med sovemedisiner hos eldre. Nå viser imidlertid en ny norsk studie fra Universitetet i Bergen at kognitiv atferdsterapi er langt mer effektiv enn sovemedisinen Zopiclone (Imovane) både m.h.t korttids- og langtids-effekten hos eldre personer med kronisk insomni.

Selv om symptomer på insomni ofte opptrer sammen med andre lidelser og sykdommer, har de fleste behandlingsstudier blitt foretatt på pasienter med liten eller ingen komorbiditet. Problemer med komorbiditet er spesielt sentral hos eldre, og det er ikke uvanlig at pasienter lider av polyfarmasi, som igjen kompliserer medikamentell behandling i denne aldersgruppen. Derimot viser en litteraturgjennomgang på behandling av komorbid eller sekundær insomni at kognitiv atferdsterapi ser ut til å være nesten like effektiv i å behandle søvnpasienter som også lider av ulike psykiatriske eller medisinske tilstander. Effekttørrelsen på tvers av disse studiene er gjennomgående store, og på høyde med det som typisk rapporteres for primær insomni. Det er også preliminare funn som tyder på at ulike lavterskelintervensjoner basert på CBT kan gi så godt som identisk behandling utfall som individualisert behandling ved spesialiserte søvnentre.

TABELL 1. Oversikt over de ulike behandlingskomponentene i kognitiv atferdsterapi for insomni

Søvnhygiene	Pasienten lærer om hvordan søvnen påvirkes av livsstilsfaktorer som fysisk trening, matinntak, alkohol, og hvorfor ulike miljøfaktorer som lys, støy og temperatur er viktige.
Søvnrestriksjon	Søvnrestriksjon er en metode der tillatt tid for opphold i sengen reguleres. Leggetid og når pasientene må stå opp regnes ut uke for uke basert på pasientens egen søvndagbok. Gjennom delvis søvndeprivasjon er målet å øke kroppens homeostatiske søvnbehov.
Stimuluskontroll	Målet med stimuluskontroll er å svekke assosiasjoner mellom miljø og aktiviteter som er uforenlige med søvn. For eksempel blir pasientene bedt om å gå ut av sengen om de ikke får sove i løpet av 20 min.
Kognitiv terapi	Kognitiv terapi innebærer å identifisere, utfordre og erstatte negative tanker relatert til søvn og søvnmangel med mer realistiske forventninger og tanker om søvn og dagtidfungering.
Muskela avslapning	Pasienten lærer her å gjenkjenne og kontrollere muskelspenninger i kroppen. Pasienten gis instruksjoner og øvelser på en CD, og blir bedt om å øve hjemme daglig.

Med tanke på de store individuelle og samfunnsmessige konsekvenser av insomni, vil økt anerkjennelse av dette problemet blant eldre kunne bidra til å øke tilgjengeligheten av virksom behandling.

Time 1

Første time begynner med en generell gjennomgang av søvn, søvnrytme, søvnens funksjon etc., i tillegg til selve behandlingsopplegget, og kort hva som inngår i de ulike komponentene. Pasientene blir her «advart» om at hun trolig vil oppleve en forverring av søvnen de første 1–2 ukene, samtidig som det understrekes at dette er svært vanlig. Deretter introduseres pasienten for det vi kaller søvnhygiene. Det er i prinsippet svært enkle og allmenne råd om hva som er, og hva som ikke er kompatibelt med god søvn. For eksempel understrekes viktigheten av å begrense kaffedrikking: all kaffe etter kl 12 på formiddagen erstattes med koffeinfri kaffe eller grønn te. Pasienten blir videre informert om at tunge måltider og mye alkohol bør unngås etter kl 20.00, og at lett fysisk aktivitet bør finne sted daglig, men heller ikke dette etter kl 21.00. Til slutt informeres pasienten om hvorfor ulike miljøfaktorer som lys, støy og temperatur er viktig for søvnen.

Pasienten blir fra første time bedt om daglig å fylle ut en kort søvndagbok, som inneholder informasjon om når pasienten legger seg, sovner inn, antall og varighet av oppvåkninger, og når pasienten står opp. Denne informasjonen benyttes gjennom hele behandlingsopplegget.

Time 2

I denne timen introduseres pasienten for søvnrestriksjon. Dette er en metode der tillatt tid for opphold i sengen reguleres. Sammen med pasienten blir man enig om et tidspunkt hvor pasienten skal stå opp hver dag, også i helgene, f.eks. kl 06.00. All soving på dagtid (ettermiddagslur etc.) forbyes, og pasienten får ikke lov til å legge seg før et gitt tidspunkt, ofte kl 24.00. Rasjonale for å gjennomføre en slik søvndeprivasjon er at man da tvinger kroppen til å sove mer effektivt enn før. Målet er først å få pasienten til å sove sammenhengende noen få timer (gjerne 4–5 timer), før man senere langsomt utvider tillatt søvntid. Dette regnes ut fra søvndagboken: om pasienten har en søvneffektivitet på 85 prosent (faktisk søvntid / tilbrakt tid i sengen x 100) eller mer, utvides tillatt søvntid med 15 minutter per uke.

Videre går man i denne timen i gang med såkalt stimuluskontroll. Målet med denne komponenten er å svekke assosiasjoner mellom miljø og aktiviteter som er uforenlige med søvn. For eksempel blir pasienten instruert til å gå ut av sengen om hun ikke får sove i løpet av 20 min, og om ikke å legge seg igjen før hun er «svært trøtt». Samme regel gjel-



«Det gikk dårlig i natt også – som forventet.»

der for oppvåkninger gjennom hele natten: om hun ikke klarer å sove i løpet av ca. 20 min, må hun igjen gå ut av sengen. Det bør bemerkes av pasientene ikke bør ligge å stirre på en klokke på nattbordet for å ta tiden, og de bør heller ikke gjøre altfor aktiverende aktiviteter, som å se en actionfilm på TV eller lese en spennende bok. Før timen avsluttes understrekes gjerne nok en gang av at dette vil bli en ganske tøff uke, men at dette er en helt nødvendig del av behandlingen. Klarer pasienten gjennomføre et slikt opplegg vil hun svært sannsynlig merke bedring allerede etter 2–3 uker.

Time 3

Første del av timen går med til å gå gjennom forrige uke, som trolig har bydd på store utfordringer for pasienten. Det vil ofte vært en god ide å gå gjennom hver dag/natt basert på informasjon fra søvndagboken. Behandler bør her sammen med pasienten regne ut søvneffektivitet for hver natt, og bestemme om tillatt søvntid skal forbli den samme, eller om det skal utvides med 15 min. Etter dette introduseres pasienten for kognitiv terapi. Svært kort fortalt innebærer dette å identifisere, utfordre og erstatte negative tanker relatert til søvn og søvnmangel med mer realistiske forventninger og tanker om søvn og dagtidfungering. F.eks. vil katastrofering og svart-hvitt tenkning forekomme vanlig hos søvnpasienter: «Dersom jeg ikke klarer å sove minst seks timer i natt klarer jeg aldri gjennomføre dagen i morgen». Dette er tanker og bekymringer som nesten alltid kommer når pasienten forsøker på sove om kvelden. Her benytter vi gjerne en svært enkel teknikk som kalles for «bekymringshalvtimen». Sammen med pasienten finner vi et tidspunkt på

dagtid (helst mens det er lyst ute) hvor pasienten i 30 minutter aktivt skal bekymre seg så mye som mulig. Innholdet i disse tankene kan gjerne omhandle søvn, familieforhold, arbeid, økonomi etc. Poenget er at man skal gjøre seg ferdig med dette før natten kommer, og dermed kan man unngå å aktivere hjernen mer enn nødvendig om natten, samtidig som man tar bekymringene på alvor. En typisk pasient synes ofte denne teknikken er noe banal, men med litt øvelse rapporterer de fleste svært god nytteverdi av dette.

4. time

I denne timen jobber man videre med de andre behandlingskomponentene, og pasienten blir i tillegg introdusert for den siste komponenten, muskelavspenning. Dette er en øvelse som tar rundt 15 min å gjennomføre, og vanligvis gjør man det sammen den første gangen. Prinsippet er at man går gjennom kroppsdeler for kroppsdeler, hvor man første spenner musklene så mye man kan i ca. 5-6 sekunder, før man slapper helt av i 20 sekunder. Dett gjør man både for hode/nakkeregion, tenner, øyne, hender, rumpemuskel, tær osv. Pasienten blir også gitt en CD med denne øvelsen for å øve hjemme, helst daglig. Ved å lære seg å kjenne forskjellen på spenninger i kroppen og fullstendig avslapning, vil pasienten også kunne hente frem denne følelsen nå hun skal forsøke å sove om natten.

I klinisk praksis ser vi som regel at de fleste pasienter opplever en markant bedring innen 4 uker. Eventuelt kan man fortsette 1-2 uker lengre, da noen responderer litt langsommere enn andre. Dette behandlingsopplegget er basert på en behandlingsmanual som ble benyttet på i en større intervensjonsstudie ved Universitetet i Bergen. Eventuelle henvendelser om manualen kan rettes til artikkelforfatter.

Referanser fåes ved henvendelse til forfatteren.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
borge.sivertsen@psykp.uib.no

Desmopressin "Alpharma"

Desmopressin
ATC-nr.: H01B A02
C
 T: 6e, 40b (Se Vikår for refusjon)

Deklarasjon: NESESPRAY 10 microg/dose. Hver dose (0,1 ml) inneh. Desmopressin, acet. 10 microg (æqv. desmopressin, 8,9 microg), natr. chlorid, kal. sorb. 160 microg et acid, hydrochloric, q.s., aqua purif. ad 0,1 ml.

Indikasjon: Primær nattlig enuresis f.o.m. 5-årsalder hos pasienter hvor bruk av enuresisalarm ikke finnes hensiktsmessig. Pasienten må ha normal evne til å konsentrere urin. Hypofysar diabetes insipidus. Polyuri-polydipsisyndrom eller hypofyseektomi. Diagnostisk bruk: Testing av nyrenes evne til å konsentrere urin.

Dosering: 1 spraydose gir 10 microg desmopressinacetat. (Ved lavere dose enn 10 microg må annet legemiddel som inneholder desmopressin anvendes.) Enuresis nocturna: Doseringen er individuell og varierer mellom 10 og 40 microg intranasalt. Vanlig initialdose er 20 microg intranasalt om kvelden. Behandlingen av enuresis er symptomatisk. Behandling i perioder à 3 måneder. Minst 1 ukers pause mellom behandlingsperiodene, for å se om pasienten er blitt tær. Hypofysar diabetes insipidus og polyuri-polydipsisyndrom eller hypofyseektomi: Individuell dosering iht. urinvolum og osmolaritet. Begynn med lav dose. Normaldosering: **Voksne:** 10-20 microg 1-2 ganger daglig. **Barn:** 5-10 microg 1-2 ganger daglig. Diagnostisk for testing av nyrenes konsentreringsevne: Normaldosering: Voksne: 40 microg gitt som 20 microg i hvert nesebor. **Barn over 1 år:** 20 microg. Barn under 1 år: 5-10 mcg. Etter administrering kastes ev. urin fra 0-1 time. Under de nærmeste 8 timer samles 2 urinposser for osmolaritetsbestemmelse. Se for øvrig pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Habituell og psykogen betinget polydipsi, inkompensert hjertesvikt, behandling med diuretika.

Forsiktighetsregler: Ved behandling av enuresis skal væskeinntaket begrenses til minst mulig i perioden 1 time før til 8 timer etter dosering. Ved diagnostisk bruk skal væskeinntaket begrenses til 0,5 liter for å slukke tørsten i perioden 1 time før til 8 timer etter dosering. Substanter som er kjent for å frisette ADH, f.eks. trikykliske antidepressiva, klopromazin og karbamazepin, kan forårsake en additiv antidiuretisk effekt med økt risiko for vannretensjon. Indometacin kan påvirke størrelsen av antidiurese. Nyrekonstruksjonstest på barn under 1 år bør bare utføres på sykehus og under nøye overvåking. Forsiktighet med inntak av væske hos meget unge og eldre pasienter, hos

pasienter med hjertesvikt, ved ubalanse i væske- og/eller elektrolyttidene samt ved risiko for økt intrakranielt trykk. Ved tegn på væskeretensjon bør behandlingen avbrytes.

Graviditet/Amning: Overgang i placentia: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonstoksiske effekter. Bruk under graviditet bør unngås hvis ikke fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Desmopressin går over i morsmelk, men da det er lite sannsynlig at peptider absorberes i barnets mage-tarmkanal kan preparatet benyttes under amning.

Bivirkninger: Hyppige (mer enn 1/100): Gastrointestinale: Mavesmerter, kvalme, Luftveier:

Nesetetthet, rhinitt, neseblødning. Øvrige: Hodepine. Behandling uten samtidig væskerestriksjon kan føre til vannretensjon med medfølgende tegn og symptomer (redusert serumnatrium, vektøkning, og i alvorlige tilfeller kramper).

Overdosering/Forgiftning: Ved overdosering bør Giftinformasjonen kontaktes. Overdosering øker faren for vannretensjon og hyponatremi. Behandling av hyponatremi bør individualiseres. Asymptomatisk hyponatremi behandles med avbrytelse av desmopressinbehandlingen og væskerestriksjonen. Oppstår symptomer behandler en med infusjon av isoton eller hyperton natriumkloridoppløsning. Ved alvorlig væskeretensjon (kramper og bevisstløshet) behandles det videre med furosemid.

Egenskaper: Klassifisering: Desmopressin er en syntetisk struktur analog til det naturlige humane hypofysebaklapphormonet argininvasopressin. Virkningsmekanisme: Desmopressin skiller seg fra det naturlige hormonet ved at aminogruppen i cystein er fjernet og L-arginin er erstattet med D-arginin. Disse strukturelle forandringer resulterer i en betydelig forlenget virketid samtidig med at en ved klinisk aktuell dosering ikke får noen pressoeffekt. En intranasal dose på 10-20 microg gir antidiuretisk effekt i 8-12 timer. Maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter ca. 1 time.

Vikår for refusjon:

40: Til 100: Refunderes kun for enuresis nocturna.

Pakninger og maksimalpriser (pr. 04.01.2007):

V/r 547984 CT Desmopressin, 10 mcg/dose neseppray, 5 ml sprayflaske, kr 429,50
 V/r 548008 CT Desmopressin, 10 mcg/dose neseppray, 3 x 5 ml sprayflaske, kr 1 219,80

WARFARINS

kliniske farmakologi

AV EVA MARIE JACOBSEN

Bakgrunn/Historie

På 1920-tallet døde mye storfe av en blødertilstand i nordlige USA og Canada. En kanadisk veterinær påviste en sammenheng med gjæret steinkløver i fôret. I 1941 publiserte en gruppe ved universitetet i Wisconsin resultater som viste at det giftige stoffet var dicoumarol. Senere ble flere coumarinderivater syntetisert, deriblant warfarin. Navnet warfarin kommer av navnet på forskningsfondet som støttet dette arbeidet: Wisconsin Alumni Research Foundation¹.

Warfarin ble først kommersielt framstilt som rottegift, men senere utviklet som terapeutisk antikoagulant. Bruken av warfarin i behandlingen av pasienter økte kraftig etter at president Dwight D. Eisenhower i 1955 ble behandlet med warfarin etter et hjerteinfarkt¹.

Behandling med warfarin, effektiv, men vanskelig

Effekten av warfarin er godt dokumentert, men behandlingen er vanskelig og stiller store krav til både pasient og lege. Det er liten terapeutisk bredde: ved INR <1,8 øker



Eva Marie Jacobsen

Cand.med. Oslo 1984

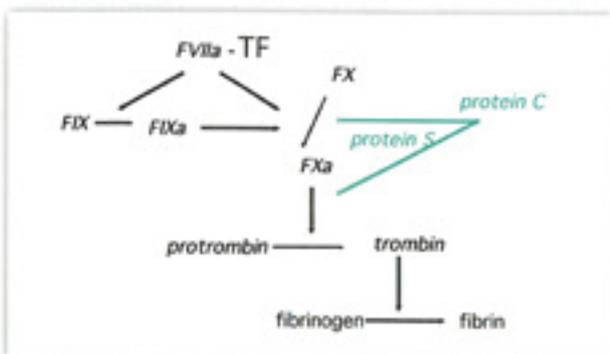
arbeidet ved med.avd. Telemark Sentralsjukehus, Hedmark Sentralsykehus, Ullevål sykehus, spesialist i Indremedisin 1995, forskningsstipendiat Hematologisk forskningslab. Ullevål 1995-99, Kst. overlege hematol.avd. Ullevål 1999-2000, Seksjonsoverlege hematol.polikl. Ullevål 2000 - d.d.

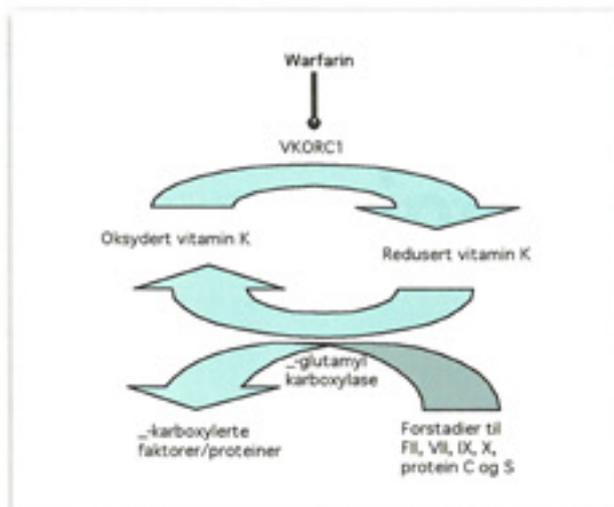
risikoen for (re)trombose og ved INR >3,0 øker faren for blødningskomplikasjoner. I tillegg er det store individuelle forskjeller på dose-respons forhold. Effekten av en gitt dosering med warfarin er både avhengig av genetiske faktorer hos pasienten, ikke-genetiske faktorer som alder, kjønn, kroppsstørrelse, K-vitamin inntak, generell ernæringsstatus og forhold i GI-traktus, og ikke minst interaksjoner med andre medikamenter, urtemedisin eller kosttilskudd som pasienten står på samtidig.

K-vitaminavhengige koagulasjonsfaktorer

De K-vitaminavhengige koagulasjonsfaktorene er faktor II (protrombin), VII, IX og X (figur 1). Dessuten er også koagulasjonshemmerne protein C og protein S K-vitaminavhengige. De K-vitaminavhengige faktorene syntetiseres i lever. Glutaminsyre i disse forstadiene må karboksyleres for å få ferdige, men fortsatt inaktive, koagulasjonsfaktorer. Redusert vitamin K er en essensiell kofaktor for enzymet som karboksylere glutaminsyre (figur 2). De ferdig-dannede, men inaktive, koagulasjonsfaktorene utskilles til blodbanen. Koagulasjonen settes i gang hvis vevsfaktor/tromboplastin kommer i kontakt med sirkulerende blod. Dette skjer ved karskade, ved ruptur av atherosklerotiske plaque eller ved inflammatoriske prosesser som kan påvirke karendotel eller enkelte hvite blodlegemer til å uttrykke vevsfaktor. Det settes så i gang en kaskade hvor koagulasjonsfaktorene aktiveres etter tur inntil protrombin spaltes til trombin, som igjen spaltes fibrinogen til fibrin (figur 1).

FIG. 1. FORENKLET OVERSIKT OVER K-VITAMIN AVHENGIGE FAKTORER. Koagulasjonen starter når tromboplastin/tissue factor (TF) kommer i kontakt med blod og inngår i et kompleks med aktivert faktor VII (FVIIa). De K-vitamin avhengige koagulasjonsfaktorene, faktor II (protrombin), faktor VII, faktor IX og faktor X er sentrale enzymer i koagulasjonen. FVIIa-TF aktiverer faktor IX (FIXa) og faktor X (FXa = aktivert faktor X). FXa spaltes protrombin til trombin og trombin spaltes så fibrinogen til fibrin. I tillegg er to av inhibitorene av koagulasjonen, protein C og protein S, også K-vitamin avhengige.





FIGUR 2. VITAMIN K SYKLUS. *Marevan* hemmer enzymet Vitamin K epoxid reduktase (VKORC1) som reduserer vitamin K og dermed er nødvendig for å opprettholde evnen til å karboksylerer forstadiene til de K-vitaminavhengige faktorene.

Vitamin K syklus

Warfarin er en K-vitamin hemmer. Vitamin K inngår i en syklus hvor det vekselvis blir redusert og oksydert (figur 2). Når forstadiene til de K-vitaminavhengige koagulasjonsfaktorene blir karboksylerert, blir samtidig vitamin K oksydert. Oksydert vitamin K blir så redusert igjen gjennom påfølgende enzymreaksjoner, hvorav enzymet Vitamin K epoxid reductase, VKORC1, hemmes av warfarin. Dermed vil både K-vitamin syklus og karboksyleringen av de K-vitaminavhengige koagulasjonsfaktorene bremse opp.

De siste årene har man så funnet at forskjellige haplotyper av genet for VKORC1 vil medføre at de ferdige enzymvariantene vil ha forskjellig følsomhet for warfarin. Slike variasjoner kan forklare relativ warfarinresistens hos enkelte pasienter.

Warfarins metabolisme

Warfarin har nesten 100 prosent biotilgjengelighet. I blodet er warfarin for en stor del bundet til albumin. Bare den frie fraksjonen/ubundne delen er farmakologisk aktiv. Warfarin opptrer i to stereoisomerer: S-warfarin og R-warfarin. Konsentrasjonen av R-warfarin i blodet er høyere enn konsentrasjonen av S-warfarin, men S-warfarin gir en sterkere hemming av VKORC1. Begge isomerene metaboliseres i stor grad via Cytochrome P450 enzymesystemer i lever, men ikke av de samme enzymene. S-warfarin metaboliseres hovedsakelig av CYP2C9, mens R-warfarin metaboliseres hovedsakelig av CYP1A1 og CYP3A4. Polymorfismer i genet for CYP2C9 er vist å påvirke metabolismen av warfarin. Noen polymorfismer medfører nedsatt clearance av warfarin og pasienter med disse variantene vil trenge lavere vedlikeholdsdose av warfarin. Frekvensen av de forskjellige polymorfismene varierer også mellom etniske grupper.

Kan gentesting gjøre Marevan-doseringen sikrere?

Genotyping med bestemmelse av VKORC1 haplotyper og CYP2C9 polymorfismer vil kunne forklare en del av den interindividuelle variasjonen i Marevan-behov. Det har derfor vært foreslått at pasienter bør gentestes før man starter opp med Marevan for en sikrere dosering. Problemet er at VKORC1 haplotype og CYP2C9 genotype bare foreklarer noe av den interindividuelle variasjonen i warfarin dosering⁵. Andre faktorer som spiller en rolle for warfarin-dosering er ikke-genetiske faktorer som kjønn, alder, kroppsstørrelse, inntak av K-vitamin, røyking og interaksjoner med andre medikamenter. Doseringsalgoritmer basert på genotype og enkelte ikke-genetiske faktorer har derfor blitt foreslått for å individualisere warfarin-doseringen og gi mere stabile INR-verdier^{6,7}. For å bruke slike algoritmer trenger man imidlertid resultatet av gentester som i beste fall vil være tilgjengelig flere dager etter første prøvetaking av pasienten, slik at den initiale warfarin-doseringen ofte vil måtte foregå uten hjelp av disse algoritmene. I tillegg skyldes en stor del av den individuelle variasjonen i warfarinbehovet ukjente faktorer, slik at warfarin-dosen uansett må justeres individuelt. Den kliniske nytten av slike algoritmer må derfor først bekrefte i prospektive, kliniske studier.

Betydning av kostens innhold av K-vitamin

Vitamin K opptas fra tarm, hovedsakelig som vitamin K1 (fyllokinon). Fyllokinon produseres særlig i grønne planter. Alle grønne grønnsaker som kålsorter, salat, spinat og lignende inneholder mye K-vitamin. I tillegg inngår det varierende mengder i belgfrukter, nøtter, vegetabiliske oljer, smør og majones. Vitamin K-status og dermed effekten av warfarin vil derfor variere fra pasient til pasient. Etter innstilling på warfarin vil endring i K-vitamin status, dvs. endringer i kosten, kunne endre pasientens INR. Rådet til pasientene er derfor *ikke* at enkelte matvarer er «forbudt», tvert i mot finnes det data som viser at pasienter med ustabil INR har lavere K-vitamin inntak enn andre⁸, men at store variasjoner i kosten må unngås. Spesielt variasjoner som medfører store endringer i inntak av grønne grønnsaker, slik som slankekurer, overgang til vegetarisk eller perioder med mye «junk-food» (og tilsvarende lite grønnsaker) må pasienten advares mot. I preliminære studier har man derfor forsøkt lav-dose K-vitamintilskudd til pasienter for å oppnå mer stabile INR-verdier⁹.

Også alkoholinntak vil kunne påvirke INR. Virkningsmekanismene er flere – og til dels ikke avklart. Generelt vil et kortvarig, høyt forbruk kunne gi høy INR (obs. ferier, utlandsreiser). Et langvarig høyt forbruk vil derimot gi en svakere effekt av warfarin og en lavere INR. Ett til to glass vin eller øl noen dager i uken vil antakelig bety lite.

HUSK: Regelmessig kosthold med variert grønnsakinntak. Alkohol tillates i mindre mengder.

Bivirkninger av Marevan

Den viktigste og farligste bivirkningen av warfarin er selvfølgelig blødninger. En norsk studie viste 2,4 alvorlige blødninger pr. 100 pasientår, hvorav halvparten var intrakranielle⁵.

Blødningsrisikoen øker med økende INR. God INR-kontroll er derfor avgjørende for å redusere blødningsrisikoen. Pasienter som har ustabile og svingende INR-verdier er mer blødningsutsatt. I tillegg må man vurdere mulige interaksjoner (se nedenfor), ikke minst med medikamenter som påvirker blødningsstendens uten å øke INR. Noen pasientgrupper har økt risiko for blødning under warfarinbehandling. Dette gjelder kreftpasienter, gamle pasienter, demente pasienter eller pasienter med nedsatt compliance av annen årsak. Pasienter som har tidligere blødningsepisoder, med eller uten samtidig warfarinbehandling, vil ha økt risiko. Pasienter som misbruker alkohol har generelt økt blødningsrisiko. Data fra Statens Legemiddelverk viste størst risiko for blødninger i den første tiden etter oppstart av behandling⁶.

Man bør tilstrebe at pasientene får god informasjon om hvordan warfarin virker, hva som innvirker på INR og forholdsregler ved warfarinbruk. Dessuten bør det alltid tas stilling til hvor lenge warfarin skal kontinuieres, vurdert ut fra nytte/risiko, – og man må følge opp med å seponere når tiden er inne for det!

Andre bivirkninger av warfarin er heldigvis sjeldne. Diare kan forekomme. Hudreaksjoner sees en sjelden gang; de kan arte seg som eksem-lignende utslett eller som en vaskulitt-lignende tilstand. I verste fall kan man se hudnekrose og da få dager etter oppstart av behandlingen. Risikoen skal være høyere hvis den initiale doseringen av warfarin er høy. Hudnekrose opptrer spesielt hos pasienter med protein C mangel. Noen få pasienter kan oppleve et betydelig håravfall.

Interaksjoner

Et av hovedproblemerkene ved behandling med warfarin er interaksjoner, ikke bare med legemidler, men også muligheten for interaksjoner med urtemedisin og kosttilskudd. En lang rekke av de vanligst brukte legemidlene vil kunne gi økt blødningsrisiko når de brukes samtidig med warfarin¹¹². Det er et stort antall mekanismer som kan føre til en slik interaksjon og man vet ikke alltid hvilke(n) mekanisme(r) som ligger til grunn for den observerte interaksjonen. Ofte vil en eventuell interaksjon føre til høyere eller lavere INR-verdier og dermed kan man fange opp dette ved hyppigere INR-kontroller og justering av Marevandosen. Noen medikamentgrupper vil imidlertid gi økt blødningsrisiko uten at INR påvirkes, og

samtidig bruk av disse medikamentene og warfarin vil kunne være ekstra risikofylte. Hovedregelen er at man alltid må sjekke opp potensialet for interaksjoner, både når man vurderer å legge til, endre dose eller seponere andre medikamenter hos en pasient som bruker Marevan. På samme måte må man vurdere faren for interaksjoner når pasienter med annen medikasjon skal starte opp med Marevan.

Medikamenter som øker blødningsfaren via andre mekanismer enn ved å gi høyere INR, er spesielt vanskelige å kombinere med warfarin på en trygg måte. Disse skal derfor ikke kombineres med warfarin uten nøye vurdering av nytte-/risikoforhold. Dette gjelder spesielt følgende grupper:

- *Platehemmere*. Acetylsalisylsyre og andre platehemmere vil øke blødningsrisikoen uten at INR påvirkes. Platehemmere skal bare kombineres med Marevan etter grundig vurdering av indikasjon og nytte-/risikoforhold. Pasienter som starter opp med Marevan må informeres om at de ikke skal bruke acetylsalisylholdige medikamenter som smertestillende/febernedsettende.
- *Non-steroidal antiinflammatoriske drugs*. Ikke-selektive NSAIDs øker blødningsrisikoen både ved å påvirke platefunksjonen og ved potensielt å skade slimhinner i GI-traktus. Selektive COX-II hemmere ser ikke ut til å være tryggere enn de ikke-selektive, og NSAIDs må kun brukes etter grundig vurdering av risiko/alternativer.
- *Selektive serotonin reopptakshemmere*. SSRI øker blødningsfaren først og fremst fordi de hemmer platefunksjonen. I tillegg kan de i varierende grad også medføre høyere INR-verdier. De bør fortrinnsvis unngås hos pasienter som behandles med Marevan.

Medikamenter som gir interaksjon via mekanismer som leder til lavere eller høyere INR, kan man eventuelt korrigere for ved hyppigere kontroll av INR og dosejustering ved oppstart, endring av dose eller seponering av Marevan. Noen av de viktigste medikamentgruppene er omtalt her, men kontroller alltid interaksjonsopplysningene i Felleskatalogen ved endringer med medikament du ikke er helt sikker på.

- *Paracetamol*. Paracetamol over 2 g/døgn eller mer enn 3–5 g/uke innvirker på effekten av warfarin og kan gi økt INR.
- *Antiinfektiva*. Bredspektrede antibiotika som erythromycin og ciprofloxacin kan hemme tarmfloraens produksjon av vitamin K₂ og dermed medføre mindre K-vitamin opptak og økt effekt av warfarin (høyere INR). Enkelte antibiotika (dikloksacillin) kan gi lavere INR. Imidazol-triazolderivatene øker konsentrasjonen av warfarin (høyere INR). Tuberkulostatika kan også påvirke INR.
- *Statiner*. Kan gi økning i INR nivået.
- *Antiepileptika*. Både barbiturater og karbamazepin fører til lavere konsentrasjon av warfarin og dermed lavere

INR med behov for dosejustering. Fenytoin er rapportert både å kunne øke og senke konsentrasjonen av warfarin.

- **Hormoner.** P-piller øker konsentrasjonen av noen av koagulasjonsfaktorene og kan derfor gi lavere INR. Thyroidpreparater kan gi høyere INR. Glukagon gir også høyere INR.

Kosttilskudd og naturmedisin

En rekke kosttilskudd og naturmidler/urtemedisiner har vært rapportert å kunne påvirke effekten av warfarin¹²⁻¹⁵.

- **Johannesurt** brukes som et mildt antidepressivum. Det foreligger mange case reports om interaksjon mellom Johannesurt og warfarin. Bruk av Johannesurt kan føre til lavere INR-verdier, sannsynligvis pga. induksjon av CYP2C9 og CYP3A4 og dermed økt clearance av warfarin.
- **Ginseng** brukes mot tretthet/slapphet og for å øke prestasjonsevnen. Ginseng kan antakelig gi lavere INR-verdier hos pasienter på warfarin. Mekanismen er ukjent, men ginseng bør ikke kombineres med warfarin.
- **Rødrot/salvie/Danshen** påstås å bedre blodsirkulasjonen og bedre kardiovaskulære sykdommer. Publiserte case reports og dyrestudier tyder på økt effekt av warfarin og økt blødningsrisiko.
- **Dong quai**, kinesisk kvann eller «kvinnens ginseng» anbefales først og fremst mot menstruasjonsforstyrrelser og menopausale plager. Dong quai er rapportert å kunne øke INR, bør ikke brukes av pasienter på warfarin.
- **Andre:** Gingko, Q10, hvitløkskonsentrater og vitamin E i store doser (>400 IE). Eventuell interaksjon med warfarin er ikke avklart. Disse naturmidlene kan muligens innvirke på INR-nivåer og/eller forstyrre blodplatefunksjonen, og man må være svært forsiktig med å kombinere dem med Marevan.

Det er viktig å spørre pasientene om de tar kosttilskudd eller naturmidler. Undersøkelser tyder på at en høy andel av pasientene tar en eller annen form for tilskudd, men at dette ikke kommer fram hvis man ikke spør spesifikt etter det. Pasientene bør også informeres om at de ikke må starte med verken medikamenter, naturmidler eller kosttilskudd uten å konferere og informere behandlende lege.

Graviditet og warfarin

Warfarin går over placentabarrieren. Dette medfører blødningsfare for fosteret, spesielt under fødselen. Warfarin er dessuten teratogent. «Klassisk» warfarin embryopati er sjelden. Den er karakterisert ved nasal hypoplasi og ved epifyseforkalkninger. Risikoen for dette er begrenset til eksponering for warfarin mellom 6. og 12. uke. Imidlertid opptrer CNS-patologi etter eksponering for warfarin senere i svangerskapet. Det er også funnet høyere forekomst av spontaneaborter og prematuritet/lav fødselsvekt etter warfarinbruk i svangerskapet¹⁵. Kvinner som behandles med Marevan og

planlegger svangerskap kan settes over på lavmolekylært heparin før befruktning, men siden noen kvinner jo vil bruke lang tid på å bli gravide, kan det være et godt alternativ å fortsette med warfarin inntil man har en positiv gravi-test. Kvinnen må da være instruert i å foreta gravi-test så snart menstruasjonen uteblir. Mens warfarin er kontraindisert i svangerskapet, går warfarin ikke over i morsmelk, og kvinner som behandles med warfarin kan amme sine barn.

Referanser

1. McAlister V: Control of coagulation: a gift of Canadian agriculture. *Clin Invest Med* 2006, 29: 373-377.
2. Sadler JE: Medicine: K is for coagulation. *Nature* 2004, 427: 493-494.
3. Marsh S, McLeod HL: Pharmacogenomics: from bedside to clinical practice. *Hum Mol Genet* 2006, 15 Spec No 1:R89-93: R89-R93.
4. Sconce EA, Khan TI, Wynne HA, Avery P, Monkhouse L, King BP et al.: The impact of CYP2C9 and VKORC1 genetic polymorphism and patient characteristics upon warfarin dose requirements: proposal for a new dosing regimen. *Blood* 2005, 106: 2329-2333.
5. Millsean E, Jacobsen-Lenzini PA, Milligan PE, Grosso L, Eby C, Deych E et al.: Genetic-based dosing in orthopaedic patients beginning warfarin therapy. *Blood* 2007.
6. Sconce E, Khan T, Mason J, Noble F, Wynne H, Kamali F: Patients with unstable control have a poorer dietary intake of vitamin K compared to patients with stable control of anticoagulation. *Thromb Haemost* 2005, 93: 872-875.
7. Sconce E, Avery P, Wynne H, Kamali F: Vitamin K supplementation can improve stability of anticoagulation for patients with unexplained variability in response to warfarin. *Blood* 2007, 109: 2419-2423.
8. Ford SK, Misita CP, Shilliday BB, Malone RM, Moore CG, Moll S: Prospective study of supplemental vitamin K therapy in patients on oral anticoagulants with unstable international normalized ratios. *J Thromb Thrombolysis* 2007, ..
9. Bratland B: [Warfarin treatment in a general practice]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006, 126: 162-165.
10. Breen AB, Vaskinn TE, Reikvam A, Skovlund E, Lislevand H, Madsen S: [Warfarin treatment and bleeding]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003, 123: 1835-1837.
11. Wittkowsky AK: Warfarin and other coumarin derivatives: pharmacokinetics, pharmacodynamics, and drug interactions. *Semin Vasc Med* 2003, 3: 221-230.
12. Holbrook AM, Pereira JA, Labiris R, McDonald H, Douketis JD, Crowther M et al.: Systematic overview of warfarin and its drug and food interactions. *Arch Intern Med* 2005, 165: 1095-1106.
13. Chavez ML, Jordan MA, Chavez PI: Evidence-based drug-herbal interactions. *Life Sci* 2006, 78: 2146-2157.
14. Hu Z, Yang X, Ho PC, Chan SY, Heng PW, Chan E et al.: Herb-drug interactions: a literature review. *Drugs* 2005, 65: 1239-1282.
15. Schaefer C, Hannemann D, Meister R, Elefant E, Paulus W, Vial T et al.: Vitamin K antagonists and pregnancy outcome. A multi-centre prospective study. *Thromb Haemost* 2006, 95: 949-957.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
e.m.jacobsen@medisin.uio.no



SELEXID®

pivmecillinam



Velger du «grønt» eller «rødt» når du behandler urinveis- infeksjoner (UVI) empirisk?

	% resis- tente E. coli*, isolat fra urin*	smal- spek- tret	øvre og nedre UVI	bruk i hele svanger- skapet	bakteri- cid	pro-drug (inaktivt før ab- sorpsjon)	peni- cillin
Selexid®	0,5	+	+	+	+	+	+
ampicillin/amoxicillin	25,1	-	+	+	+	-	+
ciprofloxacin	2,5	-	+	-	+	-	-
nitrofurantoin	2,0	-	-	+	-	-	-
trimetoprim	18,5	-	+	-	-	-	-
trim-sulfa	15,5	-	+	-	+	-	-

* isolat fra allmennpraksis

Selexid® – anbefalt til empirisk behandling av UVI, både i allmennpraksis og institusjon¹⁻³!
Selexid® – dokumentert nedbrytbart i naturen⁴!

- Ref:
1. Smittevernloven, Håndbok. Antibiotika i allmennpraksis. Statens helsetilsyn, Oslo 1999: 47-55. <http://www.helsetilsynet.no>
 2. Smittevernloven, Håndbok. Bruk av antibiotika i sykehus. Statens helsetilsyn, Oslo 2001: 48. <http://www.helsetilsynet.no>
 3. Veiledning i bruk av antibiotika i sykehus. Helse Vest, Bergen 2005: 11-13. <http://antibiotika.helse-vest.no>
 4. NORM/NORM-VET 2005. Tromsø/Oslo 2006: 71.
 5. Halling-Sørensen, B et al. J Antimicrob Chemother 2000; 46 (Suppl. 5): S3-8.

C Selexid «LEO»
Aminidopenicillin.

T: 19, 38

ATC-nr: J01C A08 og J01C A11

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 400 mg. (Hvert sett inneh. I) Hetteglass: Mecillinam 400 mg. II) Hetteglass: Sterilt vann 6 ml. J01C A11. **TABLETTER**, bløtdrager, 200 mg. Hver tablett inneh. Pivmecillinamklorid 200 mg, hjelpestoffer J01C A08. **Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av mecillinamfølsomme mikroorganismer. **Dosering: Peroralt:** Tablettene tas med riklig drikk. **Voksne:** Normaldose: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig avhengig av infeksjonens alvorlighetsgrad. **Akkutt ukomplisert cystitt:** 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig. For ikke-gravide kvinner vil ofte 3 dagers behandling tilkalt korttidbehandling, være tilstrekkelig. Gravide kvinner bør, avhengig av preparat, behandles lenger. Pasienten bør etterkontrolleres med hen syn til bakterier. **Barn:** Normaldose: 20 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser. Over 20 kg: 1 tablett (200 mg) 3 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dobbel dose gis. **Parenteralt:** Voksne: 400 mg 3-4 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner gis dobbel dose, eller annet 60 mg/kg/døgn. Barn: 20-40 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser. **Til intramuskulær injeksjon:** Pulveret (400 mg) oppløses i 2 ml sterilt vann umiddelbart før bruk. **Til intravenøs injeksjon:** Pulveret (400 mg) oppløses i 4 ml sterilt vann umiddelbart før bruk. Oppløsningen er svak sur. Til infusjon: Den oppløste injeksjonsvæsken tilsettes 50-100 ml fysiologisk saltvann. Infunderes i.v. (slow-drips) i løpet av 15-30 minutter. Ingen dosereduksjon ved kombinasjonsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Penicillinallergi og type I reaksjon overfor cefalosporiner. Øsofagusstriktur (tablettene). Pivmecillinam (tabletter) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolsmeanomier av typen organiske acidurier som metylmalonyl-, propionylsyresidemi o.l. **Forsiktighetsregler:** Det foreligger en viss risiko for karminsmangel. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvikt hos barn og underernerte. Eks. pasienter med lav muskelmasse. Gjennatte, korte behandlingstid (7-10 dager) bør ikke gis med mindre enn en til to måneders intervall. Langvarig behandling (to måneder eller lengre) hos eldre frakte vil gi en reduksjon av karminlagre til ca. 40 % av det normale. Denne er nær nivåer hvor mangelsymptomer og bivirkninger kan oppstå, og bør derfor unngås. Bør ikke kombineres med vulprostbehandling. **Interaksjoner:** Samtidig tilførsel av probencid hemmer den renale utskillelsen av mecillinam. Penicilliner kan i meget sjeldne tilfeller redusere absorpsjonen og derav effekten av p-piller. (I) J01C betalaktamantibiotiske midler, penicilliner). **Graviditet/Amnning: Overgang i placentia:** Det ikke rapportert om skadelige effekter på foster eller syfødte barn etter behandling. Det bør tilkvev utvises forsiktighet med å behandle gravide i et lengre tidrom (mer enn 2 uker). Det foreligger en risiko for å påvirke fosterets karminnivå ved at moren karminnivå senkes som følge av behandling med pivmecillinam (tabletter). **Overgang i morsmelk:** Preparatet går i liten grad over i morsmelk. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter, selv om risiko for påvirkning av tarm- og munfloraen hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensibilisering. **Bivirkninger: Injeksjonsvæske:** Sjeldne (<1/1000). **Hud:** Allergiske reaksjoner. **Tabletter:** Hyppige (>1/100). **Gastrointestinale:** Kvalme, brekninger, diaré. Mindre hyppige: Hud: Eksanem, Spjeldne (<1/1000). **Gastrointestinale:** øsofagitt og øsofagusulcerasjon. **Hud:** Allergiske hudreaksjoner, øvige: Muskeltrøtthet p.g.a karminmangel. **Egenskaper:** Klassifisering: Mecillinam er et smaltpekret aminidopenicillin med spesielt høy aktivitet mot Gram-negative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae, som E.coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som «pro-drug», er syrestabil og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyseres raskt til aktiv mecillinam. Relativt stabil overfor penicillinase fra Gram-negative staver. Ikke kryssreaksjoner med andre antibiotika, unntatt ved meget kraftig penicillinaseproduserende stammer. Forholdvis lav aktivitet overfor Gram-positive kokker og H.influenzae. Også Staphylococcus saprophyticus kan påvirkes av de høye konsentrasjoner av mecillinam som oppnås i urinen. Enterokokker og Pseudomonas er resistente. **Virkningsmekanisme:** Bactericid. Hemmer cellevegg syntese, angrepspunktet er forskjellig fra andre penicilliner. Synergetisk effekt oppnås derfor ved kombinasjon med andre penicilliner eller cefalosporiner. **AbSORpsjon:** Pivmecillinam absorberes godt peroralt, uavhengig av samtidig fødeinntak. 200 mg pivmecillinam peroralt gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 3,5 (g/ml) etter ca. 1 time. 400 mg mecillinam som i.m. injeksjon gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 15 (g/ml). **Proteinbinding:** 5-10 %. **Fordeling:** Spesielt høye konsentrasjoner i urin og galle. **Halveringstid:** Ca. 70 minutter. **Metabolisme:** 8-23 % av gitt dose kan påvises som metabolitter. **Utskillelse:** Hovedsakelig via nyrene, ca. 50 % i løpet av 6 timer. Forsinket ved nedsatt nyrefunksjon. **Oppbevaring og holdbarhet:** Injeksjonsløsningen skal anvendes innen 6 timer etter tilberedning. Rekonstituert injeksjonsvæske bør brukes umiddelbart. **Andre opplysninger:** Mecillinam formes ved dialyse. Injeksjonsløsningen bør ikke tilsettes andre farmaka og bør ikke blandes med andre injeksjonsvesker. **Pakninger og priser:** (per 01.01.2007): Injeksjonsvæske: 10 sett kr 792,50. Tabletter: 100 stk. kr 474,10. Epos: 20 stk. kr 117,30. 30 stk. kr 162,60.



LEO Pharma AS
Lilleakerveien 25 . 0283 OSLO
Tlf: 22 51 49 00 . Faks: 22 51 49 01
www.leo.no . info.no@leo-pharma.com

© LEO januar 2007.
All LEO Trademarks mentioned belong to the LEO Group.

Trykk: Mahik Grafisk AS 12206

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. - ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneholder Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER**, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneholder Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre:** Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en ½ tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken, 10 mg daglig i den andre uken (en ½ tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en ½ tablett/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfallet eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksmetorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarisk, eller stort inntak av syneralysierende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring med pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksmetorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneberer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokortisid eller kombinasjonspreparater med hydrokortisid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMNING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og sømnlens. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Øvrige: Tretthet, krampeanfallet er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: I ett tilfelle av overdose (selvmordsforsøk) overlevede pasienten inntaket av opptil 400 mg memantin (oral) med virkninger på sentralnervesystemet (trestlashed, psykose, synhallusinasjoner, kramper, sømnlens, stupor og bevisstløshet) 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. Virkningsmekanisme: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterne neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptomer- og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. Proteinbinding: Ca. 45%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. Halveringstid: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. Metabolisme: Ca. 80% gjennfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBÆVING OG HOLD-BARHET:** Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Dråper: 50 g kr 798,70. Tabletter: 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, Stoffler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New Engl J Med* 2003; 348: 1333-1341. 2) Gauthier S, et al. *J Geriatr Psychiatry* 2005; 20:459-464. 3) Wimo A, Winblad B, Stoffler A, et al. Resource utilization 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.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

C Cipralext «Lundbeck»

Antidepressivum ATC-nr.: N06A B10

T DRÅPER, oppløsning 10 mg/ml: 7 ml (20 dråper) inneholder Escitalopramklorid tilsv. escitalopram 10 mg, natriumhydroksoid, renset vann.

T TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder Escitalopramklorid tilsv. escitalopram 5 mg, resp. 10 mg og 20 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Tinkturoksid (E 171). Tabletter 10 mg og 20 mg med delestrek.

Indikasjon: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikkangst med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi. Behandling av generelt angstlidende. Behandling av tvangslidelse (OCD).

Dosering: Sikkerheten er doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Administreres som 1 enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. Dråper kan blandes med vann, appelsinjuice eller eplejuice. Depressive episoder: Normal dosering er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons, kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. Panikkangst med eller uten agorafobi: Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maks. 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maks. effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. Sosial fobi: Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maks. 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langsiktig behandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuelt basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. Generelt angstlidende: Startdose er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Langsiktig behandling av respondere er undersøkt hos pasienter som fikk 20 mg daglig i minst 6 måneder. Behandlingseffekt og dosering bør revideres med jevne mellomrom. Tvangslidelse (OCD): Anbefalt startdose er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. OCD er en kronisk sykdom, og pasientene bør derfor startdose kan reduseres symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med stabil epilepsi. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller generelle antidiabetika. Depresjon assosieres med en økt risiko for selvmordstanker, selvmord og selvmord. Risikoen vedvarer til signifikant bedring inntre. Siden bedring kanskje ikke inntre de første ukene med behandling, bør pasienten følges opp nøye i denne perioden. Det er en generell klinisk erfaring ved behandling med alle antidepressiva at risikoen for selvmord kan øke i tidlig behandlingsfase. Det kan også være en økt risiko for selvmordstanker ved andre psykiske sykdommer hvor escitalopram brukes. Disse tilstandene bør være koroberte med depressiv lidelse. Pasienter som tidligere har hatt selvmordstanker, eller som uttrykker sterk grad av selvmordstanker ved behandlingstart, har en høyere risiko for selvmordstanker, og bør følges opp nøye under behandlingen. Tidligere ubehandlede pasienter bør følges opp nøye. Pasienter (og pårørende) bør informeres om at det er viktig å observere om det oppstår selvmordstankelidende eller tanker om selvmord, og at de må søke medisinsk hjelp øyeblikkelig hvis slike symptomer oppstår. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hypotansjon, som eldre, eldre, eldre pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hypotansjon. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplåtefunksjonen (f.eks. atypiske antipsykotika og trombolysiner). De fleste trykkløse antidepressiva, acetylsalicylyt og ikke-steroidale antiinflammatoriske midler (NSAID), tilklopidin og dipyridamol, og hos pasienter med kjent blødningsforøget. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinering av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. risiko for serotoninerg syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotoninerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urterpreparater som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum) kan føre til økt incidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (Cl_{CR} < 30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

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

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

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Svimmelhet, hodepine og kvalme er observert hos noen pasienter etter 12 seponering av escitalopram. De fleste symptomene var milde og forbigående. For å unngå seponeringsproblemer anbefales en gradvis nedtrapping over 1-2 uker. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse, hud: Økt svette. Luftveier: Sinusitt, gjærings, hodepine. Redusert appetitt. Psykiske: Nedburt lidelse hos kvinner og menn, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnforstyrrelse, sømnlens, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelse, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast, munntørrhet, anoreksi. Hud: Utsløtt, eklymose, kløe, angioedem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metaboliske: Hypotansjon, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelettsystemet: Leddmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Kramper, tremor, koordinasjonsproblemer, serotoninerg syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depresjonstilstand, panikkangst, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smakforandring, sømnlensforstyrrelse, sirkulatoriske, postural hypotensjon, syn. Forstyrrelser: Urinretensjon, urinretensjon, galattose, seksuelle forstyrrelser inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Isosmia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, analytisk reaksjon.

Overdosering/Vergiftning: Doser på 100 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. Symptomer: Symptomer på overdose med rasemisk citalopram (>600 mg) Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnlens, bevisstløshet, kramper, takykardi, EKG-enderinger med ST-T-enderinger, utvidet QRS-kompleks, forlengert QT-intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, natriumforstyrrelse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. Behandling: Ingen spesifikke midler. Etabler og oppretthold god luftveier, adekvat oksygening og ventilering. Maveskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Bruk av medisinsk kul bør vurderes. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

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

Pakninger og priser: Dråper: 28 ml kr 280,50. **Tabletter:** 5 mg: Inpac: 28 stk. kr 133,30. 10 mg: Inpac: 28 stk. kr 199,70, 98 stk. kr 622,50, 200 stk. kr 1234,60. Endose: 49 stk. kr 328,40. 20 mg: Inpac: 98 stk. kr 1270,60. T: 180.

Referans: Behandlingen bør være initiert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for videre forklaring bør det foreligge en erklæring fra slik instans om at det er indisert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forklaring utover 1 år bør det foreligge bilag fornyet erklæring fra instans som nevnt. Sist endret: 21.05.2007

H. Lundbeck AS, Postboks 361, 1326 Lysaker. Telefon: 91 300 800. Telefaks: 67 53 77 07
E-post: lundbeck-norge@lundbeck.com, www.lundbeck.no

Forfatterne har vært en del av i MAI-gruppen siden den ble etablert i mai 2001.

Ragna Lind koordinerer pasientene til de forskjellige undersøkelsene og assisterer ved undersøkelser i gastro seksjonen, samtidig som hun har tatt grunnfag helsefag, studieretning sykepleievitenskap, og mastergrad i ernæring (2006). Hun søker nå stipend for å ta en doktorgrad.

Gudrun Elise Kahrs har etablert dobbel-blind-placebo-kontrollert matvareprovokasjon ved Yrkesmedisinsk avdeling og tatt hovedfag i klinisk ernæring (2005).

Matoverfølsomhet hos voksne med mage- og tarmplager

AV RAGNA LIND OG GUDRUN KAHRS

Innledning

Matoverfølsomhet omfatter et stort spekter av unormale reaksjoner på mat og utgjør et betydelig helseproblem i befolkningen. I populasjonsbaserte undersøkelser oppgir omkring 20 prosent at de har noen form for matallergi, men hos bare 10 prosent av disse kan allergi påvises^{1,2}. Det store spørsmålet blir da: Hva er feiler de 90 prosentene som ikke har allergi, men som tror at de har det?

Gastrointestinale symptomer er vanlige både ved klassisk matallergi og hos pasienter med subjektive matrelaterte plager³. Å skille matallergi fra funksjonelle og organiske forstyrrelser kan være svært vanskelig både for pasienten og legen. En rekke tilstander i reguleringen av magetarmsystemet kan gi symptomer som feilaktig kan bli oppfattet som forårsaket av mat⁴. I tillegg spiller psykologiske mekanismer en viktig rolle⁵.

Generelt har interessen for de som har påvisbar allergi vært mye større enn for de som ikke har det. Dette forsøker vi å gjøre noe med. I 2001 ble det etablert et forskningssamarbeid (MAI-prosjektet: mat- allergi og -intoleranse) mellom flere avdelinger ved Haukeland universitetssykehus, representert med spesialistene prof. Arnold Berstad, prof. Erik Florvaag og prof. Tone Tangen, for å vurdere disse pasientene immunologisk, gastroenterologisk, ernæringsmessig og psykologisk. Dessuten var det ønskelig å etablere objektive diagnostiske metoder, enten provokasjonstester (spesielt intestinal allergen provokasjonstest med endosonografi og to-dimensjonal ekstern ultralyd) eller analyser av inflammatoriske markører. I denne artikkelen vil vi presentere noen av våre erfaringer og resultater fra de første 50–60 pasientene med selv-rapportert matoverfølsomhet.



Ragna Lind

er sykepleier / master i ernæring ved Seksjon for Gastroenterologi, Medisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus, Bergen

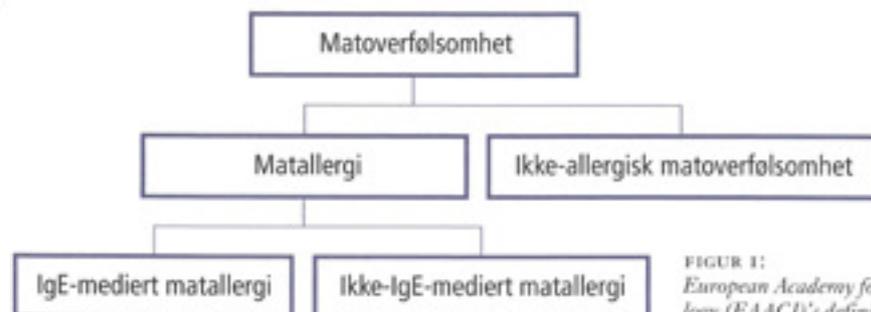


Gudrun Kahrs

er klinisk ernæringsfysiolog / cand. scient ved Medisinsk avdeling, Seksjon for Klinisk Spesialallergologi, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus, Bergen

Matoverfølsomhet

Begrepet matoverfølsomhet brukes nå som en paraplybetegnelse som dekker alle typer unormale reaksjoner på mat⁷. Matvareallergi defineres som immunologisk betingede reaksjoner, mens ikke-allergisk matoverfølsomhet omfatter et langt mer uensartet spekter av sykdomsmekanismer, som enzymmangel (f.eks. laktasemangel ved laktoseintoleranse), unormal reaktivitet til stoffer i maten med farmakologisk effekt (f. eks. migrene induert av vasoaktive aminer) og psykologisk betingede reaksjoner. Matallergi deles i to grupper: IgE-medierte og ikke-IgE medierte allergi (figur 1 på neste side)⁸. Det er de IgE-medierte matreaksjonene som er best kjent, er lettest å diagnostisere og har størst klinisk betydning på grunn av sin potensielt farlige, til dels livstruende karakter⁹. Problemet er å skille mellom ikke-IgE-medierte



FIGUR 1:
European Academy for Allergy and Clinical Immunology (EAACI)'s definisjon av matoverfølsomhet.

matallergi, ikke-allergisk matoverfølsomhet og det vi har valgt å kalle «subjektiv matoverfølsomhet». Ved subjektiv matoverfølsomhet rapporterer pasienten matrelaterede plager, men det er ikke mulig å påvise objektivt at det er mat som er årsak til plagene. Etter grundig utredning for å avdekke eventuelle organisk årsaker til pasientenes symptomer og plager, fikk majoriteten av våre pasienter diagnosen irritable tarm syndrom (IBS) eller funksjonell dyspepsi. Femti prosent av våre pasienter fikk også en psykiatrisk diagnose, hovedsakelig angst- og eller depresjon (upubliserede data).

Når det gjelder matoverfølsomhet er det fortsatt mange ubesvarte spørsmål. Fortsatt er det usikkert hvilke metoder som er best egnet til diagnostisering av tilstanden. Dobbelblind provokasjonstest betraktes som gullstandarden⁷, men metoden er lite brukt i klinisk praksis fordi prosedyren er tungvint, tidkrevende og krever spesialkompetanse. Provokasjon testen⁸, som Gülen Arslan Lied utviklet i sitt doktorgradsarbeid, antyder at unormale slimhinnereaksjoner kan oppdages ved endosonografi hos en del pasienter med selvrapportert matoverfølsomhet. Det gjenstår imidlertid mye arbeid før testens sensitivitet og spesifisitet er etablert.

Allergologisk utredning

Detaljert anamnese, hudprøvetest, total- og spesifikk IgE.

Dobbelblind matvareprovokasjon

Undersøkelsen gjennomføres av klinisk ernæringsfysiolog, etter innledende utredning med basal symptomregistrering, eliminasjonsdiett og åpne matvareprovokasjoner. Vi gjør orale provokasjoner med normale porsjonsstørrelser av friske råvarer (f. eks. 200 ml lettmelk eller ett rått egg). Matvarene kamufleres på ulike måter, men som regel gjemmes de i en hypoallergen næringsdrikk (Elemental 028). Det blir gitt fem provokasjoner for hver matvare som skal testes, hvorav to til tre placebo. Etter hver provokasjon registreres symptomer i 48 timer. For å stille en positiv diagnose, må pasienten og/eller legen ha rett (aktiv substans eller placebo) i minst fire av fem tilfeller, og det må være overensstemmelse mellom pasientens resultater og symptomprofil.

Erfaringer fra våre første pasienter viser at de fleste (78 prosent) opplevde bedring på eliminasjonsdiett. Ved åpen pro-

vokasjon med melk, hvete og/eller egg angav 71 prosent at de hadde reaksjoner, mens bare 12 prosent av disse hadde positivt resultat da de ble testet dobbeltblindt med de samme matvarene. Den tilsynelatende gode effekten av eliminasjonsdiett og den høye responsraten ved åpen matvareprovokasjon, som også andre har funnet hos pasienter med mage- og tarmplager⁹⁻¹², står i skarp kontrast til den beskjedne forekomsten av positive dobbeltblinde matvareprovokasjoner i denne pasientgruppen¹³.

Kosthold og ernæringsstatus

Pasientenes kosthold ble undersøkt ved hjelp av fire dagers kostregistrering. Mange utelot melk fra kosten og hadde bekymringsfullt lavt kalsiuminntak. Selv om en del var storforbrukere av kosttilskudd, var det få som supplerte kosten med kalsium. Vi fant også lavere inntak av karbohydrater, fiber, vitamin A, tiamin og vitamin C enn hos nordmenn flest – noe som tyder på et lavere inntak av brød, frukt og grønnsaker. Til tross for mageplager og restriktive dietter var vekt, høyde og BMI som i normalbefolkningen¹⁴.

Gastrointestinal utredning

Omfattende kliniske undersøkelser er nødvendige for å utelukke organisk sykdom. I tillegg til endoskopisk undersøkelse for å utelukke cøliaki og *Helicobacter pylori* infeksjon, blir det gjort «tarmfunksjonsundersøkelse» (TFU)¹⁵. I denne testen blir en nasoduodenal sonde satt ned i duodenum i forbindelse med gastrokopien. To liter isotonisk polyetylen glycol (PEG) løsning som inneholder 50 µCi ⁵¹Cr-merket ethylenediaminetetra-acetic acid (⁵¹CrEDTA) blir administrert gjennom sonden i løpet av 40 minutter, og deretter blir urin samlet i fem timer for å regne ut intestinal permeabilitet. Tarmskyllevæsken blir også samlet for å måle calprotectin, histamin, ECP og tryptase. I tillegg blir calprotectin målt i feces. Resultatene fra MAI-pasientene ble sammenliknet med resultater fra 44 pasienter som ikke hadde matoverfølsomhet, men ble undersøkt av annen grunn. Verken pasienter eller kontrollgruppe hadde organisk sykdom som kunne forklare deres symptomer.

Subjektive helseplager

Subjektive helseplager er plager uten objektive funn som gjør at det kan stilles en sykdomsdiagnose¹⁶. Våre pasienter rapporterte signifikant hyppigere og alvorligere helseplager

enn både helsepersonell og normalbefolkningen¹⁶. Sammenliknet med friske personer (helsepersonell), hadde 65 prosent av pasientene og 14 prosent av normalbefolkningen unormalt høye skår for subjektive helseplager (figur 2). De fem hyppigste plagene var tretthet (93 prosent), oppblåsthet (87 prosent), hodepine (85 prosent), diaré (83 prosent) og smerter i nedre del av ryggen (70 prosent)¹⁷. Reflukssymptomer som halsbrann og sure oppstøt hadde lav skår hos våre pasienter, noe som indikerer at gastroøsofageal refluks ikke er et stort problem ved matoverfølsomhet¹⁸. Imidlertid fikk søvnproblemer og muskelskjelettplager høy skår, noe som viser at plager fra flere organsystemer er vanlig disse hos pasientene¹⁹. Subjektive helseplager er relatert til angst og depresjon, og generelt mistenkes psykologiske faktorer når organiske eller biokjemiske funn ikke kan forklare årsaken til disse plagene²⁰. Symptomer fra flere organsystemer uten organisk grunnlag kalles somatisering, og tidligere studier har vist at somatisering er typisk for pasienter med funksjonelle mage-tarm forstyrrelser^{21,22}. Følgelig er det mulig at pasienter med irriterbar tarm og pasienter med matoverfølsomhet deler, ikke bare symptomer, men også psykopatologiske mekanismer.

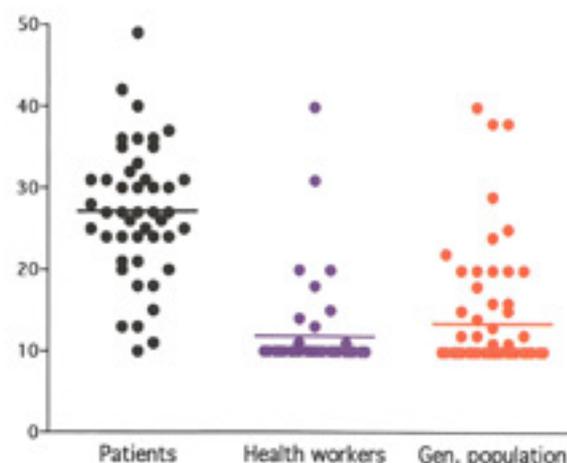
Våre studier tyder på at matoverfølsomhet kan representere en form for sensitivisering, økt respons på normale stimuli, som i de fleste tilfeller ikke er immunologisk medierte²³. Sensitive personer skanner konstant miljøet med tanke på faktorer som kan forårsake skade. Pasientene er hele tiden bekymret over sin tilstand og gjør sitt beste for å unngå matvarer som de mener er årsaken til mageplagene. Noen ganger glemmer de usikkerheten og bekymringene bak en

udiskutabel fremstilling, der styrken i troen på deres forklarings-modeller i seg selv antyder en form for psykopatologi eller kognitive bias. Ifølge Brosschot er kognitiv bias en høyere form for sensitivisering, kognitiv – emosjonell sensitivisering eller bare kognitiv sensitivisering²⁴. Slik sensitivisering involverer sentralnervesystemet i komplekse neurale nettverk som kan spille en viktig rolle i patogenesen ved flere uforklarlige helseplager²¹. Kognitiv terapi²⁵ og oppmerksomhetstrening²⁶ kan være mer relevant for disse pasientene enn konvensjonelle råd om eliminering av matvarer. Følgelig vil en tverrfaglig (allergologisk, gastroenterologisk, psykologisk, ernæringsfysiologisk) tilnærming være viktig for pasienter med matoverfølsomhet, og det er vist at dette kan ha effekt²⁶.

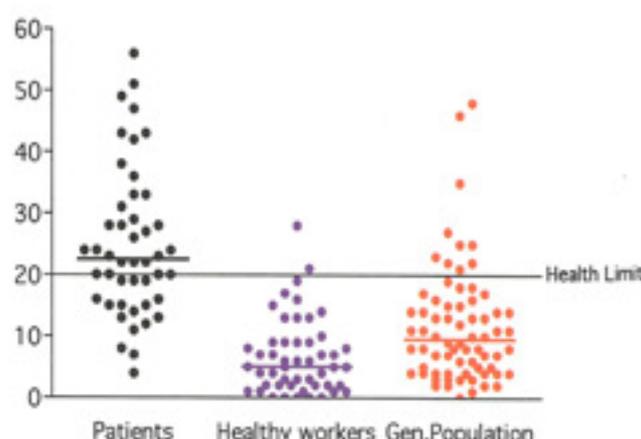
Oppsummering

Pasienter med subjektiv matoverfølsomhet har redusert livskvalitet (figur 3)²⁷ og unormalt mange helseplager²⁸ fra flere organsystemer. Videre opplever de både å bli neglisjert og stigmatisert av helsepersonell, og at leger ikke har tilstrekkelig kunnskap om deres problemer. Den ukritiske elimineringen av flere matvarer kan i verste fall føre til mangelsykdommer. Blant våre pasienter var det melk, hvete, egg, sitrusfrukter og grønnsaker som var de hyppigst mistenkte årsakene til mage- og tarm problemene, og diare var den vanligste plagen. Vi opplevde at pasientene hadde et stort behov for å diskutere dietter, matvaner og livsstil med oss helsepersonell, og at flere manglet kunnskap om både matens innhold og sammensetning og hvordan kroppen fungerer generelt ved fødeinntak.

FIGUR 2:
Total skår for livskvalitet som ble målt med Nepean Dyspepsia Index hos pasienter med matoverfølsomhet (n = 52), helsepersonell (n = 50) og generell befolkning (n = 70) (Individuelle resultater med gjennomsnittsverdier).



FIGUR 3:
Subjektive helseplager hos pasienter med matoverfølsomhet (n = 52), helsepersonell (n = 50) og generell befolkning (n = 70) (Individuelle resultater med gjennomsnittsverdier). 65 prosent av helsepersonell hadde skår under 20. Når under 20 er betraktet som normal, hadde 65 prosent av pasientene og 14 prosent av befolkningen høy skår over denne grensen.





De hyppigst mistenkte årsakene til mage- og tarmproblemer blant pasientene som ble undersøkt, var egg, melk, grønnsaker, sitrusfrukter og hvete.



Kostrådene som ble gitt er som følgende:

- Hyppige små måltider
- Unngå for mye fet mat
- Unngå søte «lett» produkter*

- Geldannende (vannløselig) fiber fra havre eller rug**
- Regelmessige måltider
- Regelmessig døgnrytme
- Fysisk aktivitet tre dg/uke

* «Lett produkter» inneholder ofte fruktose eller sorbitol som søtningsmiddel. Disse karbohydratene er billigere enn sukrose (vanlig bordsukker som består av glukose og fruktose) og har lav glykemisk indeks. Fruktose og sorbitol finnes naturlig i frukt som epler, pærer, fersken og appelsiner. Små mengder av disse stoffene blir vanligvis fullstendig absorbert, spesielt dersom det blir gitt sammen med andre sukkerarter. Senere studier antyder at fruktoseintoleranse kan være en av årsakene til mageplagene hos pasienter med irritable tarm²⁹. Dersom inntaket av fruktose blir for stort, kan ikke-absorbert fruktose i kolon medføre osmotisk diare. Videre kan fruktose og sorbitol i kolon bli fermentert av den anaerobe mikrofloraen og produsere store mengder hydrogen, metan og hydrogenoksid som gir oppblåsthet og smerte. Studier viser også at pasienter med funksjonelle mageplager har vanskeligere for å kvitte seg med gass i forhold til friske personer³⁰. Pasienter med funksjonelle mageplager bør derfor unngå mat med mye fruktose og bruke vanlig sukrose som søtningsmiddel.

**Fiberrike dietter (grovt brød, frukt og grønnsaker) har ofte lav glykemisk indeks og gir mange positive helseeffekter³¹. De inneholder lite sukker og fett og kan gi tidlig metthet og inntak av færre kalorier. Vannløselig og geldannende fiber (inkludert β -glukan) øker transittiden gjennom tynntarmen slik at absorpsjonen av karbohydrater forsinkes og stabiliserer blodsukkeret. Havreprodukter kan også senke blodtrykket og kolesterolnivået i blodet. Kostfiber øker avføringsmassen og forebygger obstipasjon. Beta-glucaner, som finnes spesielt i havre, rug og bygg, styrker både immunapparatet og tarmens slimhinnebarriere. Om lag 20 prosent av karbohydratene er ufordøyelige, og disse går videre til tykktarmen. Her vil en del av den tapte energien «berges» ved at anaerobe tarmbakterier fermenterer tapte karbohydrater og proteiner til lett absorberbare korte fettsyrer som bidrar til energihusholdningen. Dette ekstra energitilskuddet fra tykktarmen kan være av stor betydning hos pasienter som har fått fjernet mye tynntarm og har «kort tarm syndrom». De korte fettsyrene er ellers viktige for å opprettholde en normal frisk tarmslimhinne som kan forebygge både tarmbetennelser og kreft³¹.

Referanser

- Jansen JJ, Kardinaal AF, Huijbers G, Vlieg-Boerstra BJ, Martens BP, Ockhuizen T. Prevalence of food allergy and intolerance in the adult Dutch population. *J Allergy Clin Immunol* 1994;93:446-456.
- Young E, Stoneham MD, Petrukevitch A, Barton J, Rona R. A population study of food intolerance. *Lancet* 1994;343:1127-1130.
- Parker SL, Leznoff A, Sussman GL, Tarlo SM, Kronold M. Characteristics of patients with food-related complaints. *J Allergy Clin Immunol* 1990;86:503-511.
- Berstad A. Gastric accommodation in functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:193-197.
- Talley NJ, Spiller R. Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet* 2002;360:555-564.
- Wilhelmsen I. The role of psychosocial factors in gastrointestinal disorders. *Gut* 2000;47 Suppl 4:iv73-iv75.
- Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J, Brujnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahela T, Kowalski ML, Mygind N, Ring J, van Cauwenberge P, Hage-Hamsten M, Wuthrich B. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. *Allergy* 2001;56:813-824.
- Hegvik JA, Rynestad T. Behandling av alvorlige allergiske reaksjoner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122:1018-1020.
- Arslan G, Gilja OHLR, Florvaag E, Berstad A. Response to intestinal provocation monitored by transabdominal ultrasound in patients with food hypersensitivity. *Scand J Gastroenterol* 2005;40:386-394.
- Bengtsson U, Nilsson-Balknas U, Hanson LA, Ahlstedt S. Double blind, placebo controlled food reactions do not correlate to IgE allergy in the diagnosis of staple food related gastrointestinal symptoms. *Gut* 1996;39:130-135.
- Bentley SJ, Perarson DJ, Rix KJ. Food hypersensitivity in irritable bowel syndrome. *Lancet* 1983;2:295-297.
- Farah DA, Calder I, Benson L, MacKenzie JF. Specific food intolerance: its place as a cause of gastrointestinal symptoms. *Gut* 1985;26:164-168.
- Kahrs G. Matvarefølsomhet hos voksne med gastrointestinale symptomer. In: Kahrs G, ed. Hovedfagsoppgave i klinisk ernæring. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo, 2005:39-42.
- Berstad A, Arslan G, Folvik G. Relationship between intestinal permeability and calprotectin concentration in gut lavage fluid. *Scand J Gastroenterol* 2000;35:64-69.
- Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and cognitive activation (stress). *J Psychosom Res* 2004;54:445-448.
- Lind R, Arslan G, Eriksen HR, Kahrs G, Haug TT, Florvaag E, Berstad A. Subjective health complaints and modern health worries in patients with subjective food hypersensitivity. *Dig Dis Sci* 2005;50:1245-1251.
- Lind R, Arslan G, Eriksen HR, Kahrs G, Haug TT, Florvaag E, Berstad A. Subjective health complaints and modern health worries in patients with subjective food hypersensitivity. *Dig Dis Sci* 2005;50:1245-1251.
- Arslan G, Lind R, Olafsson S, Florvaag E, Berstad A. Quality of life in patients with subjective food hypersensitivity: applicability of the 10-item short form of the Nepean Dyspepsia Index. *Dig Dis Sci* 2004;49:680-687.
- Lind R, Arslan G, Eriksen HR, Kahrs G, Haug TT, Florvaag E, Berstad A. Subjective health complaints and modern health worries in patients with subjective food hypersensitivity. *Dig Dis Sci* 2005;50:1245-1251.
- Wilhelmsen I. Somatization, sensitization, and functional dyspepsia. *Scandinavian Journal of Psychology* 2002;43:177-180.
- Brosschot JF. Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints. *Scand J Psychol* 2002;43:113-121.
- Ursin H. Sensitization, somatization and subjective health complaints. *J Behav Medicine* 1977;4:105-116.
- Berstad A, Arslan G, Lind R, Florvaag E. Food hypersensitivity-immunologic (peripheral) or cognitive (central) sensitization? *Psychoneuroendocrinology* 2005;30:983-989.
- Haug TT. Functional dyspepsia - a psychosomatic disease. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122:1218-1222.
- deVibe M, Moum T. Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126:1898-1902.
- Gerson CDGM. A collaborative health care model for treatment of irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2003;1:446-452.
- Arslan G, Lind R, Olafsson S, Florvaag E, Berstad A. Quality of life in patients with subjective food hypersensitivity: applicability of the 10-item short form of the Nepean Dyspepsia Index. *Dig Dis Sci* 2004;49:680-687.
- Lind R, Arslan G, Eriksen HR, Kahrs G, Haug TT, Florvaag E, Berstad A. Subjective health complaints and modern health worries in patients with subjective food hypersensitivity. *Dig Dis Sci* 2005;50:1245-1251.
- Skoog SM, Bharucha AE. Dietary fructose and gastrointestinal symptoms: A review. *American Journal of Gastroenterology* 2004;99:2046-2050.
- Serra J, Azpiroz F, Malagelada JR. Mechanisms of intestinal gas retention in humans: impaired propulsion versus obstructed evacuation. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2001;281:G138-G143.
- Lind R. Akademikerne spiser mer fiber. *Tidsskriftet Sykepleien* 2007;11:48-50.
- Arslan G, Lind R, Olafsson S, Florvaag E, Berstad A. Quality of life in patients with subjective food hypersensitivity: applicability of the 10-item short form of the Nepean Dyspepsia Index. *Dig Dis Sci* 2004;49:680-687.
- Lind R, Arslan G, Eriksen HR, Kahrs G, Haug TT, Florvaag E, Berstad A. Subjective health complaints and modern health worries in patients with subjective food hypersensitivity. *Dig Dis Sci* 2005;50:1245-1251.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: ragna.lind@helse-bergen.no

Sosiale ulikheter i helse

— REPLIKKVEKSLING

Vi setter pris på reaksjoner fra leserne. Vi trykker nedenfor en rask e-samtale i etterkant av Bjørgulf Claussens artikkel om sosiale ulikheter i helse i Oslo i Utposten nr. 4 2007.

>>>

>>> Kjære Bjørgulf Claussen!

>>>

>>> Jeg leste ditt fine innlegg i Utposten nr. 4, og fikk lyst til å
>>> sende en kommentar! Diskusjonen om «høna og egget» eller årsak -
>>> virkning når det gjelder sosiale ulikheter er viktig. Gjennom mange
>>> år har vi fått god dokumentasjon på sammenhenger mellom sosiale
>>> ulikheter og helseproblemer, men hva skyldes disse? Å finne svaret
>>> er nødvendig hvis vi skal få til gode tiltak. I folkehelsesammenheng
>>> blir utjevning av de sosiale helseulikhetene kanskje det viktigste
>>> målet, men også den største utfordringen. Lokalt, f.eks. i en
>>> kommune er det begrenset hva man kan få gjort med folks inntekt og
>>> utdanning. Tradisjonelle folkehelse tiltak som fysiske
>>> aktivitetstilbud, sosiale og kulturelle aktiviteter osv. er bra, men
>>> når vi ikke ofte dem som er aktive fra før, dvs. risikerer vi å øke
>>> ulikhetene? Ensidig å fokusere på sosialt utsatte grupper kan også
>>> medføre en rekke problemer. For det første er det vanskelig lokalt å
>>> identifisere disse. Hvilken oversikt har vi innen en kommune når det
>>> gjelder sosioøkonomisk status? Man kan kjøpe tall og data fra SSB
>>> ned på grendeni nivå i kommunene, men ofte baserer man seg på synsing
>>> og såkalt lokalkunnskap. Videre er det risiko for stigmatisering.
>>> Skreddersydde tiltak for å få med utsatte grupper som fattige,
>>> flyktninger, mennesker med psykiske problemer osv. kan være
>>> viktig, men også politisk vanskelig. De tiltakene du nevner i
>>> artikkelen, som bedre barne- og ungdomsvern, bedre skoler, klubber,
>>> økt sysselsetting osv. er generelle tiltak som det er lett å være
>>> enig i, men vanskelig å få til med en presset kommuneøkonomi. Man
>>> skulle ønske å initiere en rekke tiltak i en pakke, men økonomien
>>> tillater i beste fall enkelte sporadiske prosjekter.

>>>

>>> En kommune som f.eks. Nittedal kan ligge sånn «midt på treet» hva
>>> angår helsetilstand, sett i forhold til Akershus-gjennomsnittet, men
>>> Akershus ligger på sin side godt an i forhold til landsgjennomsnitt.
>>> En lokal målsetting må likevel være å bedre helsetilstanden så lenge
>>> vi ser at det lar seg gjøre, sammenlignet med f.eks. Oslo vest,
>>> Asker/Bærum m.fl. Nittedal kommune er kjent for å ha en svært
>>> rikholdig tilbudsflora av aktiviteter innen idrett, friluftsliv og
>>> kultur. Hvorfor er det da fortsatt relativt økt forekomst av
>>> hjerte-karsykdom, særlig blant kvinner? Kommunene Eidsvoll og Nes er
>>> i dag relativt like hva angår inntekts- og utdanningsnivå, men

>>> fortsatt er det betydelig økt hjerte/kar-dødelighet i Eidsvoll i forhold til Nes. Hva skyldes det, og hva kan vi gjøre med det?
>>>
>>> Det er mye fokus på nødvendigheten av mer forskning i allmennmedisinen, og det bevilges også bra med midler etterhvert.
>>> Jeg ser også en hel «skog» av ikke-utførte forskningsprosjekter innen samfunnsmedisinen, spesielt når det gjelder analyse av årsaksforholdene for sosiale helseulikheter og ikke minst utprøving og evaluering av tiltak. Initiativ fra Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin i et samarbeid med f.eks. Sosial- og helsedirektoratet vil være svært velkommen!
>>>
>>>
>>> Nittedal, 17.07.2007
>>>
>>> Vennlig hilsen
>>> Pål Kippenes
>>> kommuneoverlege i Nittedal



>> Kjære Pål!
>>
>> Takk for innholdsrik og realistisk kommentar! Jeg vil gjerne forske videre på tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse, meget gjerne sammen med Sosial- og helsedirektoratet, og det samme tror jeg Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin vil. For øyeblikket har vi gående to samarbeidsprosjekter med Oslo kommune, ett om D-vitamintilskudd til barn av innvandrere og ett om forebygging av type 2 diabetes blant pakistanere.
>>
>> Kommuneøkonomien er et stort hinder for å få gjort noe. Det andre store «hinderet» er gode ideer, rett og slett fordi de sosiale forholdene i Norge er forholdsvis bra. I over hundre år har toneangivende kretser i dette landet satset endel på å integrere store deler av befolkningen i et velorganisert samfunn. Situasjonen krever med andre ord gjennomførbare forslag i prioritert rekkefølge.
>>
>> For deg som kommuneoverlege tror jeg at tiltak overfor ungdom er mest realistisk. Ungdomsklubber og baner for lite aksepterte idretter kan nå deler av målgruppen, som motorsport, kampsporter og skating. Slike tiltak kan gi nye grupper av unge mennesker et håndfast tegn på at de blir regnet med i samfunnet, noe jeg tror vil bidra til å forebygge helseskader. Åpne skoler for store barn og små ungdommer om ettermiddagen er forsøkt på Oslo øst med stor suksess, etter hva jeg har hørt, og bør forsøkes mer. Skolekontoret i Oslo kan gi informasjon. Noe av dette har antakelig Nittedal og andre kommuner penger til. Skal vi være optimistiske og tro at det kommer statlige refusjonsordninger for slikt? Da gjelder det at kommunelegene tar initiativ, og at kommunene har planer klare.
>>
>> Hilsen
>> Bjørgulf Claussen >>
>> 19. juli 2007



(forts neste side)

- >> Kjære Bjørgulf!
- >> Takk for kommentar til kommentaren, og for at du er så konkret, med fine
- >> eksempler. Jeg er veldig enig i at ungdomsgruppene er sårbare og viktige
- >> grupper, ikke minst fordi disse jo etter noen få år skal ta ansvar for
- >> nye barnekull og deres oppvekstvilkår. Men jeg er samtidig opptatt av
- >> sirkeltenkning. Det sies at tidlig intervensjon og primærforebygging er
- >> viktig. Det sies at grunnlaget for barn og unges fysiske og psykiske
- >> helse dannes de første barneårene, og at vi må sette inn flere tiltak i
- >> barnehagene. Så sier noen at dette er for sent, vi må begynne med de
- >> gravide. Og de gravide har nylig vært ungdom osv. I tillegg har vi
- >> problemstillingene knyttet til prioriteringene mellom barn/unge,
- >> arbeidslivshelse, nærmiljø, eldreomsorg, rehabilitering etc. etc. Som
- >> samfunnsmedisinere skal vi naturligvis peke på utfordringer og oppgaver
- >> over hele fjøla, men vi må også prioritere hvilke råd vi gir. I Nittedal,
- >> som i mange andre kommuner mener jeg at en investering i ungdoms-
- >> miljøene vil gi helsegevinster med store positive ringvirkninger. La oss
- >> håpe vi kan opparbeide oss kunnskaper som kan gi tyngde til disse
- >> argumentene!
- >>
- >> Vennlig hilsen
- >> Pål
- >> 20. juli 2007

> Kjære Pål!

- >
- > Jeg er fortsatt helt enig. Samspillet mellom de sosiale omgivelsene og
- > personligheten til hver enkelt av oss er en gjensidig formet utvikling
- > gjennom hele livet. Fosterliv og småbarnsalder er vanligvis viktigst,
- > antakelig, men vi finner aldri hverken høna eller egget i denne
- > mangesidige spiralen. Likevel mener jeg det er vel verd å diskutere
- > realistiske tiltak. Store barn og ungdommer tror jeg da er lettest å gjøre
- > noe nytt for i kommunene. Lykke til!
- >
- > Hilsen
- > Bjørgulf
- > 21. juli 2007

- >>>
- >>
- >>

Pål Kippenes

- Født 1949, cand.med. Oslo 1975
- Bydelslege i Oslo, senere bydelsoverlege i perioden 1979–1998
- Supervisor og helsekoordinator i Ser-Sudan 1982–1985
- Kommuneoverlege i Nes og Eidsvoll 1998–2006
- Kommuneoverlege og helsesjef i Nittedal fra 2007
- Spesialist i allmennmedisin – nå utgått på dato. Spesialist samfunnsmedisin fra 1996.
- Varatillitsvalgt LSA Akershus
- Interessert i forebyggende arbeid og folkehelse.

Bjørgulf Claussen

- Professor i samfunnsmedisin ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.
- Forsker mest i trykdemedisin
- Koordinator for Prosjekt «storbyhelse» som arbeider med sosiale ulikheter i helse i Oslo.



BOK *anmeldelser*

FORFATTER: Bjørn Bjorvatn
 TITTEL: *Bedre søvn* – en håndbok for deg som sover dårlig.
 SIDER: 153
 PRIS: kr. 249,-
 FORLAG: Vigmo & Bjørke Forlag



– «Det er lurt å være forberedt på det verste, da går det ofte litt lettere» skriver Bjørn Bjorvatn om ikke-medikamentell behandling av insomni i boka «*Bedre søvn*». Det er nok lurt å være såpass ærlig ovenfor dem som vil prøve dette opplegget, for behandlingen virker brutal: pasienter som lider av mangel på søvn pålegges uker med betydelig søvnrestriksjon (ned til fem timer pr natt!) og påbud om å stå opp hvis de ikke får sove innen 15–30 minutter!

Med doktorgrad på temaet og ti års erfaring i denne behandlingsmetoden er Bjørn Bjorvatn absolutt en mann å lytte til. I boka «*Bedre søvn*» presenterer han på en lettfattelig måte sitt behandlingstilbud av insomni, en lett blanding av adferdsterapi og kognitiv terapi. Med denne boka kan vi gi pasientene en unik mulighet til å slippe unna noen av alle de tvilsomme reseptene på sovetabletter vi skriver ut med mer eller mindre dårlig magesfølelse.

Bjorvatn har rikelig vitenskapelig dokumentasjon på at ikke-medikamentell behandling faktisk gir varig og betydelig bedring av insomni-problemer – i ca. 80 prosent av tilfellene! Jeg kan ikke fri meg fra å tenke: Dette er nesten for godt til å være sant! Er dette virkelig testet ut på et representativt utvalg av normalpopulasjonen (= mine pasienter!) eller er det testet ut på spesielt motiverte pasienter som har fått behandlingstilbud på spesialklinikker? (I Norge er det bare en slik klinikk: Bergen søvn-senter, der forfatteren arbeider). Selv om det ikke skrives eksplisitt i boka tillater jeg meg å tro at den store helbredelsesprosenten er i gruppa sterkt motiverte pasienter med stor evne til å ta til seg et komplisert budskap og holde ut et svært krevende behandlingssopplegg – altså ikke en type mennesker det går mer enn 12 av på dusinet!

Boka er skrevet som en håndbok «for deg som sover dårlig». Den tar utgangspunkt i de plager den søvnløse har, og lar leseren på en lettfattelig måte følge utredningsmuligheter og behandlingstilbud man kan få ved søvn-senteret. Som allmennlege hadde jeg stort utbytte av å lese boka, jeg følte at jeg nå vet det som er verdt å vite om insomni. Nå har

undertegende, i egenskap av å ha vært allmennlege i over 20 år, relativt god lesetrening på slikt stoff – jeg er usikker på hvor mange av mine pasienter som vil ha like stort utbytte av å lese boka, til det bærer den litt for mye preg av å være en lærebok i medisin.

Jeg er litt usikker på hva Bjorvatn vil med boka: Tenker han at det er en «gjør-det-selv»-bok der pasienten med hjelp av boka selv kan begynne å helbrede sitt eget søvnproblem? Eller ønsker han at pasientene skal lese boka som et supplement til et behandlingstilbud man per dato kun kan få i Bergen? Til det siste alternativet er boka velegnet, og så overbevisende som dette behandlingstilbudet virker, bør jo slike behandlingstilbud etter hvert få et større geografisk omfang enn det har i dag – og med det vil boka kunne få et større publikum.

Enn så lenge tror jeg vi som ikke bor på Vestlandet kan bruke boka til å tilby våre pasienter å prøve ut opplegget sammen: Både pasient og lege leser boka og legger så i fellesskap en slagplan for videre behandling av pasientens søvnproblem. Det bør bl.a. være rom for fem til seks konsultasjoner over en to til tre-månedersperiode. Skal behandlingen lykkes, bør pasienten være sterkt motivert for en svært krevende behandlingsperiode. Etter å ha lest boka gleder jeg meg faktisk til neste gang det dukker opp en pasient med vilje og ønske om å ta imot et behandlingstilbud!

Boka bør sees på som et viktig innlegg for å behandle pasienters søvnvansker på en ny måte: Budskapet er å bytte ut reseptblokk med adferdsterapi! Med denne boka kan kanskje ubehaget med å skrive ut så mange resepter på sovemedisin byttes ut med gleden over å få til noe nyttig sammen med pasienten!

Kjøp to eksemplarer av boka og lån den ene ut til din neste insomni-pasient samtidig som du selv repeterer innholdet – sammen tror jeg dere vil få stort utbytte av å prøve ut opplegget!

Jannike Reymert

Lyrikk

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydning 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

Mine forgjengere i lyrikkstafetten 2007 har alle valgt dikt av de store (sør)norske lyrikerne; Stein Mehren, Jan Magnus Bruheim, Haldis Moren Vesaas, Olav H Hauge. Etter å ha bodd i Nordland i snart 25 år, går jeg til en av landsdelens diktere, Fridtjof Vang. «en av norsk litteraturs best bevarte hemmeligheter», som det står i en bokanmeldelse i Nordlandsposten fra 1996. En av mine pasienter har i flere år gitt meg en kalender til jul, med egne fotos og utvalgte dikt. Dette sto på årets mai-ark:

Samferdsel

Det e kje nok med bru
imella øyen

veia
imella husan,
dør ifra rom te rom

det vi treng e fleire smil
øyekast imella elingan
og hender
som møtes over bordet

Samhandling er et mantra i tiden; politikere og byråkraters løsen for et helsevesen i skvis fra alle kanter, i verdens rikeste land. Men hvordan gjør vi det i praksis? Får vi det til...?

Stafettspinnen lar jeg bli i Bodø enda en omgang, ved å overlevere den til Jan-Petter Lea, Bodin legekontor. Når han ikke er allmennlege eller legevaktsjef, finner han som mangeårig medlem av Bodøoktetten stor glede i å formidle tonesatte vers. Kjenner jeg ham rett, har han også noen «lydløse» strofer å dele med Utpostens lesere.

*Mari Kristin Johansen
Bodø*

KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2008

UTPOSTEN Bladet for allmenn- og samfunns-
medisin har et opplag på 2000 og utkommer
7 ganger årlig med dobbelt julenummer.
7 primærleger er redaktører.

	Best.frist	Mat.frist	Utsendelse
Nr. 1	18. januar	30. januar	18. februar
Nr. 2	8. februar	20. februar	10. mars
Nr. 3	4. april	16. april	5. mai
Nr. 4	16. mai	28. mai	16. juni
Nr. 5	5. september	17. september	6. oktober
Nr. 6	3. oktober	15. oktober	3. november
Nr. 7/8	31. oktober	12. november	1. desember

ABONNEMENT:
Kr. 450,- i året

TEKNISK

Annonseansvarlig:

Tove og Karianne Rutle
RMR, Sjøbergvn. 32,
2050 JESSHEIM
TLF.: 63 97 32 22
FAX: 63 97 16 25
E-POST: rmrtove@online.no

Materiell:

Elektronisk
(mail / FastSend: se www.pdctangen.no / CD).

Format:

A4, 210 x 297 mm (+3 mm for utf).
Satsflate 165 x 236 mm.

Raster: 60 linjer

Trykkeri:

PDC Tangen
1930 AURSKOG
TLF.: 63 86 44 00

Kontaktperson:

Morten Hernæs
TLF.: 63 86 44 63
E-POST: morten@pdctangen.no

afinionTM
POINT OF CARE CENTER
Enklere kan det ikke bli!

- Enkelt, raskt og brukervennlig
- Pålitelig og sikkert
- Helseøkonomisk
- Lite blodvolum
- Multiparameter analysesystem
- Mulighet for journaltilkobling



ANALYSEMENU

- HbA1c
- CRP
- Kemisk
- ACK
- PT/INR
- INDR
- Hcy
- ...og flere!



MEDINOR

OSLO, SVELETTVEIEN

Medinor ASA, Pb. 94, Bryn, 0611 Oslo
Tlf: 22 07 65 00, Fax: 22 07 65 05, www.medinor.no

UTPOSTEN

blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Sjøbergvn. 32

2050 Jessheim

TLF.: 63 97 32 22 – FAX: 63 97 16 25

E-POST: rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av

UTPOSTEN

Det koster kr. 450,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på **UTPOSTEN**:

NAVN

ADRESSE

POSTSTED

Jævla legefaen!

Historier fra
virkeligheten

Møtet mellom en hjelpeløs pasient og en hjelpeløs lege innebærer mange muligheter for ugunstige utfall. Pasienten kan reagere på mange forskjellige uhensiktsmessige måter uansett hvor klokt legen måtte opptre i en slik situasjon. Det har vi alle opplevd og det må vi leve med og tolerere. Vi kan forsøke å hjelpe pasienten til å finne fram til mer konstruktive måter å håndtere sin livssituasjon på, men samtidig være ydmyk nok til å erkjenne at pasienten er ekspert på seg selv og sin livssituasjon.

Som vi alle innerst inne vet, kan vi ikke forandre andre mennesker, den eneste vi kan forandre er oss selv. I legerollen er vi både det mennesket av kjøtt og blod som vi en gang er og en forvalter av gjeldende medisinsk kunnskap, økonomiske ressurser, skrevne og uskrevne regler og normer for hva som er godt legearbeid og (sist men ikke minst) en lege som skal følge den Hippokratiske lege ed.

Dette er ingen enkel oppgave og innebærer en komplisert balansegang mellom innbyrdes motstridende normer og regler. Normkonfliktene er så store at vi i svært mange tilfeller kan komme fram til helt motsatte vurderinger av samme situasjon og samtidig ha en meget god begrunnelse for vurderingen. Således må vi gjøre et valg mellom hvilke av de ulike aktørene i helsevesenet vi skal gi preferanse i møte med pasienten.

Hvor vanskelig dette er, kan illustreres gjennom følgende kasuistikk.

En kvinne i begynnelsen av 30-årene med kronisk smertesyndrom, fibromyalgi, kronisk tretthetssyndrom eller myalgisk encephalopati (kjært barn har mange navn) kommer til legen for å få resept på smertestillende medikamenter. Blant alle de medikamentene hun har forsøkt, har hun erfaring for at Paralgin forte er den typen smertestillende som hjelper best på hennes plager. Videre har hun erfaring for at det hjelper best når hun tar to tabletter fire ganger pr døgn. Hvilke tanker utløser dette i hodet på en vanlig allmennlege?

For det første vet vi at denne pasienten kan vi ikke tilby noen helbredende behandling – kun lindrende behandling.

For det andre vet vi at bruk av Paralgin forte lett fører til behov for større doser og det vi kaller «avhengighet» og «misbruk» med de problemene det fører med seg. For det tredje vet vi at faglige autoritetspersoner blant våre kolleger mener at det er direkte galt å gi en slik pasient slike medisiner i det ønskede omfang. Og som om ikke det skulle være nok, vårt suksesskriterium som lege er i hvilken grad vi klarer å få pasientene avvent bruk av B-preparater.

Hva gjør vi da? Jo – vi henviser pasienten til en smertepoliklinikk. Legen på smertepoliklinikken står i det samme krysspresset som vi som allmennlege gjør. Skal jeg gi pasienten det hun ber om og sier hun har nytte av, eller skal jeg gi henne det hun ikke har så god nytte av? Denne pasienten har møtt mange leger i sitt liv der problemstillingen har vært nettopp denne og der pasienten har blitt møtt på mer og mindre samme måte av alle legene.

Hun skriver dikt der hun beskriver sine opplevelse av hvordan det er å leve med kronisk smertesyndrom. En dag leste hun to av disse diktene for meg og jeg synes de var så gode at jeg ba om å få ta en kopi av dem. Det fikk jeg lov til og da konsultasjonen var over, tok jeg med meg boka ut i ekspedisjonen der kopimaskinen stod. Helt uforvarende bladde jeg også opp på et dikt med tittelen «Jævla legefaen» – et dikt som pasienten ikke hadde lest for meg. Vi har alle våre svake øyeblikk og jeg hadde et da. Jeg leste det uten å spørre pasienten først! Som om ikke det var nok, jeg må bekjenne at jeg til og med tok en kopi uten å spørre pasienten om lov!!

Ved neste konsultasjon bekjente jeg mine synder overfor pasienten og hun syntes det var veldig flaut at jeg hadde sett diktet. Det var ikke meningen at jeg skulle se det. Imidlertid sa jeg at jeg syntes diktet var veldig godt og at vi er mange leger som kunne ha godt av å lese diktet. Som kjent er det lettere å få tilgivelse enn tillatelse – så også i dette tilfellet. Jeg ba også om å få skrive om diktet og gjengi det i et blad for leger som heter Utposten. Så her er diktet jeg fikk lese og det diktet som det ikke var meningen at jeg skulle få lese, men med forhåndsinnhentet(!) tillatelse fra pasienten.

Kjell Maartmann Moe

Skyggen min er meg

Skyggen av meg er den du ser.
Skjuler alt inni meg – ville helst ikke vært mer.

Går i spiraler, sirkler av smerte
Det knuser meg, jeg har en brist i hjertet.

Spørsmålet hver dag, klarer jeg dette?
Bare en dag til kan jeg døden utsette?!

Hver kveld vet jeg at i morgen
Må jeg møte den samme smerten, sorgen.
Men jeg lukker øynene og prøver håpet likevel
Kan hende vil jeg våkne og føle meg vel?

Hver dag blir jeg skuffet,
Noe i meg dør, forsvinner som dugg.
Når jeg trenger en ny resept
Er jeg klar til å ta imot skjenn, hugg.

Hvor lenge til må jeg kjempe, si ifra?
Hver gang jeg tror at det går bra
Blir jeg oppgitt, forlatt, gått ifra.
Gråter i mørket, vil ikke bli sett
For da er skyggen og jeg ett.

Jævla legefaen!

Hvem ga deg rett
til å dømme meg?

Hvem ga deg rett
Til å være Gud?

Hvem ga deg rett
Til å krenke meg?

Hvem ga deg rett
til å si «du må leve med det»?

Hvorfor fornærmer du meg
Hvorfor hjelper du ikke
Med de midler du kan?

«Du er for ung», sier du!
Vel, du ble bare glad til
Om jeg ikke ble eldre!

«En pasient»





Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Spørsmål til RELIS

Kan zolpidem ha positive effekter hos pasienter med hjerneskade?

Svar

Zolpidem er et benzodiazepinliknende legemiddel som binder seg til og stimulerer en undertype av benzodiazepinreseptorene, de såkalte BZ₁- eller omega-1-reseptorene. Virkningsmekanismen er således mer spesifikk enn for benzodiazepiner og zopiklon, som binder seg til flere undertyper av BZ-reseptorer. Zolpidems virkningsmekanisme og midlets plass i behandlingen av søvnforstyrrelser er nærmere omtalt i en artikkel i Tidsskrift for Den norske Lægeforening nylig¹. Halveringstiden til zolpidem er én til fire timer.

Det er publisert flere kasuistikker som omtaler en mulig effekt av zolpidem ved ulike former for hjerneskade. I en kasuistikk beskrives det at zolpidem fikk en 28 år gammel mann med hjerneskade etter motorsykelulykke til å våkne opp av en semikomatøs tilstand. Pasienten hadde vært i denne tilstanden i tre år, og etter å ha fått 10 mg zolpidem kunne han for første gang gjenkjenne og hilse på sin mor. Effekten oppsto 15 minutter etter inntak, og gjentok seg ved reeksponering².

En annen kasuistikk beskriver en 52 år gammel kvinne som tre år tidligere hadde gjennomgått hjerneslag og fått uttalt afasi og som fikk 10 mg zolpidem på grunn av insomni. Etter den første dosen opplevde hun en dramatisk bedring av taleevnen. Undersøkelse viste en økning på 35–40 prosent i blodgjennomstrømningen i visse områder i hjernen etter inntak av zolpidem³. Forfattere gjentok senere denne undersøkelsen hos fire menn med hjerneskade før og én time etter administrering av zolpidem. Hos tre av pasientene så man en økning av blodgjennomstrømningen i de skadede delene av hjernen etter inntak av zolpidem, og symptomene (blant annet hemiplegi, nedsatt koordinasjon, ataksi, tremor, svakhet, diaskisis) ble reversert hos alle fire pasientene⁴.

I 2006 beskrev de samme forfatterne effekt av langvarig behandling med zolpidem hos tre pasienter som hadde vært i

en permanent vegetativ tilstand før behandlingen startet. Én pasient hadde brukt zolpidem i seks år, én i fem år og én i tre år, uten at de hadde fått toleranseutvikling for effekten⁵.

I en kasuistikk beskrives en 28 år gammel mann med anok-sisk hjerneskade etter hjertestans som hadde god effekt av zolpidem 10 mg hver fjerde time mot muskulær rigiditet, spastisitet og dystoni. Effekten inntrådte 40–60 minutter etter inntak, var doseavhengig og varte i 2–4 timer. Pasienten ble fulgt i fire år og hadde ved vedlikeholdsbehandling god effekt av 2,5 mg zolpidem hver fjerde time. Det var ingen tegn til toleranseutvikling hos pasienten⁶.

Man har spekulert i om den tilsynelatende effekten av zolpidem ved hjerneskade har sammenheng med at hjerneskaden kan resultere i en dvaletilstand (hibernerings) i normalt hjernevev i nærheten av det skadede vevet og at symptomene som opptrer således skyldes en kombinasjon av funksjonelt hjernevev i dvale, og dødt, ikke-funksjonelt hjernevev. Hypotesen er at zolpidem kan reversere denne dvalen og dermed også symptomene som skyldes den «sovende» delen av hjernen⁷.

Foreløpig er det svært mange ubesvarte spørsmål rundt bruken av zolpidem ved hjerneskade. Virkningsmekanismen er ikke kjent, men det påstås at benzodiazepiner ikke har den samme effekten. Vi har ikke funnet studier der zopiklon har vært brukt. Vi vet ikke noe om hva som avgjør om en pasient eventuelt vil ha effekt av zolpidem; om det er variasjoner i effekt ut fra hvilken type hjerneskade eller hvilke symptomer pasienten har. Det finnes ikke klare doseringsanbefalinger⁸, men på grunn av den korte halveringstiden ser det ut til at midlet må gis mange ganger daglig. I kasuistikkene kom effekten vanligvis 20–60 minutter etter tablettinntak og varte i tre til fire timer. Den oftest rapporterte enkeltdosen har vært 10 mg, og noen har måttet bruke denne dosen inntil hver fjerde time for å opprett-

holde en kontinuerlig effekt. Dermed blir resultatet døgndoser på 40–60 mg. Dette er doser som langt overstiger de som brukes ved insomni. Bivirkningsrisikoen ved bruk av slike høye doser er ukjent. Den lengste rapporterte behandlingsvarigheten har vært seks år. Selv om det hevdes at pasienter har brukt zolpidem daglig i flere år med vedvarende effekt og uten toleranseutvikling, vet vi ikke noe om forekomsten av eventuelle langtidsbivirkninger.

Det er påfallende at de fleste kasuistikkene er publisert av én og samme forfattergruppe^{24,5}. Siden det helt mangler randomiserte, placebokontrollerte studier, må behandlingen ses på som eksperimentell. Det er også viktig å huske på at det påhviler forskrivende lege et spesielt ansvar ved bruk av legemidler utenfor godkjent indikasjon og i høyere doser enn det som vanligvis brukes.

Referanser

1. Mellingsæter TC, Bramness JG et al. Er z-hypnotika bedre og tryggere sovemedisiner enn benzodiazepiner? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2954–6.
2. Clauss RP, Guldenspennig WM et al. Extraordinary arousal from semi-comatose state on zolpidem: A case report. S Afr Med J 2000; 90: 68–72.
3. Shadan FF, Poceta JS et al. Zolpidem for postanoxic spasticity. South Med J 2004; 97 (8): 791–2.
4. Clauss RP, Nel WH. Effect on zolpidem on brain injury and diaschisis as detected by ^{99m}Tc HMPAO brain SPECT in humans. Arzneimitt Forsch 2004; 54: 641–6.
5. Clauss R, Nel W. Drug induced arousal from the permanent vegetative state. NeuroRehab 2006; 21: 23–8.
6. Cohen L, Chaaban B et al. Transient improvement of aphasia with zolpidem. N Engl J Med 2004; 350: 949–50.
7. Clauss RP. Evidence for zolpidem efficacy in brain damage. S A Fam Pract 2005; 47: 49–50.

Av Linda Amundstuen, farmasøyt
og Olav Spigset, overlege

RELIS Midt-Norge,
Afdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital, Trondheim.



Nasjonalt senter for distriktsmedisin

PROSJEKTMIDLER FOR DISTRIKTSMEDISINSK FAGUTVIKLING OG FORSKNING

Fra 2007 er Program for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning et nasjonalt program. Programmets formål er todelt:

Det skal bidra til stabilisering og rekruttering av allmennleger og helsepersonell i distriktene, og fremme fagutvikling og forskning om spørsmål som er relevante for medisinsk praksis og helsetjenestene i distriktene.

Gjennom dette programmet kan primærleger med distriktstilhørighet søke om støtte til fagutviklings- og forskningsprosjekter. Det er også mulig for medisinstudenter, og annet helsepersonell i samarbeid med primærlege, å søke om prosjektstøtte. Prosjektene må ha distriktsmedisinsk relevans. Programmet skal sikre hovedfinansiering av mindre, lokale prosjekter, men også hjelpe i gang større prosjekter med startfinansiering.

Øvrige søknadsopplysninger fås ved henvendelse til Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Se kontaktinformasjon nedenfor.

Søknadsfrist: 15. oktober 2007

For nærmere opplysninger om Programmet, ta kontakt med

Per Stensland
Leder Programråd
E-POST: per.stensland@isf.uib.no
TEL.: 57 62 97 00

Eivind Merok
Prosjektleder
E-POST: eivind.merok@ism.uit.no
MOBIL: 958 23 422

Søknadsskjema fås ved henvendelse til
Per Baadnes, Institutt for samfunnsmedisin,
Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø.
TEL.: 77 64 55 12
E-POST: per.baadnes@ism.uit.no

Søknadsopplysninger
finnes også på vår hjemmeside
<http://uit.no/distriktsmedisin/nyheter/3879>

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

Lærerike
kasuistikker

Behandling av kroniske venøse leggsår

Geir, en 54 år gammel ingeniør, med tung familiær sykdomsbelastning. Moderat overvektig. Sluttet å røyke 34 år gammel.

Far angivelig karsykdom i ung alder, men døde vel 40 år gammel av lungekreft.

Geir fikk diagnostisert *ulcerus proctitt* 32 år gammel, og *ulcerus colitt* 35 år gammel. Vedvarende arthralgier i begge føtter slik at han har brukt NSAID i tillegg til warfarin inntil nylig. Sulfasalazin i høye doser med god effekt på hans colitt.

Han fikk sin første *dype venetrombose/DVT* i høyre underarm i forbindelse med operasjon for lysesbrokk 39 år gammel. Anbefalt livslang antitrombotisk behandling med warfarin pga. store posttrombotiske forandringer. Mulig protein S / protein C-resistens aldri kartlagt da første blodprøve ble feilsendt, og man ikke har våget seponere warfarin for evt. ny prøve. Imidlertid ble det ved utredning etter neste DVT påvist kraftig positiv lupus antikoagulant og kardioplipinantistoffer av både IgG og IgM type.

Geir fikk økende smerter og tretthetsfølelse i begge legger ved gange fra 44 års alder, forenlig med *claudicatio intermitens*. Henvist utredning, og i forbindelse med denne ble warfarin seponert over noen få dager ved et par anledninger. Det resulterte i DVT i venstre underarm. Geir fikk på denne tiden sitt første smertefulle leggsår, og ble henvist til hudpoliklinikken ved et universitetssykehus.

Angiografi påviste uttalte bilaterale bekkenstenoser egnet for blokkering (PTA). Han har ikke hatt symptomer på *claudicatio* eller redusert arteriell sirkulasjon senere. Påvist moderat forhøyede lipidverdier, startet med statin. Behandlingstrengende hypertensjon fra tre år tilbake.

Geir har de siste ti årene hatt varierende grad av leggsår, han har hele tiden brukt kompresjonstrømper, og har i

lange perioder stelt sårene selv både av praktiske årsaker og fordi oppfølging på hudpoliklinikken ikke har ført til tilheling. Sårstell av Hjemmesykepleien med en rekke forskjellige personer til ulike tider på dagen har vært uforenlig med yrkesaktivitet.

Fra vel tre år tilbake betydelig forverring av leggsårene, især venstre ben. Smertefulle, sjenerende lukt og behov for paracetamol tre til fire gram daglig foruten paracetamol/kodein på kvelden.

Vurdert ved Sirkulasjonsfysiologisk avd. Aker Universitetssykehus. Påvist uttalt posttrombotisk insuffisiens med persisterende veggforandringer, og ingen klaffer egnet for rekonstruktiv venøs kirurgi. Anbefalt fortsatt konservativ behandling.

Gjentatte vurderinger og hudtransplantasjoner ved kirurgisk avd. på lokalsykehuset, hvor sårene første gang nesten tilhelet, ble betydelig mindre smertefulle, og ga et knapt år uten invalidiserende plager.

I tillegg til konservativ behandling ble det forsøkt lymfombehandling hos erfaren fysioterapeut. Enkelte av sårene tilhelet, hud og underhud virket mykere, og det dukket ikke opp nye sår. Fysioterapeuten ville intensivere kompresjonsbehandlingen, men Geir var på dette tidspunkt skeptisk til det. Imidlertid nye sterkt smertefulle sår sommeren ett år tilbake, muligens utløst av hyppige flyturer i jobbsammenheng samt ytterligere forverret etter et bad i litt urent, gjørmete vann.

Behandling av sekundærinfeksjon uten ønsket effekt, ei heller ny hudtransplantasjon. Sårene væsket, det var tegn til nekroser etter transplantasjonen med lukt og kolonisering. Smertene ble så ille at Geir måtte innlegges for smertebehandling. En rekke regimer ble forsøkt uten ønsket effekt. Han ble utskrevet med paracetamol/kodein inntil x12 da det fungerte best.



I tillegg mistet Geir jobben pga innskrenkninger, og tilværelsen var alt i alt temmelig miserabel.

Da var det at legesekretærene kom entusiastiske hjem fra et kurs om sårbehandling i regi av en erfaren sykepleier ved Sårpoliklinikken ved et sentralsykehus i nabofylket...

Noen dager etter kontakt med sykepleieren dro Geir og en av våre dyktige legesekretærer til Sårpoliklinikken for vurdering og opplæring i sårbehandling/sårstell.

To hovedpoeng ble understreket:

- kompresjonsgrad 4 samt
- én person steller / har hovedansvar for sårbehandlingen

Ankeltrykket skal måles før behandlingen starter, og arm-ankel-indeks må ikke ligge under 0,8.

Sårprosedyre:

Vask/dusj med lunkent vann

Sinkpasta 40 prosent rundt kanten

I SÅRET: Aquacel Ag

DEKKENDE BANDASJE: Mepilex

KOMPRESJON: Profore fra tær til kne (følg prosedyre) – Geir brukte 18–25 cm 1,2,3,4 med en brettet 10x10 cm kompress over såret for å øke kompresjonen ytterligere.

SKIFTEINTERVALL: x2–3/uke initialt, deretter x1/uke.

To uker senere hadde ikke Geir lenger behov for smertestillende medikamenter, og han var liten grad plaget av de stramme strømpene.

STATUS:

Sårene på høyre legg har blitt mindre, og det har dannet seg friske vev i ytterkantene. Sårene i høyre region har blitt betydelig mindre, og synes i ferd med å lukke seg. På venstre ankel er begge sårene lukket.

Ved kontroll på Sårpoliklinikken etter tre uker var sårene på venstre underekstremitet tilhelet. Profore ble kontinuert i ytterligere to uker før Mepilex ble avsluttet, og Geir gikk

over til Kompresjonsstrømpe 2x2 på venstre ben. Det ble benyttet en steroidkrem gruppe tre på de tilhelede sårene samt mykgjørende krem på tørr hud.

En forbigående forverring av sår på høyre ankel et par måneder senere roet seg raskt med Aquacel Ag i såret, litt forsterket kompresjon i dette området, ellers uendret prosedyre. Etter fem måneder har alle sårene grodd. Geir bruker nå doble strømper på dagtid, og fjerner endog strømpene på natten.

Legesekretæren har hatt ansvar for sårbehandlingen, mens jeg har vært innom for å vurdere/følge utviklingen ved nær hvert sårskift.

Geir og legesekretæren tilbrakte nesten en time sammen et par dager i uken. Tidspunktet for sårstellet ble lagt til dager/tidspunkter hvor legesekretærbemanningen var god. Mye latter, humor og oppmuntrende prat lød gjennom veggen.

På etter vinteren tok Geir frem slalåmskiene for første gang på tre år. Geir er tilbake i ny, full jobb i en alder av 55 år.

Hilde Beate Gudim

Ankeltrykkmåling med doppler

Ved hjelp av et dopplerapparat kan ankelblodtrykket måles. Det er kun systolisk trykk som registreres. Armtrykket (systemtrykket) måles først, armansjettet settes så rundt leggen. En ankel-arm-indeks (ankeltrykket delt på armtrykket) < 0,9 er diagnostisk for aterosklerotisk sykdom, med en sensitivitet på 95 % og en spesifisitet på 99%. Ankeltrykk lavere enn 50 mm Hg er ofte forbundet med kritisk iskemi. For pasienter med diabetes mellitus uten samtidig sår gjelder dette vanligvis ved ankeltrykk lavere enn 70–80 mm Hg (15).

(fra *Claudicatio intermittens – diagnostikk og behandling*, Gustav Pedersen Elin Laxdal Torbjørn Jonung Steinar Aune. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 167–70)

PAUL OLAV RØSBØ

FORBIFARTEN

STILLING KONSTITUERT KOMMUNELEGE 1 ARBEIDSSTED LOPPA, FINNMARK



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Født og oppvokst: Tyssedal i Odda Kommune (Hardanger)

Utdannelse(r) og jobber: Styrmann- og befalsskole, to år på innleid kystvaktbåt før medisinstudiet i Szczecin i Polen. Turnus i Odda og på Tysnes.

Interesser: Friluftsliv og Røde Kors Hjelpekorps. Gikk/ski/syklet/padlet Norge på langs i 2006. Det var seks deilige selvfinansierte måneder.

Annet: Prater mye. Mener mye.

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

Det går som oftest i «Doktor Røsbø», men de viderekommende synes det er artig at jeg har kallenavnet «Pølle».

Hva gir deg mest glede?

Turglede – i godt selskap.

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

Stresse langsomt og hive selvhøytideligheten over bord.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når både jeg og pasientene synes det jeg gjør er viktig arbeid. Forresten – stryk «jeg».

Når gjør du uviktig arbeid?

Når papirmølla går for papirmøllas del. Mye kan sies om skjemaveldet...

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

Prehospital hypothermi! – som del av interessen for prehospital akuttmedisin.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Han/hun bør være: Humoristisk og direkte – akkurat slik som de er her ute i ramsalte Vest-Finnmark. Sykdomskategori: Akutt syke. Mindre tvil da!

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

«Indignert» kalles det når man er profesjonell. I sitt stille sinn kan man undre seg over «hva ville en veterinær ha gjort i et slik tilfellet?» før man i stedet teller sakte til ti og går saklig videre.

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

Uten tvil Evelyn Thomassen. Jeg vil hevde at dette er en av de mest rappkjefte og herligste sykepleierne nord for søndre vendesirkel. Faren for å le seg i hjel i heisen ville vært overhengende.

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Sjømann, ambulansarbeider, håndverker, bonde, fisker, heltids eventyrer – hvem vet? Det er så mye annet spennende enn legeyrket!

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

Nærmest en umulig oppgave, men lokalsykehusene måtte gjerne bli mer prioritert, muligens på bekostning av... Og så var dagen over!

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Legevaktstjenesten. IK-legevaktsentraler løser ikke alt - bare kikk i kartet! Kanskje man burde sette krav til legevaktslegen utover bare det å ha lisens?

Hvilket sykehus er Norges beste?

Odda Sykehus- nedleggingstruet siden det "nye" sjukehuset ble bygget i 1957.

Spørsmål fra Annichen Dürbech: Etter å ha gått Norge på langs, står alle fjelltopper i Loppa for tur (det er en del!), Hva da, når alt er besciret og besteget?

Det er bedre å ha tusenvis av ville planer og gjennomføre kun noen få av dem, i stedet for å ikke ha noen i det hele tatt og følgelig ikke få gjort noen ting.

Det er alltid flere planer, Annichen!

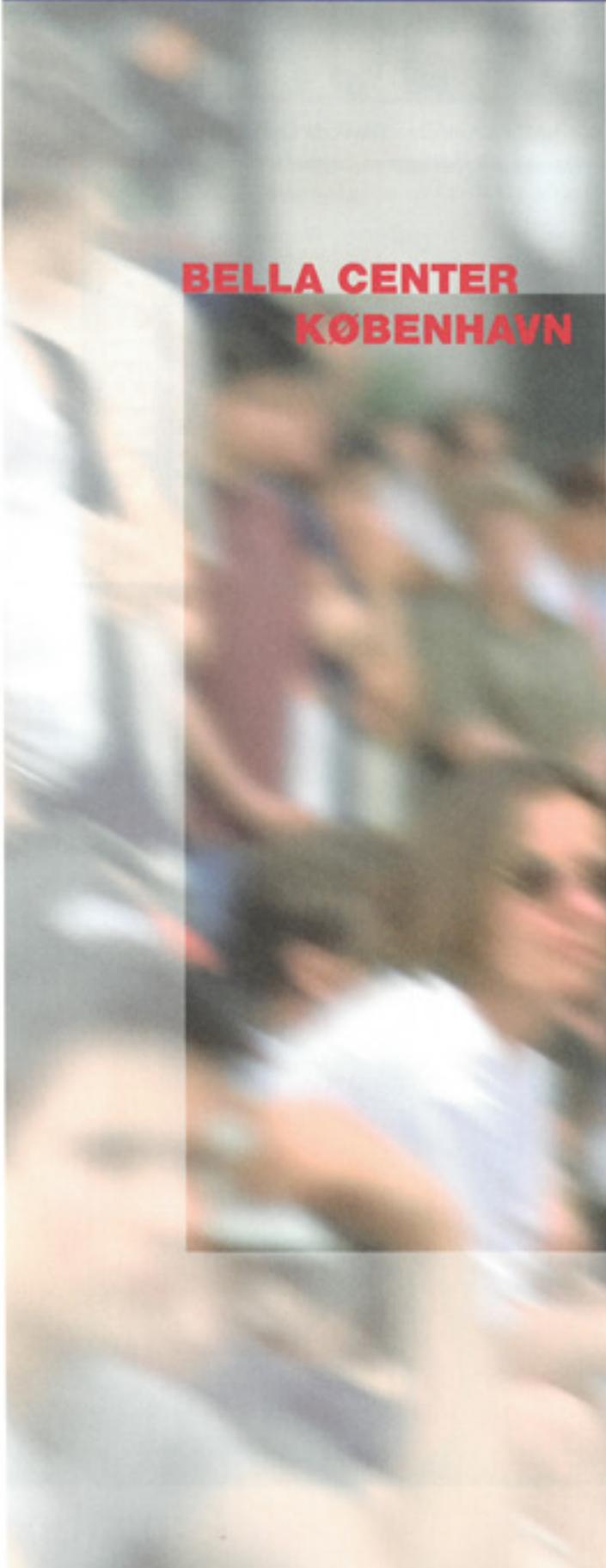
Forslag til neste intervjuobjekt. Kom også med et spørsmål som vi kan presentere ham/henne for.

Magne Skartveit, mangeårig kommunelege 1 på Tysnes i Hordaland, og skogsarbeider i det skjulte.

Hvor mange favner ved kløyvet du for hånd i fjor?



LÆGE DAGE



**BELLA CENTER
KØBENHAVN**

12. - 16. NOVEMBER 2007

**Efteruddannelseskongres
for praktiserende læger
- arrangeret af læger**

PLO

Praktiserende Lægers Organisation

DSAM

Dansk selskab for almen medicin

- 100 kurser på 5 dage
- Workshops
- Debat
- Socialt samvær
- Udstilling: 70-80 stande

INFORMATION OG TILMELDING

www.laegedage.dk

Telefon: +45 35 44 84 82

e-mail: booking.plo@dadl.dk

Det er ikke **forskningsgrunnlag**
for å **velge** et nyere
antidepressivum fremfor et annet
men det finnes unntak...

Cipralex[®] har dokumentert signifikant
bedre respons og remisjon enn citalopram
– og behandling med **Cipralex[®]** gir
signifikant lavere totalt frafall av pasienter

I tillegg har citalopram vist signifikant lavere bivirkningsrate enn venlafaxin
og mirtazapin har vist signifikant bedre remisjon enn paroxetin.

Dette er konklusjonene i en ny rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for
helsetjenesten om effekt og sikkerhet for nyere antidepressive legemidler
ved depresjon hos voksne¹

1) Sæterdal L, Pike E, Ringen T, Gjertsen MK. Effekt og sikkerhet for nyere antidepressive legemidler ved depresjon hos voksne. Rapport Nr 17-2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2007
Se preparatomtale på side 40

Det finnes ingen mirakelkur, men det nytter å behandle. Det ser du av resultatene.¹⁾²⁾³⁾

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 40