



Innhold:

LEDER:

Gjør vi de riktige tingene?

Av PETTER BRELIN

1

UTPOSTENS DOBBELTTIME:

Intervju med Guri Rørvik.

Av GUNHILD FELDE

2

ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER:

Betraktninger om fastlegerollen etter seks år.

Av ANNE MATHILDE HANSTAD

7

Åk av tvang i norske sykehjem.

Av ØYVIND KIRKEVOLD

11

Behandling av friske – en syk idé?

REFERAT AV MØTE PÅ FILOSOFISK POLIKLINIKK VED GUNHILD FELDE

15

Screeningeffekt vurderes best

gjennom mammografiprogrammet.

Av BERIT DAMTJERNHAUG

20

Eldretrenings i kommunehelsetjenesten

– for helse og trivsel.

Av SISSEL STEIHAUG OG BERIT KJER

24

Hvem slutter å røyke

etter en helseundersøkelse?

Av SERENA TONSTAD

28

Mentorgrupper for medisinstudenter – et bidrag til personlig modning fram mot legeyrket?

Av ELI BERG OG CATHRIN NIKOLAISEN

31

Om praksisoverdragelse eller når man skal selge sin fastlegepraksis.

Av KARIN FRYDENBERG

35

Faste spalter

38

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
Fax: 74 20 90 41
E-post: jannike.reymert@ntebb.no

Helen Brandstorp
Christian VIIIs gt 14
9012 Tromsø
Mobil: 991 52 115
E-post: helenbra@hotmail.com

Gunhild Felde
Vognstølbakken 18 d, 5096 Bergen
Tlf. Priv.: 55 29 70 50
Mobil: 959 29 356
E-post: gunhild.felde@online.no

Petter Brelin
Furuvn. 1,
1781 Halden
Tlf. Priv.: 69 18 16 32
Mobil: 911 15 510
E-post: petter.brelin@gmail.com

Ivar Skeie
Ragnhildsvei 15 b, 2819 Gjøvik
Tlf. Priv.: 61 17 70 03
Tlf. Jobb: 61 13 67 80
Mobil: 917 35 632
Fax Jobb: 61 13 67 50
E-post: ivskeie@online.no

Anders Svensson
Boks 181, 8465 Straumsjøen
Tlf. Priv.: 76 13 85 60. Tlf. Jobb: 76 11 42 10
Fax 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: frydrcin@online.no

Forsidebilde:
Karstein Haldorsen

Layout/ombrekning:
Morten Hernes, PDC Tangen

Design, repro og trykk:
PDC Tangen

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

Gjør vi de riktige tingene?

Når du nå sitter med den nest siste utsendelse fra den nåværende Utposten-redaksjonen, kan du med god samvittighet hente deg en ny kopp kaffe, oppsøke godstolen og lese ting du og pasientene dine har nytte av.

Vi bringer deg blant annet en artikkel om mammografi-screening som delvis er en orientering til oss allmennleger om mammografi-programmet, men som også er et tilsvarende tilsvare Karin Frydenbergs artikkel om screening-undersøkelser.

Nå kan du med kreftregisterets egne tall vurdere om dette er en undersøkelse som du kan anbefale pasientene dine. Vi får vite at det skal screenes mellom 345 og 431 damer i 20 år for å redde en fra brystkreftdød, dette er basert på 20% reduksjon i dødelighet. Dessverre angis det ikke hvor mange ekstra år disse kan forvente å leve. Å regne i et 20 års perspektiv føles noe uvant. Dersom vi ser på hvor mange damer som skal være innrullert i programmet i et år for å «redde» en, finner vi 400 damer i 20 år gir ca. 8000 damer (pasientår) som må delta i programmet årlig for å oppnå effekt hos denne ene. 7999 personer har med andre ord ingen reell glede av tiltaket de er med på.

Dersom man legger alle disse damene etter hverandre rundt ekvator, kommer man langt...

I tillegg genererer dette stress hos pasientene og utgifter både for pasienter og samfunn. For oss er det ikke selvsagt at dette er et verdifullt tiltak.

Men, selv disse tallene er nok kanskje i beste laget. En rask hjelpe fra Helsebiblioteket viser veien til Cochrane. Den siste oversikten derfra (2006) opererer med 15% redusert mortalitet, da ser det hele annerledes ut, de konkluderer med:

«This means that for every 2000 women invited for screening throughout 10 years, one will have her life prolonged. In addition, 10 healthy women, who would not have been diagnosed if there had not been screening, will be diagnosed as breast cancer patients and will be treated.»

Dette innebærer altså screening av 20 000 kvinner i året for å få effekt hos en, 19 999 kvinner legger brystene i maskinen hvert år uten at det får noen positiv helseeffekt for dem.

Hm....

Nok et godt eksempel på at vi med enkle midler og lett tilgjengelige tall kan gjøre oss opp vår egen mening om et tiltak er nyttig eller ikke. Sett i kontrast til dette programmet ble vårens HPV-debatt en overraskende affære. De av oss som leste tallene for effekten av dette tiltaket, ble mer enn overrasket over at kreftregisteret var kritiske til innføringen av denne vaksinen.

Mammografi-screeening er selvsagt meningsfull dersom det ikke er bedre måter å bruke de ressursene som medgår.

I dette nummeret refererer Gunhild Felde en helt analog debatt fra Filosofisk poliklinikk i Bergen. Der tok man for seg preventiv kardiologi. Referatet gir oss en mulighet til å gjøre oss opp en mening om hvor ressursene skal settes inn. Problemstillingen i dette nummeret av Utposten er enkel; Skal vi selge mammografibussene og kjøpe statiner for pengene, droppe statinene og utvide mammografi-programmet, eller droppe begge deler og bruke pengene på noe helt annet? Vi avgjør det ikke, men det er vi som skal og må legge frem premissene for de beslutningene som tas.

I Utposten har vi forsøkt å sette fokus på en del av de elementer vi arbeider med som blir presentert som sannheter og viktige arbeidsoppgaver av myndigheter og sentrale fagmiljøer. Utposten har satt kritisk fokus på en del forhold som myndigheter og sentrale fagmiljøer gjerne presenterer som udiskutable «sannheter» og viktige arbeidsoppgaver for allmennmedisinens. Vi har satt fokus på SSRI-bruk, på metadonsubstitusjon, på screening-undersøkelser og på risiko-forskning på friske barn. Vi er utilslørt stolte av at Utposten-redaktør Karin Frydenberg har løftet frem problemene med Folkehelse-instituttets MIDIA-prosjekt her i dette bladet. Her har en norsk allmennlege sett etiske problemer med et forskningsprosjekt som er så store at det ikke bare blir referert i de fleste riksdekkende medier, men hennes syn har blitt støttet av bioteknologinemda.

Dette bør vi lære av og ta til oss.

Vi skal si i fra når vi observerer forhold som ikke tjener våre pasienter. Og, når vi sier i fra, hender det at vi blir hørt.

Petter Brelin

Utposten
dobbelttime

Fanget av forskning

Guri Rørtveit
INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

I en alder av så vidt rundet førti, er Guri Rørtveits meritliste så lang og innholdsrik at den kan ta pusten fra de fleste. Med doktorgrad på urininkontinens, spesialitet i allmennmedisin, mangeårig engasjement i tidligere NSAM, og samtidig godt plantet i en fastlegehverdag, innehar hun til fulle den ettertrakte kombinasjonen av vitenskapelighet og praktisk rotfeste.

Hverdagen er delt mellom Fjellsiden legesenter, jobben som forsker på Institutt for allmennmedisin – og, ikke minst – sjefsjobben ved den nyestablerte allmennmedisinske forskningsenheten i Bergen. Ved siden av alt dette – mor til to. En kvinnelig kollega blir nysgjerrig...

«Intervju med Utposten – det høres morsomt ut – det gjør jeg gjerne», var Guris positive svar.

Men å finne en tid var derimot ikke lett, forståelig nok.

«Om d' banne i kirken – en ung leges bekjennelser», var tittelen på en artikkel Guri Rørtveit skrev i Utposten nr. 4/1998. Her beskrev Guri et generasjonsskille i allmennmedisinen. Hun tok et oppgjør med legenes «rett til å jobbe mye», forestillingen om at «leger jobber mye, og det fordi vi er så viktige», alt med bakgrunn i en ny generasjon der familielivet utgjør en viktigere prioritering i livet. Et oppgjør med en kollegas utsagn om at «vår generasjon av hjelvere har dessuten av makelighetshensyn forlatt den moralske arena...».

– Det er ikke mye som gir assosiasjoner til «makelighetshensyn» i din meritliste, Guri...

Artikkelen du refererer til ble skrevet da jeg som småbarnsmor trådte inn i den allmennmedisinske sfæren, og oppdaget et spennende klinisk miljø med store krav til utøvelsen av faget og mye faglig stolthet. Det var på samme tid fint å se at det var et så stort engasjement – og vanskelig å se hvordan en i min situasjon skulle kunne klare å fylle alle kravene som ble stilt til en «fullverdig» allmennlege. Etter hvert som tiden går ser jeg tydeligere at det er rom for mange typer allmennpraktiserende leger. Ikke bare det, det er faktisk behov for det. Noe av det som opptar meg i dag er at det skal bli mer rom for forsker-allmennpraktikere. Eller allmennpraktiker-forskere, alt ettersom. Forskere med rot i klinisk allmennpraksis, i hvert fall.

– Etter turnus var du en tid kommunalege på samme sted, på Myre i Øksnes i Vesterålen. Allmennlegepraksisen du etter hvert fikk i Bergen bærer navnet Fjellsiden legesenter. Geografien i navnet gir en bergenser tanker om en sosioøkonomisk ressurssterk pasientpopulasjon. Hva opplevde du overgangen fra Myre til en allmennlegeverdag i Bergen?

– Jeg opplevde på en del områder at allmennlegejobben i Bergen var lettere. Det harde arbeidet og arbeidspresset på den lokale filetfabrikken på Myre, der en stor del av befolkningen jobbet, førte til mange typer belastningslidelser, og i mange konsultasjoner var sykmelding sentralt. Selv om dette er flere år siden, var det også den gang sterkt press på leger om at vi sykmeldte for mange, for lenge og for ofte. I Bergen har folk generelt lettere arbeid, og jeg opplevde at dette presset tross alt opptar mindre plass i legehverdagen. En annen stor forskjell var legevaktsarbeidet, på godt og vondt. Man slipper angsten for å stå alene som førstemann til stede ved en trafikkulykke, men man mister også noen av de faglige utfordringene i akuttmedisin. En god ting her i storbyen er at det finnes fleksible løsninger for «gråsonepasienter», for eksempel psykiatriske pasienter som er dårlige, men ikke fyller kravene til en tvangsinleggelse. Disse pasientene syntes jeg var mye vanskeligere å hjelpe på vakt på et lite sted som Myre, med lang avstand til annen kvalifisert hjelp.



– Hva var det som førte deg inn i på forskningens vei?

– I den samfunnsmedisinske terminen på studiet skrev jeg oppgave, på bakgrunn av en kvalitativ studie, om legetjenester til psykisk utviklingshemmede. Dette var omrent på tiden da HVPU-reformen kom. Dette skapte en forskningsinteresse hos meg, og da Svein Bratland, som var min gruppeveileder i spesialiseringen i allmennmedisin, noen år senere spurte om jeg ville være med å gjøre en evaluering av SATS-prosjektet, var jeg i gang. SATS var et prosjekt der allmennleger jobbet sammen i grupper over tid med kvalitetssikring av arbeidet med sentrale allmennmedisinske emner, slik som migrrene eller sår hals. Noe av dette arbeidet er senere videreført av NOKLUS. Dette førte meg inn i miljøet ved Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Jeg opplevde det fantastisk å komme inn i dette forskningsmiljøet. Det gav meg mulighet til å utvikle meg videre på nye måter, og gjennom dette miljøet fikk jeg stadig nye utfordringer på andre arenaer. Det var for eksempel slik jeg kom i kontakt med NSAM-miljøet og etter hvert ble spurt om å gå inn i styret der, noe som igjen ga ny og flott erfaring.

I mars 2003 skjedde det en liten sensasjon da norsk allmennmedisin var representert med en av fire originalartikler i New England Journal of Medicine. Guri Rørvik var

førsteforfatter på artikkelen, som dreide seg om inkontinens etter vaginal fødsel og keisersnitt. Studien til forskergruppa i Bergen bygget på et sjeldent stort datamateriale. Mer enn 15000 kvinner deltok i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). HUNT-dataene ble koblet med data om kvinnenes fødsler i Medisinsk fødselsregister. Studien viste at hver fjerde norske kvinne vil få urinlekksje i løpet av livet. Svangerskap øker risikoen for lekkasje uansett forløsningsmetode, men risikoen er større for kvinner som har født vaginalt enn for dem som blir forløst med keisersnitt.

– Du er en av få norske forskere, og en av få allmennmedisinere i verden, som har kommet gjennom nåloyet, og fått en artikkel publisert i New England Journal of Medicine. Hvordan var det, og hva har det betydd for deg?

– Det har betydd veldig mye. Det gikk et halvt år fra vi sendte inn artikkelen til den ble godkjent. Det var gøy å se hvordan et så profesjonelt tidsskrift jobber. Vi hadde et godt utgangspunkt med et spesielt stort materiale som ingen andre studier på dette temaet har hatt. Det var unikt. Publisering i New England Journal of medicine er selvfølgelig en døråpner til oppmerksamhet rundt forskningen, og til økonomiske tilskudd til videre forskning gjennom stipender.

Selv om en publisering i dette prestisjetunge tidsskriftet var spesielt, er jeg like glad hver gang en artikkel går inn i et tidsskrift. Det å publisere er en glede fordi det baserer seg på et langt og mye sommelig arbeid med å synliggjøre en tankekke som er nøyne analysert og gjennomtenkt. Jeg har spesielt lyst til å få sagt at jeg er kjempestolt over artiklene jeg har vært med på å publisere i vårt eget Tidsskrift for den norske lægeforening. Det er antakelig ikke noe tidsskrift som er så viktig for norske leger som det.

– Du valgte kvinnehelse og urininkontinens som ditt doktorgradsarbeid. Dette var allerede et viktig satsingsområde i miljøet ved allmennmedisinsk institutt i Bergen, men samtidig et lite prestisjefyldt medisinsk felt. Du har jo bidratt betydelig til at dette feltet har fått større «tyngde» og oppmerksomhet. Var ditt valg av dette fagområdet tilfeldig eller resultat av et bevisst valg?

– Jeg skal ikke skryte på meg at dette var et idealistisk valg. Jeg fikk tilbud om å jobbe i en allerede godt etablert forskergruppe, og så muligheten av å jobbe med et unikt forskningsmateriale. Jeg trengte ikke å begynne fra scratch, og har kunnet gjøre et ganske avansert forskningsprosjekt fordi solid grunnlagsarbeid allerede var gjort. Forskning er et håndverk som må læres, og det er en stor fordel å kunne komme inn i et miljø der en får en del «gratis». Det er både bra for den enkelte forsker og for forskningen. Alle trenger ikke å finne opp det samme kruttet. Dette er en av grunnene til at det er så viktig å bygge opp solide allmennmedisinske forskningsmiljøer.



– Har forskningen din påvirket arbeidet ditt som allmennlege, og i tilfelle på hvilken måte?

– Å forske stimulerer nysgjerrigheten. Når en blir nysgjerrig på noe, blir det også gøy å jobbe med det. Gjennom forskningsmiljøet mitt lærer jeg mye om emner som jeg selv ikke forsker på – og om svakheter i metoder som resultaten hviler på. Dette gir en avventende holdning til en del nyvinninger, noe som jeg tror kan være hensiktsmessig ganske ofte. Når det gjelder behandling og oppfølging av urininkontinens er jeg nok mer offensiv nå enn før jeg begynte å forske på temaet. Riktig behandling kan utgjøre en stor forskjell for de kvinnene som plages med inkontinens. Jeg har blitt mye mer bevisst på å spørre om urininkontinens hos kvinner der det kan være aktuelt, for eksempel i forbindelse med GU og ved svangerskapskontroller. Over 50 prosent av gravide opplever urininkontinens under svangerskapet. Denne gruppen har også en økt risiko for urininkontinens senere. Tolv år etter første svangerskap hadde 56 prosent av de som hadde hatt inkontinens i svangerskapet, fortsatt lekkasje. Blant de som ikke hadde hatt urininkontinens i svangerskapet, hadde 30 prosent urinlekkasje. Dette er en gruppe som bør få god informasjon og instruksjon i bekkenbunnsovelser på en måte som gjør det mulig å gjennomføre i praksis.

– Forskningen din har også slitt fast at sectio, i forhold til vaginal forløsning, gir økt risiko for urininkontinensplager. De fleste, hvertfall her i Norge, vil vel allikevel si at dette ikke gir grunn til å anbefale keisersnitt, der det ikke er noen annen medisinsk grunn til det. Men også i Norge har det vært sterke røster for å være mer liberal med keisersnitt, blant annet p.g.a. økt fare for urinlekkasje. Hvordan har dere kommunisert disse resultatene ut til allmennheten?

– Her er det store kulturelle forskjeller mellom for eksempel Norge og USA. I USA er det i større grad fokus på å beholde en jomfruelig bekkenbunn. Sectio-tallene er også en del høyere der. For de fleste gravide i Norge er ikke dette noe stort tema. Jeg støtter obstetrikerenes kamp for å holde keisersnitt-tallene nede, men jeg synes det er viktig at vi bruker argumenter med hold i. Og i sannhetens navn er det også slik at vaginal fødsel ikke er noen fordel med tanke på urinlekkasje. Hvis en pasient spør meg, sier jeg at keisersnitt er en balansegang mellom fordeler og ulemper. Urininkontinens er en av de mindre faktorene i vurderingen, og det kan og skal ikke veie tungt. Vaginal fødsel er utgangspunktet, og det er obstetrikerens rett – og plikt – å vurdere om det totalt sett foreligger gode nok grunner til at man skal foreta keisersnitt. Keisersnitt er ikke en rett gravide kvinner har. Og dette kommer faktisk fra en feminist.

Jeg mener dessuten at det er viktig at kvinner som samfunnsgruppe har erfaring med vaginale fødsler. Ved private

klinikker i et stort land som Brasil har man keisernittrater på rundt 70 prosent. Hvis dette ble en gjeldende tendens i samfunnet, tror jeg viktig erfaring og kunnskap ville bli svekket. Men dette er en politisk, ikke en medisinsk mening. Det er viktig å skille.

– Hva forsker du på nå?

– For tiden bruker jeg det meste av min forskertid på en oppfølgingsstudie med spørreskjema til de som var rammet av Giardia-epidemien her i Bergen. Så mange som 1300 mennesker fikk parasitten påvist i avføring. I tillegg til disse, sendes spørreskjema til en kontrollgruppe som er dobbelt så stor. Vi skal undersøke om det er mer kronisk utmattelse, mageplager og allergi i gruppen som hadde Giardia-infeksjon sammenlignet med kontrollgruppen. I tillegg til dette er jeg involvert i Mor-barn-undersøkelsen. Kvinner følges fra svangerskapet og seks-sju år fram i tid. I dette materialet skal vi blant annet se på om urininkontinensforekomsten varierer med inkontinens i svangerskapet og forlosningsmetode.

Jeg har også et prosjekt gående sammen med min bror, som er allmennlege i Austevoll. Dette er en øygruppe der alle med impetigo blant de 4500 innbyggerne blir registrert. Til nå har vi holdt på i sju år, og det er et flott materiale. Vi har vist at impetigo-forekomsten svinger mye fra år til år. Hvorvidt det er stafylokokker som er årsaken, og om det foreligger fusidin-resistens, avhenger av om det er epidemi eller ikke.

– Ifor var du et helt dr i San Francisco. Hva gjorde du, og hvordan opplevde du forskjellen mellom norsk og amerikansk forskning?

– Framfor alt fikk jeg tid til å fordype meg og legge grunnlaget for mye forskning framover. Jeg var knyttet til et senter for kvinnehelseforskning, og fikk jobbe sammen med mange «kanoner» innen kvinnehelseepidemiologi. I tillegg hadde jeg mye kontakt med det allmennmedisinske forskningsmiljøet der. Det var fascinerende, og ikke minst var det morsomt å oppdage at jeg som norsk allmennlege følte meg hjemme der. Jeg tror det å jobbe som allmennlege gjør noe med en, og at det var den allmennmedisinske tilnærningsmåten jeg kjente igjen. Det å ta inn helheten, prøve å forstå *hvorfor*. De var veldig opptatt av å gjøre noe for dem som hadde minst å rutte med. Dette preget nok forskningen der mer enn her, kanskje fordi det ikke er så store sosiale forskjeller hos oss, selv om forskjellene øker her også, og nok kommer til å vise seg med større tyngde på helsearenaen ettersom tiden går.

Forskningsleder

– Forskningsenhetene ble opprettet som eksterne prosjekter under de medisinske fakultetene. Hvorfor kunne de ikke vært



underlagt de allmennmedisinske instituttene der den allmennmedisinske forskningen til nå har foregått?

– Forskningsenhetene kom som en parallel til satsingen på forskning i helseforetakene. Middlene til forskningsenhetene kommer derfor gjennom Helse- og omsorgsdepartementet, ikke Kunnskapsdepartementet, der Universitetet får sine forskningsmidler fra. Forskningsenhetene skal drive forskning og formidle forskningen ut til primærhelsetjenesten. Her i Bergen er det ti ansatte på forskningsenheten, alle på deltid. Allmennleger får utrolig mye ut av en 20 prosent forskerstilling. Likevel ønsker jeg meg at flere allmennpraktikere skal jobbe med forskning i en større del av arbeidstiden sin. Som gruppe er vi veldig glad i den kliniske jobben vår, noe som gjør at de fleste allmennmedisinske forskere jobber 50 prosent eller mindre med forskning. Jeg tror at dersom vi skal få opp både volum og kvalitet på forskningen vår, må flere være villige til å bruke noe mer tid på dette.

– Forskningsenhetene skal «fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinens egne premisser». Hva ligger det i dette?

– Det er mange som mener noe om hva allmennlegene skal gjøre. Sykehusspesialistene kan for eksempel mene noe om at allmennleger skal utføre preoperative prosedyrer. Vi me-

ner allmennmedisin har et eget mandat, og at forskningen må springe ut av det. Bare allmennlege og deres pasienter vet hvor skoen trykker. Forskningen vår skal være relatert til allmennmedisinske problemstillinger.

– Det er varslet at det kommer store summer til allmennmedisinsk forskning i årene framover. Hva blir hovedutfordringene?

– Hovedutfordringen er å få nok forskningskompetente folk med solid kontakt med allmennmedisin. Vi trenger flere hoder, flere allmennpraktikere med forskningsinteresse, og at de som har tatt doktorgrad blir i forskningsmiljøet og bidrar til å utvikle dette videre. Gruppearbeid i forskningen er avgjørende for å få til god kvalitet. Vi har hatt en tradisjon for at hver mann har hatt sitt prosjekt. Vi trenger å bygge opp miljøer over tid der vi utvikler solid forskning, der det stilles relevante og originale spørsmål som besvares ved bruk av god metodikk. Dette krever at vi bygger på hverandres erfaringer.

– Hvordan skal vi få hodene til å komme?

– Forskning er avhengig av samarbeid og utvikling av tanker i et miljø. Samtidig bør det være mulig å kombinere forskning med klinisk arbeid – også for allmennleger som jobber spredt og til dels langt fra universitetsmiljøene. Fleksibilitet er et viktig stikkord som jeg som forskningsleder vil bidra til å holde høyt. Spesialistreglene må tilpasses, og det bør være større fleksibilitet i forhold til fastlegeordningen. Her har vi legeforeningen med på laget. I det hele tatt vil jeg gjerne få berømme den innsatsen som de allmennmedisinske foreningene gjør for å skape bedre betingelser for forskningen. Det allmennmedisinske forskningsfondet kan bli en viktig ressurs for oss i årene som kommer. Privatøkonomisk må det også være slik at tapet ikke blir altfor stort ved å forske. Lønnen må komme opp på et anstendig nivå. Min mening er at vi nok ikke kan regne med å konkurrere økonomisk med en 100 prosent fastlegejobb. Det å være forsker byr på noen andre goder; for eksempel fleksibilitet og tilknytning til et stort og stimulerende miljø. I tillegg får en delta i fagutviklingen og reise på spennende kongresser.

– For mange allmennleger fortøyer de allmennmedisinske forskningsinstitusjonene seg som fjerne fra egen praksis. Er den allmennmedisinske forskningen i dag nyttig for allmennpraksis?

– Forskningen har vært av variabel kvalitet. Med tanke på de ressursene som allmennmedisinsk forskning har hatt til rådighet, synes jeg vi har fått mye god kunnskap for små midler. Vi har hatt veldig gode prosjekter, men også mye som ikke har vært bra nok til å gi oss valid kunnskap som vi kan stole på. Det er som med idretten, vi må ha breddet for å



få noen spydspisser. Men til nå har det nesten ikke vært bredde en gang – kun reinspikka idealisme. I lengden kan ikke et stort klinisk fag som vårt leve med denne situasjonen.

– Hva vil du som leder for forskningsenheten formidle til norske allmennleger?

– Jeg håper vi kan stå sammen om å kreve at allmennmedisin i større grad skal bli et forskningsbasert fag. I dag er det for mye variasjon i klinisk praksis. Vi har to problemer som begge er knyttet til selve kjernen i vårt fag, nemlig at vi arbeider spredt: Det er vanskelig å skaffe data fra allmennpraksis til forskning, og det er vanskelig å ploye ny kunnskap fra forskning tilbake til praksis. Vi har for få kanaler til både å samle og spre kunnskapen vi har. For å få god allmennmedisinsk forskning, må vi utvikle bedre metodologi, som egner seg for vårt fag. I dette arbeidet trenger forskerne hjelp fra praktikerne og vice versa.

Jeg har fått møte en av norsk allmennmedisins fremste forskere og fagutviklere. Et møte med en veldig hyggelig, oppmerksom og interessant dame – som på bergenseres vis får sagt mye på kort tid. Som hun får gjort mye på kort tid.



ALLMENN MEDISINSKE OTFORDRINGER

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.

Fastlegerollen etter seks år:

Om å beholde grepet i forhold til faget, men ikke opptre som den nye «fikseren» / alles «sekretær» – den med «ansvaret først og sist».

AV ANNE MATHILDE HANSTAD

Innledning

Fastlegeordningen hadde akkurat seks-årsdagen. Den ble innført 01.06.2001. Den burde være klar for skolestart! Jeg har en spennende jobb; jeg har mange flotte pasientmøter. Jeg er allmennlege først og fremst, men i vårt daglige arbeid merker vi «ved skolestart» at vi pålæsses mer og mer arbeid, og våre forhandlere blir ikke hørt i forsøket på å formidle at inntekten går ned mens arbeidsmengden øker. Det blir etter hvert grunn til å stille seg spørsmål ved hvor mye hver lege skal kunne rekke over, hvem som har ansvar for hva, og i hvor stor grad «fastlegen» skal ta ansvar for allehåndte oppgaver.

Fastlegen – en selvstendig arbeidende lege eller?

I de daglige pasientmøtene er det mest medisinske problemstillinger, men i økende grad papirtilgjengelighetsproblemstillinger: Jeg trener på å formidle både til pasienter og samarbeidspartnere at «Jeg er verken fysioterapeuten eller sykehuslegens sekretær. Jeg er heller ikke arbeidsgivars sekretær, eller kommunens sekretær, faktisk er jeg ikke sekretær...»

Utpostens leser kan synes det høres bråkje ut. Det er det ikke. Det er i langt større grad et uttrykk for de daglige møter med:



Anne Mathilde Hanstad

f. 1953.

Spesialist i allmennmedisin. Arbeidet i samme distrikt i Ryfylke fra 83. Driver sammen med mann og kollega Rådhushagen legegruppe i Jærpeland sentrum. Glad i faget og i pasientene, og har alltid hatt «noe ved siden av»; fra kurskomite til spesialitetskomite, Apilstyret, sentralstyret, og nå medlem av SOP styret og Rådet for legeetikk.

- «Og det forutsettes at fastlegen tar ansvar for videre utredning av de patologiske leverprøvene»
- «På sykehuset sa de at fastlegen skulle skrive ut sykmeldingene mine.. de hadde ikke tid»
- «Fysioterapeuten sa at jeg burde få sykmelding av deg noe lenger»
- «Sjefen min mente at jeg for all del ikke måtte komme tilbake for tidlig, for det ville bare gjøre at jeg ble sykmeldt igjen»
- «Men legen på sykehuset kunne jo bare noe om hjertet mitt... han sa at jeg måtte gå til fastlegen og drøfte dette med mageplagene»

- «Da jeg ringte for å punne på den lange ventetida, sa de at jeg kunne få komme til raskere hvis fastlegen skrev en ny henvisning»
- «På skolen sa de at jeg måtte ha en attest for å vise at jeg har hatt brukket fot; da kunne jeg få en bedre karakter. De ba meg kontakte fastlegen»
- Osv

Jeg er brennsikker på at leserne kjenner seg igjen. Jeg har forsøkt å gjøre meg opp en mening om hvordan jeg kan ordne opp i dette kaoset av forventninger – og noen ganger beskyldninger, men jeg har ingen fasit; bare et behov for å (gjen)reise en debatt om ansvar og samarbeid, og kan hende noe som er løsningsorientert. Pasienten er alltid den svake part; det er pasienten vi behandler.

God behandling forutsetter gode rammebetegnelser og godt samarbeid. Dette igjen forutsetter dialog. Rammebetegnelser og samarbeid vokser ikke fram av seg selv; det er et arbeid å bygge opp, og minst like mye jobb å vedlikeholde.

Det er ikke bra når våre venner sykehuskollegene jevnlig sier: *«Det er så bra at vi har dere fastleger»*... For under eller bak utsagnet ligger en type ansvarsfraskrivelse.

Jeg vil gjerne være fastlegen: Den som syr sammen og sammel og bidrar til at pasienten får behandling på riktig nivå. Men når sykehuskollegene uttrykker seg slik, opplever jeg at bak utsagnet ligger en forventning om for lettint å sende pasienten tilbake når de har løst sin spesialistbit av problemstillingen. De uttrykker ikke noe om at det er naturlig at pasienten får epikrisen i hånden og beskjed om å bestille seg time for kontroll hos fastlegen. Jeg opplever at annenlinjetjenesten i stor grad lener seg på fastlegene uten å ta sin del av ansvaret. I en komplisert medisinsk hverdag er det like rimelig at epikrisen skal ut sammen med pasienten som det er opplagt at en henvisning følger pasienten inn i sykehuset. Da er det bra å ha fastlegen; når det på alle linjenivå arbeides med pasienten i sentrum!

Historien – gjentar den også her seg selv?

Jeg har vært allmennpraktiker nesten hele min fartstid som lege. Det er et spennende arbeid med mange daglige utfordringer i pasientmøtene. For (svært) lenge siden hadde allmennmedisin et viktig slagord: KOPF – prinsippet: *Kontinuerlig– Omfattende – Personlig og Forpliktende*.

Jeg var blant dem som mente og mener det er et godt prinsipp. For min praksis handler det om å ta ansvar for pasienter som har behov for det, gjerne i perioder av livet. Det kan være en krise, en alvorlig sykdom eller behov for opprydding i et komplisert sykdomsbilde. For meg har det for det

meste vært greit å ha et slikt prinsipp i forhold til egen arbeidsstil. Det har aldri betydd at det ikke var legitimt å si nei. KOPF-prinsippet var i det minste etablert i faget av fagfolk og er stadig anvendelig for min egen hverdag. Men etter hvert ble prinsippet både omstridt og utskjelt, og det ble som prinsipp begravd lenge før fastlegeordningen så dagens lys. Mange mente det stilte for store krav, og skremte unge leger fra å etablere seg i allmennmedisinsk praksis.

Legene som ble uteksaminert nå i juni 2007, begynte sin medisinske utdanning et par måneder etter at fastlegeordningen ble innført. I sin utdanning i klinikken har de aldri visst av noe annet enn at «fastlegen finnes», og de har lært å formulere seg deretter i sine epikriser. Dessverre har de i liten grad lært at «epikrisen skal følge pasienten ut». Universitetene, praksislærerne og sykehusene har en pedagogisk utfordring som det ikke er for sent å ta fatt i: Vi må være på det samme laget også i utdanningen av nye leger!

Media – radio, tv og aviser – og fastlegen

Radioen vekker meg om morgen... jeg liker å få med meg nyheter mens jeg vakner og mens vi spiser frokost. Minst ukentlig toner det fra radioen hver halvtime om morgen, fra avisenes førstesider med feite typer, og fra NRK eller TV2's nyhetssendinger alt vi fastleger ikke kan, alt fastlegene ikke gjør ordentlig, alt fastlegene har av unnlatelsessynder:

- Fastlegene melder ikke fra ved mistanke om fare for overskjerding
- Fastlegene kontrollererer ikke diabetikerne godt nok
- Fastlegene er ikke flinke nok til å følge opp sykmeldinger
- Fastlegen er på ferie, og pasientene må vente
- Fastlegene har ikke god nok kunnskap om skader etter seksuelle overgrep
- Fastlegene har ikke tilstrekkelig kunnskap om spiseforstyrrelser
- Fastlegene skriver ut for dyre medisiner og følger ikke opp Departementets vedtak
- Fastlegene har det for travelt og pasientene får ikke nok tid hos legen sin
- Fastlegene er ikke flinke nok til å følge opp LAR pasientene
- Fastlegene har for dårlig kunnskap i psykiatri og følger ikke opp de psykiatriske pasientene

Og så videre, i det nesten uendelige. Allmennlegeforeningen har en leder som er flink til å svare på våre vegne! Nå i sommer har både han og Dnlf's president vært på banen med det ubeholdige i Jordmorforeningens utspill om manglende tilbud til de gravide: De gravide følges av fastlegene, hele tida!

Jeg vet godt at jeg ikke kan være oppdatert hele tida. Jeg mener likevel at dere andre og jeg gjør et anständig arbeid,

og jeg har liten tro på at skittkasting i media så systematisk som det noen ganger kan synes, bidrar til å styrke pasienttilbudet. Det kan tvert i mot skremme unge leger fra i det hele tatt å tørre å stikke hodet dypere ned i allmennmedisinen! Alle nivå i helsetjenesten, andre helsearbeidere, har også ansvar. Offentlige myndigheter og politikere burde sette seg bedre inn i hva som faktisk foregår før de uttaler seg om vår kompetanse eller mangel på slik. Noen saker går det ikke an å fikse opp, rett og slett. «Vi kan ikke fordi det er så umulig å få til» (1). Det har aldri vært nyttig å kaste bensin på levende flammer.

Et godt politisk utspill, ikke minst i forhold til økende mengde henvisninger til spesialisthelsetjenesten, ville vært om noen turte si hoyt: «Fastlegen din er den som kjenner deg best, og du bør finne deg en fastlege som vet når du har behov for spesialistvurdering». Dernest fokusert på at «det er viktig at sykehusene tilstreber god kommunikasjon med førstelinjetjenesten slik at pasientene får rett hjelp på rett sted». En drøm? I alle fall et ønske!

Har vi spenn og spade og er vi i sandkassa?

Dette spørsmålet stiller jeg meg selv ofte.

Jeg bruker et eksempel på hvorfor:

Diabetesforbundet og en del andre vil naturligvis mene at hvis diabetikeren ikke møter til kontroll, er det min – fastlegens – oppgave, å kalle pasienten inn. Møter ikke pasienten på innkalling, bør jeg – fastlegen sende enda en innkalling til time. Mange flere interesseorganisasjoner og politikere, og ikke minst en del av våre kolleger i annenlinjetjenesten, vil være enig i at nettopp dette er en av fastlegens oppgaver!

Jeg er uenig. Hvis pasienten har vært til time, fått en kontrolltime i hånda, og ikke møter til denne, er det pasientens ansvar å bestille en ny time.

Hverdagene er ikke lek i sandkassa med spenn og spade; det er møter mellom voksne mennesker; der den ene, pasienten, søker råd og behandling hos den andre, legen. Både i levesett og legekontakter har hver av oss ansvar for seg selv.

En del rammebetingelser velger hver enkelt for sitt liv. Naturligvis er det unntak fra «uenig». Noen pasientgrupper må følges, purres og tilskrives. De

som ikke kan forventes å greie seg selv, verken i forhold til legeavtaler eller tjenester i samfunnet for øvrig. Vi vet alle hvilke grupper dette dreier seg om.

Annenlinjetjenestens travelhet... eller unnlatelsessynd

Vi leser og hører om travelhet og pengemangel i annenlinjetjenesten. Jeg satt ni måneder i styret for et av landets sykehus. Det var en lærerik opplevelse, der jeg blant annet skjønte at «Helsevesenet» = «sykehuset» for de aller fleste...

I epikrisene står det altfor ofte:

- «fastlegen forventes å følge opp...»
- «Fastlegen bes kontrollere...»
- «Avdelingen har behandlet pasienten for det akutte infarktet, men de sure oppstøtene må utredes videre hos fastlegen...»
- «Pasienten kan ved manglende effekt, øke medisin X til dobbel dose, men... Dette bes fastlegen om å ta seg av...»
- «Pasienten skal ta blodprøver etter skjema først ukentlig, så månedlig...»
- «På grunn av stort press på avdelingen, overføres kontrollansvaret nå til fastlegekontoret...»
- «siden det er dårlig kapasitet ved poliklinikken, ber vi om at fastlegen bruker de privatpraktiserende spesialistene (som i min del av landet i for liten grad finnes!)»

En sjeldent, positiv, takknemlig gang tar avdelingen en telefon til fastlegekontoret. Det oppleves hver gang like strålende! Jeg har ingen tall på eller kunnskap om, hvor mange pasienter som har fått, eller ikke fått, beskjed om å ta kontakt med fastlegekontoret for en bestemt type oppfølging. Det foretaket jeg satt i styret for, hadde en målsetting om at epikriser skulle leveres innen sju dager. Fin målsetting – jeg har utfordret tidligere: «epikrisen ut med pasienten». Jeg – fastlegen – får ikke legge inn pasienter uten at de har en skikkelig henvisning i hånda.

Jeg forventes å ta pasienter til kontroll og oppfølging uten at jeg er gitt annen form for tilbakemelding enn det pasienten selv kan gjengi. Hvorfor er det slik? Utfordring med läringspotensiale ligger det i denne problemstillingen; for sykehuslegene, pasientene og oss selv. Hva om vi lærer våre pasienter opp til å be om å få epikrisen i hånda? Er det en sak for media? «Prøvesvarene er ikke kommet»; det gjør ikke noe. De kan ettersendes!

Samarbeid gjennom veggene og på tvers av linjenivå – utfordringer i forhold til NAV

Jeg har aldri forstått at pasienten skal hjem for å vendes i døra til en annen undersøkelse. Jeg vil neppe forstå det heller. Det er en prosess som har potensiale i annenlinje-

tjenesten: øve seg i å kommunisere og samarbeide innenfor sykehusets yttervegger, med pasientens beste for øye og for å spare samfunnressurser. Jeg ønsker meg at mester-svenn-læring i sykehus foregår slik; da får vi gode spesialist-kandidater!

Jeg er ikke sur og grinete; jeg møter hver dag pasienter som går seg vill i utredingslabyrinten de befinner seg i. Jeg har kjøpt en ny «allmennmedisinsk bøtte» jeg kan fylle i; den gamle er for lengst overfylt. Den veltet et sted mellom 1. juni 2001 og 2004 eller -5(2).

Dersom pasienten skal til videre kontroller hos fastlegen, må det gies tydelig beskjed, skriftlig, til pasienten og til fastlegen. Det er ikke nødvendig å «vente» i sju dager eller flere uker. Elektronisk samhandling er på vei inn. Den fungerer av og til. Det er hver gang det fungerer en skikkelig opptrup i den allmennmedisinske hverdag. NAV er kommet med en ny høring om PKI(Public Key Infrastructure), der fastlegene både skal kunne straffes og foreslås å måtte betale for å få det hele opp å gå. Dnlf har skrevet avtale med NAV om IKT utvikling og Helsenett. I skrivende stund har jeg en sterk følelse av at det hele er i ferd med å rakte fordi NAV oppviser en «maktarroganse» (Afs leder) vi knapt har sett maken til tidligere i sitt utspill. Det inneholder en rekke utsagn det neppe går an å tolke som annet enn trusler, hvis vi ikke blir med og faktisk betaler av egen lomme. (5)

Det må, som Allmennlegeforeningens leder sier i andre sammenhenger, også mellom sykehusavdelinger og på tvers av linjenivå være Respekt, Dialog og Tydelig budskap. (3) Dette burde også NAV for lengst ha skjønt; det blir aldri bedre med trusler. Det styrker aldri samarbeidet å misbruke makt.

På kanten av stupet?

Olav Rutle fikk i sin tid Solstrandprisen for sin artikkel «På kanten av stupet» (4). Evaluering av Fastlegeordningen av jan 2006 dokumenterer at det er vanskelig å rekruttere kvinner som fastleger, og at kvinner allerede er på vei ut av praksis.

Årets normaltariffoppkjør og den etterfølgende diskusjonen på nettstedet Eyr, viser minst to ting:

1. De departementale nivåer synes ikke å ha stor forståelse for fastlegens totale arbeidsbelastning.
2. Fastlegene synes å vise en viss «trettbarhet» i å dokumentere hvor mange felter det forventes kunnskap, ansvar og informasjonsinnsamling på for den enkelte pasient.

Det er på tide å gjøre seg refleksjoner om hvem vi er, heve de allmennmedisinske fanene og fastsette noen klare mel-

dinger om hva vi kan, hvem vi er og hvordan førstelinjetjenesten både skal bli best mulig for flest mulig, ha sjansen til å leve etter LEON (Laveste Effektive Omsorgs Nivå) prinsippet, og ikke minst; tiltrekke seg nye kunnskaps hungrige leger fra kullene som utdannes ved universitetene våre.

Kan hende må det settes noen allmennpreventive grenser, slik at vi ikke havner «på kanten av stupet» igjen.

Kan hende må vi samle oss i forhold til NAV og dennes siste høringsnotat, fokusere på faglighet, samarbeide og «pasienten i sentrum»?

Om grensene for å kunne

Jostein Holmen har i sin artikkel «Legene kan ikke» (1) satt ord på alt det vi faktisk ikke kan. Jeg har hatt og har stor glede av hans «plakat» om hva legene ikke kan.

Det er også mye vi kan – hvis rammebetingelsene er gode og vi selv deltar aktivt i å sette de rette grensene – og hvis NAV vil, må man kan hende legge til i disse dager?

Det er akkurat nå enda viktigere å ta vare på hverandres og egen faglige integritet; gjøre sine medisinske vurderinger ut i fra allmennpraksis til hverdags «ute i livet», ikke på diktat. «Fastlegesekretaren» til allehånd bestillere blir jeg aldri. Det håper jeg dere der ute heller ikke blir!

Litteratur

1. Holmen J. Legene kan ikke.... Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3168-71
2. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske botten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547-8
3. Kristoffersen Jan Emil; Nettstedet Eyr
4. Rutle O. På kanten av Stupet. Utposten 1985??
5. Høringsnotat juli 2007, Forslag om krav til elektronisk kommunikasjon mellom leger og arbeids-og velferdsetaten (NAV)

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

Til våre abonnenter:

Vi beklager at noen få av våre leseres mottok en feilstiftet utgave av Utposten 5/2007. Dette gjaldt et begrenset antall av våre abonnenter. Vi er lei oss for den uleilighet dette påførte de som mottok en ufullstendig utgave av bladet. Korrekt utgave kan fås ved å henvende seg til redaksjonen.

Red. / PDC Tangen Stifteriet

Bruk av tvang i norske sykehjem

Overgrep eller nødvendig del av god omsorg?

AV ØYVIND KIRKEVOLD

Vinteren 1999/2000 ble det gjennomført en stor studie om rettighetsbegrensende tiltak og bruk av tvang i norske sykehjem. Resultatene fra denne undersøkelsen viser blant annet at 37 prosent av pasientene i somatiske sykehjemsavdelinger og 45 prosent av pasientene i skjermede enheter utsettes for minst et tvangstiltak i løpet av en uke (1). De vanligste tiltakene var mekaniske tvangstiltak (sengehest uten pasientens samtykke og fiksering i stol eller seng uten pasientens samtykke), medisinsk undersøkelse eller behandling mot pasientens vitende eller vilje (hovedsakelig medisin tilsatt pasientens mat eller drikke) og bruk av tvang i forbindelse med daglig omsorg (gjennomføring av personlig hygiene og av-/påkledning). I to tredeler av tilfellene der det ble brukt tvang, var det ingen skriftlig dokumentasjon på at det var brukt tvang (2). Det var pasienter med dårlig funksjon i dagliglivets aktiviteter (ADL) og moderat til alvorlig demens (høy skår på klinisk demensvurdering [DCR]) som var mest utsatt for tvang.

Tilsynslegen var bare sporadisk involvert i beslutningen om at tiltaket skulle gjennomføres uten pasientens samtykke eller mot pasientens vilje, unntatt når det gjaldt medisinering. I en femdel av tilfellene der det ble gitt medisin uten samtykke, ble det oppgitt at det var legens som hadde bestemt at det skulle gjøres (2).

Lovverket er ganske klart når det gjelder bruk av tvang. I sykehjemsforskriftene § 3–3 står det:

Det er ikke hjemmel for å bruke tvangstiltak i boformen. Ved behov kan beskyttelsestiltak benyttes for å beskytte beboerne mot å skade seg selv, og for å beskytte andre beboere.

Bortsett fra straffelovens regler om nödrett og nödverge var dette nærmest det eneste personalet på sykehjem hadde å holde seg til når det gjaldt tvang, da dataene til studien presentert over, ble samlet inn.

Første januar 2001 trådde fire nye helselover i kraft. En av disse var pasientrettighetsloven. Pasientrettighetsloven har detaljerte regler om pasientens rett til informasjon og om rett til samtykke til helsehjelp. Hovedregelen er at pasienten har rett til informasjon om sin helsetilstand og ingen



Øyvind Kirkevold

sykepleier, dr.philos. Postdoktorstipendiat ved Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og førsteamanuensis ved Universitetet i Agder.

helsehjelp kan ges uten pasientens samtykke. Det er imidlertid et unntak i § 4–6 Samtykke på vegne av myndige som ikke har samtykkekompetanse:

Dersom en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngrpende karakter med hensyn til omfang og varighet.

Pasientens nærmeste pårørende kan samtykke til helsehjelp som ikke er omfattet av første ledd. Annen helsehjelp kan ges hvis det anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. Det kan innhentes informasjon fra pasientens pårørende for å avgjøre hva pasienten ville ønsket.

Helsehjelp etter første og annet ledd kan ikke ges dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særige lovbestemmelser.

Og hva er lite inngrpende og hva er mer inngrpende tiltak? Et siste spørsmål som kan være interessant å diskutere er om det finnes situasjoner hvor det er «faglig riktig» (eventuelt «etisk riktig») å gripe inn om nødvendig med tvang, selv om det ikke er støtte for dette i lovverket.

Når kan en si at en person ikke har samtykkekompetanse

Hvorvidt en person har samtykkekompetanse eller ikke avhenger av mange forhold. Grad av demens, hvor kompleks problemstillingen personen skal ta stilling til er og konsekvensen av å «velge feil». Det å velge hvilke klær en skal ha på seg i en gitt anledning vil for mange være viktig, men det er ikke spesielt kompleks problemstilling og konsekvensen av å ta feil er begrenset. Det å sette opp et testamente, å ta avgjørelse om det å flytte eller om en vil ta en operasjon eller ikke, kan både være kompliserte avgjørelser og konsekven-

sene av hva en velger å gjøre kan være store. Dette krever derfor nøye vurderinger. Hvordan man skal gå fram når man mener at en person mangler vurderingsevne i avgjørelser om helsehjelp står beskrevet i Pasientrettighetsloven § 4-3 «Hvem som har samtykkekompetanse».

Beskyttelsestiltak eller tvang

Det å sikre områder som en beboer ikke normalt har tilgang til, ved å låse dører, må være greit. Eksempler på dette kan være en usikret baktrapp, kjeller, fyrrom, storkjøkken osv. Problemet med avstenging av visse områder kan medføre at det også hindrer noen i å komme ut eller hindrer fri tilgang til områder som beboere normalt har tilgang til. Eksempel på dette er låsing av hoveddøren til en avdeling. En dør som har installert utstyr i den hensikt i å hindre en person i å komme ut (kodelås, dobbelthåndtak, magnetbryter osv.), må anses som låst for den personen.

Det finnes ingen lovhemmel for å holde en person tilbake i institusjon mot sin vilje, på den annen side har personalet et ansvar for at personer som ikke kan ta vare på seg selv, ikke kommer til skade (for eksempel ved å «rote seg bort») (Straffelovens § 242).

Det kan være mange grunner til at en person ønsker å forlate en avdeling. Det kan være et ønske om å gå en tur, personen kan være forvirret og ikke ha noen klar ide om hvorfor han/hun vil passere en bestemt dør eller så kan personen ha en ide om at han/hun skal hjem til barndomshjemmet (som ikke eksisterer mer) eller hjem til ektefelle (som er død). Det kan også være at personen vet at han/hun er på sykehjem og ikke ønsker å være der, men vil hjem til hus/leilighet som personen hadde før innleggelse. I siste tilfelle kan det være snakk om ulovlig tvangsinnleggelse.

Når en skal sikre en person mot å komme til skade ved å bli borte, så må det derfor vurderes hvorfor personen vil ut og hvilken metode som er best å bruke for å sikre en dør. En alarm som varsler når personen passerer døren kan være mer hensiktsmessig enn lås fordi dette kun vil omfatte dem tiltaket er ment å omfatte. Det er viktig at slike tiltak ikke brukes for å holde personer ulovlig tilbake, men hindrer personer i å «rote seg bort». Det kan være en forsinkelse slik at personalet kan komme til og avlede personene med andre aktiviteter, eller å gå en tur ut sammen med personen.

Andre typer sikringstiltak som sengehest, sele i stol, brett foran stolen osv. for å hindre personer uten gangfunksjon i å falle ut av seng/stol er en del brukt. Argumentet for dette er stor sett å forebygge skade. Jeg mener slike tiltak bør forvaltes i henhold til pasientrettighetsloven § 4-6 (se over). Det vil si at noen må samtykke på vegne av pasienten, og at et slikt samtykke bare er gyldig hvis pasienten ikke motsetter seg tiltaket. Det vil alltid være skjønn som ligger til grunn når det vurderes om en person skal sikres i stol eller seng. Det er viktig at personer som har gangfunksjon ikke blir passivt sittende bare fordi de kanskje kan falle og ikke er i stand til å protestere mot sikringstiltaket. Har personen ustø gange på grunn av bruk av psykofarmaka eller andre legemidler, må legemiddelet vurderes før sikringstiltak kan benyttes. Det er viktig å være klar over at personer som sitter fastbundet i en stol, kan være ekstra utsatt for komplikasjoner fra den reduserte muligheten til å bevege seg (trykksår, stase av blodsirkulasjon til bena osv.) og må sikres jevnlig tilsyn og hjelpe til å bevege seg. *Låsing av dører eller bruk av mekaniske sikringsmidler kan ikke brukes på grunn av for lite personell.*

Medisinsk behandling og undersøkelse uten pasientens samtykke

I undersøkelsen beskrevet i innledningen, fant vi at 11 prosent av pasientene i somatiske sykehjemsavdelinger og 17 prosent av pasientene i skjermede enheter får tilsatt medisin i mat eller drikke mot sin vilje eller uten å vite om det (3). I de fleste tilfellene (63 prosent) var det ansvarlig sykepleier som hadde bestemt at medisin skulle gis uten pasientens vite, og bare i 20 prosent av tilfellene var det legen som hadde tatt denne avgjørelsen.

Selv om det har blitt gjort vurdering av pasientens samtykkekompetanse og at det er nødvendig å gi medisin, så fratas pasienten muligheten til å protestere og klage så lenge han/hun ikke blir gitt muligheten til å vite at de får medisin. Mange som får medisin tilsatt i mat og drikke, får det fordi de har problemer med å svele. Det bør være greit å gjøre dette i samarbeid med pasienten, men dette er ofte vanskelig når pasienten har en alvorlig demenstilstand eller av an-

Namsos
sykehjem

FOTO: JANNEKE REYNAERT



nen grunn ikke oppfatter at han/hun får medisin. I hele 44 prosent av tilfellene der man gav en pasient medisin uten dennes viden, var begrunnelsen at de ikke ville ha medisin eller at de spytet ut medisinen (2). Dette er vanskelig å forsvare både juridisk og etisk, og det må være svært sterke faglige argumenter for å gjøre dette.

Hvis det er behov for å gi et medikament på annen måte enn forskrevet (knusing av tabletter, åpning av kapsler, tilsetting i mat osv.) og uten en pasients samtykke, foreslår jeg at avdelingen lager rutiner for å sikre best mulig håndtering. For det første er forskriving av medikamenter legens ansvar. Legen må derfor gå gjennom medikamentene til pasienter hvor det er vanskelig å få gitt disse på vanlig måte. Hva er absolutt nødvendig å gi? Kan preparatet gis i annen form (som er lettere for pasienten)? Hvis noe skal knuses og/eller blandes i mat eller drikke, må det vurderes om dette kan gjøres med det spesifikke preparatet (står i Felleskatalogen). Hvis pasienten ikke er i stand til å samtykke, må reglene i Pasientrettighetsloven § 4–6 følges og pasienten skal så langt det er mulig informeres om at det gis medisin. Motsetter pasienten seg medisinering, skal dette respekteres. Hvis legen likevel mener at legemiddelet bør gis, er det i dag ikke lovhemmel for det, men det er endringer på vei (se under).

Pleie og omsorg som pasienten motsetter seg

Personer med demens kan av forskjellige årsaker ha problemer med å oppfatte hva som skjer og hva som skal skje.

Dette kan blant annet gjøre det vanskelig å få til god samhandling i forbindelse med gjennomføring av ADL-tiltak (personlig hygiene, av-/påkledning og måltider), noe som igjen gjør at forskjellige former for tvang brukes i slike situasjoner. I skjermende enheter ble det brukt mer eller mindre tvang i slike situasjoner overfor 21 prosent av beboerne og overfor 17 prosent av beboerne i somatiske sykehjemsheter(1). De variablene som var sterkest assosiert med tvang i ADL, var langtkommen demens og utagerende atferd. Tiltakene var alt fra at en måtte holde hendene til en pasient som var svært dårlig og kunne spontant slå ut hvis han følte ubehag (for eksempel fikk vann i øyne) eller som måtte holdes i forbindelse med av-/påkledning fordi pasienten ikke klarte å samarbeide motorisk, til at personer ble stelt med makt under protest fra personen.

Som nevnt, er det i dag ingen lovhemmel for å bruke tvang, heller ikke for å gjennomføre nødvendig stell. Det vil være en skjønnsmessig vurdering av når holding av hender, føtter eller hodet til en svært forvirret pasient er tvang, det vil si: har pasienten en bevisst motstand mot tiltaket? Det vil uansett være viktig at personalet har kompetanse og ferdigheter til å gjennomføre slike stell på mest mulig lempelig måte. I de tilfellene der en person klart sier at han/hun ikke vil ha hjelp, ikke vil på badet, ikke vil skifte klær, så har vi i dag ingen lovhemmel for å gjøre det med makt. Jeg mener også at det skal være ekstreme forhold før man kan si at det etisk/faglig forsvarlig å gjennomføre hygienetiltak mot en



persons vilje. Min erfaring er at det i de fleste tilfeller finnes løsninger på slike situasjoner uten bruk av tvang. Det vil imidlertid være enkelte tilfeller der det er nødvendig å gjennomføre hygienetiltak uten pasientens samtykke og som pasienten motsetter seg.

Endringer i pasientrettighetsloven

Helsepersonell har i lang tid etterlyst et klarere regelverk for hvordan situasjoner beskrevet over skal håndteres (4). Fjerde desember 2006 vedtok Stortinget endringer i pasientrettighetsloven som åpner for muligheten til å gjennomføre helsehjelp som en person motsetter seg (5). Lovendringen har ikke trådd i kraft ennå¹, men jeg vil likevel gjengi § 4A–3 som angir vilkårene for å kunne gi helsehjelp som pasienten motsetter seg.

§ 4 A–3. Adgang til dgi helsehjelp som pasienten motsetter seg.

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tiltakspende tiltak ha vært forsikt, med mindre det er åpenbart formålsøkt å prøve dette. Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helse-skade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nærmest fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.

Det er en fare for at avdelinger med lav kompetanse og dårlig tilbud vil føre til at pasientene fungerer dårligere og at

det igjen kan føre til at bruk av tvang rettferdiggjøres. Det er derfor viktig å merke seg hva Helse- og sosialkomiteen i Stortinget sier i sin innstilling til loven (6):

Komiteen understreker at tvang aldri skal brukes som følge av manglende ressurser i helse- og omsorgstjenesten. Bruk av tvang forutsetter tvert imot god ressurstilgang, blant annet i form av kvalifisert personell som kan finne frem til frivillige hjelpe tiltak og foreta gode faglige vurderinger av behovet for bruk av tvang.

Dette er en god konklusjon. Hvis tillegget til Pasientrettighetsloven blir brukt som argumentasjon for å øke kompetansen til personalet og lage fagmiljøer hvor fokus blir satt på positive løsninger framfor bruk av tvang, kan dette føre til en bedring av kvaliteten på tjenestene. Det er imidlertid alltid en fare for at noen velger enklere løsninger og ser lovendringen som en mulighet til å gjennomføre «nødvendige» helsetiltak uten å måtte bruke for mye tid på å involvere pasienten selv.

Litteratur

1. Kirkevold Ø, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. Scand J Caring Sci. 2004;18(3):281–6.
2. Kirkevold Ø, Engedal K. A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. Br J Nurs. 2004;13(15):902–5.
3. Kirkevold Ø, Engedal K. Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. BMJ. 2004.
4. Kirkevold Ø, Nygaard AM, Eek A, Engedal K. Om rettssikkerhet og aldersdemens. Ja, tenke det, ønske det, ville det med. Sem: INFO-banken; 1995, p. 99–114.
5. Om lov om edringar i pasientrettlova og biobanklova (helsehjelp og forskning - personal utan samtykkekompetanse). Ot.prp. 64 (2005–2006) Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
6. Innstilling til Odelstinget fra helse- og omsorgskomiteen - Ot.prp. nr. 64 (2005–2006). Inst. O nr. 11(2006–2007) Stortinget; 2006.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no

¹ Det er forskjellige signaler på når loven vil tre i kraft. I Ot.prp.64 er det sagt 1.1.08, mens andre signaler anslår 1.7.08 eller kanskje 01.01.09. Det vil uansett kommet et rundskriv i forkant av implementeringen av loven.

Behandling av friske – en syk idé?

Referat av møte på filosofisk poliklinikk, Bergen 11. april 2007

AV GUNHILD FELDE

Et av de mest aktuelle og heftig debaterte temaer i allmennmedisinen for tiden er den såkalte risikomedisinen. I hvor stor grad skal vi i vårt daglige arbeid jakte på og intervenere overfor personer med forbøyel risiko for framtidig sykdom? Det kan dreie seg om alvorlig sykdom som de fleste helst vil unngå å få, men til hvilken pris? Mer og mer av vår tid som leger går med til å behandle friske personer med medisiner som i noen tilfeller kan hindre en sykdom som mest sannsynlig ikke hadde rammet pasienten uansett. Utposten har ved flere anledninger tatt opp temaet, blant annet i Irene Hetleviks artikkel om Signe Skred i nr 7/2005. I nr 6/2006 var screening av friske et tema, og debatten omkring diabetesgenstudien, der mange friske barn med genetisk risiko for diabetes blir fulgt opp med jevnlig prøver i mange år, er et annet tilskudd til diskusjonen. Utposten behandlet dette temaet i nr 4/07.

Filosofisk poliklinikk i Bergen hadde våren -07 en serie med foredrag og påfølgende diskusjoner rundt temaet risikomedisin. På aprilmøtet var det duket for en aldri så liten duell mellom professor i allmennmedisin ved NTNU, Irene Hetlevik og professor og avdelingssjef ved hjerteavdelingen på Haukeland Universitetssykehus, Jan Erik Nordrehaug, som holdt en forberedt opposisjon til Hetleviks innlegg. Her følger et referat av hver av disse kapitlene innlegg, og deretter litt fra diskusjonen etterpå.

Irene Hetlevik holdt hovedinnlegget. Hun har forsket på hvordan retningslinjer for kardiovaskulær forebygging i allmennpraksis blir utformet, hvorfor de i liten grad blir tatt til følge av legene, og hva slags konsekvenser det ville ha om de ulike retningslinjene faktisk ble tatt til følge. Hun har beskjæftiget seg med hvordan vi kan skape en bærekraftig medisin hvis vi samtidig skal gjøre «alt som er mulig» innenfor et stort antall sykdommer og helseplager.

Irene Hetlevik tok utgangspunkt i en firefelts tabell som beskriver de forskjellige pasientkategoriene vi møter i allmennpraksis. Den ene aksen beskriver pasientens opplevelse av enten helse eller uhelse, den andre aksen legens/medisinens beskrivelse av pasienten utfra objektive funn eller mangel på funn.



Det er kategorien øverst til venstre, altså der pasienten opplever seg frisk, men der det blir gjort funn som for eksempel høyt blodtrykk, Hetlevik beskjæftiger seg med videre i sitt innlegg. Denne pasienten får påvist en helserisiko og gjøres til en pasient. Hun bemerket innledningsvis at det på slutten av 1960-tallet var under 1000 artikler med ordet risiko som inngangsport ved søker i litteraturen. Tilsvarende tall på 1990-tallet var over 250 000.

Epidemiologisk forskning skal finne faktorer i kroppen som kan si noe om framtidig risiko for sykdom, for eksempel blodtrykk, kolesterol eller gener. Annen type forskning må finne metoder til å utsette død, eller for prognoseforbedrende behandling. Forskningen må så implementeres på befolkningen. Allmennlegene har ansvaret for den ene av disse prognoseforbedrende metodene samfunnet kan anvende, kalt høyrisikostrategi.

Kliniske retningslinjer er kunnskap satt sammen slik at allmennlegene kan bruke det. Effekt omdannes til effektivitet. Hetlevik gikk videre inn på vanskelighetene som viser seg når retningslinjene skal tas i bruk. Hun påpekte at alle er enig i at dette er vanskelig, men at en allikevel har kjørt videre på samme spor. Ofte hevdes det at det er allmennlegene som ikke gjør jobben sin. Hetlevik hevdet at kunnskapen ikke er implementerbar fordi den ikke er sann nok i kliniske situasjoner, selv om den, metodologisk sett, er aldri så sann.

Hun tok deretter *hypertensjon* som eksempel på en risikofaktor som brukes i stor stil i helsetjenesten. Til å begynne med brukte en begrepet malign hypertensjon ved svært høyt blodtrykk med stor dødelighet. Det ble brukt medikamenter med store bivirkninger, men dette var akseptert p.g.a. den høye dødeligheten. På 1960-tallet kom det nye og bedre blodtrykksmedisiner med bedre toleranse, og grensene for normalt blodtrykk ble etter hvert senket, og flere ble behandlet. Hetlevik påpekte at risikoen ved blodtrykk øker fra de helt lave verdiene. Altså kan all tensjon dermed egentlig betraktes som hyper, selv om det er en eksponentiell økning (risikoen øker fortare ved høyere verdier). Det finnes altså ikke noe bestemt nivå der risikoen begynner å øke. Grensen som WHO har satt, gjør at seks av ti nordmenn over 40 år har en hypertensjonsdiagnose.

Kolesterol som risikofaktor kom raskt etter. Da Statens legemiddelkontroll i 1995 sendte ut nye anbefalinger til norske allmennleger, økte risikantpopulasjonen over natta fra 250 000 til 1 million. Når anbefalt kolesterolgrense senere er flyttet ned til fem, betyr det at 90 prosent av alle 50-åringar og 50 prosent av alle 25-åringar har for høy verdi.

For at allmennlegene skulle kunne tilby en klokkeitime hvert år med formål å redusere denne definerte risikoen, trengetes plutselig 600 nye allmennlegeårsverk.

I allmennmedisinien har vi behov for å kunne frikjenne pasienten, si at alt ser fint ut, og at pasienten kan gå videre i livet som hun pleier.

Hetlevik kom deretter inn på hvor betydningsfull definisjonsmakten er. Ingen makt er bedre legitimert, og mer effektiv, enn den som framstår som godhet. Medisinien gir seg selv et mandat til å være hjelpere for storparten av befolkningen ved at de definerer $\frac{1}{4}$ av friske voksne som pasienter i kraft av to risikofaktorer for en risikotilstand. Det minste problemet med dette er det praktiske med å følge opp disse pasientene. Hovedproblem, ifølge Hetlevik, er den manglende etiske refleksjon innen denne formen for kunnskapsproduksjon. En kunnskapsproduksjon, som når en kikker nøyere på den, kan framstå som en teoretisk kortslutning, der definisjonen gjør det uvanlig å være normal, vanlig å være unormal. En unormalitet helsetjenesten gir seg selv en jobb med å rette opp. Pasientene tilbys kontroller de vanskelig kan si nei til, de risikerer å få en diagnose de ikke fortjener, og bli unsødig hjelpløse. Egenomsorgsevnen kan bli ødelagt. Kunnskap om risikofaktorer øker og rammer alle. Alder er et ikke-tema i dette bildet. Medisinsk forskning bidrar til å gjøre alder til sykdom og eldre til gjenstand for multippel teknologianvendelse i forebyggende hensikt.

Sykdom og død kan utsettes hos noen, men ikke forebygges, ifølge Hetlevik. En forutsetning hvis dette skal skje vitenskapelig, er at allmennlegene utfører det praktiske arbeidet like nøyaktig som i de kliniske studiene som har dokumentert en behandlingseffekt. En forutsetning er også at polyfarmasi ikke medfører komplikasjoner som kan nøytralisere en effekt eller sågar forverre prognosene. Hvert medikament er jo i studiene undersøkt for seg. Hvis vi ser på blodtrykksbehandling, må 200 gamle pasienter behandles i fem år for å «redde» fem hjerneinfarkt og fem koronare hendelser. Hvis vi gjør det samme med 200 middelaldrende pasienter vil vi «redde» to hjerneinfarkt og en koronar hendelse. For disse vil altså 197 pasienter behandles i fem år uten noen gevinst, kanskje med bivirkninger. For kolesterolbehandling spares ett dødsfall og to hjerteinfarkt ved å behandle 200 pasienter.

Hetlevik påpekte at hypertensjon og kolesterol allikevel er av de risikofaktorene for sykdom som har best dokumentasjon. Hun viste for eksempel til at årelatning som behandling ved høye jernlagre må ansees som en rent kosmetisk behandling som kun får ferritin til å gå ned. Behandling av høyt homocysteinnivå med D-vitamin er et annet eksempel. Som mange vet, har det vist seg at denne behandlingen ikke reduserer hjerte-kardødelighet, men heller øker denne, selv om homocysteinnivået går ned.

Allmennlegene kan med risikomedisinien bli fragmentbehandlere, ifølge Hetlevik. Hvis vi skal ta forebyggingen alvorlig, blir det lite tid igjen til det pasienten selv opplever å feile. Hvordan har medisinien kunnet utvikle seg slik? Dette handler om forskningen, sa Hetlevik. Media og farmasøytsk industri driver forretning med de regler som der gjelder. Men de har kunnet stikke hånda inn i en hanske som er formet av et vitenskapssyn som fremmer dette fragmenterte syn på mennesket, hevdet hun videre. Forskingen betrakter også fragmentene adskilt fra mennesket, og resultatene brukes så på et antatt gjennomsnittsmenneske, både hvordan målte verdier skal vektlegges, og hvordan de skal behandles. Dette blir en idealisert menneskekropp, en kropp hvor intet menneske bor. Men ingen lege møter slike kropper, mente Irene Hetlevik, og la til at den moderne medisinien har fjernet seg fra det levende mennesket, og påberopt seg en verdisøytral posisjon som leverandør av valid, metodisk riktig frambragtt informasjon. Den samme akademiske medisinien drofter i mindre grad hvilken virkelighet de er med på å skape, og overlater til politikerne og medisinske praktikere å ta ansvar for kunnskapens anvendelse, sa hun.

Er så behandling av friske en syk ide? Hetlevik svarer i hovedsak ja.

Jan Erik Nordrehaug tok utgangspunkt i at hjerte-karsykdom medfører høy dødelighet, og fortsatt er folkesykdom nummer en. Han tok tak i tallene Hetlevik la fram som viste at vi ved intervensjon redder tre av 200 ved statinbehandling av høyt kolesterol. Han tok salen med på å multiplisere tallet med 100, og påpeker da at vi med 20 000 behandlede pasienter vil redde 300. Det er store tall som gjør større inntrykk.

Blant 13–19-åringene har 17 prosent begynnende hjerte-karsykdom, hevdet han. Dette øker etter hvert, og over 50 års alder har svært mange fortykkelse av karveggene. Han minnet om at hjerte-karsykdom er en dramatisk sykdom der pasienten ofte ikke merker noen symptomer før et hjerteinfarkt. Med god intervensjon, både behandling og forebygging, er den dystre utviklingen fra 70-tallet med økt dødelighet hos menn, snudd, sa han.

Vi kan behandle symptomene når de oppstår, men dette er ikke godt nok, hevdet Nordrehaug, som mente at vi må finne markører og forebygge hos de friske. Vi må vite noe om fem-og ti-årsprognosene, og utfra dette ta stilling til hvor stor risiko vi kan godta. Han snakket om «klokke koner og menn» som noen vi har bruk for i diagnostikken, mens han i behandlingen mente at vi kun måtte bruke EBM, matematikk og statistikk.

Nordrehaug viste til 1960-tallet, da helsevesenet lot risikantene for hjertesykdom være i fred. Dette gikk ikke bra, og det viser, ifølge Nordrehaug, at risikantene må «piskes og plages litt». Han mente også at det var kraftig overdrevet når noen hevdet at folk ble nervøse av å vite sin risiko for sykdom. Han hevdet, utfra egenfaring, at pasienter generelt var rolige og ofte påfallende upåvirket selv om de lå i sykesengen med nyoppstått hjertesykdom.

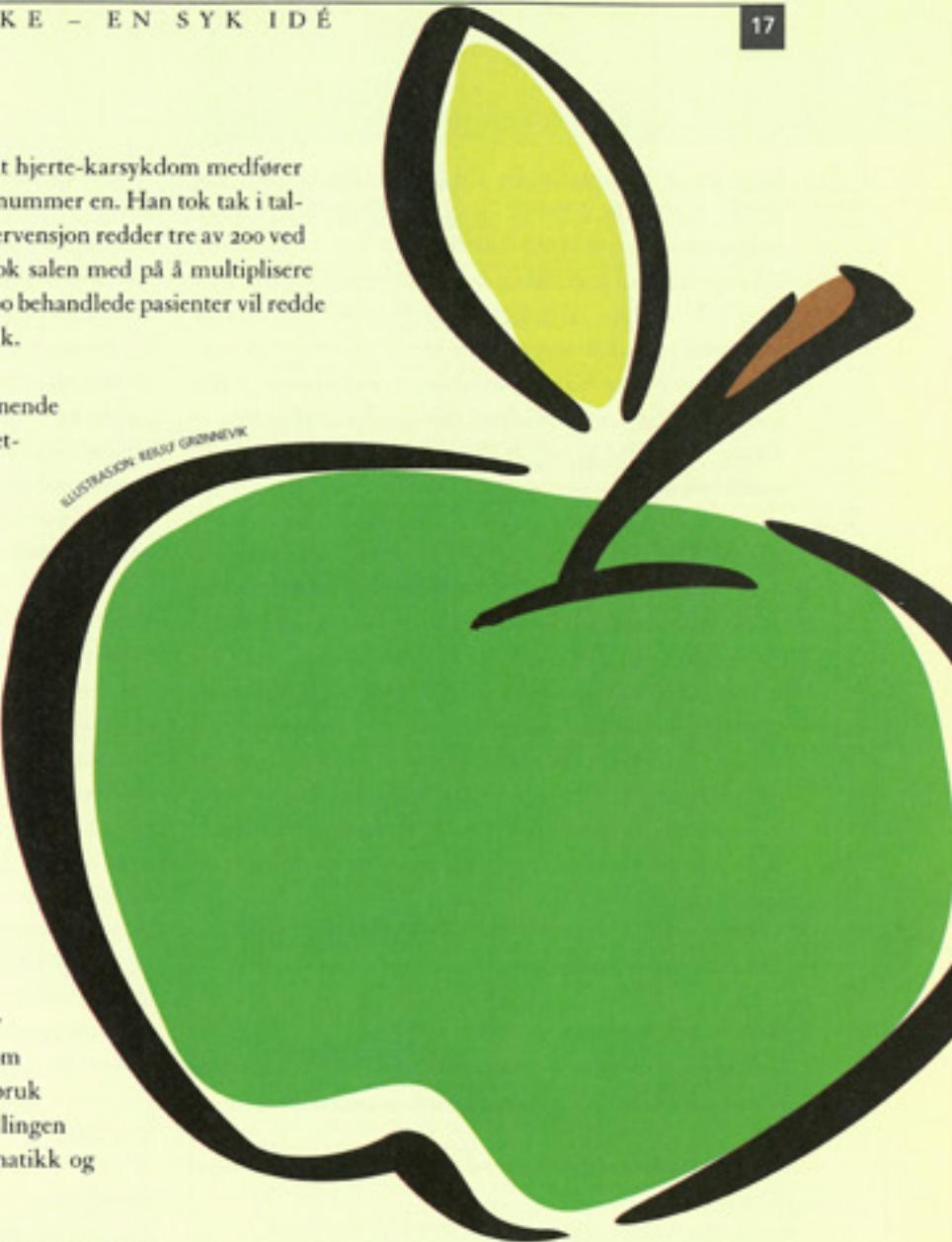
Nordrehaugs konklusjon i sitt innlegg var at personer med forhøyet risikoskåre ikke er friske. Intervensjon er naturlig og nødvendig, og behandlingen skal være nyttig og kostnadseffektiv. Han framhevet også avslutningsvis at alt vi gjør må være evidence-basert, og mente at det var uverdig å sitte på hvert sitt kontor og vurdere behandling individuelt. Retningslinjer må fastsettes av myndighetene.

I diskusjonen etterpå poengterte først Hetlevik at dette er snakk om allmennmedisinske pasienter, ikke sykehuspasienter som i utgangspunktet ikke er friske. Som svar på

Nordrehaugs betoning av EBM svarte hun at retningslinjene er EBM-baserte, og at det også er laget EBM-baserte implementeringsstrategier for å få det til å virke. Allikevel virker det ikke, selv der det er forsøkt etter alle kunstens regler. Hvorfor? spurte Hetlevik. Det Nordrehaug anbefaler, har vært sagt og forsøkt så mange ganger før uten at det er vist å virke, hevdet hun.

Fra salen fikk Hetlevik spørsmål om hva hun selv gjør i sin praksis i forhold til behandling av risikanter. På dette svarte hun at hun, som andre allmennleger, forsøkte å fortelle pasienter at de skal leve sunt. Når hun erfarer at dette ikke virker, behandler hun med medisiner, men følger ikke behandlingsmålene fordi de nærmest er uoppnåelige uten at en skal drive massiv behandling av en enkelt risikofaktor. «Jeg jenker det til», var hennes svar.

Fra salen kom det også spørsmål til de to duellantene om hvor de syntes grensa for intervensjon skulle gå. Nordre-



haug svarte til dette at det i dag ikke finnes noen klar grense, men at det er behov for klare retningslinjer fra helsedepartementet, som alle kan forholde seg til. Dette skal ikke overlates til hver enkelt doktor å vurdere, hevdet han. Hetlevik etterlyste en diskusjon om hvorvidt kunnskapen om risiko er så mye verdt at den kan få ta fra mange opplevelsen av å være frisk. Nordrehaug svarte til dette at folk med en skyhøy risiko absolutt skal frataes opplevelsen av å være frisk. Han mente de fleste i denne situasjonen ville ønske behandling.

Fra salen ble det også hevdet at det har gått inflasjon i risikobegrepet. Det trengs EBM, men samtidig bruker vi store midler på å behandle grupper der det faktisk ikke er vist noen nytteverdi, f.eks. statiner til friske kvinner. Det ble hevdet at Nordrehaug bastant utbaserte en godhetsposisjon der han snakker om å gjøre nytte, og der han betoner at dette er alvorlige sykdommer, slik at behandling framstår som godt i seg selv. En savner oppi dette en refleksjon rundt at pasienten har en stemme som bør høres. Synes pasienten at dette er så viktig at hun vil bli gjort til pasient og ta tabletter på livstid?

Slik gikk debatten i Bergen...

Edvin Schei kommenterer

Edvin Schei er leder for Filosofisk poliklinikk, fastlege og seksjonsleder ved Allmennmedisinsk institutt i Bergen.

Hvorfor valgte dere å fokusere på dette temaet i vårens møteserie på FP?

Filosofisk Poliklinikk ønsker større faglig takhøyde og skjerpet selvkritikk i medisinens. Skal helsevesenet fortjene og bevare sin plass som betrodde hjelgere, må vi unngå skräskkerhet og faglige overforenklinger. Det er pasienten – folk flest – som betaler prisen for våre feilvurderinger, enten vi gjør for lite eller for mye i den gode saks tjeneste. Risikodebatten er svært viktig, både fordi den påvirker bruken av enorme medisinske ressurser, den griper inn i hele samfunnets tenkning om menneskelig eksistens, og den tvinger oss til å erkjenne hull i kunnskapsgrunlaget og blinde flekker i det faglige synsfeltet. Store mengder «korrekte» fakta kan ikke alene løse problemene, fordi det alltid er usikkert hva fakta betyr, og hva de bør få bety. Medisinens mangler gode måter å håndtere at viden skaper uvitenhet og nye spørsmål. Vi innbiller oss at kunnskap frembringer definitive avklaringer. Men det kan være omvendt – mange problemer er divergente – de blir mer komplekse jo mer vi vet om dem. Da kreves det samarbeid, ydmykhets og dommekraft for å gjøre kloke valg, og det er her åpen debatt kan være til nytte.

Hvordan vil du oppsummere Hetleviks og Nordrehaugs diskusjon?

Diskusjonen viste hvor lett det er å snakke forbi hverandre når det er mange viktige temaer og aspekter innbakt i et medisinsk problemfelt, slik det er i risikodebatten. Kardiologens daglige erfaringer med alvorlig syke og ofte dypt taknemlige mennesker som reddes av høyteknologi blir gjerne rammen for hans refleksjoner. Allmennmedisinegens årlange relasjoner til hele spekteret av folks helseproblemer gir et annet utsiktspunkt. Begge parter kan bli blinde for sannheten i den andres erfaringer – det minner om den indiske fabelen om de ti vise menn og elefanten.

I diskusjonen – som var både munter og dannet – kunne man merke tendenser til svart-hvitt-tenkning og «kjønner-du-ikke-dette-engang» fra begge parter. Debatten gjenspeilte også maktforholdene i faget: Den kritiske allmennmedisinske røsten, væpnet med vitenskapsteori, gode eksempler og lange resonneringer, fremsto mest som en irritert klegg, irritert, bekymret og frustrert over å måtte forvalte dårlige retningslinjer vedtatt bland superspesialister. Kardiologen syntes ganske ubekymret og faderlig der han la frem sine personlige erfaringer, sin omsorg for de alvorlig syke, sin EBM, og sin overbevisning om at alt vil bli bra dersom vi overlater til spesialistene å vite best. En trøst for Hetlevik er at selveste Sokrates pleide å se på seg selv som en klegg – hans egendefinerte rolle var å bite de mektige i leggen med vriene spørsmål for å vække dem fra selvtifredshets sovn.

Nordrehaug gjorde et retorisk poeng av «kloke koner», og siktet antakelig til dem som baserer medisinske avgjørelser og rådgivning på subjektivt skjønn. Han påpeker at vi må ta i bruk den faglige viden, nedfelt i evidensbaserte retningslinjer av dem som «vet best». Her savnet jeg en refleksjon over det prinsipielt umulige i å ta beslutninger uten å anvende skjønn. Aristoteles viste for over 2000 år siden at beslutninger i det mellommenneskelige feltet aldri kan baseres på sikker viden, fordi mennesker og situasjoner aldri gjentar seg – det er alltid noe nytt, noe man ikke vet, noe man ikke kan være sikker på. «I praksis må vi noen ganger feile mot overdrivelse, andre ganger mot mangel, fordi dette vil være den letteste måten å finne middelveien, det rette,» sier Aristoteles, som derved utvilsomt erklærer seg som «klok kone».

Dette var vel på mange måter to verdener med helt forskjellig virkelighetsoppfatninger som stantet mot hverandre. Tror du det er mulig å tenke seg at disse to verdene, som helt skal samhandle, kan nærmere seg hverandre?

Jeg er ikke i tvil om at det er mulig å utvikle gode kliniske og pedagogiske modeller for risikohåndtering hvor fornuft fra begge sider får gjennomslag. Men det er ikke sikkert vi får det til. Mye avhenger av at de som er ute på slagmarken er i stand til å oppdre med utholdenhets, fasthet og ydmykhet, og møte den andre parts argumenter med respekt. Det finnes ikke perfekte løsninger på risikoproblematikken, det vil være gode og edle formål som må oppgis uansett hvordan man vrir det. Det finnes ikke perfekte debatter, ikke perfekte mennesker, ikke perfekte liv. Å forstå at det må være slik kan være en hjelp. Det innebærer at vi kan akseptere kompromisser, at vi kan være fornøyde med løsninger hvor *det viktigste* er på plass. Grenseløs idealisme fører lett til at det beste blir det godes fiende.

Vanskelige, opphetede debatter i medisinene er i seg selv svært positivt. Det får oss til å grave i dybden og finne frem de underliggende begrunnelsene for å mene og handle slik eller slik. Mange kamphaner har det felles at de faktisk vil pasientenes beste. Hvorfor er de da så uenige? Hva er det med virkelighetsoppfatningen som spriker? Når vi kan se hva vi ser forskjellig på er vi straks bedre i stand til å gripe saken an på klokt vis. I hard debatt får vi formulert ut en del etiske og sosiale dilemmaer som det er all grunn til å tenke over. Dette gjør det lettere for myndigheter, pasienter og risikanter å tenke selv og gjøre bedre valg. Risikodebatten er derfor både nyttig og viktig.

Du har selv sammen med en kollega gjennom kronikker i avisene bidratt til å opplyse folk flest om aspektene rundt syklig-gjøringen av den friske befolkningen. Hva tenker du om behovet for slik informasjon og debatten om dette i offentligheten?

Overforenkling er en konstant trussel mot livskvalitet og helse. Hvis medisinen fremstår som en ugjennomtrengelig enighet, belærende og autoritær om hvordan folk bør leve sine liv, utgjør vi en undertrykkende makt. Vårt oppdrag innebefatter at vi skal prøve å gjøre folk sterke, og da må vi begynne med å vise frem virkeligheten slik den ser ut på vårt felt, så folk kan orientere seg og tenke selv. Frihet forutsetter kunnskap. Og blant kunnskapen er det kanskje viktigst å vite at det er så mye vi ikke kan vite sikkert, og at det er greit. Risiko er jo bare tall for det vi ikke kan vite med sikkerhet. Vi må hjelpe folk til å leve med dette, ikke glatte ut det komplekse og redusere folk til passive mottakere av eksperters overforenklede råd.

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

C Ebixa "Lundbeck"

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

DRÅPER, opplosning 10 mg/g; 1 g innh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, rentset vann. TABLETTER, filmdragsjerte 10 mg: Hver tablet innh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. **INDIKASJONER: Behandlingen bør initialisere og vedlikeholde av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omgangsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitere pasientens legemiddelintak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende nettinglinjer. Voksen/eldre: Maks. daglig dose er 20 mg. Risiko for blivirkninger 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 tablet/10 dråper om morgenen) i den første uken, 10 mg daglig i den andre uken (en ½ tablet/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablet/20 dråper om morgenen og en ½ tablet/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsett behandles med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablet/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uevhengig av måltider. Ved moderat nedsett myrefunksjon (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 krampanfall eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadinv, ketamin eller dekstrometorfan er unngås pga. økt risiko for blivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (feks. drastiske endringer i kostholdet, feks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort innattak av synsyneinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjertefarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA-klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøy. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsætte evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kører 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 dosisjustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadinv, ketamin og dekstro-metorfan bør unngås pga. risiko for farmakotokisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, klinin og nikotin innebefatter en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklorotiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklorotiazid er mulig. Enkelte stoffer av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitering av protrombinetid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** 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 skiller ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Blivirkningene er vanligvis mildt til moderat alvorlig. Hypotone (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppe. Sentralnervesystemet: Svinnehet, hodepine og somnolens. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gang. Øvrige: Tretthet. Krampanfall er rapportert svært sjeldent. Enkelte stoffer 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 overdosose (selvmordstank) overlevde pasienten inntaket av opptil 400 mg memantin (oralt) med virkninger på sentralnervesystemet (rustlighet, psykose, synhallusinasjoner, kræmper, somnolens, stupor og bevisstløshed) som gikk tilbake uten varige mén. Behandling: Bør være symptomatisk. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-receptor-antagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanisme: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamat- og neurotransmitter, særlig ved aktivering av NMDA-receptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av patologisk økt spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. Absorpsjon: Absolutt bioaktivitetsgrad ca. 100%. Tmax oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakoncentrasjoner 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 monoeksponeiselt med terminal t½ på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisert urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. Metabolisme: Ca. 80% gjennføres som mordersubstanse. Hovedmetabolitene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Dråper: Åpent flasker bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Dråper: 50 g kr 798,-/70. Tablett: 30 stk. kr 528,-/60, 50 stk. kr 792,-/10, 100 stk. kr 1549,-/80.**

Basert på godkjent SPC april 2006. Priser pr. 01.01.2007

REFERANSER: 1) Reisberg B, Doody R, Stöffler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New Engl J Med* 2003; 348: 1333-1341. 2) Gauthier S Int J Ger Psychiatry 2005; 20:459-464 3) Wimo A, Winblad B, Stöffler A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics* 2003; 21 (5): 1-14.



H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

Screeningeffekt vurderes best gjennom MAMMOGRAFI PROGRAMMET

AV BERIT DAMTJERNHAUG

Mange kvinner henvender seg til sin fastlege med spørsmål om mammografiundersøkelse. Det er derfor viktig at allmennleger har god kjennskap til det offentlige Mammografiprogrammet. Programmet har gode muligheter for overvåking av kvalitet og for evaluering av effekter. Kvinner i alderen 50–69 år bør derfor oppfordres til å møte i det offentlige programmet dersom de ønsker regelmessige mammografiundersøkelser. De bør få saklig og korrekt informasjon, bli informert om fordeler og ulemper ved å delta, og på dette grunnlaget selv velge om de vil ta i mot tilbuddet eller ikke.



Berit Damtjernhaug

har studert medisin ved UiO, og ble ferdig utdannet i 1982. Hun bor på Kongsvinger og har jobbet med mammakirurgi ved Brystdiagnostisk senter i Drammen siden senterets oppstart i 2001. Fra 1. januar 2007 jobber hun på Krefregisteret som leder av Mammografiprogrammet.

- Mammografiprogrammet er et tilbud til alle kvinner i Norge i alderen 50–69 år om å ta to-bilde mammografi hvert andre år.
- Programmet startet som et prøveprosjekt i Oslo, Akershus, Rogaland og Hordaland i 1996/97. Prosjektet hadde en tidsramme på fire år, det vil si gjennomføring av to screeningrunder.
- I 1998 vedtok Stortinget at tilbuddet skulle bli landsdekkende, grunnet gode resultater i første screeningrunde av prøveprosjektet.
- Utvidelsen gikk gradvis. Mammografiprogrammet ble derfor et landsdekkende tilbud først i 2004, da Vestfold åpnet sitt heldigitale brystdiagnostiske senter i Tønsberg.
- Helse- og omsorgsdepartementet er øverste ansvarlige for Mammografiprogrammet, og programmet gjennomføres som et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet, Krefregisteret, Nasjonalt folkehelseinstittut, Statens strålevern og helseforetakene. Den nasjonale ledelsen er lagt til Krefregisteret.
- Programmet bygger på en egen kvalitetsmanual, som igjen støtter seg på den europeiske manualen.
- Referanser til vitenskapelige publikasjoner fra Mammografiprogrammet kan fås ved å kontakte Krefregisteret.

I Utposten nummer 6/2006 skriver Frydenberg om screening generelt, og hvordan screening for ulike sykdommer påvirker legers arbeidssituasjon og muligheter for prioritering i den kliniske hverdag. Hun bruker i sin artikkel blant annet mammografiscreening som eksempel. Vi vil her avgrense temaet kun til mammografiscreening, som har tidlig diagnostikk ved en alvorlig folkesykdom som mål.

Mammografiscreening reduserer brystkreftdødsfall

Utgangspunktet vårt er at vi i Norge allerede har et eksisterende mammografiprogram. Dette tilbuddet har vært landsdekkende i kun tre år, selv om det er over ti år siden de første prøvefylkene startet (se faktaboks). Siste fylke som startet har med andre ord bare én fullført screeningrunde bak seg. Rundt 500 000 kvinner er nå i målgruppen for å inviteres i løpet av en screeningrunde, og vi skylder derfor norske kvinner å evaluere effekten av programmet.

Innføringen av offentlig organisert mammografiscreening i Norge var basert på randomiserte befolkningsstudier i flere land, blant annet fra vårt naboland Sverige. Disse studiene



og deres konklusjoner har vært omdiskuterte. Det har derfor vært gjennomført oppsummeringer der resultater fra de randomiserte studiene er lagt til grunn for en samlet vurdering av effekt på dødelighet. WHO konkluderte med en effekt på 25 prosent blant de inviterte kvinnene. Den siste, oppdaterte Cochrane-rapporten kommer frem til en effekt på 15–20 prosent. Det er altså enighet om at organisert mammografiscreening i aldersgruppen 50–69 år har en effekt på brystkreftdødelighet, men det diskutes hvor stor denne er.

En annen måte å beskrive nytten av mammografiscreening på, er å oppgi antall kvinner som må inviteres til screening for å redde et liv. Tar man utgangspunkt i en effekt på 25 prosent redusert brystkreftdødelighet, viser foreløpige beregninger basert på norske befolkningstall at 345 kvinner må tilbys screening i 20 år for å redde en kvinne fra brystkreftdød. Tilsvarende tall med en 20 prosent reduksjon er 431 kvinner.

I tillegg til dødelighetsreduksjon diskutes også ulemper ved mammografiscreening. Et av disse er såkalt «overdiag-

nostikk», det vil si avdekking av krefttilfeller som ubehandlet ikke ville gitt symptomer i kvinnenes levetid. Overdiagnostikk er en utfordring ved alle screeningprogram, også mammografiscreeningen. Ulike forsøk er gjort på å beregne hvor stort problemet er. Resultatene varierer, med de fleste et sted mellom en til ti prosent. En studie av Zackrisson og medarbeidere i Sverige anslår omfanget til ti prosent. Så langt er det ikke publisert noen samleanalyser på temaet. Forsøk på statistiske beregninger av omfanget i det norske programmet er under planlegging, men foreløpig er det for tidlig å si noe sikkert om dette i Norge.

Oppslutning er avgjørende

Målet med det norske Mammografiprogrammet er å redusere dødeligheten av brystkreft med 30 prosent blant de inviterte kvinnene. Dette er en «intention-to-treat» målsetting som har som en av sine viktigste forutsetninger at de som inviteres faktisk møter. Mammografiprogrammet kan ikke oppdage brystkreft hos kvinner som ikke møter. Og så langt er oppmøtet i Mammografiprogrammet høyt på landsbasis, på rundt 76 prosent. Vi ser imidlertid en by-land gradient ved at det er tendens til noe synkende oppmøte i de



største byene. Særlig i Oslo er det noen bydeler som skiller seg ut med lavt oppmøte, for eksempel en typisk «vestkantbydel» som Frogner. Vi ser også at oppmøtet er lavest hos de yngste kvinnene. I tillegg har vi mistanke om at innvandrerkvinner møter i mindre grad enn kvinner født i Norge.

Det er flere årsaker til at kvinner ikke benytter seg av tilbuddet i Mammografiprogrammet. Sannsynligvis er en av årsakene at en del kvinner velger å ta mammografi utenfor det offentlige programmet. Kvinner har selvfølgelig rett til selvstendig valg, men for Mammografiprogrammet er det uheldig dersom mange kvinner velger et annet tilbudd. Dette fordi grunnlaget for å evaluere det offentlige programmet blir dårligere. Per i dag er det ingen samlet oversikt over mammografiaktivitetene utenfor Mammografiprogrammet. Dermed er det heller ingen mulighet for å finne ut om undersøkelsesmønsteret er rasjonelt og tjenesten av samme kvalitet. Det er altså et viktig mål for Mammografiprogrammet at så mange kvinner som mulig velger det offentlige programmet dersom de ønsker å ta mammografi regelmessig.

Utfordringen med Mammografiprogrammets målsetting er at effekten først kan evalueres etter rundt ti år med screening. I mellomtiden er det derfor definerte tidligindikatorer

(beskrevet i Kvalitetsmanualen) som overvåkes fortøpende. Dette skjer både på lokalt og sentralt hold, og er mulig fordi all aktivitet i Mammografiprogrammet registreres i en felles database ved Kreftregisteret. Denne felles registreringen gir unike muligheter for å overvåke drift kontinuerlig og å evaluere resultater av den offentlige screeningen. Et eksempel på en tidligindikator er tumorstørrelse. En vet at dette er en viktig prognostisk faktor ved brystkreft. I Kreftregisteret database ser vi at andelen små tumores har økt betydelig etter oppstart av programmet. Før screeningoppstart (93/94) var andelen svulster under to cm 32 prosent, mens den var økt til 67 prosent i 2003–04.

Evalueringen av effekten på dødelighet er et komplisert og krevende arbeid, som dog er nødvendig for å kunne vurdere hva slags tilbud norske kvinner skal få når det gjelder offentlig organisert mammografiscreening. Helsemyndighetene har tildelt midler til oppstart av dette arbeidet, og Mammografiprogrammet ser frem til at resultatene foreligger. Fram til denne evalueringen er gjennomført et særleg viktig oppslutning om det offentlige programmet fortsetter.

Oppfordring er mulig

Vi har fått innspill til Kreftregisteret fra fastleger som ønsker seg et meldesystem der fastlegene blir varslet når «deres» kvinner ikke møter i Mammografiprogrammet. Både av logistikkmessige, juridiske og kanskje etiske grunner er ikke dette aktuelt å gjennomføre. Men siden invitasjonene i all hovedsak skjer kommunavis, er det mulig å vite når hovedtyngden av kvinner fra de enkelte kommunene inviteres, og oppfordre «sine» kvinner til å benytte dette. Det planlegges i forbindelse med snarlig oppdatering av Kreftregisterets hjemmesider å legge ut halvårlege planer for når de ulike kommuner står for tur. Dessverre er dette noe vanskeligere i større bykommuner fordi invitasjonene ofte er spredd utover i screeninggrunden.

Det er i tillegg viktig å merke seg at kvinnens alder ved første invitasjon kan variere fra 48–52 år. Dette er fordi kvinner inviteres etter fødselskohorter, samtidig som det tas hensyn til kommunerekkefølge og andre faktorer. Alle kvinner vil likevel få tilbud om ti undersøkelser totalt.

For leger som ønsker å ha informasjonsmateriell om Mammografiprogrammet tilgjengelig på sine legekontor, kan de henvende seg til Kreftregisteret via e-post, telefon eller brev for å få tilsendt informasjonsbrosjyrer og plakater. Kontaktinformasjon er på våre nettsider www.kreftregister.no

Til slutt en kort oppsummering av fordelene ved å ha et nasjonalt offentlig screeningprogram:

- Regelmessig mammografi er per i dag beste metode for å oppdage tidlig brystkref
- I Mammografiprogrammet er det erfarte radiologer som i mange tilfeller kun driver mammadiagnostikk, og dermed tyder svært mange undersøkelser per år. Uavhengig dobbelttyding gir sikrere diagnostikk
- Rask diagnostikk. Mammografiprogrammet har et strømlinjeformet system for ivaretakelse av kvinner som trenger videre utredning, uten økonomiske merknader for kvinnene utover den første egenandelen.
- Inn arbeidet tverrfaglig samarbeid av høy kvalitet som ivaretar hele prosessen fra diagnostikk til behandling og oppfølging. En har norske og internasjonale retningslinjer som sikrer rask og standardisert behandling med individuell tilpasning, samt gode informasjonsrutiner.
- Komplette og individrettede databaser

Organisering av Mammografiprogrammet

Kvinnene får en personlig invitasjon i posten med tid og sted for oppmøte til bildetaking. Invitasjonen sendes ut fra en sentral enhet ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tidene kan endres hvis foreslått tidspunkt ikke passer. I invitasjonsbrevet ligger også en informasjonsbrosyre og skjema for spørreundersøkelse. Det opplyses også om muligheter for reservasjon for kvinner som ikke ønsker å motta flere invitasjoner.

Bildetakingen – som er mammografi i to plan - skjer på en egen bildetakingsenhett i nærlheten av kvinnens hjemsted. Denne enheten kan være stasjonær eller mobil (buss). Bildene sendes til tyding ved Brystdiagnostisk senter i fylket. Der foregår en uavhengig tyding utført av to radiologer. Etter konsensuskonferanse avgjøres det hvilke kvinner som utfra funn og sammenligning med tidligere mammogrammer, må innkalles til etterundersøkelse.

Resultatet av screeningbildene får man i posten etter to-tre uker. Om lag 40 av 1000 deltagende kvinner blir innkalt til etterundersøkelse. Seks av disse har forandringer som må behandles.

Etterundersøkelse skjer på Brystdiagnostisk senter i fylket. Da tas nye bilder, eventuelt ultralyd og/eller celle-avvprøver fra brystet. Resultatene rapporteres til Kreftregisteret. Skulle det ved etterundersøkelse gjøres funn som trenger videre utredning/behandling, er kvinnene sikret rask oppfølging. Målrettet og grundig utredning, informasjon, behandling og oppfølging er tuftet på et meget viktig tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner. Deltakere her er radiografer, radiologer, kirurger, patologer, onkologer, sykepleiere og annet viktig personale ved Brystdiagnostisk senter.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
berit.damtjernhaug@kreftregisteret.no

C Detrusitol SR® Pfizer

Muskarinreceptorantagonist.

ATC-kode: G04BD07

T DEPOTKAPSLER, harde 2 mg og 4 mg: Hver depotkapsel inneh: Tolterodintartrat 2 mg, resp. 4 mg tild: tolterodin 1,37 mg, resp. 2,74 mg, hjelpestoff: Fargostoff: 2 mg. Gult jernoksid (E 172), indigozin (E 132), titandekksid (E 171), 4 mg: Indigozin (E 132), titandekksid (E 171).

Indikasjoner: Symptomatisk belastning av urinarkontinens og/eller høpig vasslasing og «urgency» som kan forekomme hos pasienter med overaktivt blære.**Dosering:** Voksen: Aabestdose er 4 mg 1 gang daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon eller betydelig nedsatt myofunksjon (GFR <30 ml/min/1,73) er aabestdose 2 mg 1 gang daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan dosen reduseres fra 4 mg til 2 mg 1 gang daglig. Depotkapslene skal øvelig bøle 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:** Urinretromjøn. Alvorlig ulceres kolitt. Tokisk megaoesof. Ubehandlet trangviskerglaskom. Myastenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdsstoffene.**Forsiktighetstrekk:** Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæreemøving med risiko for urinretromjøn. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mave-tarmkanalen (feks. pylorusstenose), histosertose, autonom neuropati, nedsatt myofunksjon. Leveresykdom, doses bør da ikke overstige 2 mg 1 gang daglig. Organiske leirsels er til vannslasingstrøg og høpig vasslasing skal utredes før behandling. Forsiktighet skal utvises hos pasienter med kjent risikofaktor for QT-føringstid (feks. hypokalem, brudekedi og samtidig administrasjon av legemidler som forlenger QT-intervall) og ved relevant preklastende hjertesykdom (feks. myokarditis, aortitis, hjerteavskift). Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsførstyrrelser, og risikoen denne kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, feks. ved bilkjøring og betjening av maskiner. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne urelige sykdommer som fruktoseintoleranse, glikoz-galaktosemiasjorjen eller sukkrose-intoleranssyg.**Interaksjoner:** Samtidig behandling med antikolinerge legemidler kan resultere i mer utalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Overdadt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrasjon av maskarinseptoragonister. Effekten av metotretatsulfatetet middelet som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Samtidig systematisk behandling med potente CYP 3A4-hemmere som makrolidantibiotika (erytreosin, klartrityosin), antimykotika (kortekensazol, itraconazol) og proteasehemmere, måbales ikke pga. økt serumkonsentrasjon av tolterodin hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme, med påfølgende risiko for overdosering.**Graviditet/Amnøs:** Overgang i plasenta: Ukjent. Risiko ved bruk under gravideit er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med tolterodin. Overgang i morsesek: Ukjent. Bruk under amnøs bør unngås.**Bivirkninger:** Høypige (>1/100): Gastrointestinale: Munnstørhet, dyspepsi, obstipasjon, mavesmerter, flatulens, bækningar/oppkast. Hod: Tem. hnd. Psykiske: Nervositet. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, sovnighet, pareseos. Syn: Temre øyne. Unormalt syn inkl. akkommodasjonsførstyrrelser. Øvrige: Hodepine, trøsthet, hystanset. Mindre høypige: Psykiske: Forvirring. Urogenitale: Urinretromjøn. Øvrige: Perifert edem, allergiske reaksjoner. Sjeldne (<1/1000): Psykiske: Hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Takykardi. Øvrige: Svært sjeldne, anafylaktiske reaksjoner inkl. angioedem, hjertesvikt.**Overdosering/Vergiftning:** Symptomer: Akkommodasjonsførstyrrelser og vasslatingproblemer er sett ved tablettdoser på 12,8 mg tolterodintartrat. Behandling: Ev. ventrikulskytting og medisinsk koll. Symptomatisk behandling.**Egenskaper:** Klassifisering: Komparativ, spesiell: muskarinreceptorantagonist, med høyere selektivitet for orosubstanen enn aptykjemfrene. Virkningsmekanisme: En av metabolittene, 5-hydroksymetyldehydratet, har tilsv. farmakologiske effekt som modersubstansen. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 uker, men endelig evaluering bør vurdere etter 2-3 måneder. Absorpsjon: Maka. serumkonsentrasjon nis etter 4 (2-6) timer. Uavhengig av samtidig matintak. Proteinbinding: Tolterodin: 96%. 5-hydroksymetyldehydratet: 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» nis innen 4 dager. Ca. 2 ganger høyere ekspansjon av ubunnet tolterodin og 5-hydroksymetylmetabolitten er milt hos pasienter med leverinsuffisans. Metabolisme: 1 lever, hovedsaklig via CYP 2D6 til den farmakologisk aktive 5-hydroksymetylmetabolitten. Hos personer som mangler CYP 2D6 deaktiveres tolterodin av CYP 3A4 til en ikke-aktiv metabolitt og koncentrasjonen av tolterodin øker ca. 7 ganger pga. redusert clearance. Mengde aktivt stoff forblir vendet, og dosisjustering er nødvendig. Utakstid: Ca. 77% i min og 17% i feces. Mindre enn 2% av dosen utstilles uunntatt og ca. 4% som 5-hydroksymetylmetabolitten.**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved lufttett 30°C, i ytteremballasjen.**Pakkinger og priser:** 2 mg: Empac: 28 stk. kr 438,50. 4 mg: Empac: 28 stk. kr 438,50, 84 stk kr 1246,60.

T: 404).

Refusjon: Legemidlene under bokstav a) refusjoner kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje.

Sist endret: 25.04.2006

Eldretrenings i kommunehelse

AV SISSEL STEIHAUG OG BERIT KJÆR

Fysisk aktivitet, sykdom og helse

Det er kjent at inaktivitet er en av våre største helsetrusler, også hos eldre. De har mange sykdommer, trenings reduserte risikoer for en rekke av disse (1,2). Fysisk inaktivitet, svak muskulatur og dårlig balanse øker risikoene for fall og lårhalsbrudd hos eldre. Selv moderat trenings har en beskyttende effekt. En studie viste at gruppentrening en gang i uken bedret balansen og reduserte risikoene for fall i en gruppe hjemmeboende eldre med økt fallrisiko (3) og en annen at 12 måneders trenings i gruppe reduserte fallforekomsten og økte seks minutters gangdistanse (4). Funksjonsenvenn reduseres med alderen, men fysisk aktivitet forbedrer helse og funksjonsdyktighet i eldre alder (2,4,5). Det er dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet bremser nedgangen i muskelstyrke, aerobisk kapasitet, reaksjonstid og leddbevegelighet (5). Eldre og gamle mennesker er like trenbare som yngre, og selv meget skrøpelige sykehjemspasienter har nytte av trenings (6). Halvparten av nordmenn over 65 år mosjonerer aldri (7), og mindre dess eldre de er. Som årsak til at eldre ikke mosjonerer, anfører de at de ikke har noen å mosjonere sammen med, at de er for gamle og at de er redd for å bli skadet (7). Erfaringen er at det er trygt å trenne for gamle; det er rapportert få komplikasjoner, selv hos mennesker med kjent hjertesykdom (5).

Prosjekt «Eldretrenings for bedre helse»

Med bakgrunn i helseproblemer knyttet til eldres fysiske inaktivitet ble det toårigs prosjektet «Eldretrenings for bedre helse» gjennomført i en bydel i Oslo i 2004–2005. En av forfatterne (SS) ledet prosjektet. Målsetningen var å studere hvordan man kan øke fysisk aktivitet hos eldre. Dette ville vi gjøre ved å systematisere erfaringer fra gjennomføringen av et gruppebasert treningsopplegg for eldre i trygdebolig. Treningsopplegget ble utviklet av fysioterapeut (BK) og ledet av hjemmehjelgere.

To hjemmehjelgere som arbeider i bydelen, ble engasjert som trenere i 20 prosent stilling med lønn fra prosjektet. De tilrettela for og ledet fire grupper med innendørs trenings til musikk i bydelens trygdeboliger en gang per uke for boligens beboere og eldre i nabologet. Etter treningen tilbød de kaffe og sosialt samvær.



Sissel Steihaug

seniorforsker og lege, SINTEF Helse

Berit Kjær

fysioterapeut, Rehabiliteringsenheten, Bydel Stovner

I utgangspunktet var trygdeboligene beholdt eldre. I begynnelsen av prosjektperioden ble imidlertid reglene endret, slik at alle aldersgrupper kunne få slik bolig. Få eldre flyttet derfor inn i ledige leiligheter i boligene i løpet av prosjektet.

Treningsopplegg

Bydelsfysioterapeut (BK) utviklet treningsopplegget spesielt for eldre med ulike funksjonssvansker. Programmet består av øvelser for å trenere balanse, koordinasjon, bevegelighet, utholdenhets og styrke. Treningen er organisert i sirkel og foregår hovedsakelig i sittende utgangsstilling. Øvelser som gjøres stående, er utformet i en alternativ variant som kan gjøres sittende. Øvelsene er beskrevet og illustrert med tegninger slik at programmet skal være lett å følge for uerfarne trenere. Fysioterapeuten valgte musikk, og hver av de ti melodiene danner tidsramme for enkeltøvelsene. Øvelsesprogrammet etterfulgt av et opplegg med ball tar 40–50 minutter. Fysioterapeuten gjennomførte opplæring for hjemmehjelperne tre timer ukentlig i tre uker før treningen startet. Videre fulgte hun opp med besøk og individuell veiledning i gruppene og et oppfølgingsskurs med gjennomgang av øvelsesprogrammet. Programmet ble justert litt i løpet av prosjektet, men i hovedsak beholdt uendret.

Deltakere og deltagelse

Oppmøtet de første månedene var henholdsvis ca femten, ti, syv og seks deltagere, noe avtakende gjennom prosjektperioden med unntak av gruppen for deltagere med aldersdemens. Vi kjenner ikke alle deltagernes alder nøyaktig, men

helsetjenesten – for helse og trivsel

vet at de var fra midten av 60-årene til eldste kvinne på 96, og at en del andre også var over 90 år. Mange hadde ulike funksjonsvansker: til sammen fire brukte rullestol, ni gikk med rullator og flere brukte krykker eller stokk. En deltaker var nesten blind, tre andre også sterkt synshemmede. Flere hadde gangvansker p.g.a. svimmelhet. Til sammen tre menn deltok; den ene litt til og fra. Seks deltakere kom utenfra, ellers bodde alle deltakerne i trygdeboligene.

En del deltakere falt fra i løpet av prosjektperioden, nesten alle fordi de ble syke og /eller døde. I en trygdebolig falt til sammen åtte fra hvorav tre døde og fem flyttet på sykehjem. I alle boligene var nyrekutteringen liten.

Evaluering

Vi var oppatt av å få vite mer om hvordan et treningsoppsett for eldre kan gjennomføres innen kommunehelsetjenesten:

- Hva slags utbytte vurderer deltakerne som meningsfullt og nyttig, og hvilke faktorer er av betydning for om de vil delta i treningen?
- Hvilkens betydning har det at hjemmehjelpere leder treningen?

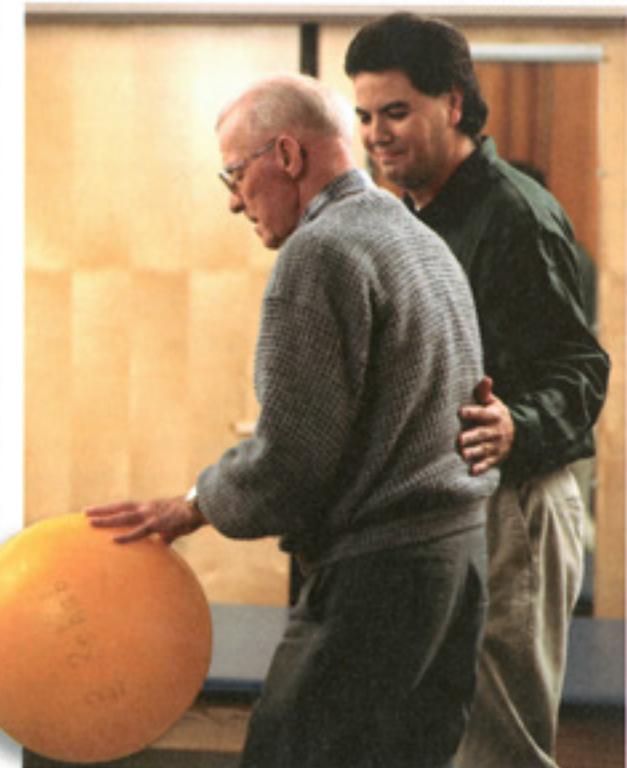
Feltnotater

Hjemmehjelperne, fysioterapeuten og prosjektleder skrev fortlopende notater gjennom hele prosjektpérioden. Prosjektleder deltok i og observerte gruppetreningen og påfølgende sosialt samvær i alle de fire treningsgruppene ved prosjektslutt og skrev ned observasjonsdata umiddelbart etterpå.

Intervju

- Deltakere i tre treningsgrupper ble intervjuet i gruppen ved prosjektslutt.

ILLUSTRASJONSFOTO: PHOTODISC





Prosjektleder gjennomførte alle intervjuene. Gruppe for deltakere med aldersdemens ble ikke intervjuet. Vi antok at informasjonsverdien ved intervju ville bli begrenset.

Alt skriftlig materiell ble analysert og sammenfattet under overskriftene: (1) «Det har snudd situasjonen», (2) «Treningen er fin», (3) «Kaffen er viktig» og (4) «Hun ser oss alle».

Resultat

«Det har snudd situasjonen»

En deltaker betegnet i gruppeintervjuet endringen i gruppen fra starten til i dag som «ekstrem forvandling». Flere beskrev en bedret situasjon. En kvinne fortalte om en viktig forandring i det hun tidligere hadde isolert seg helt i leiligheten p.g.a. plager med angst og depresjon. Hun mente treningen hadde brutt hennes isolasjon, selv om hun fortsatt hadde sine psykiske vansker. Deltakerne var enige om at de trengte å røre seg, og noen sa de beveget seg mer også utenom trening, for eksempel ved å gå trappa eller fram og tilbake i korridoren. Flere påpekta at litt drahjelp i starten hadde vært avgjørende for å komme i gang.

Noen syntes ulike plager var blitt bedre. De snakket om mer bevegelighet i kroppen, sterkere muskler og mindre smerter i nakke og rygg. Flere syntes de var blitt stedigere til å gå og mindre engstelige for å falle.

«Treningen er fin»

Observasjon viste at deltakerne stort sett deltok i øvelsene, men utførelsen varierte. Det varierte også noe hvor mye trenerne korrigerte og oppfordret til å ta i. Deltakerne likte øvelsene og syntes stort sett de var greie å utføre. Deltakere med ulike funksjonsproblemer syntes at øvelsene ble tilpasset

dem. De fikk lov å jobbe så mye eller lite som de selv følte de hadde godt av. Alle mente at det skal være musikk til trening, og de fleste likte musikken godt. Ballspillet til slutt var særdeles populært. Deltakerne var meget engasjert og slapp seg løs i ballspillet, inkludert to deltakere på henholdsvis 96 år og 92 år.

«Kaffen er viktig»

Deltakerne understreket viktigheten av det sosiale; å treffé andre og å vite at man er en i gruppen og at man savnes og etterspørres hvis man uteblir. Enkelte fortalte at de ble hentet av treneren, og sa det var fint fordi de hadde lett for å glemme eller vansker med å gå alene. Alle mente at det er viktig med en fast dag og fast tid. Da kommer man inn i en rytme, og det blir en selvfølge å gå på trening, og så vet man at man treffer de andre der. Noen hadde utviklet vennskap med folk de hadde blitt kjent med i gruppa, og flere hadde fått turkamerater som de traff også utenom treningen.

Deltakerne understreket betydningen av at treneren la til rette for kaffekos. De la mye omtanke i å skape god stemning i gruppa, for eksempel ved hjelp av humor eller ved å ta frem en spørrebok eller begynne en selskapslek hvis det ble konflikter eller kom opp kontroversielle eller dystre samtaleemner under kaffepraten.

«Hun ser oss alle»

Alle var enige om at trenerne er viktige. Deltakerne sa det var fint at treneren har godt humør og at hun er blid hele tida. Det var avgjørende at alle opplevde å bli sett. Treneren fulgte opp deltakerne individuelt og henvendte seg til de forskjellige deltakerne på ulike måter som fungerte godt. Deltakerne understreket også at det var fint at treneren «passer på». De fleste hadde sykdommer og plager og opplevde det som en trygghet at trenerne passer på at de ikke gjør øvelser de ikke har godt av.

Diskusjon

Treningsstilbuet var nyttig

Hovedfunnene i denne studien er at deltakerne opplevde treningen som nyttig, at de likte den og at de vedsatte det sosiale samværet. De så ut til å fortsette i gruppene så lenge de var spreke nok. Det var i utgangspunktet lett å rekruttere deltakere, og frafallet var lite med unntak av dem som ble syke eller døde. Nyrekrutteringen var dårlig, og det har trolig sammenheng med at få eldre flyttet inn i leiligheter som ble ledige i trygdeboligene.

Deltakerne tilhørte de skropeligste hjemmeboende eldre som beveget seg lite i hverdagen. Derfor kunne trolig såpass lett trening ha betydning. For noen hadde eldretreningen medført mer fysisk aktivitet ellers. Videre har sosialt samvær positiv betydning for helse og trivsel.

Treningsopplegget

Treningsopplegget var utarbeidet med tanke på at det skulle kunne ledes av hjemmehjelpe. Stort sett var opplegget velegnet, og kun små justeringer ble gjort. Trenerne trengte mye tid i prosessen fra å lære enkeltøvelser til å kunne gjennomføre hele treningsopplegget i en gruppe. Da trenerne hadde lært seg treningsprogrammet, gav de tydelig uttrykk for at de ikke ønsket (for mye) endring, vi brukte derfor samme programmet gjennom hele prosjekttet.

Eldre synes trening skal være trivelig, sosialt, trygt, passe utfordrende, lett tilgjengelig og gjennomføres på dagtid (1,5). Vi la vekt på dette, valgte gruppentrening og antok at vi i trygdeboligene kunne få kontakt med de eldste og skrøpeligste eldre. Kvinner og menn angir ulik begrunnelse og målsetning for trening (5). Kvinner ønsker bedre balanse og hyggelig samvær, mens menn vil oppnå bedre fysisk form. Innendørs trening til musikk, ballek og sosialt samvær med kaffe, kaker og selskapsleker er sannsynligvis velegnet for kvinner. Det var overveiende kvinner i disse gruppene, og det innebærer at vi når en gruppe som er lite fysisk aktiv (2).

Rekruttering og videre deltagelse:

Oppmøtet de første gangene var svært godt, og det hadde trolig sammenheng med at hjemmehjelperne hadde rekruttert deltakere blant eldre de kjente. Videre rekruttering lyktes vi i liten grad med, til tross for gjentatte informasjonsrunder. Fordi få eldre flyttet inn i trygdeboligene i prosjektpersonen, var trolig potensialet lite her. Blant eldre utenom trygdeboligen burde potensialet vært større. Hjemmetjenesten, fastlegene og fysioterapeutene i bydelen henvise nesten ingen til gruppene. Andres erfaringer er tilsvarende; eldre får lite råd om, til dels advarsler mot, fysisk aktivitet til tross for at trening har god effekt (8). At få valgt å slutte i gruppene, samsvarer med vår erfaring fra bydelens pensjonistmosjonsgrupper der deltakerne er med så lenge de greier å møte opp (9). Det skyldes sannsynligvis at deltakerne trives, føler at de har utbytte av treningstilbuddet og opplever det trygt.

Hjemmehjelpe som eldretrenere

Vi valgte hjemmehjelpe som trenere i trygdeboligene. De kjenner beboerne og samarbeider nært med hjemmesykepleiere, ergo- og fysioterapeuter til daglig, slik at det er lett å innhente råd og hjelp ved behov. Hjemmehjelpernes spesielle kjennskap til de skrøpeligste hjemmeboende eldre gir dem gode forutsetninger for rekruttering og individuell oppfølging og også for å motivere og legge til rette for å øke den «naturlige» daglige aktiviteten. Vår erfaring at hjemmehjelpe kan lede eldretrening under forutsetning av grundig opplæring og oppfølging av treningen samsvarer

med andres funn (6). Treningsprogrammet må utformes av fagperson, og det bør sikres at øvelsene gjennomføres tilfredsstillende og at programmet følges.

Hjemmehjelperne i denne studien trivdes svært godt med trenerjobben og syntes de hadde fått et lettere og morsommere arbeid som hjemmehjelper. Ved å la hjemmehjelperne lede eldretrening kan man oppnå både økt fysisk aktivitet blant eldre og redusert arbeidsbelastning for omsorgspersonell. Muligens kan jobb som eldretrener en dag per uke utgjøre et godt seniortiltak for denne yrkesgruppen.

Konklusjon

Det bør legges til rette for eldretrening i kommunehelsetjenesten. Innsats bør også rettes mot de eldste og skrøpeligste eldre; de har godt utbytte av trening. Treningsopplegget bør tilpasses målgruppen av kompetent fagperson og kan så ledes av folk uten spesiell kompetanse på feltet forutsatt god opplæring og videre oppfølging. Det sosiale bør vektlegges. Hvis eldretrening integreres i kommunal virksomhet, kan den utgjøre et hensiktsmessig tiltak for redusert arbeidsbelastning for omsorgspersonell.

Litteratur

1. DiPietro L. Physical activity in aging: Changes in patterns and their relationship to health and function. *J Gerontol: SERIES A* 2001; 56 A (Special Issue II): 13–22.
2. Singh MAF. Exercise to prevent and treat functional disability. *Clin Geriatr Med* 2002; 18 (3): 431–62.
3. Barnett A, Smith B, Lord SR, Williams M, Baumand A. Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2003; 32: 407–14.
4. Lord SR, Castell S, Corcoran J, Dayhew J, Matters B, Shan A, Williams P. The effect of group exercise on physical functioning and falls in frail older people living in retirement villages: A randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51 (12): 1684–92.
5. Ward J. Exercise and the older person. *Austr Fam Physician* 1994; 23 (4): 642–9.
6. Lazowski DA, Ecclestone NA, Myers AM, Paterson DH, Tudor-Locke C, Fitzgerald C, Jones G, Shima N, Cunningham DA. A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term institutions. *J Gerontol A Biol Sci Med Soc* 1999; 54 (12): M621–8.
7. Dagens medisin. Halvparten mosjonerer aldri. Torsdag 11. april 2002.
8. Hirvensalo M, Heikkilä E, Lintunen T, Rantanen T. Recommendations for and warnings against physical activity given to older people by health care professionals. *Prev Med* 2005; 41(1): 342–7.
9. Steihaug S, Eide WA. Sammen er vi sterke – Friskvern som samarbeid mellom frivillige organisasjoner og ansatte i Bydel Stovner. Utposten 2005, nr 7: 24–6.

Studien er støttet økonomisk av Helse og rehabilitering gjennom Norges mosjons- og bedriftsidsrettsforbund.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
sissel@steihaug.net

Hvem slutter å røyke etter en helseundersøkelse?

AV SERENA TONSTAD

Ved oppfølging etter helseundersøkelser blir røykere gitt råd om å slutte, men vi vet lite om effekten av rådene eller hvem som slutter. Blant menn og kvinner i Oslo født i 1956–1959 som deltok i en helseundersøkelse møtte 370 til etterundersøkelse på grunn av økt risiko for hjerte- og karsykdom. Daglig sigarettrøykere ($N=159$) ble spurta på nytt om røykevaner gjennomsnittlig 33 måneder senere. I tillegg ble de spurta om hvilken fase i endringsprosessen (i følge Prochaska og DiClemente) de befant seg i ved etterundersøkelsen og ved oppfølgingen. To kvinner og 13 menn hadde sluttet å røyke (9 prosent) hvorav 13 hadde besvart spørsmålet om endring ved start. De som sluttet hadde ved etterundersøkelsen middels (31 prosent) eller høy (69 prosent) klarhet til endring mens livsstil, utdanning, kolesterolnivå, blodtrykk og forekomsten av prematur hjertesykdom i familien hadde ingen sammenheng med røykeslutt. Blant de som svarte ved etterundersøkelsen (77 prosent) beholdt eller økte de fleste (96 prosent) med middels eller høy endringsklarhet sitt stadium, mens 54 prosent med opprinnelig lav endringsklarhet økte til et middels eller høyt stadium.

Studien viser at et enkelt spørsmål om endringsklarhet gir et godt pekepinn om hvilke røykere som slutter. Røykere med lav endringsklarhet bør få spørsmålet om endring igjen senere i tilfelle de da er mer klare til et sluttforsøk.

Modellen om endringsprosessen utviklet av Prochaska og DiClemente har fått en betydelig utbredelse og anvendes nå som en generell modell for aferdsendring (1,2). Modellen fremstilles oftest som et hjul, der de ulike fasene blir deler av sirkelen. Røykere som ikke vurderer å slutte i løpet av et bestemt tidsrom, er oftest i føroverveielsesstadiet. Disse røykerne opplever ikke informasjon om helseskader ved røyking som relevant. Røykere som vurderer å slutte, men ikke med det samme, betegnes som ambivalente (overveielesesstadiet). De er bekymret og vurderer endringer, men er fortsatt oppmerksom på de «gode» sidene ved røyking. Personer med endringsklarhet innen kort tid befinner seg i forberedelsesstadiet og er mindre opptatt av hvorfor slutte enn av hvordan slutte. I handlingsfasen endrer man aferd, praktiserer hvordan man takler fristende situasjoner og hva man gjør ved sterk lyst på røyk. Personer i tilbakefall- og vedlikeholdsfasene befinner seg henholdsvis innen og etter



Serena Tonstad

Avdeling for preventiv kardiologi
Klinikks for forebyggende medisin
Ullevål universitetssykehus

omtrent seks måneder etter røykeslutt. Intervensjoner som er tilpasset røykerens endringsklarhet gir større rekruttering til røykeslutttiltak og bedre resultater (3).

Vi oppsummerte disse fasene i et spørsmål med tre mulige svar (tab 1) og undersøkte forekomsten av røykeslutt i forhold til stadiene blant deltakere i en helseundersøkelse.

Materiale og metode

Etter gjennomføringen av helsereformen i 1980-årene har 10–13 bydeler fortsatt deltatt i helseundersøkelsen av 40-åringene i Oslo i 1990-årene. Helseundersøkelsen innebefattet måling av høyde, vekt, blodtrykk, blodlipider, og besvarelse av spørsmål om egen helse og røykevaner og er godkjent av Datatilsynet. Personer med høy risiko for hjerte- og karsykdom basert på disse parametrene ble etterinnkalt til vurdering og behandling ved Avdeling for Preventiv kardiologi, Ullevål universitetssykehus. Kriteriene for etterinnkallelse var høyt blodtrykk (>170 mmHg systolisk eller >100 mmHg diastolisk), total colesterolnivå >7.7 mmol/l, et høyt samlet skår basert på blodtrykk, røyking og colesterolnivå (4), eller et lavt HDL-colesterolnivå (<1.0 mmol/l) kombinert med andre risikofaktorer (røyking, et høyt triglyseridnivå eller prematur koronarsykdom i familien). Mellom mai 1997 og mai 2001 ble 370 menn og kvinner født i 1956–1959 (omtrent 87 prosent av etterinnkalte) etterundersøkt av samme lege (ST). Ved oppmøte i avdelingen svarte deltakere på spørsmål vedrørende tidligere behandling, forekomsten av hjerte- og karsykdom hos førstegradslekninger, aktivitetsvaner (Hvor mange ganger i uken driver du med fysisk aktivitet lenge nok eller kraftig nok slik at du svetter eller blir andpusten?), alkoholintak (Hvor ofte drikker du én drink alkohol?) og kostholdet. I tillegg ble et spørsmål om endringsklarhet med hensyn til røykevaner besvart (TAB 1). Menn og kvinner som fortsatt røykte minst en sigarett daglig ($N=164$; 44 prosent) ble da gitt tilrettelagte råd om å slutte.

Ved journalgjennomgang høsten 2001 fant vi kontaktinformasjon til 161 av 164 av røykerne. To var døde, derfor ble et brev sendt til 159 menn og kvinner med spørsmål om de brukte tobakk fortsatt, i hvilken form, dato for eventuell røykeslutt og om klarhet til endring, hvis de røykte sigarett daglig. De kunne bestille en oppfølgingstid til røykeavvenning hvis de ønsket det. Purrebrev ble sendt én gang. Gjennomsnittlig tid mellom etterundersøkelsen og brevutsendelsen var 33 måneder (spredning 4–52 måneder). Personer som hadde sluttet å røyke ble ringt opp eller gjenspurt ved rutinebesøk ved avdelingen for å bekrefte røykeslutt.

Statistikk

Beskrivende statistikk (frekvenser og gjennomsnitt) er benyttet i deler av analysene. For å vurdere forskjeller mellom grupper er det brukt khikvadrat-test eller Students t-test for uavhengige grupper. Beregningene er utført i SPSS for Windows versjon 10.0. Av de 159 røykerne manglet ti svar om sitt alkoholforbruk og 15 (inkludert to som sluttet) manglet svar om kost, aktivitet og endringsklarhet ved start.

Resultater

I alt svarte 122/159 (77 prosent) på vår henvendelse. Vi regnet personer som ikke svarte som røykere. To kvinner og 13 menn anga at de hadde sluttet å røyke (sluttprosent 9,4; 95 prosent konfidens intervall 4,8–13,9) mellom 1–42 måneder tidligere. Blant mennene som sluttet brukte to snus. Av de 13 som sluttet og tidligere hadde angitt endringsklarhet, hadde

Hvis du røyker sigarett daglig, hvilket av de følgende utsagn passer best på deg:

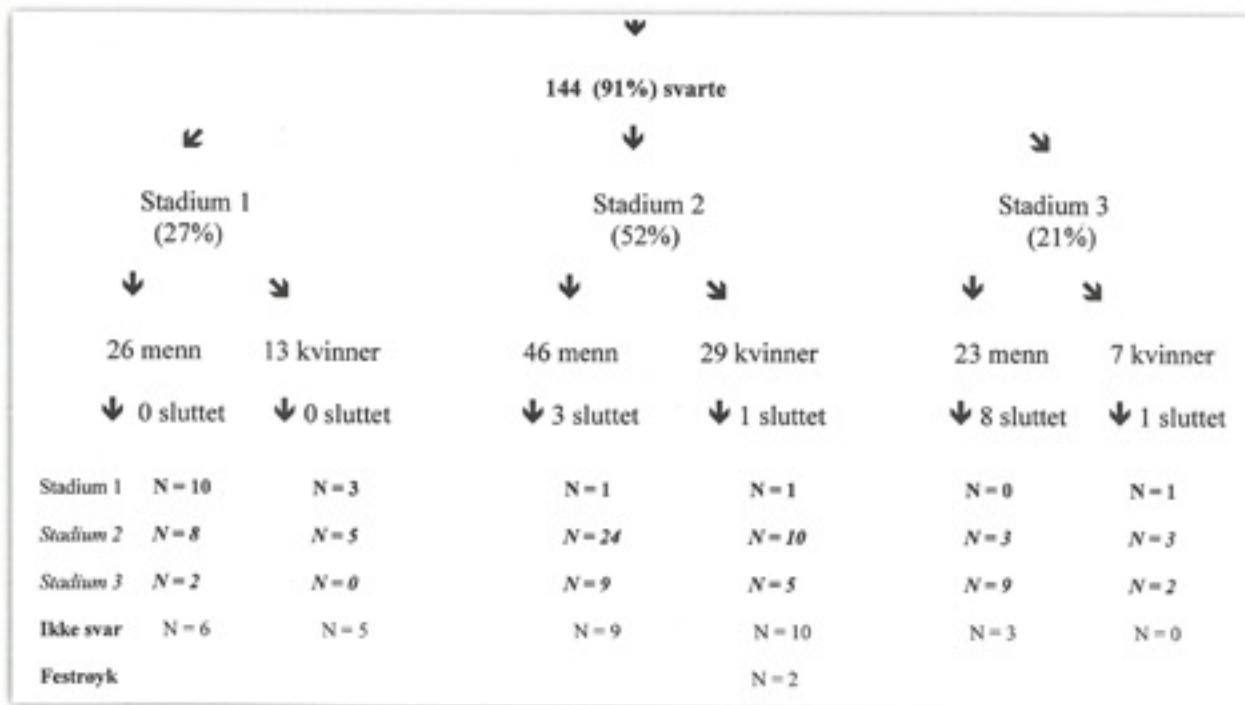
- Jeg har ingen planer om å slutte å røyke, i alle fall ikke i løpet av de neste seks måneder (stadium 1; føroverveielse; lav endringsklarhet)
- Jeg vurderer røykeslutt, men ikke med det samme (stadium 2; overveielse; middels endringsklarhet)
- Jeg ønsker å slutte å røyke innen en måned eller to (stadium 3; forberedelse; høy endringsklarhet)

TABELL 1. Forandringsstudier etter Proschaska og DiClementi

alle middels eller høy endringsklarhet (TAB 2 s. 32). Det var ingen andre forskjeller mellom de som fortsatt røykte og de som sluttet (TAB 2). Innkallesegrunn og oppfølging ved avdelingen var også likt mellom de to gruppene (dataene ikke vist). To kvinner var blitt festrøykere (ikke daglig røyking men minst én sigarett/uke). Begge hadde angitt middels eller høy endringsklarhet ved det første besøket.

Vi hadde data fra 96 røykere som ikke hadde sluttet eller blitt festrøykere og som hadde svart på spørsmålet om endringsklarhet både ved start og ved oppfølging (FIG 1). 65 av 68 (96 prosent) med middels eller høy endringsklarhet (som ikke hadde sluttet eller blitt festrøykere) beholdt eller økte sitt stadium, mens 15 av 28 (54 prosent) som hadde opprinnelig lav endringsklarhet økte til et middels eller høy stadium. Blant røykere med opprinnelig middels endringsklarhet anga 14 (35 prosent) høy klarhet ved oppfølging.

FIGUR 1. Utfall hos 159 daglige røykere





Diskusjon

Gjennomsnittlig knapt tre år etter etterundersøkelsen hadde en tiendedel av gruppen sluttet å røyke, hvorav 13/15 hadde angitt middels eller høy klarhet til endring (to manglet data). Resultatene gir et kun et øyeblikksbilde av vår populasjon da flere røykere kan ha prøvd å slutte mellom de to undersøkelsestidspunktene.

Oppfølging av helseundersøkelsene i Finnmark viste at 19 prosent av menn og 16 prosent av kvinner hadde sluttet å røyke ti år senere; sjansene for å slutte var høyere hvis man hadde en røykrelatert sykdom (5). Røykerne i den nævnte studien var friske og yngre enn deltakerne i Finnmark, men hadde fått påvist økt risiko for hjerte- og karsykdom. Vi fant ingen sammenheng mellom familieanamnesen, kolesterol- eller blodtrykksverdi, men antallet var for lite til å utelukke effekt av risikofaktorene.

Tidligere undersøkelser har vist at 40 prosent av en risikopopulasjon befinner seg i før overveielsesstadiet, 40 prosent i overveielsesstadiet og omtrent 20 prosent i forberedelsessta-

diet (3). I likhet med disse dataene fant vi at en femtedel av røykere var i forberedelsesstadiet. I en konsultasjon med knapp tid vil spørsmålet om endringsfasen gi verdifull informasjon som behandleren kan bruke til å skreddersy rådene til røykerens endringsklarhet. Den femtedelen av røykere som befinner seg i forberedelsesstadiet assisteres til å sette en slutt dato (2). Ved senere konsultasjoner kan spørsmålet gjentas for så igjen å assistere røykere som har fremgang i sin endringsklarhet. Studier har vist at røykere, også de som ikke ønsker å slutte, er mer tilfreds med leger og legebesøk der røykeavvenning er tatt opp enn røykere som ikke husket slike råd (6).

Litteratur

- Prochaska JO. A stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to smoking cessation. *Addictive Behaviors* 1996; 21: 721–32.
- Barth T, Børsteit T, Prescott P. Hvordan endre røykevaner hos et unødvendt flertall. *Allergi i Praksis* 2001; 1: 28–33.
- Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Prom* 1997; 12: 38–48.
- Westlund K, Nicolaysen R. Ten-year mortality and morbidity related to serum cholesterol. A follow-up of 3,751 men aged 40–49. *Scand J Clin & Lab Invest* 1972; Suppl 127: 1–24.
- Abildsnes AK, Sogaard AJ, Hafstad A. Hvem stumper røyken? Resultater fra helseundersøkelsen i Finnmark i 1977/78 og 1987/88. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2170–5.
- Solberg LI, Boyle RG, Davidson G, Magnan SJ, Carlson CL. Patient satisfaction and discussion of smoking cessation during clinical visits. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 138–43.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
serena.tonstad@uus.no

TABELL 2. Bakgrunnsdata ved inklusjon over 40-dringer som hadde sluttet å røyke eller fortsatt røykte ved oppfølging (N=159)

	Sluttet å røyke	Fortsatt røykte
Antall	15	144
Kvinner/menn	2/13	51/93
Antall sigaretter (gjennomsnitt; SD)	13 (7)	16 (7)
Høyeste fullførte utdanning		
Grunnskole eller tilsvarende, %	60	59
Gymnas eller tilsvarende, %	13	18
Høyskole/universitet, %	27	23
Kroppsmasseindeks (kg/m ² ; gjennomsnitt; SD)	27,4 (4,0)	27,2 (4,6)
Systolisk blodtrykk (mmHg; gjennomsnitt; SD)	135 (20)	134 (19)
Diastolisk blodtrykk (mmHg; gjennomsnitt; SD)	87 (12)	85 (12)
Total kolesterol (mmol/l; gjennomsnitt; SD)	6,8 (1,2)	6,3 (1,0)
Antall frukt + grønnsaker/dag (gjennomsnitt; SD) ¹	2,3 (1,5)	1,8 (1,2)
Fysisk aktivitet (ganger/uke; gjennomsnitt; SD) ¹	1,5 (1,5)	1,2 (1,4)
Alkohol innntak ¹		
0–4 ganger/måned, %	64	72
>2 ganger/uke, %	36	28
Hjerte- og karsykdom før 60 år i familien, %	33	24
Endringsklarhet ¹ (motivasjon til å slutte)		
Lav, %	0	30
Middels, %	31	5
Høy, %	69	16*

1N=13 og 131 i hver gruppe. 2N=14 og 135 i hver gruppe. *P<0,001



MENTORGRUPPER FOR MEDISINSTUDENTER: – et bidrag til personlig modning fram mot legeyrket?

Noen erfaringer med studentgrupper ved norske universiteter

AV ELI BERG OG CATHRIN NICOLAISEN

Professor Christian Borchgrevink tok initiativet til frivillige gruppessamlinger for medisinstudenter i Oslo for mange år siden. Allmennpraktikere var mentorer, og studentene var fra ett og samme kull. I allfall én av disse gruppene fortsetter den dag i dag, mange år etter at denne ordningen opphørte og de selv var ferdig utdannede leger.

Etter noen års pause tok så professor Borghild Roald – den gang prodekan undervisning - opp igjen idéen om mentorordning og fikk i 2002 til et samarbeid mellom Osloavdelingen av Norsk Medisinstudentforening (NMF) og Oslo legeforening. NMF organiserer gruppene, og legeforeningen står for rekrutteringen av kolleger til ordningen. Hver gruppe har studenter fra flere kull. (<http://www.medisinstudent.no/index.gan?id=14038&subid=0>).

I Bergen har det også vært gruppevirksomhet for medisinstudenter i flere år, men her som en tilpliktet del av studiet (1). Det har vært arrangert henholdsvis temagrupper og selvtviklingsgrupper i 3. studieår. Blant annet pga. at gruppetilhørigheten var obligatorisk, ønsket ikke studentene denne ordningen videreført. I 2006 har så NMF i Bergen tatt initiativ til en tilsvarende frivillig ordning som UiO har praktisert de siste årene.

Professor Tom Andersen (1936-2007) tok i sin tid initiativet til de såkalte interaksjonsseminarene for medisinstudentene i Tromsø. Fra 1974 av ble det organisert som et velstrukturert gruppeopplegg i de første to årene i studiet. Fokus var både på studenten som person i legerollen og mer spesifikt på samhandlingen med andre. Omlegginger underveis og motvilje blant studentene mot en obligatorisk gruppedeltakelse bidro til at ordningen ble nedlagt etter 25 års drift i 1999.

Høsten 2004 inviterte førsteamanuensis Eli Berg til frivillige studentgrupper for første års medisinstudenter i Tromsø. 40 prosent av kullet meldte seg. Høsten 2005 var mer enn 70 prosent av de nye studentene interessert i grup-



Eli Berg

Spesialist i allmennmedisin, dr. med.
overlege Senter for helsefremmende arbeid
Akershus universitetssykehus
og førsteamanuensis UiO



Cathrin Nikolaisen

Amanuensis ved revmatologisk avdeling,
Universitetet i Tromsø.

petihørighet – på fritiden. Eldre kull kom etter hvert med spørsmålet om hvorfor ikke også de kunne få muligheten til å bli med i en mentorgruppe på sine kull. Studieåret 2005-06 var 16 grupper i virksomhet, ledet av mentorer fra både allmennpraksis, universitet og universitetssykehuset.

Hvorfor etablere grupper i Tromsø nok en gang?

Flerere studentartikler i Tidsskriftet hadde løftet fram behovet for et større fokus på personen legen, både i forhold til personlig modning (2), dette å møte sårbarheten i menneskelivet i det daglige arbeid som lege (3) og det å la seg berøre som yrkesutøver (4). Dessuten har studenter i Tromsø – spesielt på 6. året – uttrykt overfor førsteforfatter at de føler seg dårlig ivaretatt som personer gjennom studiet i forhold til et framtidig yrke som lege.

En ytterligere begrunnelse for initiativet var momenter som var kommet fram i et nylig gjennomført forskningsarbeid (5). Prosjektets informanter, tidligere pasienter, ble spurtt

om hva som var vesentlig for dem i møtet med leger. De fortalte at de både ønsket å bli tatt på alvor når de søkte lege, å få tid nok, å bli sett som hel person, å få lagt alle kortene på bordet, å kunne få sette ord på selv skam- og skyldbelagte forhold, samt å kunne få reflektere sammen med en kompetent fagperson. Mange ønsket utfordringer, og de ville ikke bli fratatt ansvaret for egne beslutninger og eget liv.

Dette er forhold vi har hørt om mange ganger. Og så kommer det de la vekt på med stort alvor: De ønsket primært å møte et menneske, en person som er autentisk, som våger å vise hvem de selv er, men uten å bli privat. En person som kan vise følelser midt i sin faglige tyngde som godt skolert helsearbeider. Den faglige kompetansen tok de for gitt i norsk helsevesen. Det som ble avgjørende for dem var hvordan de ble møtt. «Menneske først, så lege», var utfordringen fra personer som har hatt kontakt med helsevesenet over mange år.

Og de tidligere pasientene i forskningsprosjektet sa mer: De håpet å møte en person med et ørlig engasjement, som de fornemmet at ville dem vel, en person som genuint ønsker et bedre liv for den som er syk, redd, fortvilet eller som aner at livet går mot slutten.

Studentgrupper, et sted for refleksjon

Invitasjonen til studentene i Tromsø gikk ut på at de kunne få komme sammen i grupper, for eksempel en gang i måneden, på kveldstid og utenfor «campus», et sted for refleksjon over det som de til enhver tid måtte være opptatt av når det gjaldt dem selv og faget medisin. Initiativtaker uttrykte at målet blant annet var at hver og en måtte bli så kjent med seg selv og sine personlige utfordringer at de kunne få et godt og langt yrkesliv som lege.

Gruppessamtale



FOTO: KARIN FRYDENBERG

Studentene bærer med seg sitt eget levde liv inn i studiet, – opplevelser og erfaringer, kort sagt deres livsverden. Denne er unik for hver enkelt. Det er ikke alle forutnå å ha «gått strake vegen» gjennom oppveksten. Noen studenter har destruktive erfaringer i bagasjen. Dette er ikke nødvendigvis en negativ ballast å ta med seg inn i yrket som lege. Kanskje tvert om i mange tilfeller. De har støtt på noen utfordringer i livet som kan bidra til større forståelse for noen av de pasientene de vil komme til å møte i yrket.

Å tematisere at den personen man er faktisk er bra nok, kan være et svært vesentlig tema blant medisinere. Samtidig er det ønskelig for alle med en vekst og modning som menneske, slik at de kan forene kunnskapstillegnelse og person til et autentisk hele for utøvelsen av legeyrket, at de i gruppen kan få reflektere over det moralske prosjektet det er å utdanne seg til en hjelper for andre (6).

For etikk og moral kan ikke plasseres kun hos spesielt interesserte kolleger. Om ikke etikken ligger i bunnen for alt vi gjør som leger, vil vi kunne ende opp som distanserte teknikere. I verste fall kan det medføre at pasienter kan bli utsatt for unødig eller til dels feilaktige medisinske tiltak.

Medisin som et moralsk prosjekt

Filosofen Emmanuel Levinas (1906–1995) har ikke omtalt lege-pasientforholdet spesielt, men er likevel verd å lytte til. Han er en fransk-litauisk filosof som utfordrer Vestens tenkning. Han sier selv om arbeidet sitt at det er en første-filosofi han søker å formidle, en etikk som må ligge til grunn for all tenkning og handling mennesker imellom. Han beskriver ikke kjøreregler for moralsk handling, men en filosofi som viser til etikkens mening.

I Vesten er vi opptatt av og opplært til å tenke at humanismen finner vi i menneskets autonomi, i stoltheten. Levinas viser til at det først ikke handler om min humanisme, men om den andres. Og videre at humanismen er å finne i sårbarheten, – her finner vi grunnlaget for det genuint menneskelige (7).

Å møte et annet menneske er å holdes våken av en gât, framhever Levinas. Det handler ikke om kontroll, men om å komme ut av fatning. Når den andre henvender seg til meg, blir jeg rammet, overrumplet. Jeg er ikke forberedt. Henvendelsen fordrer et tilsvart, et ansvar. Og dette ansvaret settes jeg under før jeg har fått tenkt meg om, før jeg har fått vurdert om jeg ønsker å ta dette ansvaret eller ikke.

Det er ansiktet som taler. Ansiktet er ikke det jeg ser, men appellen jeg hører. Ansiktet er sårbart, nakent, det mest nakne på et menneske. Det innbyr til vold, samtidig som det



Gruppesamtale

forbyr meg å krenke. I stedet kommer jeg i et ansvar for å verne den andre, en fordring som i ytterste konsekvens gir meg ansvaret for den andres liv.

Det er ikke snakk om å temme, få kontroll, å innlemme den andre innenfor allerede kjente rammer for forståelse. Nei, det er å gå ut av forståelsen og over i det gode ønsket for den andre. Det er den andre som er min oppdragsgiver i møtet. Jeg er den andres tjener. Levinas viser til at i møtet med den andre blir jeg subjekt – både meg og underkastet. Jeg har altså et oppdrag, og dette gir mening og retning for livet, – også som lege.

Bevisstheten om hvem som er vår oppdragsgiver stiller oss som helsearbeidere i en ydmyk posisjon, – samtidig som vi har en kompetanse som gjør oss sterke. Den andre – pasienten, pårørende, våre kolleger – er våre «sjefer» i møtet – høydemålet – . Og samtidig er de «svake» ved at de søker råd. Makt og styrke, avmakt og svakhet, er omfordelt i Levinas' filosofi sammenlignet med hvordan vi er vant til å tenke. Slik kan «freden» etableres, som han uttrykker det, – med andre ord å hindre «krigen».

Levinas' filosofi er ikke å forstå som det tradisjonelle 'kjærlighet til visdom' (8), men kanskje heller som kjærlighetens visdom.

Det er et grunnleggende forhold i menneskelivet at vi er avhengige av å bli tatt i mot i våre uttrykk, bli møtt som personer. Den danske filosofen Knud Eiler Løgstrup (1905–1981) beskriver dette inngående i boken *Den etiske fordring* (9). Han sier at vi har «aldri med et annet men-

neske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv» i våre hender. «Det kan være svært lite, en forbigående stemning, en oppstemhet en vekker eller får til å visne, en tristhet en forsterker eller letter. Men det kan også være skremmende mye, slik at det simpelthen er opp til den enkelte om den andre lykkes med livet sitt eller ikke.» For –

– krenkelse kan gjøre krank –

et forhold som den norske professor i allmennmedisin Anna Luise Kirkengen har synliggjort både i sin omfattende forskning og i en nylig utgitt bok ved navn «Hvordan krenkede barn blir syke voksne» (10). På verdensbasis foreligger en solid forskning innenfor det som med en forkertelse kalles ACE-studien, Adverse Childhood Experiences, hvor bl.a. kollega V.J. Felitti er sentral (11). Forskerne viser til fulle at krenkelse kan gjøre krank – at negative erfaringer tidlig i livet kan bidra til lidelser innenfor hele spekteret av medisinske tilstander.

Om vi ikke respekterer pasienters urørighetssone, som Løgstrup påpeker, kan vi også som helsearbeidere komme til å krenke (9).

Menneskets anatomi er eksistensiell

Den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908–1961) beskriver i sine verk at det er som kropp vi forstår, som kropp vi lever og bebor verden. Kort sagt er det som kropper vi er til, erfarer og søker å forstå vår tilværelse (12). Og kroppen husker, – det har de fleste av oss hverdagserfaringer i forhold til. Skillet kropp-sjel er med andre ord en konstruksjon. Pasienter ønsker å møte – og bli møtt – som hel person når de søker helsehjelp.

Hva mener vi så med hel person? Vår svenske kollega professor i allmennmedisin Carl Edvard Rudebeck har over lang tid studert og publisert innenfor temaet kroppsempati, om den eksistensielle anatomien vil alle er og har (13). Vi lever som kropp, forholder oss til verden som kropp, vi kan ikke tenke oss et liv uten nettopp i og gjennom vår kroppslike eksistens. Det gir oss som fagperson en mulighet for gjenkjenning, – en kroppsempati. I det skapende mellomrommet kan så pasient og lege finne fram til nye fortellinger, forståelse, for tolkning, mening som pasienten kan leve videre med. Kanskje vi her finner grunnlaget for legekunsten, som Hippokrates så vakkert har vist oss for mer enn 2000 år siden (14).

Tromsøstudentenes vurdering av gruppevirksomheten

Både etter første og andre året med mentorgrupper ble studentene bedt om å skrive en anonym tilbakemelding til førsteforfatter om hva de opplevde som positivt, hhv. negativt, ved deltagelse i mentorgruppene.

I evalueringene har det kommet fram en rekke forhold av betydning for studentene, som

- at gruppene var lagt utenom campus og i fritiden
- at de fikk et sosialt og faglig nettverk tidlig i studietiden
- at de hadde et friområde med åpenhet innad og taushet utad
- at det var fritt fram for ethvert tema
- at det var rom for det uferdige
- at de fikk hulfe sin eventuelle usikkerhet mht. yrkesvalg
- at de kunne få møte en erfaren kollega som kunne formidle noe av hva det vil si å være lege, – et utkikkstårn mot framtidens
- at de kunne få muligheten til å bli mer kjent med seg selv før de skal ut i yrket
- at de fikk inspirasjon.

Ingen har så langt – på direkte spørsmål – foreslått nedleggelse av gruppevirksomheten. Og de ønsket gruppemuligheten gjennom hele studietiden. Gruppetilhørigheten kunne gi trening i å forholde seg åpen både for egne og andres erfaringer, noe som kan bidra til å oppnå en lydhørhet for den andres fortelling. Samtidig fikk de reflektere over egne holdninger og eget ståsted. De fikk i praksis erfare betydningen av et genuint engasjement, å svinge med på den andres banehalvdel. Og de fikk trening i å praktisere taushetsplikten.

Flere studenter så for seg behovet for å møte kolleger jevnlig også etter studietiden, ja, kanskje gjennom hele yrkeslivet. (Kfr. spesialister i allmennmedisin som har gruppesamlinger som obligatorisk aktivitet både i videre – og etterutdannelsen. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=1124&subid=0>)

Studentene kommer til å bruke seg selv som den viktigste medisinen gjennom hele yrkeslivet som lege, på godt og vondt, enten de er seg dette bevisst eller ikke. Det er mange år siden vår britisk-ungarske kollega Michael Balint (1896–1970) proklamerte dette og tok konsekvensen av sin innsikt og inviterte til grupper for leger i England (15). Det medisinske fakultet i Tromsø er i gang med en revisjon av studieplanen for medisin. Etter tre års drift av mentorgrupper og et sterkt ønske fra studenter og mentorer om en fortsettelse, ser det dessverre ikke ut til at Det medisinske fakultet ønsker å innlemme mulighetene for mentorgrupper i sitt program framover.

Men NMF og Tromsølegeforening har tatt opp hanskene og arbeider nå med en plan for videreføring av frivillige mentorgrupper for medisinstudenter i Tromsø. De ønskes lykke til!

Referanser

- Biringer E, Stordal K, Johansen K, Aase K, Søvik DH, Kristiansen J, et al. Ni år med samtalegrupper for medisinstudenter i Bergen. Tidsskr Nor Laegeforen 2005 Aug 25;125(16):2219–20.
- Søreide K. Om å fødes og modnes som student. Tidsskr Nor Laegeforen 2002 Mar 20;122(8):828–30.
- Johansson KA, Ohldieck C, Aase M, Schei E. Skjebnezapping – medisinsk grunnopplæring, legestudenters dannelse og den etiske fordring. Tidsskr Nor Laegeforen 2001 May 20;121(13):1618–21.
- Martinsen EH. [To be emotionally affected during medical education]. Tidsskr Nor Laegeforen 2000 Jan 30;120(3):374–6.
- Berg E. Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø; 2004.
- Vetlesen AJ. Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. Tidsskr Nor Laegeforen 2001 Mar 30;121(9):1118–21.
- Levinas E. Den Annens humanisme. Oslo: Aschehoug, Thorleif Dahl kulturbibliotek; 1996.
- Gron A, Husted J, Lübeck P, Rasmussen SA, Sandoe P, Steffensen NC. Politikens filosofi leksikon. København: Politikens Forlag AS; 2001.
- Logstrup KE. Den etiske fordring. Oslo: J.W.Cappelens Forlag AS; 2000.
- Kirkengen AL. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
- Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. Prev Med 2003 Sep;37(3):268–77.
- Merleau-Ponty M. Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax Forlag AS; 1994.
- Rudebeck CE. Imagination and empathy in the consultation. Br J Gen Pract 2002 Jun;52(479):450–3.
- Aggebo A. Hvorfor altid den Hippocrates? Aarhus: Universitetsforlaget; 1964.
- Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. Lund: Studentlitteratur; 1964.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
eli.berg@ahus.no

Om praksisoverdragelse eller når man skal selge sin fastlegepraksis

AV KARIN FRYDENBERG

Denne artikkelen ble også trykket i Utposten nr. 5/2007. Ved en feil kom den ikke med i innholdsfortegnelsen. Vi har valgt å trykke den på nytt slik at det blir mulig å finne tilbake til den ved behov.

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.
- Dernest skal avtropende lege selge sin praksis til den kommunen har gitt tilbud om avtalehjemmelen. Dette salget er kommunen ikke del i. (Rammavtale § 5.6)
 - Vedkommende har fem uker til å tenke over tilbuddet og å bli enig med avtropende lege om verdi av praksisen, både den materielle verdi og det som nå kalles verdi av opparbeidet praksis. Hvis påtropende 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 «Dreiebok 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 Rammavtalen 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 fratrede lege, men være ubrukelig for tiltredende. Data blir raskt utdatert. Så de materielle verdiene kan være skufende små. Takstfirmaer eller utstyrleverandører kan hjelpe med verdivurdering.

Rammeavtale mellom KS og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis 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 mottatt, fastsettes prisen av nemnd (voldgift). Nemnd(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 tilbuddet 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.

2. Verdi av opparbeidet praksis.

Hvordan beregne «verdi av opparbeidet praksis»?

Den er forkjellig 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 søker, kan selger forvente å få en høyere pris.

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)
- Husleieavtaler og andre leieavtaler

Det er mange følelser knyttet til ens private praksis som kan gjøre en svært subjektiv i sin beregning av verdien av praksisen. 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 videreforsmidle 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 fellestrek som gjorde at vanskeligheter oppstod:



- Utydelig utlysningstekst der vesentlige forhold ikke var tatt med.
- Hvor realistisk var selgers og kjøpers verdisetting? Hadde man satt seg inn i praksisoverdragelser i nærlheten? Er det sannsynlig at det blir flere søker? Er de villige 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 vektning av flere av punktene over.

Nemndsbehandling

Legeforeningen har ønsket å gjøre nemndsbehandlingene så forutsigbare som mulig og har derfor fra 1.1.2006 opprettet en nasjonal nemndsorganisering med faste jurister som nemndsledere og en fast gruppe allmennleger som de som ber om nemndsbehandling kan velge blandt. 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 nemdsordningen 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 allmennlege 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 nemdsbehandling.

Nemnda bestemmer overdragelsessummen etter befring, møte 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.

Lytte 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

Til Utposten.

Karin Frydenberg hadde i Utposten 5/2007 en ryddig og god oversikt over hvilke momenter som bør tillegges vekt ved fastsettelse av verdi av opparbeidet praksis. Alle momentrene som her var nevnt var forhold som var knyttet til det aktuelle legekontorets kvalitet, men forhold rundt den enkelte leges kvalitet var så vidt jeg kan se ikke berørt.

Å overta en liste med pasienter der man i sin elektroniske pasientjournal har oppført telefonnumre, arbeidsgiver og kontaktpersoner for de forskjellige pasientene, og der tidligere sykdommer er redigert og oppdatert og der faste medisiner og ved-behov-medisiner er anført med styrke, og rett bruk er en viktig kvalitetsfaktor, som også bør kunne tas betalt for.

Å overta en slik ryddig liste vil gjøre oppstartdelen av jobben langt lettere, enn å overta en liste der alle ovennevnte forhold flyter og der medisiner stort sett er anført i en lang liste med tidligere utskrevne medisiner der alle påskriftene er «brukes etter legens råd».

Alle vet hvor mye arbeid som ligger bak en slik journalstrukturering, og det å ta seg betalt for et slikt arbeid synes bare rett og rimelig.

mwh

Harald G. Sunde
 Spesialist i allmennmedisin
 Kirkenes Legesenter
 9900 Kirkenes
www.kirkenes-legesenter.no

En merkelig kasuistikk

Om distraktorenes farlighet i den diagnostiske prosessen

Det var en marsdag. Solskinn og snø og kaldt og flott. Klokka var 0730 omrent.

Jeg hadde hatt vakt fra dagen før og var på vei til barnehagen med John på fem år. Det var alltid spennende om noen ringte før vaktslutt kl 8. Det var så langt veldig at kontordagen kunne forskyves en time eller to. Altstå allerede en spennende situasjon for meg.

Telefonen ringte og en dame fortalte at sønnen hennes på åtte, ni år var lammet på hele høyre side. Han hadde ikke feber eller vondt noe sted, men kunne ikke bruke armen og beinet.

Han hadde våknet slik om morgenens. De bodde bare en liten avstikker fra min planlagte rute. Jeg ble fornøyd med at jeg ikke skulle langt, men syntes det var en noe mystisk sykdom.

Jeg kjørte oppover de bratte bakkene, da motoren begynte å fuske og stoppet etterhvert. Den meget gamle og velbrukte Saab-en begynte å svikte. Jeg ble opprørt over dette og følte meg dum og klønnete som kjørte legevakt med et slikt svikefullt maskineri. Jeg burde kjøpt mer enn to nye tennplugg-kabler. Troen på egen kraft og kompetanse dalte betydelig. John var også noe betenklig og begynte nok for første gang å tvile på sin far. Jeg fikk imidlertid nokså fort startet igjen, og vi fusket oss videre opp til åstedet.

Der møtte moren oss på trappa, John ble med på kjøkkenet og fikk saft og jeg gikk til barneværelset. Der lå det en gutt som så frisk ut, og som kunne fortelle at armen og beinet fungerte litt bedre igjen nå, men var fortsatt litt svakere. Lammelsen hadde vel vart en times tid nå mente moren. Han hadde ikke vært lammet i ansiktet.

Klinisk var han klar, våken, orientert, nærmest upåvirket, ikke nakkestiv. Afibril. Blodtrykk og puls var normale, pupiller normale. Han hadde muligens litt nedsatt kraft i høyre sides ekstremiteter. Refleksene var normale bortsett fra at abdominalrefleksen på den ene siden var utslukket.

Jeg pleier jo sjeldent å sjekke denne refleksen, men gjorde det da, og det var altså det eneste egentlige objektive funnet. Sykehistorien var jo allikevel så dramatisk at jeg selvfølgelig valgte å legge ham inn på Barneavdelingen.

Jeg ringte etter ambulansen og så til vakthavende barnelege og sa at hadde det vært en voksen/gammel person så hadde det jo foreligget en åpenbar mistanke om et cerebralt insult evt. TIA. Det var han jo enig i. Gutten skulle selvfølgelig få komme til sykehuset og bli utredet.

Så langt var det meste ganske greit. Jeg følte meg ganske flink og rolig igjen. Ambulansen kom meget fort, og jeg gikk opp til gutten igjen. Han var nå helt normalt sterkt i armen og beinet.

Så kom vendepunktet i prosessen. Bestemoren kom nemlig fra kjøkkenet og ba om å få snakke med meg før jeg sendte ham av sted.

Jeg vil her skyte inn at familien besto av mor, bestemor, tenåringsøster og pasientgutten. De var meget antroposofisk orientert. Bestemoren fortalte meg at hun og gutten kvelden før hadde sett på et TV-program om trafikkskade. Nakkebrudd og lammelser var skildret.

Gutten hadde vært svært opptatt av dette og hadde sagt at han var fryktelig redd for å bli lam. Da han våknet neste morgen var han lam i høyre side. Bestemoren kunne også fortelle at familien hadde svært følsomme sinn.

Guttens øster hadde angivelig vært stum i flere måneder året før, noe som visstnok var forklart som en psykisk forårsaket situasjon uten kjent årsak. Hun snakket igjen nå og var i fin form.

Bestemoren ba meg ganske kraftig om ikke å legge gutten inn på sykehus da dette kunne sementere angst og gjøre ham psykisk fortred. Østeren var jo blitt så bra ved forsiktig alternativ hjelp.

Disse nye opplysningene fikk min diagnostiske prosess til å skifte spor. Jeg tror ikke jeg helt orket å gå i mot hennes sterke ønske. Jeg gikk så til gutten igjen. Han hadde stått opp, var frisk, hadde gått ned trappa til sykebilbåra, og skulle legge seg på den. Han var glad for at han var blitt bra og heldigvis fikk slippe å være lam.

Alle var nå godt fornøyde. Jeg tenkte en del kloke psykologiske tanker og godtok at funksjonelle/hysteriske lammelser fantes vel fortsatt, også mange tiår etter Freuds storhetstid blant Wiens borgersfruer.

Antroposofer drev vel fortsatt med slikt, tenkte jeg, og følte vel at jeg var en nokså dyktig totaldiagnostiker som tok hele det menneskelige spektrum med i vurderingene. Her var det rom for både soma og psyke.

Bilproblem og praksisdagens forsinkelse ble bagateller. Jeg ringte til barneavdelingen og sa at det var gått over og at alt hadde vært psykisk. Barnelegen var skeptisk, men mente jo at jeg som var på stedet, fikk bestemme. Jeg hadde allerede bestemt meg og sendte ambulansen hjem og snakket med en takknemlig mor og bestemor som begge var glade for forløpet og for min kloke avgjørelse. John og jeg kjørte videre til Skreia, bilen gikk bra, og jeg var litt imponert av meg selv. Klokka var vel rundt ni, vi var forsinket, men fornøyde.

Klokka 15 omrent brøt den intracerebrale blødningen gjennom til subarachnoidalrommet og gutten ble akutt dårlig. Den nye dagens legevakt la ham inn på lokalsykehuset, og han ble derfra sendt til regionalsykehuset. Han ble ikke operert. Tilstanden var usikker lenge, men han kom, så vidt jeg vet, gjennom med kun en liten ensidig hørselsnedsettelse. Jeg ble ikke kritisert av familien, da de visstnok syntes jeg hadde oppført meg adekvat og ikke kunne visst bedre.

Dette er jo en helt uvanlig hendelse, men endel hendelser er rett og slett uvanlige. Poenget med historien er flere:

- Vi må prøve å ikke la oss distrahere. Jfr. bilen, bestemoren, TV-programmet.
- Vi må ikke neglisjere objektive funn som strider mot det vi ønsker skal være realiteten. Jfr. abdominalrefleksen.
- Innbilte sykdommer foreligger kun når reelle sykdommer er utelukket.
- Funksjonelle lammelser er umoderne.
- Det er komplisert å være diagnostiker.
- Man må kun lytte passe mye til pårørende, selv om de som regel har rett.
- Livet kan være urettferdig, også mot leger. (Det endte jo allikevel bra for meg).
- Det er bedre å undersøke folk litt ekstra for sikkerhets skyld, enn å undersøke for lite.
- Sjeldne sykdommer eksisterer.
- Menneskene er mystiske.

N.N.

I denne spalten «Historier fra virkeligheten», Utposten nr. 5, 2007 hadde vi en flott historie som ble kalt: «Jævla legefaen!». Det er på en finurlig måte kommet frem feil forfatter på dette bidraget. Vi har påført Kjell Maartmann-Moe som forfatter, og det er feil! Han skriver både godt og ofte for oss, men altså ikke denne gangen. I Utposten nr. 5 2007 er det Torgeir Landvik som er forfatter!
Stor beklagelse både til Kjell Maartmann-Moe og Torgeir Landvik.





PRODUSENTUAVHENGIG LEGEMIDDELINFORMASJON

Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90Øst
Tlf. 23 01 64 11Sør
Tlf. 23 07 53 80Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60Vest
Tlf. 55 97 53 60www.relis.no

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

Escitalopram og røykeslutt med vareniklin

Spørsmål til RELIS

Ei kvinne (58) som bruker escitalopram (Cipralex) mot depresjon ønsker røykeavvenning ved hjelp av vareniklin (Champix). Kan escitalopram og vareniklin brukast samtidig?

Escitalopram er ein selektiv hemmar av serotonin (5-HT) rezeptat (SSRI) med høg affinitet for det primære bindingssettet (1a). Vareniklin fungerer som ein partiell agonist for nikotin på neuronale nikotin- $\alpha 4\beta 2$ -acetylkolinreseptorar. Denne eigenskapen resulterer i ein viss grad av stimuli, men effekten er mindre enn for nikotin. Ved samstundes inntak av vareniklin og nikotin vil vareniklin antagonisere nikotin og dermed hindre full stimuli av reseptorane (1b). Vareniklin har ikkje vore så lenge på marknaden, men RELIS har allereie fleire gongar utreda interaksjonspotensiale mellom vareniklin og ulike psykofarmaka.

Mellan vareniklin og escitalopram er det ikkje funne nokon dokumenterte interaksjonar ved sok i ulike interaksjonsdatabasar. I preparatomtale for vareniklin er det oppgitt at det ikkje er sett klinisk relevante interaksjonar med andre legemiddel (1b). Sidan vareniklin er eit relativt nytt legemiddel, er det avgreinsa erfaringar med bruk av legemidlet saman med andre legemiddel.

Farmakokinetisk interaksjonspotensiale

Escitalopram metaboliserast i hovudsak via CYP 2C19, og i mindre grad CYP 2D6 og CYP 3A4 (1a). Det er vist *in vitro* at vareniklin ikkje hemmar desse enzyma, og at CYP 3A4 ikkje blir indusert av vareniklin (1b). Det er ikkje funne spesifikke studiar på om vareniklin induserer CYP 2C19. Vareniklin blir i sin tur berre metabolisert i liten grad. Det er ikkje klarlagt kva enzym som medierer metabolismen (1b). Escitalopram hemmar CYP 2D6 og CYP 2C19 (1a), men i tilfelle desse enzyma skulle vere involverte i vareniklinmetabolismen ville dette sannsynligvis ha liten klinisk relevans då 92 prosent av vareniklin skiljast ut uendra via nyrene (1b).

Det er vist *in vitro* at CYP 1A2 ikkje blir indusert av vareniklin. Røykar vil derimot ha høgare nivå enn elles av dette enzymet, noko som vil gå tilbake ved røykeslutt. Det er viktig å vere merksam på dette i sambinding med røykeslutt og samtidig bruk av legemiddel som metaboliserast via dette enzymet, for eksempel trisykliske antidepressiva, olanzapin og teofyllin. Escitalopram metaboliserast ikkje via CYP 1A2 og vil ikkje bli påverka av denne endringa.

Farmakodynamisk interaksjonspotensiale

I preparatomtalen er vareniklin oppgitt å vere selektiv for $\alpha 4\beta 2$ -nikotinreseptorsubtypen og i tillegg å binde noko til 5-HT3 reseptoren (1b), men dette er ikkje nærmere omtala. Denne typen serotoninreseptor finns i hovudsak i det perifere nervesystemet, men førekjem også i hjernen og då særleg i area postrema. Stimulering av serotoninreseptorar i dette området knytast til kvalme, brekningar og oppkast. Stimulering av slike reseptorar i gastrointestinaltrakta kan gje same symptom (2).

Vareniklin har vist svært låg affinitet for målreceptorane til mellom anna antidepressiva, antipsykotika og anxiolytiske og hypnotiske legemiddel. Tilsvarande har også desse lege-middelgruppene vist låg affinitet til nikotin- $\alpha 4\beta 2$ -acetyl-kolinreseptorane. Det er difor usannsynleg at det skal skje farmakodynamiske interaksjonar mellom desse legemid-delgruppene (2). Det eksisterer imidlertid ei viss overlapping i biverknader av vareniklin og escitalopram. Blant dei biverknadane som for begge legemidla er oppgitt som vanlige eller svært vanlige i preparatomtalane finn ein kvalme, unormale draumar, endringar i appetitt, sovnøyse og svimmelheit (1a,b). I studiar på vareniklin er det ikkje forsøkt skilt mellom biverknader av legemidlet og effektar som skuldast at kroppen ikkje lenger får tilført nikotin (1b). Sidan vareniklin ikkje er prøvd ut i kombinasjon med antidepressiva og det er lite klinisk erfaring med dette kan det ikkje trekkjast ein sikker konklusjon om risiko ved vareniklinbehandling av desse pasientane (2). Ein studie i rotter har antyda at ein antagonist selektiv for nikotin- $\alpha 4\beta 2$ -aceetyl-kolinreseptorane ikkje påverka antidepressiv-liknande effekt av citalopram (3), men dette funnet kan ikkje utan vidare overførast til å gjelde menneske.

Depresjon og røyking

Det er sett ein vesentleg komorbiditet mellom depresjon og nikotinavhengigheit (4). Basert på epidemiologiske data og enkelte farmakologiske funn, er det sett fram hypotesar om at nikotinerge acetyl-kolinreseptorar kan vere involverte i den underliggende mekanismen for depresjon (3). I fase III-studie av vareniklin oppgav 4,4 prosent av dei inkluderte pasientane tidlegare depresjon (2). Vi har imidlertid ikkje funne data på vareniklin og eventuell innverknad på depresjonstilstanden. I preparatomtalen er det oppgitt at seponering av vareniklin har gitt auka irritabilitet, røykesug, depresjon og/eller sovnøyse hos inntil tre prosent av pasientane, og at behovet for gradvis dosereduksjon må vurderast. Det tilrådast også forsiktigheit i forhold til pasientar som har hatt psykiatrisk sjukdom i anamnesen og rådgjeving i forhold til dette (1b).

Det er også foreslått at røykeslutt kan medføre risiko for tilbakefall av ein tidlegare depresjon, med rasjonale anten at røykeslutt kan fjerne den antidepressive effekten av nikotin eller at depressive symptom oppstår som ein del av eit nikotinabstinenssyndrom. Det er likevel usikkert om nikotinabstinens er knytt til depresjon, og det er heller ikkje kjent i kva grad røyking skjer på grunn av den antidepressive effekten av nikotin. Depresjon er også blant dei minst vanlege abstinenssymptoma ved røykeslutt (5). Ein større studie har vist at røykarar med depresjon ikkje nødvendigvis har større vanskar med å slutte å røyke enn andre (4).

Konklusjon

Vareniklin er eit relativt nytt legemiddel med få kjente interaksjonar og eit teoretisk sett lågt generelt interaksjonspotensiale. Ein farmakokinetisk interaksjon mellom vareniklin og escitalopram er ikkje sannsynleg. Ut frå selektiviteten til legemidla er det heller ikkje forventa ein direkte farmakodynamisk interaksjon, men det eksisterer ei viss overlapping i biverknader for dei to legemidla. Det fins hypotesar om at påverknad av nikotinerge reseptorar med legemiddel eller nikotin kan vere knytt til endringar i depresjonstilstanden.

Referansar

1. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) a: Cipralex (Sist endra: 09. mai 2007) b: Champix (Sist endra: 26.april 2007) <http://www.legemiddelverket.no/preparatomtaler>.
2. EMEA Scientific discussion. Champix 2006. <https://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/champix/champix.htm>
3. Popik P et al. Nicotine and nicotinic receptor antagonists potentiate the antidepressant-like effects of imipramine and citalopram. Br J Pharmacol 2003; 139: 1196–1202.
4. John U et al. Depressive disorders are related to nicotine dependence in the population but do not necessarily hamper smoking cessation. J Clin Psychiatry 2004; 65 (2): 169–76.
5. John R. Hughes. Depression during tobacco abstinence. Review. Nicotine Tob Res 2007; 9 (4): 443–6.



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 frampå, folkens!

*Lærerike
kasuistikker*

Overlevering med risiko: Utskrivelse fra sykehus for pasienter som bruker Marevan

Det er vel kjent at verdifull informasjon ofte går tapt ved innleggelses- og utskrivelser av kronisk syke pasienter i sykehus. Oppdatert sykehistorie og medisinliste har stor betydning ved innleggelses-, og rask og god epikrise med klare kontrollavtaler er gull verdt ved utskrivelser. Marevan er et av de mest potente legemidler vi gir pasientene våre. Svikt i INR-kontroll av marevan-behandlende pasienter kan få alvorlige og av og til fatale følger.

Mange fastleger har opplevd situasjoner som likner på eksemplene nedenfor. Eksemplene er hentet fra dagliglivet på Linde legegruppe, et tre-legekontor i Groruddalen i Oslo:

En kvinne på 78 år med osteoporose og alvorlig arteriosklerose ble innlagt på sykehus med pneumoni. Blant andre medisiner brukte hun Marevan. Det er uklart hva slags beskjed pasienten fikk om INR kontroll etter utskrivelsen, og kontrollavtale er ikke angitt i epikrisen. Fastlegen fikk beskjed om utskrivelsen gjennom pårørende. Ved utskrivelsen var INR 2,7. Det gikk 14 dager før INR ble kontrollert, og den var da 5,2.

En kvinne på 81 år ble lagt inn på sykehus av legevakt, med luftveisinfeksjon og nyoppstått atrieflimmer. Det ble startet Marevan-behandling, 22 dager etter utskrivelsen kontaktet hun fastlegen med et annet medisinsk problem. Da kom det fram at hun brukte Marevan, og at INR ikke var kontrollert etter utskrivelsen fra sykehuset. Fastlegen hadde ikke fått epikrise. Pasienten hadde ikke forstått at Marevanbehandling krever spesiell oppfølging. INR var 6,1.

En kvinne på 84 år med snertefull degenerativ rygglidelse, atrieflimmer og hjertesvikt ble innlagt på sykehus på grunn av dyspoe og funksjonssvikt. I epikrisen er det anført at pasienten skulle kontakte fastlegen for INR kontroll innen en uke. Pasienten ringte fastlegen før epikrisen var kommet, og sa at hun ikke orket å møte til kontroll. Det gikk 12 dager fra utskrivelsen før INR ble kontrollert, og den var 3,7.

En kvinne på 74 år med myelomatose og sekvele etter massive lungeembolier hadde vært innlagt på sykehus med sepsis. Fem dager etter utskrivelse fikk fastlege via hjemmetjenesten beskjed om at pasienten ikke klarte å komme til INR kontroll, som var anbefalt etter fire dager. Fastlegen var ikke orientert om innleggelsen og hadde ikke epikrise. Det ble lagt arbeid i å få oversikt over situasjonen og organisere INR kontroll i hjemmet. INR ble tatt seks dager etter utskrivelse og var 2,4.

Kurs for allmennlegar i London

14.-18. april 2008 inviterer Universitetet i Bergen til kurs for allmennlegar i London. Kurset er eit såkalla praksislærarkurs, og den primære målgruppa er praksislærarar på Vestlandet. Men kurset er ope for alle spesialistar i allmennmedisin, og gir 35 kurspoeng som klinisk emnekurs i vidare- og etterutdanninga i allmennmedisin. Kurset er lagt til dei tradisjonsrike lokala til Royal College of General Practitioners i Princes gate ved Hyde Park. Kursets tittel er *Legen som person – mellom profesjonalitet og personleg sårbarhet*. Det blir ei blanding av britiske og norske forelesarar, med rikeleg tid til grupper og plenum.

Kurskomiteen består av Gunnar Bondevik, Per Stensland og John Nessa.

Vil du vite meir, kan du slå opp i kurskatalogen på kurs nr. 23365 eller ringe John Nessa, mobil 920 36 511. Du melder deg på til Signe Zachariassen, signe.zachariassen@isf.uib.no innan 1. desember. Deltakarantalet er begrensa til 30 stk.

Vel møtt i London.

John Nessa
Seksjon allmennmedisin, Universitetet i Bergen

Rutiner ved utskrivelse av pasienter som bruker Marevan ved Aker Universitetssykehus

UTARBEIDET AV:

Anne Mette Njaastad, sektsjonsoverlege, Trombose-enheten, Medisinsk klinikkk
 Morten Mowé, sektsjonsoverlege, Medisinsk klinikkk
 Alf Kimsås, praksiskonsulent, Medisinsk klinikkk
 Bente Thorsen, praksiskoordinator

For pasienter som skal ha INR kontroll hos fastlegen innen en uke etter utskrivelse fra sykehuset, skal sykehuset bistå pasienten med å bestille tid for INR kontroll hos fastlegen. Midlertidig epikrise, med oversikt over de siste dagers Marevandosering, skal foreligge på utreisedagen.

Hvis pasienten ikke kan møte til INR kontroll hos fastlegen:

EKSEMPLER:

- Pasienter som er så syke (f.eks kreft- eller hjerte-syke) at det ikke er medisinsk forsvarlig å belaste dem med transport og oppmøte på legekontoret
- Pasienter som er så svekket at de må ha ambulansetransport
- Pasienter som ikke kommer opp/ned trapp til egen leilighet
- Pasienter som er avhengig av ledsager, hvor det er umulig/svært vanskelig å skaffe ledsager

TILTAK:

- Kontakt trombose-enheten for hjelp til å vurdere indikasjonsstillingen. Avgjørelsen tas i samarbeid

med fastlegen som får ansvaret etter utskrivelsen.
 (Bruk telefonen!)

- Alternativ behandling, inkl. bruk av lavmolekylært heparin, vurderes.

HVIS INDIKASJONEN OPPRETTHOLDES:

INR ktr må bestilles i hjemmet:

I Oslo kan Fürst's laboratorium bistå med taking av blodprøver i hjemmet. Laboratoriet må ha skriftlig rekvisisjon (vanlig Fürst lab-skjema, de kan komme på en dags varsel hvis man ringer og avtaler med dem). Fürst kan ta ukentlige prøver over en periode hvis skriftlig rekvisisjon foreligger, og kan ellers komme fast hver fjerde uke.

I Follo-kommunene må muligheter for taking av blodprøver i hjemmet avklares med fastlegen i hvert enkelt tilfelle.

Aker US, mai 2007

Med bakgrunn i den siste opplevelsen, ba jeg som praksiskoordinator på Aker Universitetssykehus om å få noen minutter på morgenmøtet i medisinsk klinikkk. Jeg fikk fem minutter etter tre uker. Jeg fortalte hvor stressende og arbeidskrevende den siste hendelsen hadde vært, og la vekt på å beskrive risikoen knyttet til usikre avtaler og manglende informasjon mellom sykehus og fastlege om INR kontroller ved utskrivelse. Innlegget ble tatt på alvor. Det ble straks satt ned en arbeidsgruppe som skulle komme med forslag til rutiner. Vi hadde tre arbeidsmøter i april/mai 2007 og kom fram til rutinene som er gjengitt i rammen på s. 43.

Rutinene ble lagt fram på et nytt morgenmøte av seksjonslederen i trombose-enheten i klinikken. De ble tatt godt imot, er nå gjort gjeldende for hele sykehuset og implementert i sykehusets elektroniske kvalitetssystem.

Erfaringer så langt:

- Sykehuset ringer og bestiller INR kontroll hos fastlegen ved utskrivelse, og pasienten har foreløpig epikrise med aktuell marevandosering med seg ved fremmøte.
- Sykehusleger og fastleger har flere ganger hatt kontakt med hverandre og diskutert indikasjonsstilling ved ustabile INR-situasjoner eller der pasienten har problemer med å møte fram til INR kontroll hos fastlegen. Initiativet til kontakt har dels vært tatt av sykehuslege, men også av fastlege.
- Rutinen gjør det lettere for ulike avdelinger på sykehuset å rádsla med trombose-enheten når det er usikkerhet om indikasjon for Marevanbehandling for eldre og skrøpe-lige pasienter.

Bente Thorsen

Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lært, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slik gjør (nå) jeg det!»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens leser.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Behandling av overvekt i allmennpraksis – hva kan vi egentlig få til?

Når overviktige pasienter spør om hjelp til å gå ned i vekt blir jeg fort usikker på hva de egentlig ønsker av meg. Ikke sjeldent får jeg følelsen av at de ønsker at jeg skal ta over problemet de ikke har klart å løse selv, konsulentrollen jeg vil ha under slike konsultasjoner passer ikke helt inn i forventingene. Ønsket om tabletter tror jeg ofte er et ledd i denne psykologiske bakevja: «Gi meg tabletter som er så effektive at jeg slipper å slite med dette mer!» Jeg nekter ikke å skrive ut medikamenter, men jeg informerer grundig om den meget begrensete nytten tablettsbehandling har på sikt.

Jeg har nesten til gode å føre en samtale med en overviktig hvor vi finner vesentlige forhold i kosten de bør endre på (selv om det her er en påtagelig kjønnsforskjell, en del menn kan ha underlige huller i sine kunnskaper om hvilke faktorer i kosten som gir vektökning). Pasientene angir at de spiser både lite, riktig og sunt, de har kuttes ut fett og sukker i stor grad og synes ikke de kan redusere inntak av kalorier mer. For veldig mange tror jeg dette stemmer, når overvekten er såpass problematisk at man spør fastlegen om hjelp er vekta sjeldent fortsatt sterkt opdagende (unntaket er menn som er sendt av kona!) og da er kaloriinntaket sjeldent for

høyt. Problemet er at de over år, sakte men sikkert, har økt i vekt uten å innse problemet i tide og tidligere kaloriinntak er det jo for seint å gjøre noe med når de kommer til oss. I stedet for å lete grundig etter hva de gjør feil tror jeg man med fordel kan lete etter hva de kan endre, en slik vinkling blir jo mindre moraliserende og mer respektfull for pasienten – i jakten på endringspotensialet blir vi lettere «på lag mot fienden».

Ofte lønner det seg å begynne med å spørre pasienten: Hva tror du selv du må endre for å gå ned i vekt? Hva har du prøvd før og hvordan gikk det? Hvorfor lyktes du ikke? Med det gir man kontrollen og ansvaret tilbake til pasienten, og det er der det hører hjemme. De som da ikke har noen forslag må man bruke kognitive teknikker på for å hjelpe dem til å innse at det kommer ikke til å skje noen ting hvis vi ikke finner noe de kan endre, og at de selv er den som er best til å lete i eget liv! Dette høres banalt ut, men jeg tror det er her problemet virkelig ligger. Vi kan snakke i timevis, men for pasienten er det å klare å få til å endre livsstil den store boygen. Her tror jeg det er viktig å legge vekt på at selv små endringsforslag som kommer fra pasienten selv er mer verdt enn forslag om store endringer fra legens side. Få pasienter har så lite nytte av «velmente råd» som de overviktige – det har de allerede fått i bøtter og spenn!

Fra noen pasienter får man da en fornemmelse av at de ikke vil (kan) endre noe, de vil bare ned i vekt og da er det jobben min å på en fin måte sette lys på det umulige i den bestillingen. Hvis jeg da moraliserer er slaget tapt ...det er så uendelig sårt å blottstille seg og så uendelig sårende å bli behandlet «ovenfra og nedad» av legen sin i den situasjonen pasienten befinner seg – men du verden så uendelig lett det er for oss å falle for den fristelsen å belære pasienten om sunn livsstil – vi vet jo så altfor godt hva hun eller han bør gjøre! Ovenfor dem som ikke ser noen mulighet til å endre



på noe mener jeg det er bedre å støtte pasienten i at dette er vanskelig og at de kanskje ikke får det til akkurat nå, så får vi kanskje en gylden anledning en annen gang- og da uten at pasienten har følt seg trakk på underveis!

For mange tror jeg det dreier seg mer om å øke fysisk aktivitet enn å redusere på antall inntatte kalorier. Mange synes de trimmer mye, men her tror jeg uvitenheten i befolkningen er større enn på kalorifronten. Spaserturer i rolig tempo monner lite, pasienten må informeres om at det må svettes når de trimmer, og pusten må bli såpass tung at de ikke kan snakke uanstrengt i alle fall på deler av turen! Det er også viktig å finne ut hvor mye og hva slags trim pasienten skal satse på å få til feks pr uke. Igjen gjelder det å få pasienten til selv å sette seg et mål som er realistisk. Jeg bruker å foreslå at vi kommer fram til et antall timer trim pr uke (trimformen er valgfri!) og at de teller opp hver fredag kveld. De timene de da ikke har rukket å trimme i løpet av uka må så fordeles på lørdag og søndag. Igjen gjelder det å få pasienten selv til å tenke ut strategien, og det lønner seg å spørre dem om hva de tror kan fungere fremfor å belære dem om hvordan de bør trenere.

Et annet spørsmål man kan prøve å stille er om de tror de vet hvorfor de ikke får til å endre livsstil. Ved å tenke over det kan pasientene komme med mange kloke tanker, kanskje de vet at de trøstespiser og da må man bruke tid på å snakke om det fenomenet. Kanskje de ikke har tid, og da er det vel greit å være ærlig: har du ikke tid er det kanskje ikke så lurt å håpe på vektreduksjon nå? Livsstilsendring tar tid og krefter – masse tid og mye krefter – i mange år! Har pasienten ikke viljestyrke til å gjennomføre livsstilsendringen alene bør de anbefales å be om hjelp i grupper, kombinasjonen av trimgrupper og Grete Rhode/Librakurs er vel ingen dårlig løsning, vel å merke hvis man er villig til å fortsette etter avsluttet kurs, eventuelt gå på flere kurs. Det er meg bekjent få integrerte gruppertilbud her i landet der pasienten får tilbud om både kostholdsendring og økt fysisk aktivitet i grupper. Det er trist, for egentlig tror jeg de fleste som sliter med overvekt ikke har mulighet til å klare å endre livsstilen sin på egenhånd, de trenger langtidsoppfølging som er av en helt annen art enn det vi kan få til å gi dem på noen korte konsultasjoner på fastlegekontoret.

Jannike Reymert
Fastlege på Baklandet legekontor, Namsos.

Ta vare på det kjæreste du har...

Selges i Apotek-1, Alliance-apotek, Bande-kjede-butikker og banddagisenter.

Finnes ingen faghandel i din nærhet, bestill på nettet. (Porto tilkommes)

Din helse er viktig!

Mål blodtrykket hjemme med pålitelige blodtrykksapparater fra AND

Klinisk validert

Godkjent i henhold til:

BHS-protokoll N92 3 års garanti

UA-767 Plus er klinisk godkjent etter BHS-protokoll, grad A/A.

AND UA-767 Plus

Digital blodtrykksmåler med enkel «ett-trykks» betjening. Stort og tydelig display viser systolisk og diastolisk blodtrykk, samt puls. Apparatet registrerer også uregelmessig hjertetrymme.

- Minne som husker 30 målinger.
- Viser hvor blodtrykket ligger på WHO's skala.
- Komfortabel mansjett.
- AND - en av verdens ledende produsenter av blodtrykksapparater både for personlig og profesjonelt bruk.

Medisinske eksperter anbefaler regelmessig blodtrykksmåling med klinisk validerte apparater.

Importør i Norge: **JAHPRON** Tlf. 75 56 56 56 - www.jahpron.no

FORBIFARTEN

MAGNE SKARTVEIT

STILLING KOMMUNELEGE 1 ARBEIDSSTED TYSNES I HORDALAND



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Distriktslege/kommunelege i Tysnes frå 1976. Fastlege. Spes. allmennmed. og samfunnsmed. Blir 60 år før utgang av 2007, deltar fortsatt i legevakt i fire-delt vakt. Trivst godt som fastlønns kombilege; føler det gjev godt grunnlag for å vera «samfunnsdokter». Bygdøykurset 1983. Oppfrisking 1 år ved Med.avd Haukeland 1990, «kreftstipend» ved Kreftavd. Haukeland 2000. Atten mndr U-landsmedisin på landsbygda i Bangladesh 1985–1993 (spesiell oppleveling med flotte menneske i landet; fortviling over kastevesen og sosial nød; nødhjelp etter syklonen i 1991 der 140 000 omkom på ei natt; ein «eye-opener» å sjå klinisk polio og rabies pluss mengdevis av TB).

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

«Skartveiten»

Hva gir deg mest glede?

I legearbeidet når ein får tilbakemelding frå pasientane om at ein har gjort noko som er til nytte/glede for dei. I privat samanheng gode opplevelingar med den nære familie eller t.d. ein rotur ein stille sumarkveld på Skartveitvatnet med aurevak og fjern elvesus.

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

Veksling mellom legearbeid /kontor og fysisk arbeid i skogen (vedhogst, rydding av skogsstiar etc.)

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

I møte med menneske, i møte med deira store og små kriser i livet; kanskje minst når legevitskapen ikkje kan gje kurativ hjelpe ved alvorleg sjukdom.

Når gjør du uviktig arbeid?

F. eks. hvis eg kastar tida vekk på unyttige marknadsundersøkingar om mine forskrivingsvanar.

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

Noko innanfor dei stor internasjonale helsetruslar: HIV/AIDS el. malaria.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Ein som har evne til den gode dialog.

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

Det er lov å bli irritert, men sinneutbrot er sjeldan klokt. Gje bestemt og tydeleg tilbakesvar i «temperert» stemmeleie.

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

Sjukepleiar Marie Aakre ved Kreftavd. i Trondheim. Om dei eksistensielle spørsmål i møte med personar med dei tunga diagnosera.

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

Hjem får mer, hvem får mindre med deg som minister?

Førebyggande tiltak innan oppvekstmiljø for barn/unge prioritert for å hindra nyrekrytting til stoffproblem/kriminalitet etc.

Karensdagar ved korttids sjukefråvær.

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Inkluderande samarbeid mellom helsestasjon og skule der også fleire fastleggar kjem på banen.

Hvilket sykehus er Norges beste?

Umulig spørsmål. Men føler ansvar for at samarbeidet med lokalsjukehuset vårt (Stord) blir best mulig.

Spørsmål fra Paul Olav Røsbo: hvor mange favner ved kløyvet du for hånd ifjor?

Der tok du meg, Paul Olav! Siste åtte til ti år har eg øksekløyvt 10–23 famnar pr. år (ein famn = eit mål = 2 x 2 x 0,6 meter kløyvt ved). Men sist vinter brukte eg elektrisk kløyvar!

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

Rolf Martin Tande:

«Har vi som fastleggar fortsatt legitimitet som allmennmedisinske rådgjevarar overfor kommune og lokalsamfunn?»



Lyrikk

En Lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Jeg har landet på Nordnorsk julesalme av Trygve Hoff. Etter å ha gått gjennom mitt eget høyst beskjedne lyrikkbibliotek med klassikere falt valget på en tekst som betyr mer og mer for meg.

Forfatteren er ikke en tradisjonell lyriker. Han skrev selv musikk til tekstene sine. Han døde dessverre alt for tidlig. For en Jærbu som har bodd 25 år nordpå blir det viktig med tilhørighet – her jeg er nå. Nordnorsk julesalme bidrar til det. Jærbuen var ihvertfall tidligere sta (og trassig?) da han brot nytt land. Dette er egenskaper som er lett gjenkjennelige også i dag nordpå, sammen med undring, ydmykhet og humor.

Trygve Hoff etterlot seg en skatt av tekster og melodier. Ikke alle er så kjent som de etter min mening fortjener. Dette blir derfor mitt bidrag til Utpostens lyrikkspalte! Vi studerte sammen i Bergen og hadde mye artig i lag. Vi har blant annet spilt duett på tørrfisk med streng & bu, – og sykkelpumpe som tverrflokte.

Med vennlig hilsen
Jan-Petter Lea

Jeg ønsker å utfordre kollega Egil Østebred på Langhus som er fastlege i Ski. D.S.

Nordnorsk julesalme

Velsigna du dag over fjordan.
Velsigna du lys over land.
Velsigna de evige ordan
om håp om ei utstrakt hand.
Verg dette lille du ga oss
den dagen du fløtta oss hit.
Så vi kjenne du aldri vil la oss
forkomme i armod og slit.

Vi levde med hua i handa
men hadde så sterke tru.
Og ett har vi visselig sanna:
Vi er hardhausa vi som du.
No har vi den hardaste ria,
vi slit med å karre oss frem
Mot lyset og adventsti'a
d'le langt sør te Betlehem.

Guds fred over fjellet og åsen.
La det gro der vi bygge og bor.
Guds fred over dyran på båsen
og ei frossen og karrig jord.
Du ser oss i mørketidslandet,
du signe med evige ord.
Husan og fjellet og vannet
og folket som lever her nord.

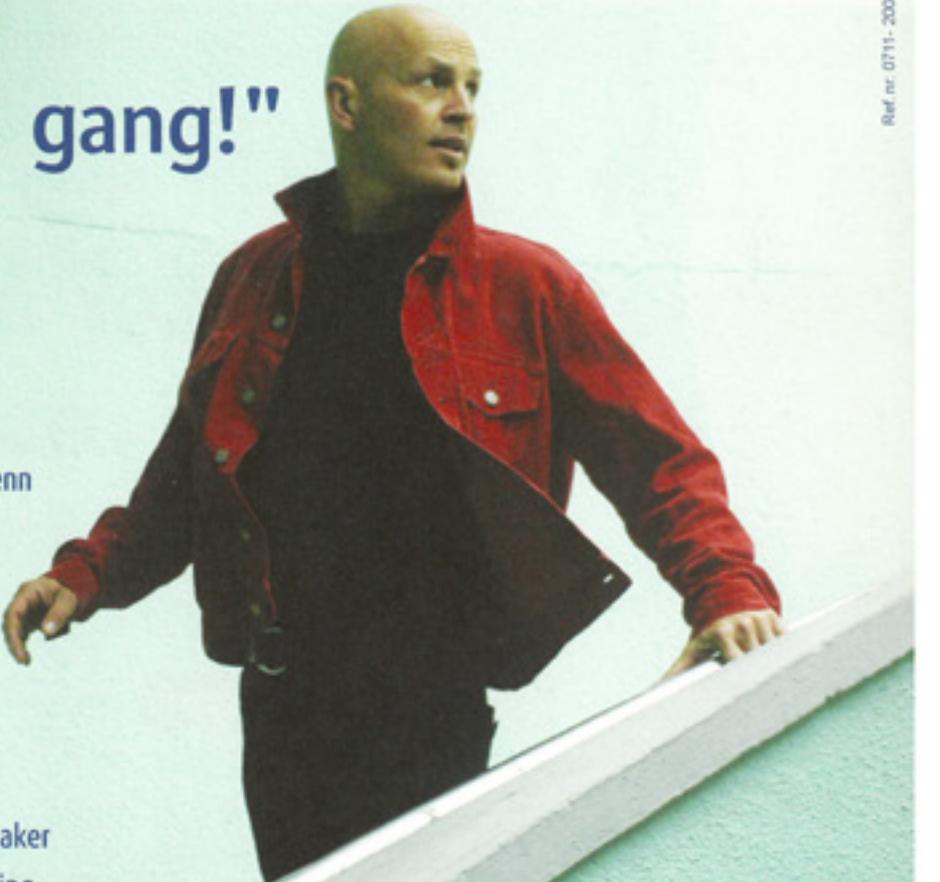


"....jeg tar det neste gang!"

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

Nå viser studier at rundt halvparten av alle menn med blæreutlopsobstruksjon har overaktiv blære og at opp til 33% av mennene med blæreutlopsobstruksjon 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



Ref. nr.: 0711-2006

Enkel dosering
- 4 mg x 1.

 **Detrusitol^{SR}**
tolterodine tartrate

¹. Omarbeidet etter Chapple, Roehrborn, European Urology 49, 2006; 651-659
For preparatomtalé se side 23

Det finnes ingen mirakelkur, men det nyttet 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 nyttet å behandle.*



Se preparatomtale og referanser på side 19

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

– Livet er verdt å huske! **Ebixa**
memantin