

Innhold:

LEDER: Takk for oss!	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Intervju med Jannike Reymert. Av Ivar Skeie	3
ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER: Kule medisiner kan være fali det! Av Karin Freydenberg	8
Konsultasjonen – møtet mellom pasient og lege. Av Ivar Skeie	12
Kvinner, islam og smerte. Kari Vogt intervjuet av Anna Luise Kirkengen	16
Førerkort og helse – mange vanskelige vurderinger. Av Odd Gunnar Heitun	20
Prisutdelinger under Nidaroskongressen. Av Tove Rutle	25
Intervju med Bjørn Inge Larsen. Av Petter Brelin	26
Folkehelseinstituttets Midia-prosjekt: Svar fra Rådet for legeetikk ved Trond Markestad. REDIGERT AV KARIN FREYDENBERG	28
Midia – en viktig debatt. TILSVAR FRA PER MAGNUS, VIVE OPDAL OG KJESTI SKJOLD RØNNINGEN	33
Hvordan tenker vi på årsaker til sykdom? Av Dag Steinar Thelle	35
Faste spalter	42

utposten

Kontor:
RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle
Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
TLE.: 63 97 32 22. FAX: 63 97 16 25
MOBIL: 907 84 632
E-POST: rmtov@online.no

Adresseliste redaktorene av UTPOSTEN:

Jannike Reymert
Koordinator
Skogstien 16, 7800 Namsos
TLE: 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
Vognstolbakken 18 d, 5096 Bergen
TLE. PRIV.: 55 29 70 50
MOBIL: 959 29 356
E-POST: gunhild.felde@online.no

Petter Brelin
Furuvn. 1,
1781 Halden
TLE. PRIV.: 69 18 16 32
MOBIL: 911 15 510
E-POST: petter.brelin@gmail.com

Ivar Skeie
Ragnhildsvei 15 b, 2819 Gjøvik
TLE. PRIV.: 61 17 70 03
TLE. 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
TLE. PRIV.: 76 13 85 60. TLE. 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
TLE. PRIV.: 61 17 92 91
MOBIL: 908 63 737
E-POST: frydrein@online.no

Forsidebilde:
Karstein Haldorsen (nr. 7) / Regin Hjertholm (nr. 8)

Layout/ombrekning:
Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:
PDC Tangen



Du finner Utposten på
www.utposten-stiftelsen.no

Takk for oss!



Ved årsskiftet står Utposten foran et redaksjonsskifte. Hvert femte år velges ny redaksjon, og vi som nå har stått ved roret siden 2003 forlater skuta. Å skifte ut redaksjonen jevnlig tror vi har bidratt til at Utposten holder seg «evig ung». Nye mennesker bringer med seg nye impulser!

Avtroppende redaksjon har valgt å la lederen for vårt siste nummer være en liten hilsen fra alle redaksjonens medlemmer – små hverdagstanker om faget og livet oss kolleger i mellom.

Hvordan trives som allmennlege? Jeg tror vi må lete etter «De Små Gleder» – selv en p-pilleforespørsel kan gi deg en god dag dersom du selv er villig til å gi litt av deg selv først. Vis litt engasjement i mennesket som sitter der – bak p-pillersepten! Jeg tenker ofte: Hun kunne vært dattera mi! Får jeg lokket fram et lite smil fra henne blir jeg akkurat blid nok til å smile til neste pasient, og da går dagen av seg selv, ikke på et høyt intellektuelt nivå, men akkurat passe hyggelig til at jeg fikk en god dag på jobben i dag også!

Vi må prioritere det viktigste.

Mange forventer mye av oss fastleger. Myndighetene, spesialistene, legemiddelindustrien, pasientene, vi selv.

Vi kan ikke, og bør ikke, oppfylle alle forventninger.

Kjernen i medisinen er nå – som i Hippokrates' tid: *Helbrede hvis mulig* (behandle sykdom, ikke sykeliggjøre vanlige livsproblemer), *alltid lindre* (hjelpe pasienten til å forstå og mestre sin situasjon og følge pasienten gjennom lidelse og sykdom) og *aldri skade* (drive uforsvarlig legepraksis). Og gi mest til dem med de største behov.

Og ikke minst – ta vare på oss selv, slik at vi bevarer overskuddet, nysgjerrigheten og åpenheten.

Mitt første bidrag til Utposten handlet om «Det musiske menneske».

Når musikkprofessor Jon Roar Bjørkvold bruker dette uttrykket, tenker han ikke bare på det musikalske, men på det skapende og levende i oss alle, det som gjør at vi ikke bare er i live, men lever. Det er «strengen som vibrerer». Øyeblikk der jeg får øye på «strengen» hos en pasient, er gylne. Det krever ofte tid og tillit. Vi er ofte opptatt av å endre pasienten. Dette er det befriende motsette: ikke å bli noe annet, men å bli den du er.

Etter Utposten? Jeg?

Jeg håper det blir som det har vært. Dager på kontoret. Jeg liker kontoret. Jeg liker rutinen. Rutinen som alltid blir annerledes, mer hektisk, mer kaotisk og mer utfordrende enn jeg trodde det skulle bli.

Hver dag.

Jeg vil fortsatt begeistres over alt som blir annerledes, intenst og utfordrende. Det meste vil gå bra, noe vil bli vanskelig.

Kaos og kos på samme dag.

Intet er kjedelig med en fastleges rutiner.

Morsom jobb.

Det holder det.



Jannike Reymert



Jon Roar Bjørkvold



Gunhild Fjell



Birthe Koli



Gørlille

Hva gjør det fint å være allmennlege? For meg er det først og fremst de gode møtene. Av og til uventet, en nær kontakt med en vanligvis lukket person, en kjent pasient som forteller en inntrykksfull historie fra sitt liv. Eller å følge pasienter gjennom vanskelige opplevelser, alvorlig sykdom, ut til noe nytt, et fortsatt liv med arr og sår, eller kanskje til en uunngåelig slutt som døden kan være. Det gir en følelse av å være med på noe vesentlig.



Kari Fjelleg

Allmennmedisin, og samfunnsmedisin kan være en ensom affære. Utposten har gitt meg, både som leser og etter hvert som redaktør, en følelse av at jeg er delaktig i noe større, (ikke nødvendigvis i religiøs forstand) et allmennmedisinsk felleskap. Allmenmedisinen er i kontinuerlig utvikling og det er derfor naturlig at redaksjonen til Utposten også endres. Jeg ser frem mot å få et innblikk i nye aspekter av den allmennmedisinske virkeligheten, nå definert av en ny redaksjon og nye (og gamle) bidragsytere.»



[Signature]

Hver dag på jobb opplever jeg at det ikke nytter å trekke seg helt inn i skallet sitt, bort fra alle utfordringer og ansikter. Jeg må synlig fylle min plass, om jeg vil eller ei. Den plassen kan varme med strålevarme eller sende kalde gufs, sinte drønn, nervøse små lysglimt, for igjen å oppleves lett og luftig som en sommernatt. Helst vil jeg det skal vokse blomster der. Tenk hvis man kunne temme været! – eller kanskje ikke..



Ulrich Sandstøp

Jeg håper at jeg på allmennlegekontoret aldri vil komme til å forføre noen med teknikk og effektivitet. Jeg tror på ro og helhetstenking både i forhold til pasienten og pasientbehandlingen, når det gjelder forebyggende helsearbeid og de praktiske samhandlingsutfordringene. Jeg tror og håper at Utposten kan være en bidragsyter i forhold til å vedlikeholde dette.

Gørlille

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

Utpostens
dobbelttime

Ingen allmennmedisinsk kjendis, snarere en doldis

Jannike Reymert
INTERVJUET AV IVAR SKEIE

Jannike Reymert – mange har nok sett navnet – ikke minst her i dette bladet. Likevel er hun ingen allmennmedisinsk kjendis. Hun er snarere en doldis. Begge deler av definisjonen har relevans når det gjelder Jannike. Hun har kanskje ikke stor makt. Men hun har nok innflytelse, og hun liker definitivt å holde seg i bakgrunnen og å unngå offentlighet.

Vi (resten av Utposten avtroppende redaksjon) synes bestemt at det er på sin plass å rette lyset mot henne i vårt siste nummer, nå når hun avslutter etter ti år som Utpostenredaktør, de siste fem år som koordinerende redaktør. Ingen har gjort dette før henne!

– *Ti dr i Utposten! To redaktørperioder! Hva føler du nå?*
 – Vemod og takknemlighet er de to første ordene som faller meg inn – er det ikke slik man finner ut hva man føler: å ta fram det som renner en i hu før man rekker å tenke nøy over saken? Jeg føler vemod fordi det er slutt på ti artige, lærerike år i redaksjonen sammen med engasjerte kolleger

doldis -en, -er (fam.) innflytelsesrik, men tilbaketrukket person; grå eminense Etym.: sv.; avl. av dold perf. pt. av dölja skjule, dølge

Norsk Ordbok



Foran Haldor Laxness' hus, Island, juni 2007.

fra det ganske land. Jeg kan faktisk ikke tenke meg noe annet forum som kunne vært mer givende for meg, både faglig og personlig. Jeg føler takknemlighet fordi jeg var så heldig å bli spurta om å være medredaktør, ganske så tilfel-

“*Jeg kan faktisk ikke tenke meg noe annet forum som kunne vært mer givende for meg, både faglig og personlig.*”



Foto: Anna Arntzen

dig, for ti år siden og så at dere i den neste redaksjonen «krevde» at en av oss som var inne i driften av bladet ble med over i den nye redaksjonen for at dere skulle slippe å begynne helt på nytt.

– *Hva har vært den viktigste drivkraften din i dette arbeidet?*

– Drivkraften har vært at jeg liker å holde på med faget, og da særlig når jeg som i jobben med Utposten har hatt anledning til å tenke litt over hva vi leger egentlig driver på med. Klinisk stoff og hverdagsmedisin har vært mine satsningsområder. Selv fortører har ikke unnslippet mitt såkrysset, det er jo ikke akkurat intellektuelt utfordrende stoff, men plagsomt for dem som har det og vanskelig å behandle for oss som er satt til å behandle selv en så banal lidelse.

Drivkraften er selvsagt også å prestere det beste i den makt-positionsjonen jeg nå en gang fikk tildelt da jeg fikk være med i redaksjonen i Utposten.

Jannike trives definitivt ikke i rampelyset. Men hun nevner makt, og bekrefter da kanskje at hun er en doldis i det allmenn-medisinske Norge...

– *Makt? Gir det makt å være med å bestemme over et blad som Utposten?*

– Ja, det vil jeg si – vi er jo med på å bestemme en del av det mange kolleger skal lese. Vi risikerer selvsagt å miste abonnenter dersom vi blir for sære i temavalg, så makta er ikke total. Men vi har bl.a. valgt å trykke mye stoff som problematiserer risikoepidemien som jo har sterke støttespillere i legemiddelindustrien og spesialisthelsetjenesten. Pernille Nylehn har skrevet og kritisert NAVs krav om at henvisning til psykiater skulle gå via dem for at pasienten skulle komme raskt til slik behandling – i ettertid har NAV endret opplegget slik at ansatte der ikke lenger har tilgang til slike sensitive opplysninger. Sist, men ikke minst, har Karin Frydenberg i år satt fokus på gentesting av nyfødte med tanke på økt risiko for diabetes. Den debatten ble jo rakst tatt opp i de store riksavisene og i dette nummeret

kommer det en redegjørelse om saken fra Etisk råd i legeforeningen. Med disse artiklene har vi helt klart vært med på å sette dagsorden på temaer vi synes er viktige i Helse-Norge.

Utposten har – etter mange meninger – spilt en rolle i utviklingen av norsk allmenn- og samfunnsmedisin. Etter ti år som redaktør har Jannike som ingen annen sett Utposten fra innsida.

– *Hvilken faglig betydning mener du bladet har og har hatt?*

– Jeg tror Utposten har hatt og har stor betydning for allmenn- og samfunnsmedisinere fordi vi trykker stoff som er veldig praksisnært. Det at «vanlige» kolleger skriver for oss tror jeg gjør at stoffet føles veldig relevant. I Utposten er det lov å lure på de «enkle» problemstillingene og fortelle fra en hverdag som verken er evidensbasert eller strømlinjeformet, men «sann» fordi den er så mangfoldig og ubearbeidet. Jeg tror at leserne kjerner seg veldig godt igjen i vår måte å formidle stoffet på. Vi tillater oss å la andre ta seg av de tunge, vitenskapelige greiene som selvsagt også er viktig, men mye færre fra hverdagsmedisinen.

“ Jeg tror at leserne kjerner seg veldig godt igjen i vår måte å formidle stoffet på. ”

– *Som «ikke-vitenskapelig» medisinsk tidsskrift er Utposten noe for seg sjøl. Da er det vel også noe som er særregnet for Utposten?*

– Ja, vårt mantra er å trykke stoff som beskriver hvordan virkeligheten egentlig er for oss som arbeider i primærhelse-tjenesten uavhengig av hvor lite vitenskapelig basert utsagnene er. Med det får vi fram «magefølelsen» til kollegene våre på en unik måte.

Jannike er grunnleggende nysgjerrig – i ordets beste forstand. Hun godtar ikke lettvinde og overflatiske sannheter, men går i dybden og ønsker å forstå. Fra pålitelig hold vet vi at hun alt som student var av dem som stilte spørsmål og utfordret vedtatt sannheter. Og for dem som husker noen år tilbake i Utpostens historie vil «Ord om ord» lyde kjent..

– *Du er opptatt av den dypere betydning av og røttene til de medisinske begrepene. Kan studiet av ordenes historie gi oss dypere innsikt i medisinen?*

– Nå refererer du til «min spalte» i Utposten fra 1997–2002 der jeg tok fram etymologien (ordenenes opprinnelse) til en del medisinske ord og uttrykk. Uten noen som helst formell bakgrunn i språkvitenskap har jeg alltid hatt glede av å gruble over ordenes opprinnelse. Kommunikasjon er det viktigste redskapet mennesket besitter, ja uten språk ville vi neppe eksistert. Våre ordvalg sier mer enn ordene i seg selv. Etymologi gir også viktig historisk innsikt fordi ordenes

opprikkelse forteller oss mye om hvilke betingelser som var til stede i samfunnet da det aktuelle ordet ble til. Det beste eksempelet jeg har her, er kanskje ordet *heroin*. Dette stoffet kom på markedet som legemiddel i 1898. Dr Heinrich Dreser som da var forskningsdirektør i firmaet Bayer, skapte ordet fra det tyske ordet «heroisch» og klarte

entusiasmen. Jeg gleder meg faktisk til hver arbeidsdag, jeg tar meg i å synge på tur til jobben!

Hun forteller at hun har hatt som overlevelsesstrategi å sette grenser overfor pasientene. De får bl.a. ikke ringe henne privat.

“... vårt mantra er å trykke stoff som beskriver hvordan virkeligheten egentlig er for oss som arbeider primærhelsetjenesten.”

med dette ordet å markedsføre heroin som et sterkt og vel-egnet stoff til å kurere morfinmisbruk! Av dette ser vi at le-gemiddelindustriens evne til «god» markedsføring ingen-lunde er et nytt fenomen, at de også da visste å bruke språket i sin tjeneste og at ordenes betydning og de assosia-sjoner vi får av dem kan ha betydning for våre faglige valg!

Jannike har vært allmennlege i Namsos i 21 år. En småby der «alle kjenner alle». Allmennlegen ser de samme pasientene i 2-5-10-20 år.

– Føler du slitasje i den samme jobben dr ut og dr inn, eller klarer du å bevare entusiasmen? Og hva er det som gir deg energi til å holde ut?

Joda, i Namsos kjenner de fleste hverandre og dr. Reymert er nok et fenomen mange i byen vet en del om, på godt og vondt. Jeg har faktisk i mange år tenkt på hvorfor jeg ikke føler slitasje med å være allmennlege på samme kontor for de samme pasientene år ut og år inn. Jeg tror det til en viss grad dreier seg om at jeg er nokså enkelt sammensnukret i toppetasjen og trenger ikke de store utfordringene her i livet for å trives. Tvert i mot, jeg er nok en «kontrollfreak» og har funnet min «nisje» på et lite legekontor der vi har en drift som vi har spesialtilpasset oss som jobber der.

I tillegg har jeg helt bevisst valgt en del strategier for å ikke brenne ut. Da vi fikk tre barn i løpet av fire år valgte jeg å jobbe redusert. Nå som yngstemann er 19 er det ingen ting jeg er mer glad for enn at jeg tok meg tid til å være litt heime med verdens flotteste barn! En fridag i uka har gitt meg

– Videre tror jeg at ikke bare jeg, men at også pasientene har godt av at kontakten mellom oss struktureres f. eks. med at en konsultasjon kun unntaksvis får lov til å døye over 30 minutter, at en «øyeblikkelighjelptime» hos meg faktisk er akkurat det: «Nå får du ta opp det som er akutt, andre spørsmål må du bestille vanlig time for! Videre liker jeg ikke å være på fornavn med pasientene, som profesjonell vil jeg ha en viss avstand til mine pasienter, vi er ikke venner i ordets rette forstand. Med denne valgte avstanden klarer jeg å skille livet på og utenfor legekontoret, og det tror jeg har gjort at jeg stortrives på jobben hver dag.

– Det høres da voldsomt ut! Du må da også ha dine vanskelige stunder på jobben og dine «vanskelige pasienter»?

– Ja, det er klart, men vanskeligheter og slitasje er vel to for-skjellige ting? Det er klart at jeg ikke har gått rundt og nynnet for meg selv hver dag i over 20 år! De vanskeligste stundene er når jeg har gjort feil – enten medisinske feil eller kommunikasjonsfeil ovenfor pasienter eller medarbeidere. Man kan selvsagt skyve slikt fra seg med å si at pasienten eller medarbeideren er «vanskelig», men et sted inne i meg sitter det en liten nisse som tør å minne meg på at feilen ligger hos meg og at jeg må ta ansvar for at det gikk galt. Slike nisser har vel alle, og det troer jeg er bra, i alle fall så lenge nissen ikke blir destruktiv. Jeg har ikke vært flink til å dele mine nederlag,

“I tillegg har jeg helt bevisst valgt en del strategier for å ikke brenne ut.”

masse overskudd. De siste årene har disse dagene blitt brukt til turliv, lesing og bl.a. Utpostearbeide – aktiviteter som har gitt meg glede og en stor frihetsfølelse. Fire dager i praksis blir da som en lek! Og når man ikke føler seg ned-lasset i arbeide, tror jeg det er mye lettere å opprettholde



EIKEN BØNN, COUCH



FOTO: GØRAN VALLSTAD

Topptur på Lurnaneia (992 m.o.h.)
på grensa mellom Snøsæ og Lierne.

når jeg nå ser tilbake på over 20 år i allmennmedisin ser jeg en mangel her: Feil ville kanskje vært lettere å bære hvis vi hadde et forum for å snakke om våre feil og nederlag?

– Kvinnelig allmennlege, mor, jobb, andre aktiviteter – hvordan har det vært å kombinere rollene? Har du forsaket noe? Er det ting du har valgt å ikke gjøre, som du kunne hatt lyst til?

– I dette spørsmålet burde det vært unødvendig å bruke ordet «kvinnelig» – det er jo ingen grunn til at jeg skulle slite mer med disse problemstillingene enn deg, min gode mann! Men virkeligheten er jo selv sagt den at ingen av oss er frigjort fra kjønnsrollemønsteret, og jeg har da heller ikke levd et liv der mitt kjønn ikke har satt andre krav til meg enn for eksempel min mann som er kardiolog. Nå er det heldigvis slik for meg at morsoppgaven har vært den beste og flotteste rollen jeg har blitt tildelt her i livet, de andre rollene er jo bare «støjsj» sammenliknet med den store oppgaven det er å oppdra tre barn og prøve å hjelpe dem til å finne sin vei i livet på en god måte. Det er en oppgave som helt åpenbart krever mye, den som ikke har forsaket noe for å fylle mors (og fars)-rollen har prioritert dårlig, spør du meg! Jeg har forsaket «den store karrieren» (eller er det kanskje slik at jeg har sluppet å gå den veien fordi jeg har hatt barn å unnskyld meg med?). Igjen er det vel slik at man lever et godt liv når man er litt enfoldig; det er faktisk ikke noe jeg kommer på som jeg kunne hatt lyst til å gjøre, men forsaket for å takle tidsklemma.

“... den som ikke har forsaket noe for å fylle mors (og fars)-rollen har prioritert dårlig, spør du meg! ”

– Du er veileder i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Hva syns du er viktigst å formidle til de unge spesialistkandidatene?

– Jeg håper jeg klarer å vise dem at gleden over faget kan overgå alle frustrasjoner og nedturter man måtte møte på sin vei i livet som allmennlege. Men glede er et fenomen man faktisk må lete litt etter, den kommer bare frem når du har vilje til å se den! Jeg tenker også det er viktig å prøve å av-

lære folk den sutrementaliteten som dessverre til tider trives så alt for godt blandt våre kolleger.

Jeg vil påstå at det finnes knapt noen mennesker på denne jord som er så privilegerte som oss, klarer vi ikke å se det burde vi prøvd å leve de underprivilegertes liv en uke! Nå ble jeg veldig moralistisk, men jeg mener man ved å tenke over dette faktisk kan gjøre hverdagen triveligere både for oss selv, våre pasienter og våre medarbeidere, og det er noe vi alle fortjener.

Videre tenker jeg det er viktig at jeg som har jobbet i allmennpraksis i over 20 år tør å stå fram som ufullkommen og feilbarlig.

Selv sagt skal en veiledningsgruppe også hjelpe våre unge kolleger til å reflektere over faget og tenke selvstendig, men det går liksom av seg selv i de gruppene jeg har vært veileder for.

– Utposten har vært en viktig og stor del av ditt faglige liv i ti år, nå blir tid og kapasitet frigjort. Hva vil du bruke engasjementet ditt på nå?

– Ja, si det! Jeg elsker å være aktiv og drive med prosjekter, så vakuumet etter Utposten skremmer meg. Vår yngste sonn flyttet hjemmefra nå i høst også, så her er det rikelige muligheter for en større midtlivskrise! Problemet er at jeg er ikke så lite bortskjemt, det jeg skal bruke tida mi på skal være både givende og utviklende med mange kortsliktige gevinst, og det er jo få ting som kommer opp mot å sitte i Utposten-redaksjonen da! Faktisk har jeg strevd litt med dette, jeg burde jo klare å finne på noe artig å drive på med nå. Jeg er for lat til å begynne med forskning. Bare tanken på å sitte med tall og kurver og statistikk jeg ikke skjønner noe av gir meg frysninger nedover ryggen. Akkurat nå ser det ut som det blir å bruke veiledningskunnskapen min til å være med på å utvikle et gruppertilbud med livsstils-veiledning, men om det blir en realitet er foreløpig litt usikkert. Ellers er jeg så heldig å bo i den vakreste delen av Norge (bare kom og se selv!) så kanskje jeg skal bruke enda mer tid på å vandre rundt i Namdalens vakre natur i årene som kommer?

Circus medical lupelampe fra Luxo



Circus medical lupelampe er en effektiv lysarmatur og en moderne lupelampe i ett. Elegant i design og med stor fleksibilitet. Lupelampen er velegnert til bruk i omgivelser hvor det også stilles høye estetiske krav. Godkjent i h.h.t. EN60601-2-41.

- stor fleksibilitet og enkel i bruk
- stabil arm
- gir et høyt lysutbytte med minimum av varme
- 3.5 diopter rund glasslinse er standard
- tilleggslinser på 4 og 6 dioptrier kan leveres
- ekstraordinært høyt lysutbytte
- leveres med AH bordfeste
- kan også benyttes på trolleystativ 8990-028-1
- det 22W T5 høy-effektive sirkellysroret gir hele 1800 lumen og høyfrekvent flimmerfritt lys

Medinor ASA Oslo
PB 94 Bryn
0611 Oslo
Tlf. 22 07 65 50
Fax. 22 07 65 05

Medinor ASA Bergen
PB 303 Sentrum
5804 Bergen
Tlf. 55 94 83 10
Fax. 55 34 23 34

Medinor ASA Sandnes
Luramyrveien 11
4313 Sandnes
Tlf. 51 63 79 79
Fax. 51 63 79 80

Medinor ASA Trondheim
Travbaneveien 1
7044 Trondheim
Tlf. 73 82 64 50
Fax. 73 82 64 60



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.

Å bruke medisiner kan være fali det!

Særlig når vi blir gamle, bruker mange medisiner og ikke kan styre dem selv.

AV KARIN FRYDENBERG

Fastleger skriver ut mange millioner dagsdoser medisiner, samhandler med mange om formidling av resepter og klar gjøring av medisiner til den enkelte pasient, og setter liv og helse hos pasientene i fare hvis ikke vi har god kvalitet og kontroll.

Hjem har oversikten når pasienten blir for syk eller for glemst til å kunne styre medisinene sine? Har vi gode nok rutiner for riktig medikamentforskrivning? Det er det etter hvert godt dokumentert at vi ikke har.

Det er farlig å bli gammel og syk og bruke mange medikamenter. Kanskje med unntak av at man i noen kommuner har satt faste medisinlister og samarbeid rundt kvalitetssikring av dem i system. Oppsummeringen fra Sør-Fron i boksen til slutt viser hvordan de har løst det.

Mange undersøkelser viser at forbedringspotensialet for legemiddelhåndtering er stort

I Trondheim viste en studie fra 2003 (1) over feil i medikamentkortene at i 90 prosent av journalene til hjemmesykepleien og fastlegen var det forskjeller i antall medikamenter. Ca ¼ av medisinene var forskrevet av andre enn fastlegen. Tilsvarende fra Skedsmo kommune i 2004 (2) viser at for

over 60 prosent av pasientene var det ikke samsvar mellom fastlegenes lister over faste medisiner og hjemmesykepleiens.

I en undersøkelse fra Tromsø i 2007 (3) konkluderes med at nødvendig informasjon om pasientens legemiddelbruk var vanskelig tilgjengelig, at informasjonsoverføring mellom helsepersonell i kommunen var mangelfull og skapte frustrasjoner, og at pasientsikkerheten ikke var tilfredsstillende. Flere prosjekter pågår, bl.a. Kollegabasert terapiveiledning ved UiO.

Den allmennmedisinske journalen er vårt arbeidsverktøy. Vi har i 10–20 år hatt elektronisk pasientjournal og muligheten for oversikt og struktur er til stede. Det krever imidlertid en nittidighet og nøyaktighet i journalføringen som ofte er vanskelig å gjennomføre i praksis. Vår hverdag som allmennleger er ofte hektisk og med mange avbrudd som også forstyrre vårt systematiske journalopptak. Telefoniske dosendringer av medisiner, blir kanskje ikke journalført. Viktige henvisninger som bør skrives raskt, prioriteres foran bearbeiding av epikriser og ny informasjon om pasienten.

Alt dette og mye mer gjør at den ideelle elektroniske journal, alltid oppdatert med tidligere sykdommer og faste medisiner, aldri lever lenge.

KASUS 1:

Ola kom nylig til meg for første gang, 76 år gammel, allerede en eldster mann med en lang sykehistorie og med mange medikamenter som han selv ikke husket. Han kommer glærende inn med rullator, med stort besvær p.g.a. stive hofter, han har atriflimmer, og jeg lurer på om han bruker blodfortynnende medisin, han vet ikke.

Jeg hadde fått tilsendt journal fra tidligere fastlege, men uten medikamentliste. Han hadde vært innlagt i sykehus for noen måneder siden at epikrise forelå. Han husker ikke så mye fra sykehusoppholdet, men mener at han ble lungetappet og etterpå var han tre uker på sykehjemmet. Jeg begynner å lete etter opplysninger fra sykehuset og hjemmesykepleien.

- medikamentlisten fant jeg hos hjemmesykepleien. Det er i alle fall garantert gjeldende medikamentliste, for de har nylig gitt ham ukedosett.
- epikrisen ble fakset dagen etter fra sykehuset, der var det ingen opplysninger om warfarin, hvorfor har han ikke det?

Det viser seg at sykehuslegen også mener at han bør ha det. Så får han warfarinbehandling etter at vi har etablert en trygg linje mellom ham, hjemmesykepleien og fastleggen for oppfølging av INR.

KASUS 2:

Fredrik er alkoholisert, uføretrygdet, 60 år gammel og har etter hvert fått dårlig korttidshukommelse. Han har levd nokså isolert i skogen. Så fikk han plass på aldershjemmet, men han reiste ofte til «hytta» si i skogen. Jeg kjenner ham godt gjennom mange år. Mange alvorlige sykdommer, bl.a. insulin-krevende diabetes mellitus, astma, angst og atriflimmer.

- Han fallerer, får stadig dårligere korttidshukommelse og dårlig regulert diabetes.
- Innlegges så med rask atriflimmer.
- Utskrives uten trimipramin og zopiclone om kvelden og langtidsvirkende insulin er redusert fra 50+36 enheter til 30. Dette vet ikke jeg, før epikrisen kommer raskt, men ikke før etter en uke.
- Hjemmesykepleien fortviler fordi han ikke sover, er veldig urolig og bl.s. er skyhøyt. Etter utskrivelsen har han nemlig gått tilbake til sin gamle vane med store doser sjokolade.

Medikamentene korrigeres, og han får det bedre, både med sin diabetes og sin angst. Ingen livstruende hendelser, men problemene kunne vært unngått ved bedre kommunikasjon ved utskrivelser.

Det farefulle ved medikamenthåndteringen

- Mangelfull føring av medikamentliste
- Mangelfull kommunikasjon med pasienten
- Mangelfull kommunikasjon mellom pasientens hjelgere
- Mangelfulle kunnskaper om medikamentene og indikasjonene

Mangelfull føring av medikamentliste

Studiene viser store sprik mellom fastlegens og hjemmesykepleiens medikamentlister. Ajourførte, korrekte lister over fast medisiner er vanskelig å gjennomføre. Vi glemmer å føre inn når vi endrer, vi glemmer å stryke gamle me-

disiner og doseendringer føres ikke inn. Pasienten slutter selv p.g.a. bivirkninger, legevakt gjør endringer, andre leger gjør endringer når pasienten er til spesialstundersøkelser, ved innleggelses i sykehus o.a. *Hvordan sikre at vi oppdaterer faste medisiner?*

Mangelfull kommunikasjon med pasienten

Ved oppstart av behandling med nye medisiner trengs tydelig og god informasjon til pasienten. Det kan hende vi samtidig gir mange andre beskjeder om dose, bivirkninger, undersøkelser og annen behandling. Informasjon om opptrapping av behandling med flere medisiner, kan bli misforstått som at pasienten skal slutte med de gamle medisinen. Når pasienten bruker mange medisiner, kan det være vanskelig å skjønne hvorfor og for hva man bruker dem. Informasjon om synonympreparater kan være krevende. Noen tar både original og synonympreparat samtidig, fordi de ikke vet at det er samme medisin. Legen kan også være forvirret over generiske og originale navn. *Hvordan sikre god informasjon til pasienten?*

Mangelfull kommunikasjon mellom pasientens hjelgere

Hjelgerne er både pårørende, hjemmesykepleien, sykehjemmet, sykehuset og fastleggen. Felles for disse er at de ikke har den hukommelsen den relativt friske pasient har om tidligere sykdommer og medisiner, om utprøving av medisiner, om allergier og andre medikamentreaksjoner. Det blir altså straks mye mer risikofylt når vi må gå om tredje person eller når pasienten av forskjellige grunner ikke kan følge så godt med selv. Dette er ofte pasienter som bruker mange forskjellige medisiner, er i behandling hos flere forskjellige leger og kan ha hyppige innleggelses i sykehus. Det innebærer mange endringer i medikamentene, mange parter som skal kommunisere og mange utøvere av det oppdraget det er å gi medisiner via hjemmesykepleien. Vi må ha klare samhandlingslinjer hvis dette skal gjennomføres trygt. Men hvem vet hvilke medisiner pasienten til enhver tid bruker når pasienten nettopp ble utskrevet fra sykehus, epikrise ikke foreligger, sykehuset har sendt ut medikamentliste til hjemmesykepleien, men ikke til fastleggen, og sykehuset synes å ha glemt noen faste medisiner? Hjemmesykepleien ringer fastleggen, men fastleggen vet ikke hva som ble gjort på sykehuset. Selv om hun har oppdatert medikamentlisten før innleggelsen, var det kanskje en øyeblikkelig hjelpsinnleggelse fra legevakt, og de hadde ikke informasjon om tidligere medisiner. *Hvordan sikre at det bare er én medikamentliste?*

Mangelfulle kunnskaper

Det siste punktet om mangelfulle kunnskaper hos forskrifter har flere aspekter. Jeg skal ikke behandle de sidene som går på legens faglige kunnskaper om legemiddeleffekt og interaksjoner, men kort nevne at kunnskaper om pasien-

ILUSTRAKSJON: GUY BRWOOD



tens mulighet til selv å følge opp sine medisiner eller at pasientens hjelgere gjør det, er en viktig del av vurderingene rundt forskrivningen. Vet legen om pasienten vil kunne huske å gå til blodprøvekontroller som er nødvendig ved en del forskrivninger? Kunnskaper om pasientens hjemmiljø kan være viktig, likeså om allergi eller intoleranse.

Fire hovedpunkter for å kvalitetssikre disse manglene:

- Faste medisiner må førest i medikamentlisten i den elektroniske journalen.
- Det er fastlegens medikamentliste som er den gjeldende.
- Hjemmesykepleien skal ha medikamentliste fra fastlegen underskrevet av denne og med dato. Ved alle endringer skrives ny.
- Ved utskrivning fra sykehus sammenholder fastlegen egen og sykehusets liste, og etter gjennomgang skriver fastlegen ny liste til pasienten eller hjemmesykepleien.

Noen underpunkter som kan hjelpe oss i kvalitetssikringen

- Medikamentliste kontrolleres ved alle konsultasjoner.
- Alle endringer føres inn.
- Generisk navn skrives såfremt det er mulig.
- Pasienten får med oppdatert medikamentliste ved alle konsultasjoner.
- Fastlegen har ansvar for at medikamentlisten stemmer, men samarbeidspartnerne og pasienten selv, hvis han har mulighet til det, har ansvar for å meddele fastlegen alle endringer.
- Pasienter som er satt på warfarin skal ha avtalt kontroll hos fastlegen eller via hjemmesykepleien før utskrivning. De skal alltid ha med seg INR-kort utfylt fra sykehuset.

Diskusjon

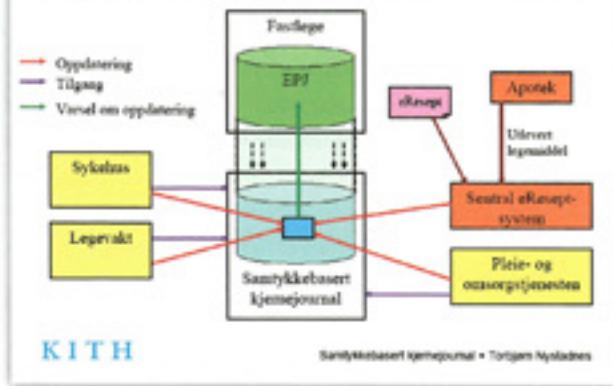
Mange vil hevde at disse reglene er rigide og urealistiske, men det er etter hvert mye dokumentasjon på at medikamentlister og forskrivning er altfor dårlig kvalitetssikret, og at det ofte skjer uheldige hendelser og nestenulykker p.g.a. dette. Derfor er det helt nødvendig å finne systemer som kan sikre medikamentforskrivningen mye bedre enn i dag. Bente Thorsen skrev i Utposten nr. 6 om endring av rutiner på Aker US for utskrivning av pasienter på Marvan fordi man hadde sett mange potensielt farlige situasjoner (4).

Det å alltid føre generisk navn er ikke vanlig i dag, og å innføre nye regler på dette området må forventes å bli vanskelig. Vi har fått mange synonympreparater som godtas på lik linje med originalpreparatene, men mottar ofte klager på dårligere effekt ved en del synonympreparater. Likevel innebefatter det store antall preparater med litt forskjellige navn og forskjellig forpakning, en stor risiko for feil. Pasienter tar av og til dobbel dose, både original- og synonympreparat, leger tar feil av navn, glemmer hva pasienten fikk sist, og slurv fører til feil.

Det å gi pasienten oppdatert medikamentliste hver gang de er hos oss, innebefatter litt ekstra arbeid, men er første skritt på veien til at vi oppdaterer medikamentlisten, har oversikten selv og hjelper pasienten til å kunne ha oversikt.

Når hjemmesykepleien styrer medikamentutdelingen, må de ha medikamentlisten ved alle endringer og i underskrevet stand slik at det er dokumentert at legen har godkjent den. Reseptfornyelser må kun skrives ut fra medikamentlisten i den elektroniske journalen. Da får vi en kvalitetssikring av at riktige medisiner brukes.

Samtykkebasert kjernejournal er ment å være en nærmere definert del av journalen som pasienten har samtykket til at flere deler av helsevesenet har elektronisk tilgang til. Medisinkort som del av denne journalen er det første man nå gjør forsøk med å få til teknisk og praktisk i Stavanger og Trondheim. Her skal fastlegen være kontrolløren og koordinatoren av medisin-kortet. Formålet er å minne risikoen for feilmedisinering.



I Stavanger og Trondheim gjøres fyrtårnprosjekter med samtykkebasert kjernejournal og elektronisk medisinkort (5). Se boks på side 10 for forklaring.

Når helsenett fungerer og vi har innført samtykkebasert kjernejournal for de pasientene som trenger tilrettelagte tjenester, vil medikamentforskrivningen kunne bli tryggere. Men det vil også der være nødvendig at de som går inn og bruker systemet, gjør det nøyaktig og korrekt (shit in – shit out).

Det blir en annen stor utfordring å få alle som gjør endringer i pasientens medisiner til å melde dette til fastlegen. Tanken bak samtykkebasert kjernejournal bygger på denne forutsetningen. Man ønsker å ha en elektronisk kjernejournal hvor de som gjør endringer hos pasienten, kan melde det i kjernejournalen. Fastlegen skal så godkjenne endringene og sikre informasjon til dem som har ansvar for utdeling av medisinene, enten det er pasienten selv, hjemmesykepleien, sykehjemmet eller sykehuset ved innleggelser.

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

Skal dette gjennomføres, må vi forut for innføringen ha en gedigen innsats og kvalitetsforbedring både av journalføring og samarbeid på tvers av linjene og mellom etatene i kommunen. Når fastlegens medikamentliste skal være den gjeldende, må den få en helt annen kvalitetkontroll enn den har i dag. Samarbeidet med hjemmesykepleien og sykehuskollegene om medisinlistene må også kvalitetsforbedres og kontrolleres. Vi fastleger må sette av tid og ressurser til dette viktige arbeidet.

Litteratur

- Bakken K, Larsen E, Lindberg PC, Rygh E. Mangefull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 13-14, 2007; 127: 1766-9
- Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasienten? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 6, 2004; 124: 810-2
- Jensen SA, Øien T, Jacobsen G, Johnsen R. Feil i medisinkortene en helserisiko? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 24, 2003; 123: 3598-9
- Thorsen B. Overlevering med risiko: Utskrivelse fra sykehus for pasienter som bruker Marevan. Utposten nr 6, 2007.
- www.kith.no Samtykkebasert kjernejournal.

MEDIKAMENTHÅNDTERING

slik vi gjør det i Sør-Fron kommune:

I Sør-Fron, som er en liten kommune med ett legesenter og en hjemmetjeneste/sykepleie å forholde seg til, har vi løst problemet med medisinlister på følgende måte:

Det er alltid fastlegens medisinliste som er gjeldene, og som skal benyttes av hjemmesykepleien når de skal legge dosetter.

- Dersom medikamentliste følger pasient hjem fra sykehus og hjemmesykepleien får denne før legen, faxes/bringes denne til legen ved første anledning(dvs. første vanlige arbeidsdag).
- Legen går gjennom listen/ kontrollerer mot den gamle og tar stilling til om endringen virker hensiktsmessige.
- Tar evt. kontakt med sykehuset dersom det er endringer en ikke forstår eller er uenig i. Det samme gjelder naturligvis dersom legevakten eller andre har gjort endringer som hjemmesykepleien har fått beskjed om, og ikke fastlegen.
- Hjemmesykepleien får ny oppdatert og signert medisinliste fra fastlegen samme dag, og bruker i fortsettelsen bare denne.

Vi har også et system for bestilling av medisiner:

- Hjemmesykepleien bestiller medisiner for (ca.) 3mnd for sine pasienter, og supplerer naturligvis ved behov. Bestillingen skjer ved at de faxer gjeldende medisinliste til lege-

senteret med påskrift om hvilke medisiner pasienten trenger og hvilket antall de ønsker.

- Helsesekretær tar ut aktuelle resepter og skriver samtidig ut ny medisinliste.
- Helsesekretærerne kan ikke ta ut resepter på annet enn det som er lagt inn som fast- eller behovs-medisin. Kun fastlegen kan tilføye noe til disse listene.
- Fastlegen signerer reseptene, gjennomgår medisinlisten og signerer den.
- Reseptene sendes apoteket, hjemmesykepleien får medisinene direkte derfra.
- Signert medisinliste sendes hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien i Sør-Fron har alltid/unntatt få dager i forbindelse med helg etc.) signert og oppdatert medisinliste fra fastlege som de forholder seg til. Dette er en kvalitetssikring, og vi vet at det ikke flyter div. ulike lister rundt i systemet!

Representant fra hjemmesykepleien, apoteket og legesenteret har årlige møter, og referatene fra disse møtene fungerer som skriftlige retningslinjer for samarbeidet.

Dette fungerer godt, synes vi. Jeg forholder meg også til andre kommuner, men er mer usikker på hvordan det forholder seg der.

Rita Hansen Møller

KONSULTASJONEN

– møtet mellom pasient og lege

AV IVAR SKEIE

Konsultasjonen, møtet mellom pasienten og legen, er kernen i lege-pasient-forholdet. Det er her det skjer. Noen ganger går det bra og både lege og pasient kommer styrket ut av konsultasjonen, ja noen ganger går det så bra at kanskje begge parter husker det resten av livet. Andre ganger går det ikke bra, og begge parter er frustrerte og misfornøyde i etterkant, og ofte sitter minnet etter slike møter også lenge i hos begge parter. Og som «oftest er vel konsultasjonene «rimelig greie», sånn på det jevne.

Derfor er det helt naturlig at det legges stor vekt på å trenere studenter og leger i konsultasjon og det finnes en rikholdig litteratur om konsultasjonens kunst. Ideen bak denne artikkelen er ikke å tegne noe helhetlig bilde av dette feltet, men å si noe om ulike typer konsultasjoner, og hva som særkjenner dem.

Allmennmedisin har flere kjennetegn som skiller den fra sykehus- og spesialistmedisin. Allmennlegen jobber i et uselektert pasientlandskap. Det gjør at forekomsten av sykdom i populasjonen («på lista») er en helt annen enn den spesialisten møter med pasienter som er henvist fra allmennleger. Videre er den enkelte konsultasjonen som oftest ganske kort («six minutes for the patient» i England, noe lengre her). Den dype kunnskapen om pasienten som allmennlegen ofte utvikler, bygger på mange konsultasjoner gjennom lang tid. Dette skiller seg fra sykehusmedisinen som skal avklare et avgrenset problem på kortest mulig tid med massiv ressursinnsats.

Tidsknappheten stiller spesielle krav til legen. Tiden kan ikke fordeles likt på alle pasienter. Enkle problemstillinger bør avklares raskt og unødig hyppige kontroller av kroniske sykdommer og risikotilstander bør kuttes slik at tid kan frigjøres til konsultasjoner som krever mer tid. Likevel kan det oppstå konflikt mellom å holde et oppsatt tidskjema og å bruke nødvendig tid på alvorlige ting når de oppstår, særlig ved akutt alvorlig somatisk og psykisk sykdom. God praksisorganisering kan avhjelpe dette i betydelig grad, men når det er nødvendig, må vi prioritere det viktigste.

Hvilke typer konsultasjoner er det så en allmennlege møter i løpet av ei arbeidsuke, på vakt og i sin vanlige praksis? Jeg tenker meg en grovinndeling i tre typer: 1) Konsultasjoner som skyldes akutt eller subakutt sykdom, 2) Planlagt oppfølging av kroniske sykdommer eller risikotilstander og 3) Åpne konsultasjoner (der legen ikke kjenner grunnen til at pasienten kommer).

Akutt/subakutt sykdom

Konsultasjoner ved akutt og subakutt sykdom utgjør en stor del av pasientkontakten i vanlig kontorpraksis og det aller meste på legevakt. Henvendelsene siles av legesekretærer eller sykepleiere som skal være godt trent til denne viktige og noen ganger avgjørende funksjonen. Ofte er bestillingene klare og enkle å forholde seg til, andre ganger kan de være mer uklare. Det viktigste i denne silingsfasen er å ikke avvise eller overse akutt alvorlig sykdom. Hvis bestillingen er uklar, bør man være særlig på vakt.

KASUS: Jeg fikk en gang på vakt kl. fem om morgenen satt over en telefon. En eldre mann fortalte at «kjerringa var blitt så ugrei». Etter litt videre samtale fant jeg det best å reise hjem til henne. Jeg fant en av de dårligste pasientene jeg noensinne har sett, en kvinne med kjent (ikke for meg) Addison, som hadde hatt gastroenteritt fire til fem dager, var høyfebril og i Addison-krise. Så «ugrei» kan bety så mangt, i alle fall på våre kanter av landet.

Hvis kommunikasjonen er vanskelig, f. eks. pga. språkproblemer hos innvandrere, bør man også være på vakt og senke terskelen for konsultasjon. Det samme gjelder hvis det foreligger tilstander som gjør det vanskelig å vurdere alvorlighetsgrad som ved underliggende alvorlig somatisk eller psykisk sykdom, kronisk eller akutt rusmiddelproblem, eller psykisk utviklingshemming. Og vi bør være særlig årvåkne når pasientene henvender seg på nytt pga. forverring eller manglende tilfriskning.

Ved akutt alvorlig somatisk sykdom vil legen som oftest oppfatte situasjonen som alvorlig, selv om man noen ganger ikke kan være sikker på hva som feiler pasienten. I situasjoner der pasienten virker dårlig, men funnene er uklare, bør



ELLESMARKEN/DOUG CAVANAH

legen stole mer på sitt kliniske skjønn enn på tilsynslatende negative kliniske og laboratoriemessige funn.

KASUS: På legevakt rykket jeg tidlig på morgenen ut til en tidligere frisk kvinne i trettiåra som følte seg så dårlig at hun ikke klarte å stå opp fra senga. Dagen før hadde hun fått feber og begynt å følge seg skrål, hun hadde vært hos legen og CRP var negativ. Men hun ble bare verre, og da jeg så henne atten timer senere var hun hoyfebril med systolisk blodtrykk på 80, og klarte ikke stå på beina. Hun hadde en svær lungebetennelse. Historiens moral: Vær obs. ved ny henvendelse pga. forverring, og stol ikke på negativ CRP, særlig tidlig i sykdomsforlopet, hvis pasienten klinisk er dårlig.

Ved akutt ikke alvorlig somatisk sykdom, er konsultasjonene ofte ganske greie. Legen vurderer og diskuterer behandling med pasienten, og noen ganger må det brukes tid på å begrunne behandlingsvalg som pasienten ikke umiddelbart er enig i, som bruk/ikke bruk av antibiotika. Man bør legge vekt på å få en felles forståelse med pasienten om sykdommen, hvis legen ikke finner at den er alvorlig, bør også pasienten ha den oppfatningen når konsultasjonen er over (men det er ikke alltid like lett).

Ved relativt nyoppstått, men ikke akutt, sykdom er det viktig for legen å være åpen for ulike tolknings av symptomer. Legen vil ofte ganske fort få en følelse av om det dreier seg om en sannsynlig somatisk sykdom, eller om det mer dreier seg om somatoform symptomer p.g.a. ulike former for (over)belastning. Belastningsutløste tilstander med depresjon og angst presenterer seg som oftest med fysiske symptomer. Pasienten vil ofte oppfatte seg som kroppslig syk, og det bør foretas en somatisk utredning som er såpass omfattende at legen og pasienten har en felles forståelse av at sannsynligheten for alvorlig somatisk sykdom er liten. Hvor omfattende en slik somatisk utredning bør være, vil variere, men

en skikkelig klinisk undersøkelse og noen blodprøver hører vel som regel med. De fleste slike konsultasjoner finner sted i den vanlige praksisen, men ikke sjeldent møter vi denne situasjonen også på legevakt. Da vil det ofte være rett å ikke gå for langt, men avgrense seg til å gjøre det som er nødvendig for å avklare om det foreligger alvorlig sykdom som krever umiddelbar handling. Hvis det ikke er tilfellet, bør pasienten i de fleste tilfeller kanaliseres til fastlegen.

Men omvendt kan en somatisk sykdom presentere seg med psykiske plager. Man må derfor unngå å «låse» seg i én oppfatning av tilstanden.

KASUS: Jeg hadde en gang en kvinnelig pasient i sekstiåra som syntes alt var blitt tungt og leit, og hun følte seg deprimert. Jeg var enig, og prøvde å behandle hennes depresjon, men behandlingen virket dårlig. «Hun kan vel ikke ha diabetes?», undret etter et par-tre måneder dattera. «Nei, jeg tror ikke det», svarte jeg, «men det kan vi jo selvfolgtlig sjekke». Hun hadde diabetes, og depresjonen letnet betraktelig da behandlingen ble endret.

Alvorlig akutt psykiatrisk sykdom møter vi både i vår vanlige praksis og på legevakt. Det dreier seg mest om akutte psykoser og alvorlige depresjoner med eller uten aktiv suicidabilitet. I fastlegepraksisen vil pasientene som regel være kjente, vi har erfaringer fra hvordan tidligere kriser er taklet, og vi har gjerne et behandlingsnettverk å samhandle med. Det gir oss ofte et godt utgangspunkt, og er en hovedgrunn til at slike kriser helst bør takles i vanlig praksis og ikke på legevakt. Vi må ta stilling til om pasienten må akuttinnslettes, og evt. på hvilket grunnlag (frivillig/tvang), og hvis svaret er nei, hvordan oppfølgingen videre skal sikres. Slike saker kan være stressende og tidkrevende, og kan sprengje våre timelister, men de er relativt sjeldne, og det vil som regel være best for alle parter å ta dette i vanlig praksis framfor på legevakt.

Men ikke sjeldent møter vi også akutt alvorlig psykiatri på vakt og pasienten er da ofte ukjent for oss. Det viktigste er da å avklare om det foreligger sikker eller mistenkts psykisk sykdom hos pasienten som gjør det nødvendig med akutt innleggelse. Det er ikke alltid like lett å få den psykiatriske annenlinjetjenesten til å akseptere innleggelse. Men hvis allmennlegen har gjort en adekvat vurdering med en klar konklusjon, vil man som regel få til en innleggelse eller akutt vurdering.

Ved akutt, men mindre alvorlig psykisk krise, vil en god (ikke nødvendigvis veldig lang) samtale ofte avklare mye, og pasient og lege kan avtale et videre løp. Dette er enklest i vanlig praksis med kjent pasient, men vi møter det også ofte på legevakt. På vakt er det igjen som regel riktig å ikke involvere seg for mye, men spille ballen videre til fastlegen når den akutte situasjonen er avklart.

KASUS: Mann i 40-års-alderen på lista di, kommer til time etter henvendelse fra broren. Det er samlivskrise, kona har dratt, det er krangel om det meste, han er fortvilt og oppgitt. Og han begynner å drikke. Hvordan legger du opp denne samtalen? Hva bør avklares? Suicidalitet? Farlig drikkehistorie? Hva er fokus framover?



Foto: Svenn Gudbrandsen

I en del tilfeller møter vi akutte sammensatte kompliserte sykdomstilstander. Det kan f. eks. være akutt sykdom hos rusmisbrukere, hos pasienter med alvorlig psykisk sykdom eller med psykisk utviklingshemming. Det er da spesielt viktig å være årvåken, og ikke overse akutt somatisk sykdom ved å henvise til at det skyldes «grunnlidelsen». Man skal for eksempel ikke tolke tegn på somatisk sykdom hos en rusmisbruker som utslag av ruspåvirkning uten at man har avkretet somatisk årsak.

KASUS: Kjent blandingsenisbruker bringes til legevaka av bekjente, han er somnolent med nedsatt bevissthetstilstand. De som følger han har funnet han ute, de vet ikke hva som har skjedd. Hva tenker du? Rusmiddelforgiftning? Hodeskade? Nedkjøling? Alvorlig somatisk sykdom?

Rus kan skjule sykdom. Bare en tilstrekkelig undersøkelse kan avklare dette.

Planlagt oppfølging av kroniske sykdommer eller risikotilstander

Disse konsultasjonene utgjør en stor del av vårt arbeid og vil ofte være relativt ukompliserte og kan være positive «pustehull» for legen i den hektiske praksisdagen. Men det er viktig at disse konsultasjonene ikke tar mer plass enn nødvendig. Men det er også viktig at vi er årvåkne på å fange opp nyoppstått sykdom ved slike konsultasjoner. Mange av disse pasientene er gamle, og sannsynligheten for nyoppstått sykdom vil være større enn for yngre. Mange vil også vente med å ta opp nye symptomer eller plager til de har time. Legen må derfor være åpen for at nye ting kan komme opp i slike konsultasjoner, og så vurdere om det skal tas der og da, eller om man skal avtale ny time for det. Og noen ganger er det pasienten tar opp helt til slutt, nærmest på vei ut døra, det viktigste:

KASUS: Kvinne i 60-åra som kommer til sin avtalte kontroll for diabetes og hypertensjon. Hun virker litt mer stresset enn vanlig. I det hun reiser seg og skal gå, sier hun: «Har du tid til å kjenne på det venstre brystet mitt?». Du finner en mistenklig, fast kul.

De fleste allmennleger har også oppfølgingsansvar for pasienter med kronisk psykisk sykdom. Dette kan være enklere støttesamtaler eller oppfølging av medikamentell behandling. I andre tilfeller dreier det seg om mer eller mindre strukturert psykoterapi. Årvåkenhet for opplysninger om eller tegn til nyoppstått sykdom er viktig også her.

Noen konsultasjoner kan være «vanskelige». Ofte oppfatter vi enkelte pasienter som «vanskelige». Men kanskje kan det også være legen som er «vansklig»? Eller at relasjonen



ILLUSTRAKSJON: SMC CALVERT

mellom pasienten og legen er «vansklig». Det har kanskje kjørt seg fast, konsultasjonene gjentar seg uten at pasienten kommer videre, og både lege og pasient blir frustrert. Da kan det være på tide gjøre noe nytt.

KASUS: En 70-årig kvinne har vært din pasient i mange år, hun har hatt et besværlig liv med store fysiske og psykiske påkjenninger. Tankene kretser mest om plager og smerter, og angst for å dø. Du har i flere år gitt henne en halvtime i måneden. Hver måned forteller hun om de samme plager, som hun har vært utredet og henvist for, gjentatte ganger. Og hun får sine resepter, gjerne noe «smertestillende» og noe «beroligende». Du merker at pasienten ikke kommer videre, og du er selv frustrert. Kan du gjøre en vri? Kan du gi pasienten i oppdrag til neste gang å ha med to lister, en med plagene som før, men også en ny med ting som gjør livet verdt å leve? Er det mulig å dreie fokus?

Det kan være et poeng å lete etter ressurser og sterke sider hos slike pasienter (alle har noe som er bra), og å få både legen og pasienten til å fokusere på det sterke, framfor igjen og igjen å kretse om alt som er vondt og vanskelig. Ved slik helt å endre fokus – både for legen og pasienten – kan slike «vanskelige» relasjoner noen ganger ledes over til et fruktbart samarbeid.

Åpne konsultasjoner

Med dette mener jeg konsultasjoner der legen ikke vet hvorfor pasienten kommer. Her er åpningen viktig. Det fins ulike teknikker i slike settinger, selv sier jeg gjerne at «ordet er ditt» etter å ha ønsket pasienten velkommen. Pasienten må få komme til orde med sitt ærend mest mulig i fred, uten at vi for raskt kommer med våre (mot)spørsmål. Vi må lytte, prøve å gripe pasientens budskap, som ofte ikke er likefram. Så kan vi etter hvert stille spørsmål for å under-

søke og evt. få bekreftet at vi har oppfattet hva pasienten ønsker å formidle. Ofte vil vi kjenne pasientene fra før, det kan både være en styrke og en fare. Det vil ofte være en styrke fordi vi har en felles historie, og kjenner hverandre godt. Men det kan også være en fare, vi kan tro at vi kjenner pasienten for godt slik at vi ikke oppfatter nye ting som pasienten vil formidle. Vi har en *forståelse* av pasienten, en oppfatning av pasienten før vi møter henne i denne konsultasjonen, som vi bygger på tidligere kontakt eller på visse kjennetegn ved pasienten (for eksempel etnisk bakgrunn, rusmiddelmisbruker, fibromyalgipasient). En slik forståelse vil vi alltid ha, men det er viktig at vi er bevisste på at vi har den, og at vi vurderer hvorvidt den forstyrrer vår evne til å fange det viktige og essensielle i den nye informasjonen som pasienten ønsker å formidle til oss. Nye sykdommer oppstår hos pasienter med kroniske lidelser. Og sjeldne sykdommer er sjeldne, men de forekommer.

Til slutt

Dette har vært et kortfattet sveip gjennom ulike konsultasjonstyper, ulike settinger der pasient og lege møtes. De er ulike, men har likevel noe felles. De stiller – på ulikt vis – krav til legen om å være mentalt «til stede», være oppmerksom, om å lytte og fange opp det budskap og de signaler pasienten sender til oss. For selve kjernen i allmennmedisinien er å se mennesket bak stikkordet på timelista. Det er ikke et blodtrykk, en depresjon, en schizofreni eller et P-pillebehov som kommer til time, men et menneske. Og det er mangfoldet i disse møtene som er selve nerten i faget.

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

Kvinner, islam og smerte

AV ANNA LUISE KIRKENGEN



Intervju med religionshistoriker og islamkjenner Kari Vogt

Førsteamanuensis ved Institutt for kulturstudier
og orientalske språk (IKOS) Universitetet i Oslo

«Shia-muslimske gråte- og klageritualer i dagens Iran er vevd inn i en svært fortettet kontekst.

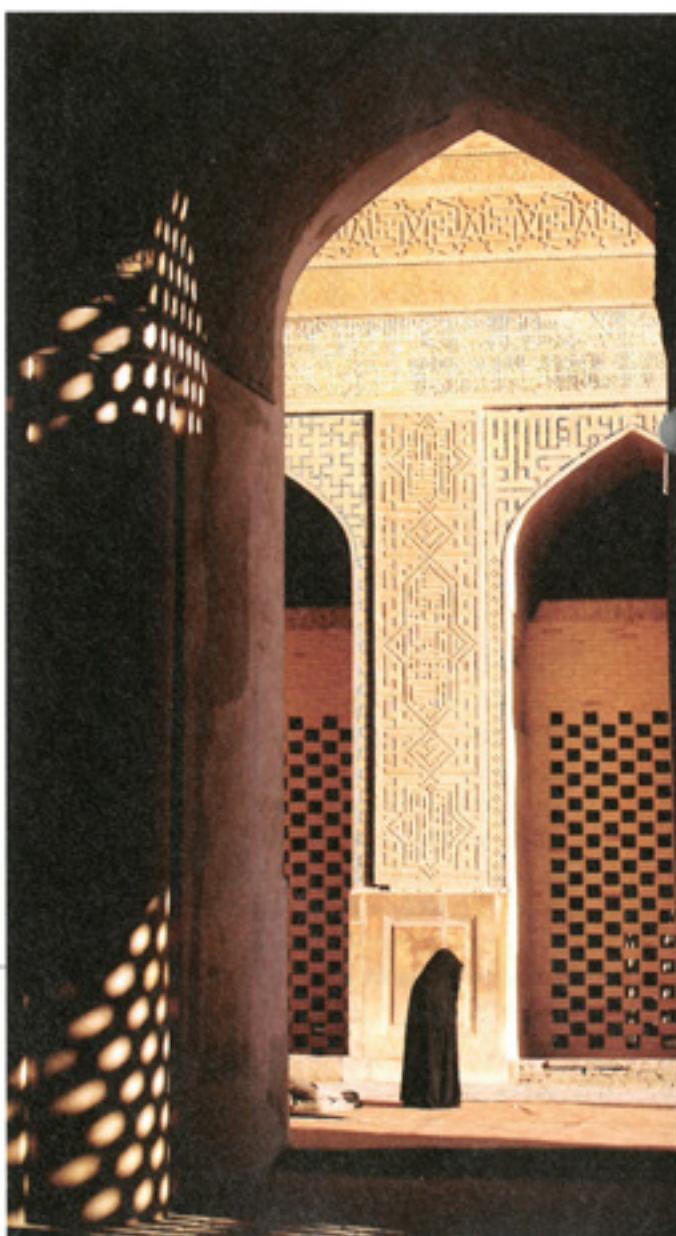
De kan ha mange ulike betydninger, og det faktisk samtidig. Det ville derfor være en spennende og krevende forskningsoppgave å bringe på det rene hvordan de som deltar i slike ritualer til enhver tid vet hvilke betydninger som gjelder her og nå, om alle tolker anledningen likt, og hvordan de tilstede-værende formidler sin egen tolkning til andre.»

Slik svarer religionshistoriker Kari Vogt på spørsmålet om smerte er et legitimt uttrykk for islamske kvinner – og om det knytter seg kvinneære til å uttrykke smerte offentlig.

Det blåser kaldt og en sur vind trekker tvers gjennom min kåpe som er valgt feil i anledning dagen og stedet: trappen ved Majorstuhuset. Vi har via e-post avtalt å møtes her, Kari Vogt og jeg, før vi bestemmer oss for et lunt krypinn med mat.

Jeg vet at hun har hatt noen lange dager i det siste fordi hun uken før var på tjenestereise i Roma. Hennes islamkunnskap gjør henne ettertraktet som kommentator og rådgiver i ulike sammenhenger. Den «romerske» sammenhengen var et møte i et råd som veileder europeiske katolske biskoper i spørsmål angående relasjoner mellom den katolske kirke og muslimske land. Vatikanstatens utenrikstjeneste drofster sitt forhold til islamske regjeringer. En av Pavens siste store taler i sitt hjemland, Tyskland, har vakt betydelig forargelse i den muslimske verden. Hendelsen er et av mange aspekter som tilhører den politisk-diplomatiske sfære i Vatikanet. Og der sitter det ikke mange kvinner ved bordet når rådgivere møtes.

*Kvinne i en moské i Isfahan, Iran.
Foto: VALERY SHANIN*



Omsider har vi funnet et godt bord i et varmt rom med italiensk mat og vin i vente. Så langt, så vel. Nå kommer det vanskelige: å spørre presist om noe man ikke vet nok om, men trenger å vite ganske differensierte ting om for å kunne håndtere noe helt annet. I mitt tilfelle handler nøden om å kunne håndtere en forespørsel om veileddning av en ung forsker. Forskningens emne er medisinsk høyst relevant fordi medisinsk sett er det ytterst uhåndterlig: behandling av kronisk smerte uten sikre medisinske funn blant kvinner, spesielt blant minoritetskvinner, og blant disse igjen kvinner fra muslimske land.

– *Kari Vogt, min egen forskning om følger av sosialt fortjet krenkelse tilsier at slik erfaring ofte kommer til uttrykk i smerte. Finnes i islamske samfunn legitime måter gjennom hvilke kvinner kan gi uttrykk for smerte – og innigår smerte i en forestilling om kvinnens dyd og ærbarhet?*

– O ja, i aller høyeste grad. Men jeg må umiddelbart presere: jeg sikter nå til shia, og jeg snakker om Iran. Sunni og shia har ulike tradisjoner, sunni og shia i ulike land praktiserer på ganske ulik vis både klage og ritualisert smerte. Det er viktig å gjøre dette klart. Det er viktig både for å kunne besvare spørsmålet med henblikk på kvinnens offentlige smerteuttrykk og med henblikk på hvorvidt smerte kan knyttes til ære eller ikke, og da igjen spesielt med tanke på kvinner.

– *Siden du så sterkt uthever at det er viktig med avgrensning med henblikk på sted og religionsretning, gjelder det også for tid?*

Ja, hvis vi enes om at tid som forløp og prosess – slik som tradisjoner blir bygget – er en måte å avgrense tid, og en annen måte er tid som aktuelle forhold enten her hos oss eller i andre land. Jeg mener vi må også trekke en grense mellom den tiden vi kaller tradisjon og den som handler om dagens politiske og kulturelle brytninger. Det skjer nemlig mye nå i Iran, og ting er i stadig endring, i betydelig endring til og med.

– *Kan man skjonne hva som skjer nå – og hvordan tradisjonelle betydninger skifter – uten å kjenne til hvordan tradisjonene er forankret?*

– Avgjort ikke. For å kunne drøfte hva som skjer i våre dager, og hvordan dette kan tenkes å påvirke ritualenes betydning, må jeg gå tilbake i tid. Bare da blir det synlig hvilken mening som tradisjonelt har vært knyttet til gråt, klage og offentlige smerte. Og bare derfra, fra historien og tradisjonell religiøs praksis, åpner det seg innsikt i det komplekse og ganske forvirrende bilde man ser utfolde seg i dag når klage, sorg, gråt og smerte blir iscenesatt.

– *Med begrepet iscenesettelse sikter du til at disse fenomenene inngår i bestemte ritualer og ritualiserte sammenhenger?*



Ja, offentlig klage og gråt er sterkt ritualisert. Det dreier seg om fenomener som alle får inn med morsmelken, så å si, altså allment kjente og godtatt uttrykk. Folk er så sterkt sosialisert inn i disse uttrykkstradisjonene at de kan bryte ut i gråt så det spruter, nærmest på flekken, som om du trykker på en knapp. Det forbløffer mennesker fra vestlige land. Offentlig klage og gråt tilhører grunnstrukturene i det sosiale liv i Iran, og disse er så sterke at de ikke blir utvisket eller opphevet av annen oppdragelse, for eksempel det å vokse opp i en kristen familie.

– *Hva betyr det å klage høylytt og gråte i fellesskap med andre og i andres prisyn?*

Kari Vogt nøler litt med å svare, og det virker som om hun vurderer hvor hun kan anta at hennes samtalepartner har sin «baseline». Det er åpenbart at spørsmålet rører «nauvit» i forhold til emnet, og at svaret må utformes med det for øye. Hun tar sikte på å begynne med begynnelsen.

– Klagen og gråten er knyttet til ritualiserte personhistorier, helt fra islams opprinnelse. De handler om martyrdom, om ritualisert tragedie, de forteller om kvinnens og barns lidelser, de inkluderer både menn, kvinner og barn. Man gråter over tragiske skikkelsler slik som Imam Husayn og hans lille sønn Ali.

Kari Vogt gir et lite riss over islams historie fra hendelsen ved Ghadir Kumm, et vanningssted hvor profetens følge rastet på veien hjem fra pilegrimsferden til Mekka i året 632. Der hendte det som oppfattes som profetens oppdrag til sin fetter og svigersønn Ali om å videreføre profetens oppgave. Slik blir Ali den første imam. Han blir myrdet i moskeen i Kufa i året 661. Ali og Fatimas sønn Husayn fører arven videre, men han blir drept i et tragisk slag ved Karbala, der fienden nekter ham og hans menn og familie vann og til slutt dreper både Husayn og mange i hans følge. Til og med hans seks måneder gamle yngste sønn, Lille Ali, blir drept da faren ber om vann for sønnen. Derfor blir tørste og lidelse sentrale metaforer i shiaenes religiøse fortellinger. Disse hendelser minnes i den årlige, ti dager varende

festen Muharram. Da gjennomføres prosesjoner hvor de troende påfører seg smerte. Det oppføres pasjonsspill til minne om Husayns lidelse som handler om den rettferdiges lidelse og om skyld og soning.

Med klagen og gråten kan både menn, kvinner og barn vise, at de har evne til å sette seg inn i andres lidelse og tragedie, altså at de har evnen til empati. Dessuten er gråt og klage uttrykk for skyld for ikke å ha hjulpet eller å ha komme til unsetting. Derfor representerer uttrykkene kilder for anerkjennelse.

– Blir kvinnene anerkjent for en rolle eller funksjon som «gråtkonser», eller kan kvinner få anerkjennelse for sin egen smerte?

Det finnes prominente og sterke kvinneskikkelsjer i islam som har en betydelig vekt som forbilder for muslimske kvinner. Blant dem er Umm Salama, en av profetens hustruer. Men fremfor alt står Fatima, profetens datter, og Zaynab, imam Husayns syster, som modeller og som eksempler for tragiske kvinneskikkelsjer. Fatima mistet sin far, profeten, og sin mann Ali. Hennes lidelse representerer kvinnens lideler. I hennes skikkelse finnes trøst for kvinner som mister sine. Hun tilbyr identifikasjon. Knyttet til Fatima kan kvinner uttrykke egen lidelse i både ritualisert og legitim form. Slik lidelse er kilde til både anerkjennelse og ærbarhet, altså sosial respekt.

Kari Vogt snakker fort og engasjert. Dette er helt åpenbart balskunskap i hennes store og kompliserte kunnskapsfelt. Hennes differensierte og intense fortrolighet med et stoff som er like fremmed som kinesisk for hennes samttalepartner, blir tydelig. Det er faktisk ikke lett å holde «notatskritt» med fortelleren. Notatene har for lengst fortrent og sprengt den på forhånd foretatt treddelingen av notatblokken under spørsmålene: inngår smerte i en forestilling om død og ære, i kjønnet presentasjon av lidelse, i de tillatte uttrykk for det forbudte?

Ja, kvinner kan skrive og tolke sin smerte inn i den store, religiøse sammenheng gjennom profetens datter, Fatima al-Zara, Fatima den strålende. Som Alis ektefelle og mor til en ørt av frelsere er hun blitt gjenstand for store æresbevisninger. Hennes fødsels- og dødsdag markeres over hele den shia-muslimske verden, og hun tilskrives de samme overnaturlige egenskaper som sin ektefelle og sine sønner. Hun er en av «de fjorten rene sjeler» sammen med profeten og de tolv imamene. Hun er som de tretten menn ufeilbarlig, allvitende og uten synd, ifølge shia-teologene.

– Dette gir meg assosiasjoner til fenomener knyttet til Maria, Jesu mor, og hennes betydning for hvordan kvinner i Latinamerika kan vinne både øre og anseelse gjennom lidelse som likner på Marias, altså gjennom å miste barn, spesielt sønner. Kan man tenke i analogier her?

– Ja, så avgjort. Fatima fremheves som den gode mor og hustru. Hun fremstilles som en islamisk Maria-skikkelse og som et forbilde på moderskap og kvinnelighet, og forbindelsen mellom Fatima og Maria, Jesu mor, understrekkes også i mange mytiske beretninger. Begge fremstilles også som sorgende mødre. Også imam Husayns syster, Zaynab, er sentral. Hun ble tatt til fange ved slaget nær Karbala. Hun vitnet som fange foran den onde kalif Yazid. Hennes vitnesbyrd fikk stor betydning for at hennes brors verk kunne videreføres. Hun reddet på denne måten islams sak. Innen shia er hele imam-atten hellig, kvinner som menn. Og at flere kvinner i Alis slekt har en fremtredende plass, er et særtrekk ved shia.

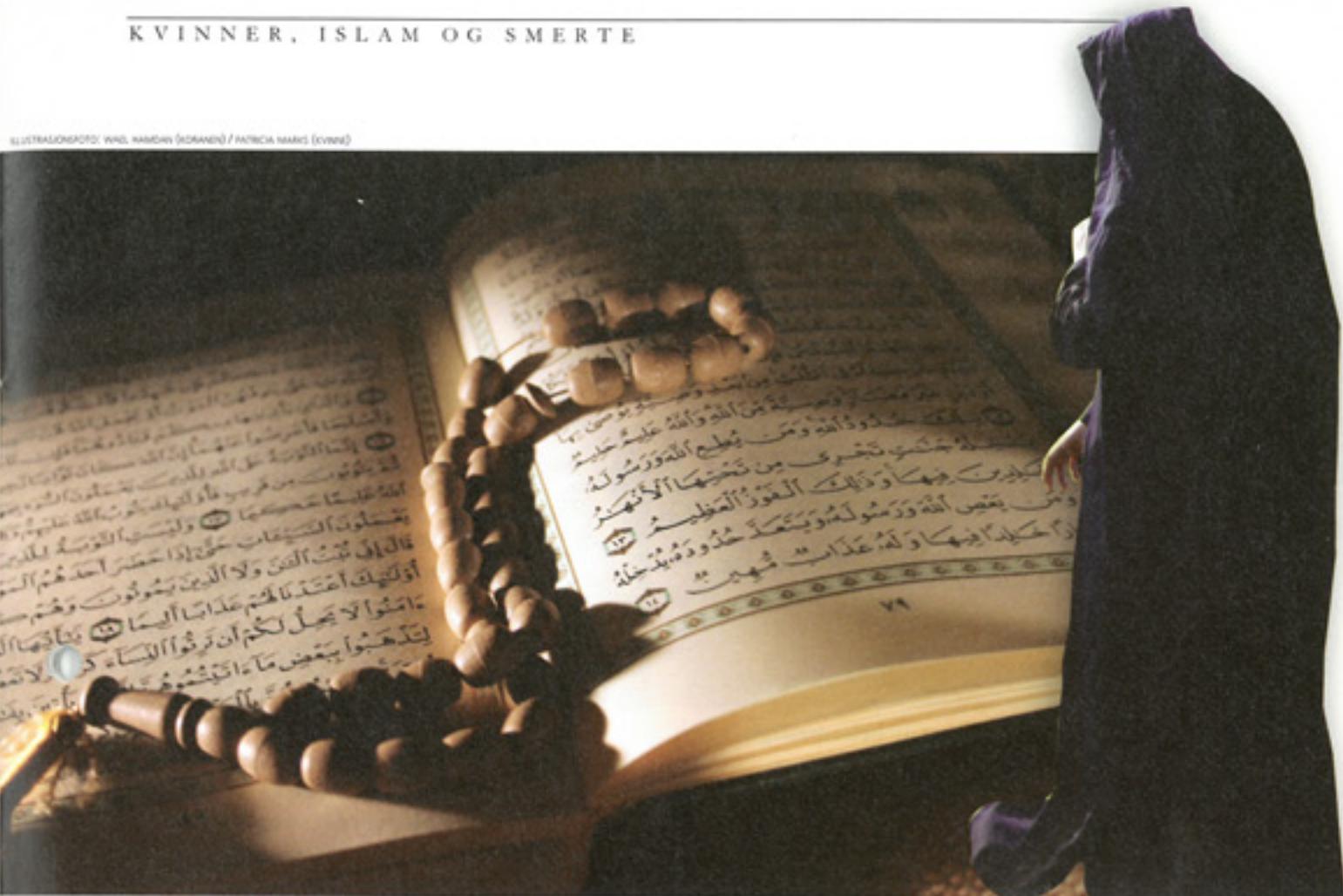
– Denne lange tradisjonen av ritualisert gråt og smerte, av pasjon og medlidelse, av identifisering og empati med martyrerne, skiller den mellom fysisk og metafysisk smerte?

– Den handler så mye om begge deler, altså voldsom og voldelig død og tragisk og smertelig tap som følge av disse, at mytologiene ikke vektlegger skiller. Tørste som en «historisk» hendelse knyttet til drapet på Hasayn, Lille Ali og mange andre, er både en fysisk lidelse som alle mennesker, og spesielt de som lever i varme strøk med ørkenpreg, kjenner personlig og kroppslig. Tørsten representerer også lengten etter rettferdighet. Lidelsens og pasjonens aspekter, altså både opplevd smerte og bevitnet smerte, blir jo også iscenesatt som selvpåført smerte under Muharram-prosesjonene. Også vår vestlige kultukrets kjenner dette helt inn i vår tid, ikke sant?

Kari Vogt tar en tenkepause før hun introduserer de endringer som den senere politiske utvikling i Iran har medført for både betydning og praksis av felles gråt og klage. Med utgangspunkt i Muharram-budskapet om undertrykkelse og lidelse har ideologisering av tradisjonene siden 1970-tallet medført nye tolkninger. Karbala, som før betydde passiv sorg, ble til aktiv kamp for Husayns idealer. Den gode strid, før et personlig engasjement, ble til en oppgave for hele samfunnet. Slik ble Muharram-prosesjonene til politiske manifestasjoner. Husayns skjebne ble tolket på nytt og budskapet ble politisert. Det forte til at martyriet ikke lenger var forbeholdt de syndefrie og rene imamene.

Martyrdøden som tidligere ikke ble hyllt som militær hætedåd, ble nå knyttet til krig, den hellige krig, jihad. Martyr-idelet om den ultimale menneskelighet som handler om å gi sitt liv for den gode sak, dette idelet ble politisert og budskapet ble omtolket til martyriet som snarvei til paradiset. Med en paradis-nøkkel i plast rundt halsen ble tusenvis av unge menn og barnesoldater sendt til slagmarkene og minefeltene i krigen mellom Irak og Iran som varte i åtte år, fra 1981-88.

ILLUSTRASJONSFOTO: WILHELM HANSEIN / PATRICIA MARIS (KVINNE)



– Men forsvant de gamle betydningene helt eller eksisterte de tradisjonelle og de radikalt politiserte tolkningene side om side?

Igjen lager Kari Vogt et konsentrat av Irans religions- og idehistorie, nå fra 1925, da Reza Shah kom til makten, en sterk beundrer av Atatürks reformlinje i Tyrkia, og derfor stadig mer en fiendefigur for Irans geistlighet. Han sønn, Muhammad Reza Shah, en eksplisitt provestlig innstilt Pahlavi, provoserte presteveldet enda mer. Han søkte i svært liten grad råd hos landets geistlighet. Den mest tydelige tenker og skribent som uttrykte sin kritikk mot den sittende monark, om enn i begynnelsen ikke mot monarkiet, var en av de ledende shia-teologer, Ruhollah Khomeini. Khomeini formulerte stevvis en begrunnelse for den rettslærdes rett til makt. Dette ble presteskapets politiske legitimering etter revolusjonen, og med det ble prestene den islamske republikkens «rettmessige» ledere.

Med presteskapet som både politisk og åndelig ledelse gjevant gråte-, klage- og smertetradisjonene sin prestisje. Men derved blir det å ta avstand fra disse ritualer alltid også en politisk opposisjonell handling, uansett om den er ment slik eller ei. Dessuten blir ritualene ansett som «for folkelige» av enkelte grupper. Men i den ritualiserte klage kan også mye frustrasjon finne sitt legitime om enn ikke adekvate uttrykk. Slik sett forener ritualene nå fenomener i form som representerer totale motsetninger i innhold. Og det er ikke

godt å si hvordan dagens iranere til enhver tid klarer å holde de ulike betydningene fra hverandre – og om de faktisk gjør det. Det er mote blant rike familier å invitere til gråtefester med predikanter tilstede. Å være invitert oppfattes som smigrende. Man gjør altså det sosialt aksepterte – og mener muligens noe helt annet med det.

– Jeg undres litt hvordan mennesker som vokser opp i en slik smertetradisjon finner seg tilrette med den «objektive» smerten i den vestlige biomedisin. Og særlig tenker jeg jo på den stigmatiseringen som følger med en smertepresentasjon som medisinsk teknologi ikke kan bekrefte eller som blir stående som «bare subjektiv» og derfor ved definisjon tegn til somatiseringslidelse, hvilket er en diagnose i klassifikasjonen av mentale lidelser.

Det er et interessant emne. Dette burde noen forske på.

I det vi har kommet så langt, må vi skilles. Jeg takker for en givende samtale.

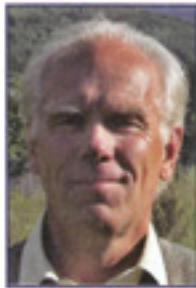
Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
anlui-i@online.no

Førerkort og helse

– mange vanskelige vurderinger

AV ODD GUNNAR HEITUN

Førerkort blir av mange oppfattet som en «menneskerett». Det å være uten førerkort kan skjære dypt i selvbildet, og kan ha stor betydning både for sosial funksjon og for yrkesutøvelse. Det er derfor et alvorlig inngrep å frata eller nekte mennesker førerkort av helsemessige grunner, men det er like alvorlig å la folk kjøre bil hvis helsa ikke er god nok til å ferdes på en trafikksikker måte.



Odd Gunnar Heitun

Lege, spesialist i psykiatri siden 1980. Har arbeidet med litt forskjellig innen faget, men særlig med rusproblematikk og ADHD. Siden 1987 har han tidvis vært byråkrat (i det gamle Helsedirektoratet, i Statens Helsetilsyn og i Sosial- og helsedirektoratet). Har egen deltidspraksis i Oslo, jobber noe som sakkyndig, særlig i forhold til barnevern, og er tilknyttet «førerkortteamet» i Shdir, bl.a. som saksbehandler for omtrent halvparten av klageeskasene.

I førerkortforskriftens Vedlegg 1 finnes helsekravene til førerkort i de forskjellige førerkortklassene. Alle allmennleger er fortrolige med Legeattest ved søknad om førerkort m.v. (NA 0202), som er obligatorisk ved søknad om nytt førerkort, fornyelse osv. De fleste leger er også fortrolige med opplysningsplikten i Helsepersonelloven § 34, som innebærer at legen skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet hvis en pasient med førerkort ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles. Hvis tilstanden ikke anses å være kortvarig (dvs. antas å være seks måneder eller mer), skal melding sendes Fylkesmannen. Nærmere retningslinjer for legers håndtering av førerkortsaker og utfyllende detaljer om de enkelte sykdommer og tilstander, finnes i *Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.* (IS-1437), som finnes på Sosial- og helsedirektoratets nettsider (<http://www.shdir.no/>)

Det er flere offentlige instanser som har en finger med i førerkortsaker. Politiet har selvsagt rett til å inndra førerkortet, bl.a. hvis Fylkesmannen melder fra til politiet om at helsekravene ikke er oppfylt. Helsemyndighetene har en rolle i vurdering av om helsekravene er oppfylt. Helsemyndighetene er i denne sammenhengen Fylkesmannen, dvs. Fylkesmannens helseavdeling eller helse- og sosialavdeling. Avdelingen ledes av en avdelingsdirektør. Det kan være litt forvirrende at avdelingsdirektøren også er fylkeslege og i den egenskapen leder av Helsetilsynet i fylket, og gjerne bruker fylkeslegetittelen i begge roller (Dette er enda mer komplisert i prøvefylket Møre og Romsdal!). Fylkesman-

Forfatterens barnebarn.

FOTO: ODD GUNNAR HEITUN



Foto: Bjarne Krog

nen (altså helseavdelingen) vurderer meldinger om at helsekravene ikke er oppfylt, behandler søknader om dispensasjon fra forskriftens helsekrav og gir råd og veiledning om reglene. Førerkortsakene utgjør en forholdsvis stor saks mengde ved fylkesmannsembetene. Eventuelle klager på Fylkesmannens vedtak avgjøres i siste instans av Sosial- og helsedirektoratet, som også gir utfyllende bestemmelser til førerkortforskriftens helsekrav (IS-1348 og IS-1437). Det er trafikkstasjonene som utsteder førerkort. Selv om Fylkesmannen eller klageinstansen gir dispensasjon, er det ikke automatikk i at førerkort blir utstedt.

Som illustrasjon på hvilke vurderinger man kan stå ovenfor, også som fastlege, og hvordan saksgangen er, presenteres tre kasuistikk med kommentarer. De er tatt fra det virkelige liv, men selv sagt satt sammen av flere aktuelle historier og endret slik at ingen kan kjenne seg igjen. Kasuistikkene vil handle om medikamentbruk, demens og AD/HD.

Medikamentbruk

Kvinne, 46 år. Har førerkort klasse B (personbil inntil 3500 kg, med maksimalt 8 passasjerplasser, og tilhenger inntil 750 kg). Har en langvarig rygglidelse og har gjennomgått en rekke operasjoner. Har etter dette utviklet kroniske smertar og har nedsatt forlighet i bena. Det er tidligere vurdert at dette ikke er til hender for bilkjøring, så lenge førerkortet er begrenset til bil med automatløs. Har 50 prosent usførepensjon, og jobber halv tid på et kommunalt kontor ca. 12 km fra hjemmet. Bor avsides på Østlandet, med dårlig offentlig kommunikasjon. Samboeren er ukependler.

Har gjennom flere år brukt fire tabletter Paralgin forte daglig. Bruker vanligvis en Imovane om kvelden. Etter et mindre uhell er smertene blitt sterkere, og sovnen er sterkt påvirket. Blir vurdert på nevrologisk avdeling, som anbefaler at pasienten skal få

ätte Paralgin forte daglig, og ett mg Flunipam daglig. Imovane blir seponert. Det går ikke klart fram av epikrisen at nevrologisk avdeling har sendt melding til Fylkesmannen, så fastlegen sender slik melding, i medhold av Helsepersonelloven §34. Han gir samtidig pasienten beskjed om at hun ikke kan kjøre bil hvis hun bruker medikamenter i de dosene som er foreslått av nevrologisk avdeling. Pasienten vil da få problemer med å komme seg på jobb, så fastlegen finner det riktig å sykmelde henne inntil hun eventuelt kan kjøre bil igjen.

Fylkesmannen sender melding til politiet om at pasienten ikke lenger oppfyller førerkortforskriftens helsekrav, og anmelder om at førerkortet blir inndratt, noe politiet gjør. I brevet fra Fylkesmannen blir pasienten orientert om adgangen til å søke dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav. Pasienten søker om dispensasjon. Fylkesmannen tilskriver fastlegen med anmeldning om å fylle ut Legeattest ved søknad om førerkort m.v. (NA 0202). Fastlegen legger ved et skriv der han peker på den vanskelige situasjonen pasienten vil komme i mht. arbeid. Han vurderer at ut fra hans kjennskap til pasienten, vil hun kunne klare å kjøre bil med disse medikamentene, særlig de dagene der hun har det bedre og bruker mindre medikamenter.

Fylkesmannen innhenter også epikrise fra nevrologisk avdeling og den kirurgiske avdelingen der pasienten var blitt operert, og kommer fram til at hennes medikamentbruk er så høyt at dispensasjon ikke kan gis. Det blir opplyst om klageadgangen, og pasienten klager til Sosial- og helsedirektoratet, som kommer til samme resultat som Fylkesmannen.

Etter en tid er situasjonen noe endret, ved at pasientens smerte er tydeligere intermitterende. Hun kan ha opptil to dager som er relativt smertefrie, i alle fall slik at hun da kan klare seg uten Paralgin forte. Dessuten har smertene blitt noe redusert, slik at hun nå bare bruker fire Paralgin forte de dagene hun har mest smerte. For øvrig er doseringen uendret. Etter oppfordring fra fastlegen søker hun igjen om dispensasjon, men får avslag fra Fylkesmannen. Klagen til Sosial- og helsedirektoratet fører til at hun får dispensasjon for klasse B for to år, under den forutsetning at kjøring ikke skjer før det er gått minst 12 timer siden siste inntak av Paralgin forte.

De fleste saker om medikamentbruk og bilkjøring handler om bruk av smertestillende eller sederende midler, i doser som er i overkant av det vanlige, men uten at det er tale om misbruk eller oversforbruk. Ofte er det forholdsvis kompliserte kombinasjoner av forskjellige medikamenter som brukes. Ofte er smertetilstanden varierende, slik at doseringen varierer, noen ganger med dager helt uten medikamentbruk.

Det er klare regler for hvilken alkoholmengde i blodet som er uforenlig med å kjøre bil. Slike regler finnes ikke for benzodiazepiner, opiate og andre beroligende og bedøvende midler. Det er bare begrenset hvor mye hjelp vi har av forskning, og det må derfor utøves et betydelig skjønn i slike saker. Noe hjelp finnes i IS-1437 p. 3-5, men det finnes ikke kunnskapsmessig grunnlag for å gi vesentlig mer presise anvisninger enn det som finnes der.

Demens

Mann, 73 år. Fysisk og psykisk frisk, bortsett fra lett psoriasis. Pensjonert fabrikkarbeider. Bor i egen bolig i en liten by i Trøndelag sammen med sin kone. Har en stor omgangskrets. Noen av barna og barnebarna bor i nærheten. Har «vanlig» førerkort (klasse ABEMST).

Han kommer til rutineundersøkelse, bl.a. for å få en legeattest som beskrevet i førerkortforskriften § 4-1 første ledd (legeattest etter fylte 70 år). Fastlegen, som er ny og ikke kjenner pasienten godt fra før, finner at pasienten skårer 20 av 30 på MMS, og ikke klarer klokketesten. Fastlegen finner ikke at pasienten virker demens klinisk bedømt, men sender melding til Fylkesmannen og anbefaler kjøretest. Fylkesmannen sender melding til politiet om at pasienten ikke lenger fyller førerkortforskriftens helsekrav og ber om vurdering ved geriatric poliklinikk.

Pasienten er til vurderingstid ved trafikkstasjonen. Det blir bedømt at pasienten er rolig og behersket i trafikken, at han leser trafikkbildet bra og har god teknisk kontroll med bilen. Det blir vurdert at pasienten bør beholde førerkort klasse B.

Ved vurdering på geriatric poliklinikk skårer pasienten 26 av 30 på MMS og åtte av ti på klokketesten. Trail making test A blir gjennomført på fire minutter og 18 sekunder. Polikliniken er skeptisk til kjøreevnen og innkaller pasienten på nytt et par måneder senere, med omtrent samme resultat. Polikliniken vurderer at pasienten ikke fyller helsekravene til å kjøre bil.

Under konsultasjon hos fastlegen forteller pasienten at han alltid har vært redd for skjemær og slikt. Han ble redd og forvirret under undersøkelsene på geriatric poliklinikk. Han kjører ikke mye, mest til venner og barnebarna, og litt i sentrum av byen. Hans kone er med under konsultasjonen og bekrefter disse opplysningene. Hun har aldri hatt førerkort selv, men har sittet på med ham i nesten 50 år og opplever ham som en trygg sjåfar.

Fastlegen finner ut at pasienten egentlig ikke har søkt om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav. Hun hjelper ham med det og fyller ut Legeattest ved søknad om førerkort m.v. (NA 0202). Hun skriver et vedlegg der hun redegjør for at pasienten kanskje kan ha skåret lavere på testene enn det er reelt grunnlag for.

Fylkesmannen vurderer søknaden og kommer under tvil til at det kan gis dispensasjon for klasse ABEMST for ett år.

Det ligger i sakens natur at personer med begynnende demens ikke selv er tilstrekkelig klar over at deres dømmekraft eller oppmerksomhet begynner å bli svekket. Dessuten er det ikke alltid noen klar sammenheng mellom de funnene som blir gjort og den faktiske kjøreatferden som observeres.

I IS-1348 p. 15 finnes disse utfyllende retningslinjene:

I en del tilfelle kan nevropsykologisk undersøkelse konkludere med et klart råd angående bilkjøring. Ingen nevropsykologisk test eller gruppe av tester har imidlertid udiskutabel verdi for å avgjøre trafikkrisiko. Mini Mental Status (MMS) er en utbredt klinisk test av mentale funksjoner, og har vært brukt i en rekke undersøkelser av kjøreevne ved mental svikt. I tillegg til kliniske opplysninger som kan gi holdepunkter for en bedømmelse av mental funksjon, kan følgende veilede retningslinjer for vurdering ved MMS gis:

- * 26-30 Oftest tilstrekkelig til kjøring, med mindre andre forhold taler imot
- * 20-25 Ofte uforenlig med kjøring. Videre utredning kan være nødvendig for å avklare spørsmålet. Praktisk prøve kan være et nyttig supplement.
- * < 20 Diskvalifiserer dersom det ikke er *meget gode* holdepunkter for det motsatte.

Utdannelsesnivå påvirker testresultatet. I tillegg til MMS-resultatet, taler følgende mot dispensasjon: Kritikkloshet, manglende sykdomsinnsikt, konkrete problemer i trafikken (se over). Neglect, agnosi og apraxi må *alltid* anses som uforenlig med kjøring. Rask progresjon taler imot kjøring. Fordi demens ofte er progrediende, må førerkort eller dispensasjon gis kort varighet, f.eks. seks til 12 mnd.

PRAKTIK PRØVE: Når de medisinske opplysningene etterlater tvil om vedkommende er i stand til å kjøre på trygg måte, eller når vurderingen av andre grunner er særlig vanskelig, kan en praktisk prøve gi holdepunkter for om funksjonsnedsettelsen er forenlig med kjøring. Den kan imidlertid være lite sensitiv for problemer som kan oppstå i en uventet stressituasjon, og den kan være for kort til å avdekke konsekvensproblemene. Prøven må derfor være minst så omfattende som en vanlig «oppkjøring», og for enkle trafikkbilder må unngås. For saksgang vises til pkt. 3.11. Prøven må ikke erstattes, men kan godt suppleres, en medisinsk vurdering!

Dette tilsier at noen ganger er situasjonen helt klar, mens det ofte vil foreligge tivilssituasjoner, både for fastlegen, for spesialistene og for helsemyndighetene. Praktisk prøve kan gi veiledning, men ikke alltid.

Det gis noen råd om gjennomføring av praktisk prøve i IS-1437 p. 2-5:

Ved sammensatt helsesvikt kan det av og til være ønskelig/nødvendig med praktisk prøve soen ledd i vurderingen av om helsetilstanden er forenlig med kjøring. Blant annet gjelder dette ikke sjeldent ved utstedelse av NA 202c, førerkortattest for person over 70 år. Som regel avtales prøven mellom pasienten og trafikkstasjonen, etter anmodning fra legen. Dersom dette ikke lykkes, f.eks. fordi pasienten ikke vil, har politiet etter vegtrafikklovens § 34 adgang til å *kære* førerprøve, når det er skjellig grunn til å tro at innehaveren ikke fyller helsekravene, eller mangler tilstrekkelige kunnskaper eller ferdigheter. Dersom legen mener praktisk førerprøve er nødvendig for å avgjøre om

helsekravene er oppfylt, må legen melde dette til *Fylkesmannen*. Fylkesmannen kan på det grunnlag anmode politiet om å forlange praktisk prøve. I de fleste tilfelle vil det likevel kunne avtales mellom Fylkesmannen, pasienten og trafikkstasjonen. Enkelte rehabiliteringssentre har utstrakt erfaring med førerkortvurderinger, og kan brukes i stedet for trafikkstasjonen. Vi har mer blandede erfaringer med praktiske prøver utført ved private trafikkskoler, og anbefaler derfor ikke at slike prøver uten videre tillegges vekt. Etter vår erfaring bør leger be om praktisk prøve oftere enn hittil, når de er i tvil om en pasient bør fortsette å kjøre. Ikke-bestått test vil ofte overbevise vedkommende om at kjøring bør opphøre.

Praktisk prøve bør imidlertid ikke benyttes når det er helt klart at forskriftens krav ikke er oppfylt, f.eks. pga. svekket syn eller innskrenket synsfelt. Når problemet er anfallsvis opptrædende hjernefunksjonsforstyrrelser, f.eks. besvimmelser eller andre typer «anfall», er praktisk prøve uten verdi.

AD/HD

Mann, 32 år. Har førerkort klasse ABEMST. Har ikke fullført noen utdannelse, men har i flere år arbeidet som budbilsjåfør. Har alltid vært noe uoppmerksom og har tidligere vært impulsiv og har lett kommet i krangel med andre. Impulsiviteten ser

ut til å ha roet seg betraktelig. Har i ungdommen hatt noe høyt alkoholforbruk, men ikke så lenger. Bor i foreldrehjemmet et sted på Vestlandet, men har planer om å flytte sammen med kjæresten som venter barn.

Det har aldri vært noe å bemerke til hans kjøring.

Fastlegen har henvist mannen til vurdering for hyperkinetisk forstyrrelse (AD/HD), og han har fått diagnosen og har begynt på Ritalin. Dette har gitt ham ønske om mer utdannelse, og han vil få en bedre jobb i firmaet om han har førerkort for stor lastebil (klasse C). Han starter derfor opp denne utdannelsen ved en kjøreskole.

Når han skal kjøre opp, fyller han og fastlegen ut blankett NA 0202, og der skrives det at han har ADHD og går på Ritalin. Trafikkstasjonen nekter ham å kjøre opp fordi han ikke fyller helsekravene. Dette går sterkt inn på ham, og han er irritert på fastlegen fordi hun ikke har orientert ham om dette. Han har brukt mye penger på å få førerkort klasse C.

Han søker Fylkesmannen om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav. Fylkesmannen avslår søknaden, og begrunner avslaget med at han er impulsiv. Han klager til Sosial- og helsedirektoratet, som kommer til at Fylkesmannen ikke har behandlet saken riktig, og opphever derfor vedtaket og henviser



ILLUSTRAKSJONSFOTO



saken til ny behandling hos Fylkesmannen. Særlig legger Sosial- og helsedirektoratet vekt på at det ikke er innhentet oppdaterte opplysninger om pasientens impulsivitet, og om hvordan hans atferd og spesielt hans kjøreatferd har endret seg etter at han begynte på Ritalin. Dessuten har ikke Fylkesmannen vurdert pasientens yrkesmessige behov for førerkort klasse C, noe som også skal tillegges vekt i vurderingen. Fylkesmannen har heller ikke innhentet opplysninger fra kjørelærer ved den kjøreskolen der pasienten har gått til opplæring.

Fylkesmannen innhenter de opplysingene Sosial- og helsedirektoratet mener manglet. Det kommer fram at han kjører utmerket, at hans impulsivitet ikke lenger er noe problem, og at han generelt har blitt roligere og mer oppmerksom etter at han startet med Ritalin. Dette har skjedd parallelt med at han har fått vite at han skal bli far, og det vurderes av den spesialisten som diagnostiserte ham, at dette også er forhold som kan ha virket positivt inn. Fylkesmannen kommer til at dispensasjon kan gis for ett år, under forutsetning av at han følger legens anvisninger og tar medisin som forskrevet.

Hovedproblematikken ved AD/HD (eller forstyrrelser av oppmerksomhet og aktivitet, som det kalles i ICD-10) er oppmerksombetssvikt. Da sier det seg selv at dette noen ganger gir seg utslag i så dårlig oppmerksomhet i trafikken at personen opptrer trafikkfarlig. Mange plages av uro og rastløshet og impulsivitet, og kan på grunnlag av slike trekk være farlige i trafikken. På den andre siden er det ikke direkte sammenheng mellom symptomene og trafikkatferden. Noen kjører utmerket. Noen kjører utmerket med medikamentell behandling. Noen få mestrer også spesielle trafikksituasjoner, som å kjøre uthyrningskjøretøy. Det vil måtte legges stor vekt på den kjøreatferden som i virkeligheten observeres.

Derfor har Sosial- og helsedirektoratet gitt utfyllende retningslinjer til førerkortforskriften, slik det framgår av IS-1437 p. 3-3-3:

Ved søknad om førerkort første gang, uansett førerkortklasse, eller ved fornyelse eller søknad om førerkort i ny klasse, anses derfor ikke førerkortforskriftens helsekrav som oppfylt hvis søkeren har fått diagnostisert hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD.

Hvis søkeren har førerrett fra tidligere, og det deretter diagnostiseres hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD, vil den kjøreatferden søkeren har hatt, ha betydning for de lettere førerkortklassene. For de «tyngre» førerkortklassene (C1(E), C(E), D1(E), D(E)), vil det i alle tilfeller være nødvendig med en konkret vurdering av hver enkelt søker.

Således kan det anses at førerkortforskriftens helsekrav er oppfylt hvis en motorvognsfører får diagnostisert hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD og allerede har førerkort i klasse A, B, S, M eller T, og viser en forsvarlig kjøreatferd, gjennom å ha kjørt anmerkningsfritt i minst to år. Å ha kjørt anmerkningsfritt innebefatter i hovedsak å ikke ha fått prikkbelastninger i førerkortet, ikke ha vært innblandet i trafikkuhell eller -ulykker, og ikke ha vært under etterforskning for brudd på vegtrafikkloven.

Hvis en bilfører derimot allerede har førerkort i klasse (C1(E), C(E), D1(E) eller D(E)), eller har kjøreseddel, og det diagnostiseres hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD, anses førerkortforskriftens helsekrav som ikke å være oppfylt, jf. førerkortforskriftens vedlegg 1 § 2 nr. 6 som i følge §§ 3 og 4 også gjelder for de «tunge» klassene.

Hvis behandlende/attestutsedende lege etter en mer konkret vurdering finner at søkerens/bilførerens helsetilstand gjør eller kan gjøre bilkjøring uforsvarlig eller utilrådelig, er førerkortforskriftens helsekrav ikke oppfylt. De symptomene ved hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD som særlig kan gjøre bilkjøring uforsvarlig eller utilrådelig, er impulsiv atferd som kan antas å skape farlige situasjoner i trafikken, eller oppmerksamhetssvikt som gjør bilkjøring utilrådelig.

Det er å merke seg at AD/HD ikke diskvalifiserer for noen førerkortklasser eller for kjøreseddel, men at det må foretas en individuell vurdering for de høyere klassene og for nye sjåfører.

Et problem som ofte oppstår, er den situasjonen som er beskrevet i kasuset. Ofte dreier det seg om unge menn med en viss rastløshet og som har vansker med å klare å fullføre annen skolegang, men som har arbeidsevne og som kan mestre et arbeid som er såpass «rastløst» som å kjøre lastebil. Da er det lett å sette i gang dette, i samarbeid mellom NAV og fastlegen, og så glemmer man gjerne at det må gis dispensasjon for at førerkort kan utstedes (formelt også for at øvelseskjøring/opplæring skal finne sted). Det fører iblant til vonde situasjoner, der Fylkesmannen finner at det ikke er grunnlag for å kunne gi dispensasjon, men der det allerede er investert mye i opplæringen. Legen bør derfor være oppmerksom på dette, og sørge for at de nødvendige formalitetene er på plass før opplæringen eventuelt starter.

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

Prisutdelinger under Nidaroskongressen 2007

Bente Rusten fikk **Medarbeiterprisen 2008**. Prisen er initiert av kongresskomiteen og er en flott markering av at det er vanskelig å drifte en allmennpraksis uten en god medarbeider.

Bente Rusten har jobbet som medarbeider ved Høybråten legesenter i Oslo siden 1986. Hun er aktiv i internundervisningen ved legesenteret, er opptatt av arbeidsmiljøet og medarbeidernes videreutvikling.



Hun er veileder for medarbeidere i allmennpraksis, og har holdt engasjerende fordrag for leger og medarbeidere på mange forskjellige kurs.

Hun har vært medlem av Hovedkomiteen for PMU siden 2000, og har der vært en synlig, og faglig kvalitetsbevisst representant for medarbeidergruppen.

Hun er inspirerende, nytenkende og faglig dyktig på egne og medarbeidernes vegne. Hun har en sjarmerende utstråling og naturlig autoritet, til tross for at hun er svært beskjeden. Det er en inspirasjon for mange medarbeidere at hun fikk prisen.

NFA s forfatterstipend for 2007, ble tildelt Hilde Beate Gudim og Kari Hilde Juvkam for deres arbeid med revisjon av boka: «Gynækologi i allmennpraksis»

Begrunnelsen er: «Hilde Beate Gudim og Kari Hilde Juvkam har startet arbeidet med en ny utgave av boka Gynekologi i allmennpraksis» og denne boken er både praktisk og nyttig for allmennpraktikere. Den første utgaven kom i 1999, og det har skjedd en betydelig utvikling i faget siden dette. Det kreves nå i økende grad dokumentasjon og evidens bak de faglige anbefalingene som ges.

Prisvinnerne var dessverre ikke tilstede under utdelingen, men de fikk mange gratulasjoner og stor applaus.

Prisen for **det beste frie foredraget** under Nidaroskongressen gikk til: Lene Dæhlen Sernes. Denne prisen er opprettet av Norsk forening for allmennmedisin, Allmennlegeforeningen og Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, for å stimulere til forskning i allmennmedisin. Man ønsker å gi prisen til allmennpraktikere som har liten forskningserfaring fra tidligere.

Lene Dæhlen Sernes fikk prisen for sitt innlegg «Ungdom som selvkader – hvordan møter allmennleger denne pasientgruppen». Juryen la følgende til grunn: «Vinneren har tatt initiativ til å forske på et skjult problem blandt våre listepasienter.

Vinneren er en ung forsker, som har et 'ungt' prosjekt, og prosjektet springer ut av egen praksis, og bekymring for en forsømt gruppe i allmennmedisinen. Gratulerer!



Styret i Norsk forening for allmennmedisin deler årlig ut en **«Løvetannpris»**. Årets løvetannpris gikk til Harald Lystad! Noe av begrunnelsen var: «Han har valgt å bli på sin post i bygda der han både bor og jobber. Han er spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, han kjører fremdeles vakter og har en lang

merittliste. »Men viktigst i begrunnelsen er muligens hans utrolige engasjement, hans entusiasme og hans omsorg for både pasienter og kolleger. Han ble behørig hyllet.

Tove Ruste



Portvaktfunksjonen – hvem tar ansvar for den?

BJØRN INGE LARSEN INTERVJUET AV PETTER BRELIN

En viktig premiss for oppbygningen av den norske helsevesenmodellen er at vi allmennleger skal være portvakter og kontrollere inngangen til øvrige deler av norsk helsevesen. Det er imidlertid ikke lett å finne noen som støtter oss dersom vi setter grenser for pasientenes ønsker om videre utredning. Setter vi foten ned, kan det fort komme brev fra både tilsynsmyndigheter og advokater.

Å sitte på toppen av norsk helsevesen er neppe lett, men det er her vi må forvente støtte dersom vi skal lykkes med denne delen av vårt arbeid. I fjor var Utposten i HOD for å møte Sylvia Brustad. Sjefen over alle sjefer. På toppen av næringskjeden møtte vi, med respekt å melde, ikke allverden av innsikt i hvordan det var for oss som arbeider langt, langt der nede på grasa. Minister Brustad var fremmed for tanken om at vi skulle gjøre mindre av noe som helst og har siden fulgt opp denne strategien for styring av helsevesenet med å kikke på hva helsetilsynet driver med for så å kritisere alt som går galt med standard formuleringen «jeg forventer at...». En strategi i tråd med Ole Brumms «mer av alt» konsept. Lite veiledning å hente her altså...

Den våkne leser vil ha lagt merke til at Utposten, som en god del av vårt fagmiljø, i det siste har fokusert på å begrense helsevesenet slik at vi kan se hverandre og våre pasienter i øynene og si at det vi gjør er fornuftig og moralisk forsvarlig, også ut fra et ressursperspektiv. Her må vi søke hjelp fra andre enn ministeren.

Vi har derfor utfordret direktør i Sosial- og helsedirektoratet, Bjørn Inge Larsen, til å tenke litt rundt hvor vi kan hente støtte til begrensninger i en presset hverdag.

Hva er ditt syn på utviklingen av kvalitet og kostnadseffektivitet i norsk helsevesen de siste årene?

Mange prøver å synliggjøre og finne data som viser utviklingen av produktiviteten, kvaliteten og kostnadseffektiviteten for helsevesenet, men det har vist seg at det er ganske vanskelig å få sikre tall som vi kan stole på. Når det gjelder norsk helsetjeneste, har vi ikke grunn til å tro at vi ligger tilbake for andre land. Vi er ikke lengre det landet i Europa som bruker mest på helsetjenester i andel av bruttonasjonalproduktet. At



vi ligger høyest i forbruk i antall medgåtte kroner per innbygger, reflekterer vel sannsynligvis bare at vi er et høykostland. Allikevel, kanskje er det slik at grensenytten nå er i ferd med å bli nådd for investeringer i helsevesenet.

Allmennlegen er tillagt en portvaktfunksjon for å skjerme spesialisthelsetjenesten for unødig mange undersøkelser, men mange leger finner det svært vanskelig å motstå trykket fra pasienter og pårørende for videre undersøkelser. Hvilke faktorer tror du er drivende i etterspørselen etter helsetjenester?

Utviklingen av ny medisinsk teknologi samt økende kunnskap i befolkningen om hva som er mulig å oppnå med moderne medisinsk behandling, er kanskje den viktigste faktoren som øker etterspørselen etter disse tjenestene. I Norge har vi lave egenandeler, som også er en faktor som bidrar til å øke etterspørselen etter avanserte medisinske tjenester, noe som gjør allmennlegenes portvaktfunksjon enda viktigere. Portvaktfunksjonen gir oss en mulighet til å håndtere denne økende etterspørselen, og etterspørselen hadde sikkert vært minst like stor i et system uten portvaktfunksjonen.

Hvis jeg forsøker å være en flink lege og vurdere mye selv, være tilbakeholden med videre undersøkelser og tenke litt på ressursbruken, risikerer jeg kjeft og reprimande fra pasienter, advokater og helsetilsyn. Dersom jeg slipper alt fri og henviser i hytt og pine, risikerer jeg intet. Jeg mener at allmennlegen ikke får noen form for reell faglig støtte for å fokusere på ressursbruk. Hvor- dan vil du styrke oss i dette arbeidet?

Det er et godt spørsmål, jeg vil gjerne bidra til å synliggjøre dette problemet for allmennlegene ved å invitere til en debatt med dere som fastleger sammen med f.eks Helsetilsynet for å unngå at fastleggen må sikre seg i en defensiv medisin uten skikkelig faglig forankring. Jeg minner om at dere har flere roller, og at noe av dette er å utnytte helsetjenestens kapasitet som innebærer at dere også må sette begrensninger for pasientene når de har urimelige ønsker om videre utredning. Det at fastlegene er selvstendig næringsdrivende og derfor også konkururerer om pasienter er nok også en problemstilling vi bør interessere oss for.

Vi opplever at en rekke helseinstitusjoner er svært ivrige med å profilere sine tjenester, en del tilbud "selges" ganske ivrig uten at det virker som om det er noen del av en sentral strategi. Har dere noen tanker om hvordan denne floraen av soloutspill fra spesialistene virker i forhold til folks forventninger om hva helsetjenesten kan tilby?

Det er vanskelig å si noe mer spesifikt om dette enn at vi har forventninger til at spesialisthelsetjenesten tilpasser sine tilbud til befolkningens behov for helsetjenester og at man bruker ressurser der det er kostnadseffektivt.

Forskning som ble lagt frem på WONCA i Paris i høst tyder på at det er knyttet øket tid til diagnose av alvorlige sykdommer i portvaktssystemer som vi har det i Norge, mens det går kortere tid til diagnose i land der pasientene kan søke rett til spesialist. Hva med å kutte ut henvisningsplikten?

Hvis det er riktig at portvaktfunksjonen er til hinder for at man stiller rask og riktig diagnose, må vi se nærmere på dette. Men jeg aksepterer ikke uten videre at dette er tilfelle. Dette må eventuelt bekreftes i flere studier før vi tar det opp til vurdering.

Hva gjør direktoratet for å minske den unødvendige legesøkningen?

Jeg er ikke sikker på at vi har noen spesifikk strategi for å redusere unødig legesøkning.

Jeg sitter i et prosjekt dere har igangsatt for å lage nasjonale prioriteringer til 2. linjetjenesten. Mange fornustige sykehusleger har villet involvere allmennlegen ved å innhente opplysninger, be om ytterligere undersøkelser o.l. før pasienten tas i mot på sykehuset. Dette er det ikke anledning til ifølge forskriften. Pasi-

entene skal tas i mot av sykehuset uten at sykehuset har anledning til å be om utfyllende opplysninger.

Burde ikke prioritering til 2. linjen i mye sterkere grad involvere primærlegen?

Jeg tror det må være en klok ting at primærlegen skal involveres i prioriteringer til 2. linjen. Dersom det er slik at forskriften gjør det vanskelig for sykehusene å innhente supplrende opplysninger fra fastleggen før pasienten prioriteres i 2. linjen, bør vi kanskje se på om forskriften bør endres.

Å prioritere betyr at vi skal gjøre mer av noe på bekostning av noe annet. Hva bør vi gjøre mindre av?

Det er ikke så lett å svare sjablongmessig på dette. Dette er lagt til prioritiseringsrådet for helsetjenesten. Dette er et nytt organ og vi har såvidt begynt, en av oppgavene er å si nei til ønske om helsetjenester. Som et eksempel hadde vi i det siste møtet opp en sak fra ØNH-gruppen i prioritiseringsprosjektet der det er uenighet mellom fagmiljøet og patientorganisasjonene om rett til ett eller to samtidige cochlearimplantater. Vi legger til grunn at det er nyttig med to samtidige implantater, men allikevel er kostnaden så høy at vi mener at vi kun skal gi rett til ett implantat. Et annet eksempel er tysabri der vi var enige om å avgrense adgangen til å bruke dette medikamentet til en bestemt gruppe MS pasienter med aggressiv sykdom.

Menn har oversyklighet og overdødelighet. Allikevel har Helse og omsorgsdepartementet kvinnehelse som et satsingsområde, er det riktig prioritering?

På mange måter er dette et politisk spørsmål, som jeg ikke kan svare på. Der ute i helsetjenesten er det ikke slik at vi forfordeler et av kjønnene. Jeg regner med at ressursene forbrukes der det er nødvendig, og at både kvinner og menn får de helsetjenester de har behov for. Man har også valgt å ha en kvinnehelsestrategi i departementet, du kan vel spørre deg om det burde være en satsing på menns helse i tillegg, men det er også et politisk spørsmål.

Larsen er en meget opptatt mann. Han lovet oss en gjennomlesning og godkjenning av dette intervjuet. Det har han åpenbart ikke rukket. Vi trykker det allikevel med en tanke om at «den som tier samtykker». Skulle det være et eller annet vi ikke skulle ha referert her, ber vi om unnskyldning for det.

Portvaktfunksjonen virker ikke prioritert av våre sentrale helsemyndigheter.

Det er like greit å henvise, ta en ny MR, bestille et nytt sett med prøver..

Festen er ikke over. Det er kake igjen....

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

Folkehelseinstituttets MIDIA-

svar fra Rådet for legeetikk ved dets leder Trond Markestad.

REDIGERT AV KARIN FRYDENBERG

Kritikk fra Utpostenredaktør er sendt til vurdering i Legeforeningens råd for legeetikk som igjen har sørget for en grundig behandling i Shdir, Nasjonal forskningsetisk komité for medisin (NEM) og Bioteknologinemda.

De har fra hvert sitt ståsted kommet med kritiske uttalelser og trekker frem vanskelige, også lovstridige etiske aspekter ved prosjektet.

Rådet for legeetikk konkluderer med at MIDIA strider mot Etiske regler for leger kap.I § 1–2.

Her er svaret fra Rådet for legeetikk med gjennomgang av hele saken og svarene fra de andre instansene:

Rådet for legeetikk har sluttbehandlet saken i møte den 17.10. 2007. Av protokollen fra Rådets møte fremkommer følgende:

Oppsummering:

Allment praktisende lege Karin Frydenberg har i brev av 14.11.2006 bedt Rådet for legeetikk vurdere om prediktiv gen-testing av nyfødte, for å avdekke miljøbetingete årsaker til type 1 diabetes (MIDIA-prosjektet), er i strid med Etiske regler for leger. Den direkte årsaken for hennes engasjement var at en av familiene, som hun er fastlege for, fikk alvorlige psykiske reaksjoner etter at de fikk vite at deres tre måneder gamle barn hadde en gensammensetning som innebar økt risiko for å få type-1-diabetes. De var uforberedt på beskjeden, kanskje særlig fordi ingen i nær familie hadde diabetes.

MIDIA inngår i den nasjonale Mor-Barn-undersøkelsen (MoBa), men barn rekrytteres også uavhengig av denne. Begge prosjektene drives av Folkehelseinstituttet (FHI). Målet er å teste 100 000 barn for på den måten å identifisere 2000 barn som har en genkombinasjon som gir økt risiko for type-1-diabetes.

I MoBa mottar den gravide informasjonsbrosjyre og samtykkeskjema om MIDIA i 35. svangerskapsuke. Dersom FHI ikke har mottatt svar i løpet av to uker, blir den gravide også kontaktet pr telefon og spurta om hun vil være med eller ikke. Det gis da tilløggsinformasjon etter behov. For dem som takker ja, tas det blod for gentest fra navlesnoren ved fødselen. Dersom mor ikke er med i MoBa, gir helsesøster informasjonsbrosjyre til mor ved første hjemmebesøk. Dersom familién velger å delta, gjøres gentesten fra børsteprove av munnslimhinnen. Informasjonsbrosjuren gir opplysning om ønsket oppfølging dersom barnet viser seg å ha genkombinasjonen som innebærer risiko.

Alle foreldrene får tilbakemelding om barnet har den nevnte genkombinasjonen eller ikke. Dersom barnet er blant de 2,2 prosent med genkombinasjon som innebærer en sju prosent risiko for å få diabetes innen 15 år og 20 prosent risiko i løpet av livet, blir familién invitert til oppfølging fram til 15 års alder. Oppfølgingen omfatter spørreskjemaer og prøve fra avsøringen hver måned i tre år og blodprøver ved tre, seks, ni og 12 måneder alder og deretter en gang pr år fram til 15 år. Blodprøven kan tas i fingeren eller i armen. Hensikten er å undersøke mulige miljømessige utløsende årsaker til diabetes, for eksempel virusinfeksjoner og spesielle forhold ved kostholdet.

Karin Frydenberg påpeker følgende:

- gravide blir spurta om å samtykke til en test som det er umulig eller svært vanskelig å sette seg inn i før man eventuelt får et positivt svar
- Den gravide får overflatisk informasjon om hva testene kan innebære
- Det å teste på om noen har risiko for sykdom som ikke kan forebygges, har viktige etiske implikasjoner
- Det er vanskelig for utenforstående å få innsikt i detaljer i Mor-barn-undersøkelsen
- Fastlegene til de gravide kvinnene, og senere deres barn, er ikke informert tilstrekkelig om hva som spørres om, og kan ikke være med å gi kvinnene informasjon eller råd.

Før sin endelige vurdering har Rådet for legeetikk bedt Folkehelseinstituttet (FHI), Sosial- og helsedirektoratet (Shdir), Bioteknologinemda og Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM) om å vurdere prosjektet ut fra sine respektive ståsteder. Rådet har også gjennomgått informasjonsbrosjyrerne i MIDIA.

prosjekt er anbefalt stanset

Folkehelseinstituttet (FHI)

FHI poengterer i brev av 12.2. 2007 at de etiske sidene ved prosjektet har vært nøyde vurdert internt og i samråd med den regionale forskningsetiske komité (REK). De undersøker også familienes reaksjoner gjennom spørreskjema. Bare tre av 737 familiær med positive prøver har meldt om sterke reaksjoner. (I brev fra NEM av 12.10. 2007 – se nedenfor - er det opplyst at det nå er til sammen ti familier som har hatt kraftige negative reaksjoner). 87 prosent av foreldrene har i spørreskjema gitt uttrykk for at de er fornøyd med informasjonen, ti prosent vet ikke, mens tre prosent ikke er fornøyd. FHI påpeker at det kan være en gevinst for barna som deltar, at foreldrene, og senere barna selv, er oppmerksom på risiko slik at de gjenkjenner aktuelle symptomer og kan soke lege raskt. Det særlig viktige poenget er imidlertid at diabetes type 1 er en alvorlig sykdom som øker betydelig i forekomst blant unge. Det er derfor maktpåliggende å finne eventuelle miljømessig betingete årsaker for å kunne iverksette forebyggende tiltak. For å kunne gjennomføre en slik undersøkelse anser FHI det som nødvendig å ha den genetiske risiko som utgangspunkt. FHI innser at informasjonen til så vel foreldrene som til fastlegene kunne vært bedre. Når MIDIA starter, informeres fylkeslegen samt rådmann, kommunoverlege og ledende helsesøster i kommunene som deltar.

Sosial- og helsedirektoratet (Shdir)

Shdir skriver i brev av 6.7. 2007 at det er et stort behov for forskning omkring årsaksforhold ved diabetes type 1. De skriver også at det har vært ulike fortolkninger av Bioteknologilovens anvendelse i forbindelse med forskning, og da spesielt forskning hvor det inngår genetiske undersøkelser, men konkluderer med at den genetiske undersøkelsen i MIDIA er å anse som en prediktiv genetisk undersøkelse i henhold til Bioteknologiloven (§ 5-1b). Det innebærer bl.a. at det skal gis genetisk veileddning både før, under og etter at det er foretatt en prediktiv genetisk undersøkelse (§ 5-5). Det bør være en konkret medisinskfaglig vurdering som ligger til grunn for å avgjøre om genetisk veileddning skal gis muntlig, skriftlig eller både muntlig og skriftlig.

Shdir vurderer at informasjonen som er gitt i forkant av prøvetaking i MIDIA ikke ivaretar de momentene som bør inngå i en genetisk veileddning, og at samtykket ikke bygger på tilstrekkelig informasjon. Shdir fremhever også at FHI bør forsikre seg om at prosjektet er tilstrekkelig godt kjent blant aktuelt helsepersonell og at FHI bør vurdere å innhente samtykke til at fastlegen informeres dersom barnet deltar i oppfølgingsdelen av MIDIA-prosjektet.

I forhold til Bioteknologiloven mener Shdir at det er mulig å tillate prediktiv gentesting i forbindelse med forskningsprosjekter, selv om man ville være tilbakeholden med å utføre de

MIDIA er en undersøkelse om miljøårsaker til utvikling av type I diabetes. Den startet i 2001. Foreldre blir i 35. svangerskapsuke invitert til å la sitt barn genteste på risiko for utvikling av type I diabetes. De får tilsendt skriftlig informasjon og må skrive under samtykkeerklæring og sende den inn hvis de vil la sitt ufødte barn være med. 2,2% av norske barn har «risikogenene» som gir dem 7% risiko for å utvikle type I diabetes før de er 15 år og 20% livstidsrisiko. Hvis diabetesgenene påvises, får de vite det når barnet er 3 måneder gammelt og barnet følges da opp til det er 15 år. De blir da regelmessig bedt om å fylle ut skjema om barnet. De blir bedt om å sende inn avføringsprøve hver måned frem til barnet er 3 år. Det blir tatt blodprøver av barnet ved 3, 6, 9 og 12 måneders alder og siden en gang årlig for å undersøke mhp diabetesutvikling.

Folkehelseinstituttets tall fra februar 2007:

- Over 35 000 barn er gentestet for diabetes risikogenene.
- 763 barn har fått påvist høy genetisk risiko for type 1 diabetes.
- 7 barn har fått diabetes.

ILLUSTRASJONSFOTO: MICHAEL TRAVERS



samme undersøkelsene i klinisk sammenheng. Bioteknologiloven sier at det ikke skal utføres prediktive tester på barn under 16 år, med mindre undersøkelsen kan påvise forhold som ved behandling kan forhindre eller redusere helsekade hos barnet (§ 5-7). I særige tilfeller kan det gis unntak fra forbudet (§ 5-7, annet ledd). For eksempel kan dette under spesielle vilkår gjelde undersøkelse for dødelige stoffskiftesykdommer. Shdir mener imidlertid at denne unntaksbestemmelser ikke kan anvendes i forbindelse med MIDIA-prosjektet. Shdir mener allikevel at Bioteknologiloven åpner opp for å tillate prediktiv testing av barn, for eksempel der forskning kan bidra til at økt kunnskap om behandlingsmuligheter, forebygging eller tiltak som kan utsette sykdomsdebut, men at da må det stilles strenge krav til den informasjonen som gis. De understreker imidlertid at slik prediktiv testing av barn ikke bør tillates dersom det er mulig å gjennomføre forskningen på andre grupper enn mindreårige.

Shdir konkluderer med at FHI må søker Shdir om godkjenning for å rekvirere prediktiv genetiske undersøkelser i forbindelse med MIDIA, men vil på det nærværende tidspunkt ikke stanse prosjektet i søknadsperioden. Søknaden skal legges fram for Bioteknologinemnda før den eventuelt blir godkjent.

Bioteknologinemnda

Bioteknologinemnda, som er et rådgivende og frittstående organ for forvaltningen, har en noe annen forståelse av Bioteknologilovens bestemmelser enn Shdir og redegjør i brev av 13.9. 2007 for juridiske og etiske sider ved MIDIA-prosjektet. Nemnda påpeker at Shdir i sin vurdering først og fremst drøfter foreldrenes perspektiv: om informasjonen som gis foreldre er god nok, om de får god nok oppfølging og om deres bekymringer er tatt i betraktning. Nemnda poengterer at barnets perspektiv er minst like viktig og spør om undersøkelsen er til barnets beste. Nemnda trekker også fram hensynet til søsken.

Flertallet i Bioteknologinemnda mener at MIDIA-prosjektet, slik det nå gjennomføres, er i konflikt med Bioteknologiloven. Om forskning spesifiseres det i Bioteknologiloven (§ 1-2) at «*loven gjelder ikke for forskning som ikke har diagnostiske eller behandlingsmessige konsekvenser for deltakeren eller hvor opplysnings om den enkelte ikke føres tilbake til vedkommende*». MIDIA-prosjektet er ikke i samsvar med denne paragrafen fordi informasjon om genetisk risiko føres tilbake til foreldrene. Nemnda viser til at bestemmelser om ikke å tillate prediktiv gentesting hos barn under 16 år dersom en ikke «*kan påvise forhold som ved behandling kan forhindre eller redusere helsekade hos barnet*» også gjelder for forskningsprosjekter slik loven nå er. Flertallet mener videre at prosjektet er etisk betenklig fordi hensynet til barna i studien ikke er tilstrekkelig ivaretatt, og barna risører unødvendig «sykeliggjøring» fra tidlig alder. Dette flertallet råder Shdir til ikke å godkjenne prosjektet slik det nå er designet.

Den nasjonale forskningskomité for medisin (NEM)

NEM har i brev av 12.10. 2007 vurdert de forskningsetiske sider ved MIDIA-prosjektet. Komiteen har lagt vekt på sentrale normer som er utviklet innenfor forskningsetikken. Dette gjelder i hovedsak Verdens helseorganisasjons (WHO) etiske kriterier for screening, Helsinkideklarasjonen og Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin (Oviedo-konvensjonen) sin tilleggsprotokoll for medisinsk forskning. NEM har også vurdert prosjektet i forhold til relevante vilkår for helse-

faglig forskning i den nylig foreslalte helseforskningsloven (Ot.prp.nr.74 (2006-2007)).

MIDIA tilfredsstiller ikke WHOs kriterier for masseundersøkser, bl.a. fordi det ikke foreligger forebyggende tiltak. Kravet om nyttet kan tenkes skjerpet for barn som selv ikke kan ta stilling til informasjon eller gi samtykke. Innen forskning er det imidlertid vanlig at mennesker undersøkes uten at de har direkte nyttet av dette fordi forskningen har som hovedoppgave å frembringe ny kunnskap, ikke å yte direkte helsehjelp.

NEM mener at det viktigste spørsmålet å stille til MIDIA-prosjektet, er hva slags forhold det er mellom risiko og nyttet, ulemper og fordeler i det aktuelle prosjektet. I alle de nevnte forskningsetiske retningslinjene fremheves prinsippet om at biomedisinsk forskning kun er berettiget hvis fordelene ved et prosjekt er større enn ulempene. NEM fremhever at foreldre ikke skal bes om å samtykke på vegne av sitt barn hvis det ikke først er foretatt en selvstendig vurdering av om den risikoen eller belastningen som studien kan medføre for det enkelte barn, kan forsvaras forskningsetisk sett. Blant begrunnelsene for dette viser NEM til forskning som viser at de fleste som inviteres til å delta i forskning uansett samtykker. Grunnen kan være følelse av avhengighet av helsepersonell eller falsk oppfatning om at de oppnår en helsegvinst. Vanskene med å forstå konsekvensen kan være ekstra stor når det gjelder å overskue betydningen for andres, i dette tilfelle sitt barnets, velferd.

I alle forskningsetiske retningslinjer skiller det mellom fordelene for den enkelte, fordelene for grupper pasienter og fordelene for vitenskapen og samfunnet. Forholdet mellom risiko og nyttet gir en skjerpet vurdering når det vurderes å inkludere grupper som ikke selv kan gi sitt samtykke, slik som i MIDIA. Hvis mennesker som ikke selv kan samtykke til forskning, inkluderes i en studie som ikke kan gagne dem direkte, er det et vilkår at forskningen ikke medfører mer enn en "minimal risiko eller byrde" for det enkelte individ som inkluderes (Oviedo-konvensjonens tilleggsprotokoll for forskning). Både Oviedo-konvensjonen og Helsinkideklarasjonen slår fast at hensynet til forsøkspersonens interesser og velferd skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser. Samtidig er det viktig at nyttig forskning ikke hindres unødig ved å overbeskytte mennesker som ellers kunne ha bidratt til viktig forskning uten at deres velferd blir redusert eller interesser vesentlig tilsiadesatt.

NEM mener at den informasjonen som i dag blir gjennombrøs som utleveres i forkant av et samtykke til å delta i prosjektet, er for mangefull i forhold til å gi foreldrene mulighet til å avgi et tilstrekkelig informert samtykke. Med en forbedret informasjons- og samtykkeprosess, mener NEM at foreldrene må kunne ta stilling til om den belastningen studien eventuelt påfører dem selv, er akseptabel. Det som er mest problematisk er at barn, som ikke selv kan ta stilling til deltagelse, må leve med en risikoinformasjon som de ikke selv har bedt om.

NEM diskuterer mulige løsninger for hva som bør gjøres med MIDIA-prosjektet nå. En mulighet er å endre designet fra en åpen til en lukket studie, d.v.s. at det ikke blir tilbakemelding til familien. NEM innsører de praktiske, juridiske og forskningsetiske vansker ved slike endringer. Et knapt mindretall mener at prosjektet kan videreføres med nærværende design. Dette krever dispensasjon fra vilkårene i Bioteknologiloven om gentesting av barn. En videreføring fortsetter også flere forbedringer som kan bidra til å redusere mulige psykososiale belastninger for de inkluderte barna i fremtiden og til å sette foreldrene bedre i stand til å vurdere om de vil at barna skal rekrutteres eller ikke. Et flertall i NEM mener at forbedringsmulighetene i det nærværende er begrenset.

Kanskje hun vil være lykkelig uvitende om sin risiko?



rende prosjektet ikke er tilstrekkelige til å unngå at barn som inkluderes, kan utsettes for psykososiale belastninger som må anses som langt mer enn «ubetydelige» eller «minimale» og «kortvarige», slik Oviedo-konvensjonen krever. Disse medlemmene mener derfor at prosjektet ikke bør tillates å rekruttere nye barn til studien med det nåværende designet. De mener at samfunnet heller må avstå fra potensiell ny og viktig kunnskap enn å ta sjansen på å utsette enda flere barn som ikke selv kan ta stilling til forskningsdeltagelse for noe som må sies å være mer enn en ubetydelig og kortvarig belastning.

Rådet for legeetikk vedtok å uttale:

Rådet vil for det første gi honnør til dr. Karin Frydenberg for å følge opp reaksjoner fra en familie som hun er fastlege for, med å påpeke viktige etiske betenkelskheter ved MIDIA-prosjektet og for å utfordre Rådet for legeetikk og andre sentrale aktører på dette. Rådet anser at spørsmålet om prediktiv gentesting vil være meget aktuelt i fremtidig forskning om miljømessige årsaker til sykdom. I tillegg til å gjelde MIDIA-prosjektet, har spørsmålet stor prinsipiell betydning.

Rådet ser også FHIs gode intensjoner med prosjektet og de omfattende og vanskelige etiske overveielserne instituttet gjorde før prosjektet ble iverksatt. Rådet merker seg også at FHI hadde de offentlige godkjennelser som ble ansett nødvendige, før prosjektet startet.

Diabetes type 1 er en alvorlig og vanlig sykdom, og forekomsten øker bekymringsfullt, ikke minst blant barn og unge. Det er god grunn til å tro at miljøfaktorer har stor årsaksmessig betydning og at det trengs store prospektive studier for å påvise slike. Det er også lett å se at sannsynligheten for å påvise slike miljøfaktorer øker betraktelig ved å begrense studiene til barn som har en betydelig genetisk disposisjon for sykdommen. Det er også et moment til forsvar for gentesting at studien kan gjennomføres med langt færre barn, d.v.s. at færre barn trenger å belastes, for å oppnå kunnskap.

Rådet vil bare uttale seg om etiske sider ved prosjektet i forhold Etiske regler for leger. Aktuelle bestemmelser er kap I, § 1–2, i den grad deltagelse i prosjektet kan medføre en helsemessig eller psykososial belastning og kap I, § 10, i den grad deltagelse bidrar til å øke medisinsk viden til beste for generasjoner som kommer.

I § 4 sies det at «En lege skal verne om menneskets helse» og «Legen skal hjelpe ... friske til å bevare den (helsen)». Videre: «Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter...». § 2 sier at «Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt». I § 4 heter det bl.a. «En lege bør etter sin kompetanse bidra til utvikling... av den

medisinske viden». I disse paragrafene ligger det både en forpliktelse til å verne det enkelte menneske og til å bidra til økt kunnskap.

Rådet er enig med NEM i at påvisning av genetisk risiko for diabetes kan medføre en betydelig belastning for foreldre, søsken og kanskje i særlig grad det aktuelle barnet som kan skjønne må leve med denne viten et langt liv uten noen gang å få diabetes. Det er tvilsomt om en potensiell fordel ved å oppdage sykdommen tidligere eller ved at det skulle gjøres vitenskapelige funn som kan bidra til at sykdommen ikke oppstår hos deltakeren, kan oppveie denne belastningen for den enkelte. Det at barnet ikke selv kan ta stilling til om det ønsker denne kunnskapen, gjør slik forskning særlig problematisk.

Rådet for legeetikk vil ikke avvise at det i visse forskningsmessige spørsmål kan være nødvendig med testing av genetisk risiko hos barn med tilbakemelding om funn til den enkelte familie, men det må være siste utvei for å besvare viktige helsespørsmål. Potensielle prosjekter må da vurderes særlig nøyde for å forsikre seg om at balansen mellom nytte for samfunnet og den enkelte mot belastningen for den enkelte familie og barn ikke er urimelig. Slike studier vil uansett kreve omfattende informasjon og rådgivning overfor familiær som blir spurta om å delta, for at de skal kunne gi et reelt og fritt informert samtykke på egne og i særlig grad på barnets vegne. Rådet er enig med andre instanser i at informasjonen til familiene i MIDIA-prosjektet har vært mangelfull.

Det er også en stor svakhet at helsepersonell i primærhelsestjenesten, og i særlig grad landets fastleger, har hatt for mangelfull informasjon om MoBa og MIDIA i forkant av studien, og i forhold til den enkelte familie når barnet får påvist økt genetisk risiko for diabetes. Det er ofte fastlegen som først vil mætte familiens reaksjoner og dekke behovet for umiddelbar og senere oppfølging. For å ivareta familién på en god måte kreves det konkret og oppdatert kunnskap. FHI bør derfor be familiene om tillatelse til umiddelbart å kontakte fastlegen når de får beskjed om at barnet har risikofaktoren.

I forhold til MIDIA er det et sentralt spørsmål om det er alternative måter å oppnå kunnskapen på. Rådet viser til NEMs utredning som påpeker at det også er alvorlige inn-

vendinger mot at studien gjøres lukket, ikke minst fordi langt flere vil mætte delta, og fordi sjansen for å besvare forskningsspørsmålet kan bli langt dårligere. Selv om det ikke er Rådets oppgave å behandle spørsmål av medisinsk-faglig eller forskningsmetodologisk natur, vil vi allikevel påpeke en mulighet som ikke er nevnt av NEM, FHI eller Shdir, nemlig å begrense rekrutteringen av nyfødte til familiær som har en førstegradsslekting med type I diabetes. Dette er familiær som allerede er oppmerksom på og må forholde seg til at deres nyfødte barn har økt risiko for å få sykdommen. Det er sannsynlig at de har større mulighet for å forstå implikasjonene ved å delta, bl.a. å akseptere å leve med kunnskapen om at de også har en påvist genetisk disposisjon. Dette er en fremgangsmåte som har støtte i medisinsk-etisk litteratur (1). For å kunne rekruttere et tilstrekkelig antall nyfødte vil det sannsynligvis være nødvendig med internasjonalt samarbeide, men Rådet ser ikke på det som en vesentlig innvending.

Slik MIDIA nå er utformet mener Rådet at det er stor fare for at familién og barnet som får påvist en genetisk disposisjon for diabetes, utsettes for en stor belastning i forhold til gevinsten for familie, barn eller samfunn og fremtidige generasjoner. Dette kan gjelde belastningen ved å vite, men for barnet dreier det seg også om nokså omfattende blodprøvetaking over mange år. Dette skjer i en alder da mange barn er redde for stikk, noe som bl.a. kan bidra til å skape et vanskelig forhold til foreldrene, fastlegen og annet helsepersonell. Både engstelsen for stikk og det å bli utsatt for gjentatte blodprøvetakinger, samt kunnskapen om risikoen og det å bli minnet om engstelse for diabetes selv ved uskyldige symptomer, kan øke farens for sykliggjøring av barnet. Dette kan tenkes å få negative helsemessige konsekvenser og slik være i strid med Etiske regler for leger, kap I, § 1-2.

Referanser:

1. Ross LF. Minimizing risks. The ethics of predictive diabetes mellitus screening research in newborns. Arch Pediatr Adolesc Med 2003;157:89-95.

Rådet for legeetikk

(sign)

Trond Markestad
leder

Odvar Brænden

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

Folkehelseinstituttet har nå søkt Sosial- og helsedirektoratet om godkjenning av MIDIA prosjektet i forhold til bioteknologiloven. Bioteknologinemda sier det er i konflikt med loven.

MIDIA – en viktig debatt

SVAR FRA PER MAGNUS, VIVI OPDAL OG KJERsti SKJOLD RØNNINGEN
Divisjon for epidemiologi, Nasjonalt folkehelseinstitutt



MIDIA er et prosjekt som prøver å finne miljårsaker til type I diabetes ved å følge barn med økt genetisk risiko (1,2). Barna som deltar har en sannsynlighet på sju prosent for sykdom de første 15 årene, og 20 prosent gjennom hele livet. Prosjektet startet i 2001. Omrent 950 familier deltar. Det er tilsvarende undersøkelsen i mange land, blant annet Sverige, Finland, Tyskland og USA (3). Debatten om forskningsetiske og juridiske forhold ved MIDIA er interessant og viktig.

Forskingsetikken

Det er tre viktige elementer i forskningsetikken: privatlivets fred, prinsippet om å ikke skade og selvbestemmelsesretten. Helsegevinsten ved prosjekter må veies mot ulempe knyttet til disse tre elementer. Saksbehandler på dette feltet for MIDIA er Den regionale komité for forskningsetikk (REK) som i 1999 vurderte MIDIA og ga den tilråding.

I år har Den nasjonale forskningsetiske komité blitt bedt om å uttale seg om MIDIA på forespørsel fra Legeforeningen. Et knapt flertall (seks av elleve) mente at prosjektet burde endre til et design uten tilbakemelding om gene-

tisk risiko, mens de øvrige fem medlemmene mente at designet kunne være uendret. Vi tror det vil være urealistisk å ikke gi deltakere tilbakemelding.

Rådet for legeetikk i Legeforeningen har nå svart Karin Frydenberg på hennes forespørsel om MIDIA. På basis av de etiske regler for leger mener Rådet at en påvisning av genetisk risiko kan medføre en betydelig belastning, og foreslår at prosjektet videreføres med et annet design: å begrense rekrutteringen av nyfødte til familier som har en førstgradsslekting med type I diabetes. Dette er et interessant innspill, men det kan være vanskelig å gjennomføre.

Psykososiale belastninger

Psykososiale belastninger kan ramme foreldrene, men på lengre sikt også barna.

Vi har erfart at noen få foreldre har hatt sterke reaksjoner rett etter at de har fått vite om resultatet av gentesting. Vi har ikke funnet forskjeller i svarmonsteret på et spørre-skjema (Hopkins symptom check list – som er godt egnet til å fange opp bekymringer og uro) når barnet er seks måneder

der mellom deltagere i Den norske mor og barn undersøkelsen som er med eller ikke med i MIDIA. Dette er i tråd med erfaringer fra internasjonale undersøkelser (4). Når det gjelder psykososiale belastninger for barna er det lite erfaringer. Verken i MIDIA eller de andre undersøkelsene er barna gamle nok til at noen slike belastninger er registrert. Vurderingene må nødvendigvis bli teoretiske. I det videre arbeidet er det viktig å forebygge psykososiale reaksjoner.

Helsegevinsten

Helsegevinsten kan knyttes til deltakerne og, hvis man finner årsaker, til alle barn under risiko. Det er sannsynlig at det kommer nye og viktige funn om miljøårsaker i løpet av de neste ti årene. MIDIA-barn vil være blant de første som får tilbud om forebyggende tiltak. Ingen kan imidlertid garantere forskningsresultater i forkant. Deltakelse i MIDIA har også noen mer direkte helsegevinster, for eksempel å unngå en dramatisk sykdomsdebut. Fra registeret over type 1 diabetes i Norge vet man at 15 prosent av alle nyanlagte barn med type 1 diabetes legges inn med ketoacidose. I en tilsvarende undersøkelse som MIDIA i USA fant man at deltagende risikobarn ble sjeldnere hospitalisert (3% versus 44 prosent), trengte lavere insulindosør og hadde lavere HbA1c-nivå enn barn som ikke hadde deltatt, når diabetes utviklet seg (5). I en ny undersøkelse fra samme undersøkelse har man funnet at risikoen for å utvikle autoantistoffer (prediabetes) mer enn halveres for barn som har inntatt omega-3 fettsyrer over et visst nivå (6). Denne kunnskapen kan gjøres kjent for deltakerne i MIDIA. Videre kan det gis tilbud om deltagelse i et svært lovende forsøk (anti-GAD vaksine) til MIDIA-deltakere som har utviklet autoantistoffer.

Bioteknologiloven

Vi har vært og er av den oppfatning at MIDIA er forskningsetisk forsvarlig, forutsatt at vi gjør hva vi kan for å øke helsegevinsten og forebygge psykososiale bivirkninger. Men i tillegg til etikken kommer jusen. Vi spurte Sosial- og helsedirektoratet i vår om MIDIA-s forhold til bioteknologiloven, og fikk til svar at vi måtte se om godkjennings, noe vi hadde antatt bare gjaldt i klinisk virksomhet. Direktoratet må da fortolke loven, spesielt lovens § 5–7 som sier at prediktive undersøkelser ikke skal utføres på barn under 16 år med mindre undersøkelsen kan påvise forhold som ved behandling kan forhindre eller redusere helseskade hos barnet. Dette blir en juridisk vurdering i lys av lovteksten og forarbeidene, og vi avventer nå direktoratets svar på vår spørsmål.

Perspektiver for årsaksforskning generelt

Mange alvorlige kroniske sykdommer har en arvelig komponent. Type 1 diabetes er av de sykdommene der man er kommet lengst i kunnskapen om genetisk risiko. Det er sannsynlig at vi vil se risikoøkninger som for type 1 diabetes knyttet til spesifikke gener også for andre alvorlige sykdommer i årene fremover.

Men vi vet for lite om miljøårsaker. Altså kan vi ikke forebygge sykdommene. Det er et paradoks at mer kunnskap om gener gjør det vanskeligere å drive forskning om miljøårsaker. Hvis man allerede skal kunne forebygge som en betingelse for å gi informasjon om genetisk risiko i et forskningsprosjekt, blir forskningen meningslös. Da vet man allerede hva årsaken er. Dette er en ikke tilskikt konsekvens av bioteknologiloven, og det bør føres en debatt om dette nå som Stortinget skal ta stilling til en ny lov om helseforskning.

Vi har en forpliktelse til å følge MIDIA-familiene i mange år fremover. Vi har funnet nye og spennende resultater. Det er vårt håp at denne forskningen kommer til nytte, både for deltakerne og for andre barn under risiko.

Referanser

1. Stene LC, Witsø E, Torjesen PA, Rasmussen T, Magnus P, Cinek O, Wetlesen T, Rønningen KS. Islet autoantibody development during follow-up of high-risk children from the general Norwegian population from three months of age: Design and early results from the MIDIA study. *J Autoimmun* 2007;29:44–51.
2. Ronningen KS, Stene LC, Rasmussen T, Wetlesen T, Magnus P. Miljøårsaker til type 1-diabetes. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127:2405–8.
3. The TEDDY Study Group. The environmental determinants of diabetes in the young (TEDDY) study: study design. *Pediatric Diabetes* 2007;8:286–98.
4. Johnson SB, Baughcum AE, Carmichael SK, She J-X, Schatz DA. Maternal anxiety associated with newborn genetic screening for type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:392–7.
5. Barker JM, Goehrig SH, Barriga K, Hoffman M, Slover R, Eisenbarth GS et al. Clinical characteristics of children diagnosed with type 1 diabetes through intensive screening and follow-up. *Diabetes care* 2004;27:1399–1404.
6. Norris J, Yin X, Lamb MM, Barriga K, Seifert J, Hoffman M et al. Omega-3 polyunsaturated fatty acid intake and islet autoimmunity in children at increased risk for type 1 diabetes. *JAMA* 2007;298:1420–8.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Per.Magnus@fhi.no

Hvordan tenker vi på årsaker til sykdom?

AV DAG STEINAR THELLE

Omarbeidet etter artikkel først publisert i *Medisin og Samfunn* (2003) – festskrift til Grete Botten i anledning hennes 60-årsdag redigert av Olaf G. Aasland, Harry-Sam. Selikowitz, Anne Johanne Søgaard og Ole Berg

Bakgrunn

Våren 2002 gikk det ut en alarmerende melding om at en del ganske alminnelige matvarer kunne inneholde det mulig kreftfremkallende stoffet akrylamid (1–4). Meldingen fikk stor publisitet, og offentlige myndigheter kom med råd om redusert inntak av chips, knekkebrød og andre matvarer der det inngikk kullhydrater som var utsatt for høye temperaturer. Historien om akrylamid, som er et giftstoff med kjente neurologiske effekter (2), kan brukes som utgangspunkt for å diskutere hvordan vi tenker på enkeltfaktorer som årsak til sykdom, og hvordan vi skal legge opp en strategi for å bekrefte eller avkrefte slike mistanker.

Å diskutere årsakssammenhenger er ikke noe spesielt for medisinens. Menneskene har et grunnleggende behov for å forstå eller forklare at alle fenomener, også opplevde eller innbilte helseskader, har en årsak. Vi kan ikke tenke oss et fenomen uten at det er forutgått av et annet fenomen som vi utnevner til årsak. Sammenhengen behøver ikke være sann i objektiv forstand. Det er tilstrekkelig at vi tror at det vi ser er sant. Ved nærmere undersøkelse kan det vise seg at det ikke er noen reell sammenheng mellom den observerte hendelsen og det som vi mener gikk forut. I så fall endrer vi (kanskje) vår oppfatning om hvordan sammenhengen er.



Dag Steinar Thelle

Dag Steinar Thelle (f. 1942) er professor dr.med. ved Avdeling for biostatistikk, UiO, med ansvar for forskerkurs under doktorgradsprogrammet. Han var professor i kardiovaskulær epidemiologi og preventiv kardiologi ved Sahlgrenska akademien, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet, og overlege ved Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra til 2007. Han har tidligere vært ansatt ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø, Nordiska hälsovårds högskolan i Göteborg, og Senter for epidemiologisk forskning ved Universitetet i Oslo. Hans forskningsinteresser omfatter forhold som påvirker risiko for hjerte- og karsydommer og andre kroniske ikke-smittsomme sykdommer.



Innenfor medisinien er det åpenbart at jo mer vi vet om årsaken til helseskade eller sykdom, jo mer sannsynlig er det at vi skal kunne behandle eller unngå helseskaden. Et årsaksbegrep som er logisk og vitenskapelig forsvarlig er en forutsetning for moderne medisinsk virksomhet.

Årsaksbegrepet

I denne artikkelen skal vi diskutere årsaksbegrepet slik det blir brukt innen medisinske disipliner. Vi skal vise at årsaksbegrepet, eller rettere kravene som må oppfylles for å kalle noe for en årsak til sykdom, er logiske, men også at vi ofte må gi avkall på disse kravene. Denne tilsynelatende motsetning handler om medisinens dilemma. Medisinien krever som vitenskap at de sammenhenger som påvises er «sanne», men for enkelte helseproblemer kan det være vanskelig å se årsaksmessige sammenhenger. Årsakstekningen har en lang tradisjon, og mine tanker i denne forbindelse er i stor grad basert på Susser 1991 (5).

Et av problemene innen medisinsk og til dels biologisk årsaksteknologi som skiller medisin fra annen naturvitenskap,

er at vi må definere årsaker til sykdom som faktorer som påvirker sannsynligheten for endring i en målbar hendelse. Alle som utsettes for en erkjent årsaksfaktor blir ikke syke (uansett hvilken definisjon vi bruker om sykdom), og alle som utsettes for en bestemt faktor eller behandling, kommer ikke til å gjennomgå samme endring i risiko for sykdom eller bedring. Årsaker må derfor defineres som faktorer som påvirker vår sykdomsrisiko, eller sannsynligheten for sykdom. Dette er en allmenn erfaring, og for å forklare dette må vi forutsette at det for alle sykdommer foreligger et kompleks av faktorer før sykdommen er et faktum. Dette komplekset vil bestå av et ukjent antall nødvendige, men hver for seg utilstrekkelige faktorer. Denne erkjennelsen er ikke alltid like tydelig når vi setter i verk et forebyggende eller et terapeutisk tiltak, men har i økende grad fått innpass i visse deler av medisinien. Tydeligst er det kanskje innen kardiologi der man angriper flere samtidig forekommende faktorer for å forhindre ytterligere utvikling i en forventet retning. At sykdommer skulle forårsakes av flere faktorer, eller at flere forutsetninger måtte oppfylles var rådende, kom på sett og vis i bakgrunnen da moderne mikrobiologi og anti-

Filosofen Karl Popper sa at så lenge alle svaner du ser er hvite, vil du kunne holde fast på din hypotese om at alle svaner er hvite. Men det øyeblikk du ser en svart midt du avvise hypotesen om at alle svaner er hvite.



BESTILLINGSNUMMER: 50000 | DØRTE TØNNE / MONTAGE: ØYVIND SØRENSEN | MONTASJE: RØD TØNNE

biotikabehandling rettet skytset mot enkelte faktorer. Dette sammen med at man kunne påvise hvordan visse sykdommer var direkte knyttet til mangel på sporstoffer og vitaminer, ga indirekte støtte til tanken om en årsak – en sykdom. Tanken på «en faktor – en sykdom» har også dominert lenge innen blodtrykk- og kolesterolenskende behandling. Å angripe en faktor kan være tilstrekkelig til å redusere risiko for sykdom, men det forutsetter at faktoren inngår som et nødvendig ledd i årsakskjeden.

Mange er utsatt for en mulig skadelig faktor, men få blir syke

La oss kalte den faktoren vi er interessert i å studere A, og skaden X. Vi studerer den mulige sammenhengen ved å undersøke en rekke individer med hensyn til faktoren eller egenskapen A, og senere sykdom X. I vår analyse av resultatene finner vi at A er fulgt av X. For å gjøre det enkelt antar vi at X ikke kan forårsakes av annet enn A. Dersom A (og bare A) alltid er fulgt av X, vil vi si at A er årsaken til X. Men hva skal vi mene når mange er utsatt for A uten at de har blitt klinisk syke? Er det tilstrekkelig til å avise A som en årsaksfaktor?

Filosofen Karl Popper sa at så lenge alle svaner du ser er hvite, vil du kunne holde fast på din hypotese om at alle svaner er hvite. Det styrker ikke din sikkerhet om du ser ytterligere 1, 100 eller en million hvite svaner. Men det øyeblikk du ser en svart må du avvise hypotesen om at alle svaner er hvite (forutsatt at den svarte fuglen du så virkelig var en svane).

Innen medisinsk vitenskap aksepterer vi avvikene uten at de rokker vesentlig ved våre antagelser om årsakssammenhengen. Hvordan kan vi holde fast ved at faktor A leder til sykdom X?

Vi kan se for oss minst to situasjoner der A ikke fører til X selv om vi holder fast på at A er årsak til X. For det første kan vi stå overfor feilklassifisering både når det gjelder helsekilden (for eksempel feildiagnoser), og når det gjelder hvor meget av A man i virkeligheten ble utsatt for (eksponeringen). Vi trodde at den svarte fuglen var en svane, mens den i virkeligheten var en ravn. Sykdommen vi registrerte var ikke sann X. Vi trodde at individene hadde vært eksponert for en viss mengde av A, mens de i virkeligheten hadde fått en langt lavere dose.

Den andre mulige forklaringen er at årsaksforholdene er langt mer komplekse enn at bare A leder til X. Det kan finnes beskyttende faktorer (genetiske eller andre forhold) hos det aktuelle individet som gjør at X ikke kan forekomme innenfor den tidsrammen som vi studerer.

Vi vil også minne om at erkjent helsekade vanligvis er resultatet av en langvarig prosess, og at en rekke individer har sykelige forandringer uten at de behøver ha kliniske symptomer. Den tilsynelatende friske personen som har vært utsatt for faktor A i en lengre periode kan være affisert uten at vi klarer å påvise klinisk sykdom.

Nødvendige, bidragende og tilstrekkelige årsaksfaktorer

Om vi aksepterer at alle som er eksponert for en antatt årsaksfaktor ikke behøver bli påvisbart syk, betyr det at faktoren bare behøver øke risikoen for at sykdommen skal oppstå. Dermed er vi tilbake til definisjonen av en sykdomsårsak:

Årsak til sykdom (og/eller skade) er en (eller de) faktor(ene) som må være til stede for at individet skal ha økt risiko for sykdom.

Tidligere har vi diskutert det teoretiske forholdet at man ikke behøver bli syk selv om man blir utsatt for en årsak til sykdom. Vi må derfor innføre begreper som nødvendige, bidragende og tilstrekkelige årsaksfaktorer. Når man tenner lyset er både bryteren, lyspåren, strømkilden og ledningen nødvendig for at det skal bli lys. Fjerner man en av disse komponentene så spiller det ingen rolle om de andre er i orden, det blir likevel ikke lys. På samme måte må det foreligge et sett av faktorer for at sykdommen skal bryte ut. Dette minimum av årsaksfaktorer blir gjerne kalt tilstrekkelig årsak. Begrepene nødvendige og tilstrekkelige er videre utviklet av Rothman, og han viser hvordan dette kan brukes til å forklare hvordan samme sykdomsbilde kan fremkomme ved ulike eksponeringer som i varierende grad inneholder de ulike faktorene (6). Man kan sette opp ulike teoretiske modeller og vise hvordan fraværet av en nødvendig faktor kan nøytralisere et sett av faktorer som ellers ville bidratt til risikoen om faktoren hadde vært til stede.

Bidragende årsaker vil være uttrykk for forhold som øker sannsynligheten for at en nødvendig årsak til sykdom vil resultere i sykdom, for eksempel kosthold, genetisk disposisjon, sosiale eller klimatiske forhold. Da har vi et kompleks av faktorer som utgjør en tilstrekkelig årsak. I et slikt sett av faktorer kan man anse alle som like viktige, og for ulike mennesker kan de variere. En person kan ha en genetisk disposisjon for å tåle sigarettrøyking, mens en annen tåler mettet fett dårligere enn andre.

Det er to viktige teoretiske bidrag fra denne tankemodellen. Det ene er at en kombinasjon av flere ulike faktorer som varierer mellom flere mennesker, men der alle har minst en faktor felles, kan gi samme sykdomsbilde hos alle individene. Anta at et individ må eksponeres for tre forskjellige faktorer

for at en sykdom skal kunne oppstå, for eksempel ha en bestemt genetisk legning, utsettes for en virusinfeksjon i barneårene, og dessuten eksponeres for et serskilt fremmedstoff (for eksempel et protein). Anta også at flere typer beslektede virusinfeksjoner kan spille samme rolle, og at fremmedstoffet finnes i flere ulike miljøfaktorer, men at tilstedevarelsen av fremmedstoffet er helt nødvendig for at den spesifikke sykdommen skal oppstre. Dermed vil en rekke kombinasjoner mellom genetikk, flere typer virussykdommer og ulike ytre miljøfaktorer alle kunne gi opphav til samme sykdom. For observatøren vil dette mønsteret være vanskelig å oppdage, spesielt om sannsynligheten for at alle faktorene virkelig skal oppstre samtidig (eller i riktig tidsrelasjon) slik at de fremkalles sykdom, er lav i populasjonen. Hver enkelt av disse faktorene vil kunne fremstå som relativt hyppig forekommende i befolkningen, men sjeldne som årsaker fordi sannsynligheten for at de alle skal forekomme samtidig er liten.

I tillegg til at flere faktorer er nødvendige for at effekter skal kunne oppstre, kan man også se for seg modifikasjoner der effekten av en variabel blir påvirket av nivået av en annen faktor. Dette er forhold som er vanskelig å avsløre uten rene eksperimenter.

Det andre teoretiske bidraget fra begrepene nødvendige, bidragende og tilstrekkelige faktorer er at om man fjerner en av de nødvendige faktorene fra årsakskomplekset vil ikke sykdom oppstre. Dette har konsekvenser både for hvordan vi kan tenke på årsakskomplekser og for hvordan man skal legge opp forebyggende strategier.

En eller flere faktorer

Vi kan anskueliggjøre disse begrepene i tabellen nederst på siden som viser mulige samband mellom A og X. En nødvendig årsaksfaktor er en faktor som må være til stede for at den aktuelle sykdom eller skade skal oppstre. Eksempler på nødvendige årsaksfaktorer er mikrober og virus som forårsaker infeksjonssykdommer, eller kromosomforandringer som forårsaker medfødte sykdomsdisposisjoner. Uten tuberkelbasillen har man ikke tuberkulose. Men legg merke til at her bruker vi årsaken (eller en av årsaksfaktorene) som definisjon på sykdommen. Bidragende faktorer vil da være forhold som i seg selv ikke gir sykdommen, men som påvirker effekten av nødvendige faktorer.

Homogene populasjoner og sjeldne årsaksfaktorer

Enhver årsaksutredning som tar sikte på å vurdere risiko for sykdom i forhold til en eller flere faktorer får problemer med å påvise sammenhenger om faktoren vi undersøker er likt fordelt i på alle individene i populasjonen. Dersom både sykdom og årsaksfaktor er sjeldne fenomener som varierer, vil sammenhengen være enklere å påvise. Men om vi står overfor en sjeldnen forekommende faktor som kan lede til en relativt vanlig sykdom får vi problemer. Konklusjonen er at vi er dårlige til å påvise årsakssammenhenger når faktorene er sjeldne og tilstanden som forårsakes er hyppig forekommende, og kan ha andre årsaker i tillegg. Dermed er det også vanskelig å beskytte seg mot sjeldne sykdomsårsaker.

Økt statistisk risiko er ikke tilstrekkelig for å kunne oppnå status som sykdomsårsak

Vi er alle klar over at en rekke forhold kan være assosiert med økt sykdomsrisiko uten at disse forholdene behøver stå i en direkte årsaksmessig sammenheng. Men før man begynner å diskutere om en assosiasjon kan være uttrykk for en årsaksmessig sammenheng må man spørre seg om det man observerer kan være uttrykk for tilfeldige feilmålinger, resultatet av systematiske feil i utvalget av de som blir undersøkt, eller om den kan forklares av en annen bakenforliggende faktor (konfunderende variabel).

Kriterier som kan anvendes for å diskutere årsakssammenhenger i medisinsk vitenskap

Både sykdommenes multifaktorielle karakter og sannsynlighetsvurderingene gjør at man ikke kan bevise om noe er en sykdomsårsak. Filosofer har alltid diskutert årsaksbegrepet, men i medisinien fikk et naturvitenskapelig fundert begrepsapparat først feste etter at man ble klar over mikroorganismenes rolle som sykdomsfremkallende faktorer. Robert Koch (som påviste tuberkelbasillen) trakk opp retningslinjer for å fastslå hvordan en mikroorganisme kan være årsak til en infeksjonssykdom (7). Hans tanker ble ført videre i forrige århundre av bla. statistikeren Sir Austin Bradford Hill (8).

Dette har ledet fram til kriterier som kan brukes for å vurdere sannsynligheten for et årsaksmessig samband mellom en bestemt faktor og helsekade. De omfatter styrken i de påviste sammenhengene, sammenfallende resultater fra

X nødvendig for A	X er tilstrekkelig for A	X både nødvendig og tilstrekkelig
X nødvendig for A	X er utilstrekkelig for A	Andre nødvendige faktorer må også forklare A
X er ikke nødvendig for A	X er tilstrekkelig for A	Andre faktorer er også viktige for A
X er ikke nødvendig for A	X er utilstrekkelig for A	Andre faktorer betyr noe for A, X er ikke viktig

ulike undersøkelser (konsistens), spesifisitet, doseavhengighet, tidsrelasjon, biologisk forklarlige mekanismer og resultatene av kontrollerte eksperimenter på mennesker og dyr.

La oss vende tilbake til akrylamid, og vurdere alarmen fra 2002 i lys av disse tankene. Rotter og mus fikk kreft av akrylamid (3,4). Spørsmålet som naturlig følger er om dette nødvendigvis også må gjelde mennesker.

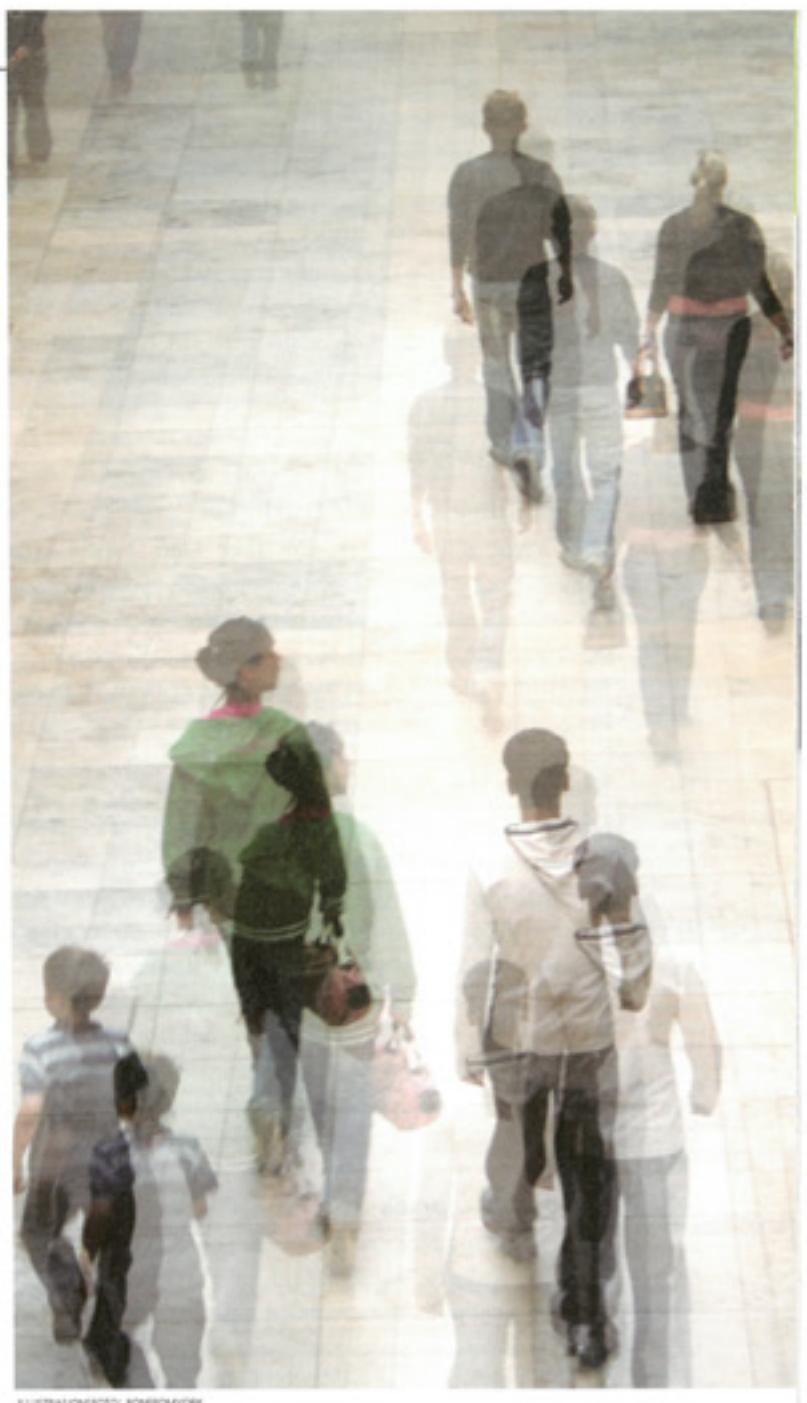
Styrke, konsistens og overenstemmelse mellom resultater fra ulike undersøkelser

En sterk sammenheng (en høy relativ risiko) mellom en faktor og senere sykdom, er ofte det første og beste argumentet for at det foreligger en årsaksmessig sammenheng mellom en bestemt faktor og helseskade. Men vi kan ikke bruke svake eller upåvisebare sammenhenger som et absolutt argument mot at det finnes en årsakssammenheng. Dersom våre metoder for å måle sammenhenger er dårlige, så kan vi heller ikke argumentere mot en assosiasjon om vi ikke finner den.

Eller sagt på annen måte; at man ikke kan vise at noe eksisterer, kan ikke bety at det ikke eksisterer. I skrivende stund er det ikke påvist noen sammenheng mellom akrylamid i matvarer og kreft hos mennesker. Den største undersøkelsen som tar for seg sambandet mellom akrylamid og kreft kommer fra USA i 1999. Der fulgte man 8508 akryl-eksponerte industriarbeidere i 11 år, men man fant man ikke noe sammenheng mellom akrylamid og risiko for kreftsykdommer (9). Studien er kritisert for at den kun tok for seg industrirelatert eksposisjon. Hva man fikk via matvarer vet man ikke.

En mer relevant studie ble publisert tidlig i 2003 (10). Det er en svensk populasjonsbasert studie, men heller ikke her fant man noen forbindelse mellom akrylamid i kosten og kreft i tykktarm, nyre eller urinblære. Denne studien ble først kjent etter at alarmen hadde gått året før, men i løpet av de siste par årene har det kommet ytterligere rapporter. Den første prospektive studien ble publisert tidlig i 2006 og baserte seg på 61 467 kvinner i Swedish Mammography Cohort (10). Studien omfatter 823 072 personår, med 504 tilfeller tykktarmskreft og 237 med endetarmskreft. Man hadde kost-data og kunne beregne akrylamidinntaket, men fant ingen sammenheng med de aktuelle matvarene og kreftrisiko.

Kravet om at et påvist funn skal være konsistent med andre undersøkelser av samme type og med tilsvarende problemstilling forutsetter at tidligere undersøkelser foreligger, og at undersøkelsene er sammenliknbare. Noe av problemet



ILLUSTRASJONSFOTO: RONNROMYORK

med dette kravet er at negative resultater basert på ikke-eksperimentelle studier har mindre sannsynlighet for å bli publisert. Det vil si at bare rapporter med en type resultater blir offentliggjort. For akrylamid gjelder det at vi fortsatt har få humane studier, og de vi har viser ingen sammenheng med kreftsykdommer.

En faktor – en sykdom

Da man ble klar over mikro-organismenes betydning som sykdomsårsaker formulerte man kravet om at en bestemt organisme skulle gi en bestemt sykdom. For dagens kroniske sykdommer som nesten alltid er forårsaket av et samspill av flere faktorer vil et slikt krav være uaktuelt. Vi kan dermed ikke bruke kravet om at en faktor skal gi en bestemt sykdom, og bare den sykdommen, som argument for eller mot en eventuell sammenheng.

Årsak kommer før effekt

Det viktigste kravet til en mulig årsaksfaktor er at effekten må komme etter årsaken. Dersom vår undersøkelse ikke kan tilfredsstille dette kravet, slik man ofte har problemer med i undersøkelser der man direkte sammenlikner syke med friske, må vi finne andre argumenter som viser at årsaksfaktoren går forut for effekten.

Økende dose – økende sykelighet

Som nevnt tidligere har man ikke klart å påvise en sammenheng mellom akrylamid og kreftsykdommer, og dermed heller ikke økende grad av skade med økende grad av eksposisjon. Dette kan bero på at våre målemetoder er for dårlige, eller på at det virkelig ikke er noen sammenheng.

Biologisk forståelig mekanisme

Kravet om at en observasjon skal være biologisk forståelig forutsetter at man har en viss kjennskap til den biologiske sammenhengen. Akrylamid er godt kjent som et toksisk aktivt stoff med carcinogene egenskaper. Man vet meget om effekter på cellenes arvemasse, og det synes rimelig å anta at stoffet kan påvirke celler i en carcinogen retning. Rotteforsøk har vist at dette er tilfelle. Akrylamid klassifiseres som «sannsynligvis kreftfremkallende» etter tester på rotter og mus, men dyrne ble utsatt for 100 til 1000 ganger høyre dose enn hva mennesker kan få i seg via maten.

Kontrollerte forsøk

Ut fra det ovenstående er det bare et kontrollert forsøk der vi utsetter friske forsøkspersoner for det eventuelt helsestodelige stoffet i ulike doser, som vil gi et entydig svar på om stoffet virkelig har skadelige effekter. Dermed vil vi kunne oppfylle kravene om at årsak skal komme før effekt, og at ulike doser vil ha ulik virkning. Selv om vi ikke forstår hvorfor stoffet virker som det gjør, vil vi akseptere at sammenhengen er reell dersom vi påviser en sammenheng. Kontrollerte forsøk med akrylamid er uaktuelt av etiske og praktiske grunner. De etiske innvendingene er ganske innlysende. De praktiske handler om at forsøkstiden nødvendigvis måtte bli meget lang, og at man måtte utsette forsøkspersonene for ulike matvarer som inneholdt akrylamid for å sikre at det er akrylamid vi tester. Kontrollerte forsøk er uggjennomførbare for de aller fleste faktorer som omgir oss, enten det handler om kost eller andre miljøforhold. Vi er tilbake til en vurdering av den samlede kunnskapen for å kunne trekke en konklusjon.

De vitenskapelige usikkerheten og det offentliges dilemma

Velferdsstaten har påtatt seg ansvaret for behandlende og forebyggende helsearbeid. Denne aktiviteten skal være ba-

sert på moderne medisinsk forskning. Forskning betyr stadig endring i kunnskap, noe som gjør at helsevesenet må kunne endre praksis. Det offentlige styrte apparatet må holde mulighetene åpne for at man kan ta feil, og være villig til å endre standpunkt.

Når vi påstår at det er en mulig sammenheng mellom en bestemt faktor og en effekt bør vi derfor sette opp to hypoteser:

- Det er en etiologisk sammenheng mellom eksposisjon for faktoren og helseskade.
- Det er ikke en etiologisk sammenheng mellom eksposisjon for faktoren og helseskade.

Om man bekrefter hypotesen a) (etter en grundig diskusjon om alt man mener å vite om sammenhengen, blant de som har innsikt i spørsmålet etter kriterier som er gitt ovenfor), så vil svaret i b) være gitt.

Om a) er sann kan b) ikke være det.

Derimot kan man ikke bruke en manglende bekrefteelse av hypotesen a) som argument for at b) er bekreftet. Holdepunktene eller indisiene (legg merke til at vi ikke sier bevisene) for å fastslå at det ikke er en sammenheng, kan være langt vanskeligere å få fram enn å sannsynliggjøre en årsakssammenheng. Dersom man tar feil i hypotesen om en sammenheng, altså tror at det er en sammenheng når den ikke eksisterer, og handler etter dette, vil man handle irrasjonelt i forhold til problemets løsning. Har dette større konsekvenser enn om man ikke gjør noe i det hele tatt? Om man tar feil når det gjelder den andre konklusjonen, altså forkaster at det er en sammenheng, og den likevel eksisterer, hvilke konsekvenser har så det? I så fall vil man la være å utføre en rekke rasjonelle handlinger. I det minste innen overskuelig tid, inntil eventuelle nye data viser at man tok feil. Om det er verdt prisen, er et politisk spørsmål.

Innen miljøvern tok man tidlig i bruk prinsippet «føre var», for å kunne sette i verk tiltak som ikke var forankret i vitenskapelige fakta. Tilsvarende prinsipper kan selvagt tenkes brukt også i helsefremmende arbeid, men konsekvensene av «føre var» prinsippet kan bli meget store, og legge hindringer i veien for en noenlunde alminnelig livsførelser dersom det handler om forhold som bare vil ramme en meget liten del av befolkningen.

Vi har ingen mulighet til å bevise eksperimentelt om ulike matvarer virkelig reduserer eller øker et enkelt individets risiko for kroniske og alvorlige sykdommer som kommer sent i livet. Skal vi gi råd, må det være på grunnlag av observasjonsstudier med all den usikkerhet dette innebærer, sammen med det vi vet fra andre typer studier. Men denne

usikkerheten må også være med når vi beslutter oss for hva vi skal mene og tro. Ut fra det vi vet så langt synes det prematurt å gå ut med advarsler mot alminnelige matvarer av den typen vi opplevde våren 2002. I usikkerheten ligger en vurdering av hva risiko egentlig innebefører, men risikovurderinger, det er en annen historie (12).

Referanser

- Tareke E, Rydberg P, Karlsson P, Eriksson S, Tornqvist M. Analysis of acrylamide, a carcinogen formed in heated food-stuffs. *J Agric Food Chem* 2002; 50:17 4998–5006
- Costa LG, Deng H, Calleman CJ, Bergmark E. Evaluation of the neurotoxicity of glycidamide, an epoxide metabolite of acrylamide: behavioral, neurochemical and morphological studies. *Toxicology* 1995; 98:151–61
- Paulsson B, Granath F, Grawé J, Ehrenberg L, Törnqvist M. The multiplicative model for cancer risk assessment: applicability to acrylamide. *Carcinogenesis* 2001; 22:817–9
- Park J, Kamendulis LM, Friedman MA, Klaunig JE. Acrylamide-induced cellular transformation. *Toxicol Sci* 2002; 65:177–83
- Sussel M. What is a cause and how do we know one? A grammar for pragmatic epidemiology. *Am J Epidemiol* 1991; 133:635–48
- Rothman KJ, Greenland S. Modern epidemiology. Lippincott Williams & Wilkins 1998
- Koch R. Die aetologie der Tuberkulose. Først publisert 1882. Opptrykk i Schwalbe J. ed. Gesammelte Werke von Robert Koch. Leipzig, Deutschland: Georg Thieme Verlag 1912;1:428–55
- Hill Ab. The environment and disease: association or causation? *Proc R Soc Med* 1965; 58:295–300
- Marsh GM, Lucas LJ, Youk AO, Schall LC. Mortality patterns among workers exposed to acrylamide: 1994 follow up. *Occup Environ Med* 1999; 56:181–90
- L A Mucci, P W Dickman, G Steineck, H-O Adami, K Augustsson: Dietary acrylamide and cancer of the large bowel, kidney, and bladder: Absence of an association in a population-based study in Sweden. *British Journal of Cancer* 2003; 1; 84–89
- Mucci LA, Adami HO, Wolk A. Prospective study of dietary acrylamide and risk of colorectal cancer among women. *Int J Cancer*. 2006;118(1):169–73.
- Thelle DS (ed) På den usikre siden. Risiko som forestilling, aferd og rettesnor. Cappelen akademisk forlag, Oslo 2001

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
d.s.thelle@medisin.uio.no

C Ebixa "Lundbeck"

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

DRAPER, opplesning 10 mg/g: 1 g inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, nenset vann, TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablet: inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. **Med ledestrek.** **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initieres og vedles av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omtorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitoren pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. Voksne/eldre: Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en 1/6 tablet/10 draper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en 1/6 tablet/10 draper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablet/20 draper om morgenen og en 1/6 tablet/10 draper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en arbeftet vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablet/20 draper 2 ganger om dagen). Kan tas unavhengig av måltider. Ved moderat nedslatt nyrerfunksjon (kreatinin clearance <40–60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfalsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTHETSGRØLE:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfall eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadolin, ketamin eller dekstrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (feks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarisk, eller stort intak av symmetraliseringe middler, renal tubuler acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med *Proteus* bactera) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, behandlet kongestiv hjernesvikt (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 reaksjonsenevnen, slik at pasienter ber 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 stoffene som dantrolen eller baclofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadolin, ketamin og dekstro-metorfan bør unngås pga. risiko for farmakokosisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebefører en mulig risiko for økte plasmasnitt. Redusert ekskresjon av hydroklorotiazid eller kombinasjonspreparat med hydroklorotiazid er mulig. Enkeltdifferanse av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøyemonitoring av protrombinetid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Ber derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøyde vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmilk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skiller ut i morsmilk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningen er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hypotone (>7/100): Gastrointestinale: Forstoppselse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og somnolens. Mindre hypotone: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, umormal gange. Øvrige: Tretthet. Krampeanfall er rapportert svært sjeldent. Enkeltdifferanse av psykotiske reaksjoner og panikattackt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandler med memantin. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: I ett tilfelle av overdose (selvmordstorske) overlevere pasienten intaket av opp til 400 mg memantin (ølstat) med virkninger på sentralnervesystemet (nastleshatt, psykose, synhalusiniasjoner, kramper, somnolens, stupor og bevisstløshet) som gikk tilbake uten varige mén. Behandling: Ber være symptomatisk. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptor-antagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanismer: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamatgerge neurotransmittere, særlig ved aktivisering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økt spenningsnivå av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. Absorpsjon: Absolutt blottliggjelighet ca. 100%. Tmax oppnår etter 3–8 timer. «Steady state»-plasmakonsentraserjoner fra 70–150 ng/ml (0,5–1 µmol/l) med store individuelle variasjoner. Proteinbinding: Ca. 45%. **Fondeling:** Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. Halverings-tid: Memantin elimineres monoenkopponert med terminal t½ på 60–100 timer. Total clearance (Cltot) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminirasjonsrate av memantin ved alkali urin kan bli redusert med en faktor på 7–9. Metabolisme: Ca. 80% gjennomgående som modersubstanse. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBESVARING OG HOLDBARHET:** Draper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Draper: 50 g kr 798,70. Tablettene: 30 stk. kr 528,60, 50 stk. kr 792,10, 100 stk. kr 1549,80.

Basert på godkjent SPC april 2006. Priser pr. 01.01.2007

REFERANSER: 1) Reisberg B, Doody R, Stoffler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New Engl J Med* 2003; 348: 1333–1341. 2) Gauthier S. *Int J Ger Psychiatry* 2005; 20:459–464 3) Wilmo A, Winblad B, Stoffler 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

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 fått utfordring fra Jan Petter Lea om et dikt til Utposten.

Diktet er av ukjent engelsk forfatter.

Om å lytte

Når jeg ber deg om å lytte til meg og du begynner å gi råd,
gjør du ikke det jeg ber deg om

Når jeg ber deg om å lytte til meg
og du forteller meg hvorfor jeg ikke skal føle slik jeg gjør,
tramper du på følelsene mine
Når jeg ber deg om å lytte til meg
og du synes jeg bør gjøre noe for å løse mine problemer,
gjør du meg sint hvor merkelig det enn kan høres

Kanskje det er derfor bønn er godt for noen mennesker
fordi Gud er taus
og ikke gir råd eller prøver å ordne tingene.
Han lytter og tror på at du kan greie deg seg selv

Så lytt til meg–
hør hva jeg sier
Hvis du ønsker å snakke til meg,
kan du vente noen få minutter til det blir din tur
og jeg lover deg at jeg skal høre på deg.

Med vennlig hilsen

Egil Østebroå

Storsenteret legekontor

Ski

Jeg utfordrer Arild Vedvik i Hurdal til å ta neste etappe.



... på indre Østlandet ...

*Historier fra
virkeligheten*

I skogsbygdene på indre Østlandet var det dårlig legedekning til ut på 1900-tallet. Det var lange avstander til doktor, dårlige veger, hesteskyss, dårlig råd og fattigdom blant folk flest. Når overtrua i tillegg sto sterkt, benyttet folk seg ofte av «kloke koner og kloke menn» i stedet for å sende bud etter doktoren. Ofte var jo utfallet mer enn usikkert selv om doktoren kom også.

Torpa var ei slik bygd utenfor allfarveg. Der var det en lokal «klok mann» som kaltes Hans på Bergjet. Han var fra Valdres, nabodalfører, og hjalp folk med diverse naturmedisiner, årelating osv. En gang ble han spurta om hva slags medisin han hadde gitt til en snertingdøl. «Jau, e koka flogmaur, og så hadde e i lite piss mæ», sa han.

Men så kom det en nyutdannet doktor til Torpa tidlig på 1900-tallet, doktor Lundby. Han ble meget populær, og tok bort mange pasienter fra Hans på Bergjet. Hans tenkte nok at noe måtte gjøres, og for å kapre tilbake pasienter, satte han ut følgende rykte i bygda: «Det første doktor Lundby gjorde då han kom å Torpen var at han drap hono Hans i Mo. Han offna åritten på hono, og sprøyte gift inni, – men då var'n vonom ferdig han Hans i Mo mæ.»

Et annet eksempel på overtrua var oppfatningen om at hvis hodelusa forlot en person, var døden nært forestående. De kalte det «å vara feig». En valdris ble en gang innlagt på sjukehuset. Der ble han selvfølgelig både badet og avluset. Det ville han ikke ta sjansen på, og fortalte etterpå: «Men e lurte dei,e, gut; e hadde med me nokre lusa i ein fyrstikkask, og slepte dei på me att.»

Anders Felde, Snertingdal

flogmaur – hannmaur eller hunnmaur med vinger i motsettning til arbeidsmaur som ikke har vinger
offna – åpnet
åritten – blodårene
vonom ferdig – snart død
valdris – person fra Valdres



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

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

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Tverrfaglig trening i team = trygghet og trivsel to timer, to scenario og to refleksjoner

Det er politisk korrekt og forskriftsfestet (1), vi skal ha trening i samhandling innen feltet akuttmedisin. Treningen kan være nyttig for andre samhandlingssituasjoner også, og det er pasientens behov som avgjør om det skal samhandles i hverdagen (2). Ansvaret for å få i gang trening i samhandling er både kommunenes og helseforetakenes (1). Både legekontor og legevakt er aktuelle arenaer. Det vil også være stor gevinst å hente med treninger med personalet på sykehjem. Trygghet og forståelse for når en ikke skal starte gjenoppliving mangler mange steder.

Jeg tror trening i tverrfaglige team er vel anvendt tid av flere grunner:

1. Man lærer effektivt og ofte nye ting av de med en annen kompetanse enn en selv
2. Man kvalitetssikrer de man er avhengige av å jobbe i lag med
3. Legene forventes å ta en lederrolle. Forventningen må erfares og ferdigheter oppøves
4. Forventninger til hverandre og innhold i teamets andre roller blir også kjent og trenet via praksis.

Det første gode rådet: gjør treningen til en fast rutine!

Det er planleggingen og initiativet som tar krefter. Det som innarbeides som en rutine kan bli en energisparende vane.

(Råd fra Kommuneoverlege Risten Utsi i Kautokeino. Der samtrener de på enkle prosedyrer en langlunch i uk'en!)

Flere råd:

En må ha ansvar for teamtreningsrutinen lokalt

Hellst bør det organiseres uten økonomisk tap for noen. Dette bør være en del av «den kommunale tiden» for legene og også betalt arbeidstid for de andre. Unge leger er ofte oppdaterte og interesserte. De kan utfordres som koordinatorer, gjerne sammen med en fra ambulansetjenesten, som jo har dette som spesialfelt.

Tren i realistiske team, ett av gangen

Sett sammen treningsteamet så likt virkeligheten som mulig: en lege, to ambulansepersonell, en helsesekretær eller legevaktsykepleier.. lokale variasjoner er regelen. Gruppen blir liten og man favner alle. Oversettingsverdien til en virkelig hendelse blir slik størst, og man unngår kanskje noen av kommentarene, som alltid kommer; «æsj, dette er så kunstig...» Et team per dag er overkomelig uten at det blir for mye heft for praksisen ellers.

Beregn minst to timer per lege per gang

La fastlegene få velge fritt når det passer for dem å sette av to timer i en gitt periode, og hjelp dem med å få det inn i timeboken! Sykepleiere, medarbeidere og ambulansepersonell er mer fleksible og kan innrette seg etter fastlegene, men de må ikke glemmes og spørres i rimelig tid. Skjemaet til venstre har jeg brukt med god erfaring. Legen fyller altså i først, så de andre. Koordinatoren sørger for at listen kommer rundt.

Dato & klokkeslett	Lege	Medarbeider/sykepleier	Ambulansepersonell
Mandag 8 jan, 10-12			
Torsdag 9 jan, 10-12			
Onsdag 10 jan, 10-12			
Torsdag 11 jan, 10-12			
Fredag 12 jan, 10-12			
Mandag 15 jan, 10-12			
Torsdag 16 jan, 10-12			
Onsdag 17 jan, 10-12			



En trening, inspirert av K-BEST-nettverket (3), består av en teorigjennomgang og så to, små pasientscenario og debrief /refleksjon etter hver. Tar man tid til en teorigjennomgang før eller etter treningen vil sannsynligvis utbyttet bli størst. Teorien kan også forutsettes ivaretatt av den enkelte for å spare tid.

Å trenere på to scenario i stedet for ett er lurt fordi deltakerne slik får en mulighet til å gjøre det bedre andre gang. Derved opplever de at de har lært noe! Dessuten kan det ta litt tid å komme inn i treningsformen.

Det er mest realistisk med levende markører

Spill gjerne selv eller la et annet helsepersonell få erfaringen av å være pasient og evt. pårørende. Selv nokså tydelige hjerte-kompresjoner kan man gjøre på hverandre; man kan ikke la de bli sikkert dype, men takt og teknikk får man testet. (Kommentar fra legevaktsjef Anton Giæver i Tromsø: «Det er bedre med varme kropper enn klamme dukker»)

En spillede kan oppgi puls og blodtrykk og annen informasjon det er vanskelig å simulere

Pasienten kan selv gi anamnese hvis bevisst, og stramme en vond mage, puste sakte, fort eller anstrengt, snakke utsydelig eller ha sterke brystsmerter. Bevisstløshet er lett å spille, kvalme og oppkast også (yoghurt) og gir jobb for teamet. Ved å la noen spille pårørende kan man skape mange nye situasjoner.

Gjør alt dere faktisk ville har gjort: pakk opp, trekk opp, kall opp og skriv ned...

Ikke velg dere kunstige yrkesroller, tidspunkt eller sted. Vær de dere faktisk er, der dere er og gjør ting slik dere ville gjort i en reell situasjon. Da er trolig overføringsverdien størst. Pakk opp venflonen, finn frem tape og let frem morsfinen, sett på oksygenet osv. Slik får dere trent fingerferdigheter og kjent på at ting tar tid. Likeså blir utstyr testet. Dere har råd til det! Og dere finner garantert ubehagelige mangler ved det materielle.

Ved å kalle opp eller ringe med sykehuset og begynne samtale med «Dette er en øvelse...», blir det enda mer realistisk og nyttig. AMK sentralen vil like å vite at det trenes og at det er interesserte tjenester de betjener.

Etter omrent 20 minutter praksis samles gruppen til refleksjon/debrief

Gruppen lærer kanskje mer og det blir mindre prestasjonsangst ved at de evaluerer seg selv. Ofte husker man best det man selv sa. Lederens rolle er å holde tiden (!) og å hjelpe frem viktige synspunkt. Deltagerne får snakke etter tur, man tar runder slik at alle får komme til orde. Leder kan styre samtalet slik at den er rimelig fokusert og i en positiv, konstruktiv ånd.

En gruppeddannende metode er å la personellet snakke om følelser først

Hvordan opplevde den enkelte scenarioet? Det kan være vanskelig for mange, men åpner opp for å snakke videre. Ingen kan ta feil når de gjelder sine egne følelser. Sannsynligvis er det gunstig å ha vist litt sårbarhet for videre samhandling.

Runde nr. to er utelukkende med vekt på det positive gruppen gjorde

Man bekrefter de gode valgene og støtter hverandre og seg selv, – psyker hverandre opp.

Positiv stemning er fint for å skape et læringsklima før runde nr 3.

Fokus både på medisinske valg, lederskap og kommunikasjon er nyttig.

I runde tre fokuserer man på det som kunne blitt gjort annerledes

Også her vil det bli en blanding av medisinske valg og samhandlingselement. Leder hjelper til å holde det på et konstruktivt nivå, samt kommer med viktige forbedringsområder når alle deltagene har fått sagt sitt.

Til slutt velger gruppen en ting man vil forbedre i neste scenario

Det andre scenarioet foregår på samme måte som i det første, og debriefen holdes på samme måte. Nesten hver gang har samarbeidet gått bedre og teamfølelsen er etablert på en annen måte. Kanskje flyttes fokuset fra et innkroket «jeg» til et «hva kan vi gjøre for pasienten».

Min erfaring er at denne fremgangsmåten alltid gir en god blanding av medisinsk fokus og teamfunksjon – og samhandlingsfokus. Lederrollen blir alltid drøftet. Det er viktig at alle blir like synlige og får kommet frem med sine tanker og kompetanse. Slik bør det være i reelt teamarbeid også og

det gir viktige erfaringer for en moderne, ikke dikterende teamleder. Det er effektivt og motiverende når leder klarer å utnytte all handle- og tankekraften i teamet.

Målet er læring under trygge forhold, med lav kost og høy nytte, samt en metode som gir motivasjon for å trenne neste gang også. Man trenger ikke noe ekstra utstyr, ingen dyr dukker eller forflytning fra arbeidsplassen. De fleste synes også at dette er ganske «artig»!

Referanser

1. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. www.lovdata.no
2. Lov om helsepersonell. www.lovdata.no
3. www.bestnet.no

BEST = bedre og systematisk traumebehandling.

Ikke-kommersiell stiftelse i Norge, som i 10 år har jobbet for å innføre regelmessig teamtrening i sykehus, med spesielt fokus på teamfunksjoner rundt traumehåndtering.

Har hatt støtte fra legeforeningen, Voxx, helseforetak og mye dugnad.

Pedagogikken er den samme som beskrevet over: tverrfaglig teori før teamtrening på to scenario med debrief etter hver. Treningene videofilmes og filmen benyttes i debriefene.

Treningen skal skje med egne kolleger, eget utstyr i egne omgivelser.

Barne-BEST er et nettverk startet i Kristiansand, inspirert av sykehus-BEST.

K-BEST = Kommune-BEST.

Initiert av stiftelsen BEST.

Tverrfaglig nettverk som de siste fire år har reist til kommuner i Nord-Norge for å lære bort modellen og motivere til trening videre på egenhånd.

Økonomisk støtte fra Helse- og omsorgsdepartementets «lokalsykehusmidler», Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved universitetet i Tromsø og flere helseforetak.

I K-BEST foregår treningen på tvers av nivåene, da ambulansetjenesten er spesialisthelsetjeneste. Også veilederne er tverrfaglige for bedre å kunne forstå innsatsen til de forskjellige yrkesgruppene. Scenarioene er både indremedisinske og traumer. Videofilmning er kuttet ut. Mye fokus på legens forventede teamlederrolle og de andre helsepersonellets ofte uutnyttede ressurser.

Helen Brandstorp



Regionale legemiddelinformasjonsentre (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 lesere.

Metformin og melkesyreacidose

RELIS har de siste årene mottatt en rekke bivirkningsrapporter om melkesyreacidose under behandling med metformin. Flere av pasientene brukte ACE-hemmer eller angiotensin II-antagonist, og hadde en kort sykehistorie før innleggelse med diaré/dehydrering. Alle pasientene hadde varierende grad av nyresvikt med påfølgende metforminintoksikasjon og melkesyreacidose.

AV SOLVEIG VORREN OG ELISABET NORDMO, RELIS NORD-NORGE

Introduksjon

Melkesyreacidose er en sjeldent, men alvorlig komplikasjon ved akkumulering av metformin i plasma (1). Et Cochrane review fra 2006 konkluderer med at det ikke er funnet bevis for at metforminbehandling gir større risiko for melkesyreacidose enn annen antihyperglykemisk behandling, forutsatt at man tar hensyn til kontraindikasjonene for behandling med metformin (2). Over halvparten av de inkluderte studiene hadde imidlertid nedsatt nyrefunksjon som eksklusjonskriterium.

Melkesyreacidose under metforminbehandling er primært observert hos diabetespasienter med nedsatt nyrefunksjon. Etter peroralt inntak er tilsynelatende terminal halveringstid for metformin ca. 6,5 timer. Nedsatt nyrefunksjon reduserer renal clearance proporsjonalt med kreatinin clearance. Halveringstiden øker, noe som gir økt metforminnivå i plasma (1). Mekanismen bak metforminintoksikasjon er kompleks og ikke godt forstått (3).

Kombinasjon med ACE-hemmere eller angiotensin II-antagonister

Forekomsten av diabetes mellitus type II er økende, og i Norge har bruken av metformin økt mer enn 10 ganger det siste tiåret. Legemidler som blokkerer renin-angiotensinsystemet har renoprotektiv effekt, og er førstelinje hypertensjonsbehandling til diabetespasienter. Metformin gir god glykemisk kontroll, og ser også ut til å redusere diabetesrelatert dødelighet. Kombinasjonen metformin og ACE-hemmere/angiotensin II-antagonister er derfor stadig mer brukt (4).

Gudmundsdottir et al har publisert fem kasuistikker som beskriver melkesyreacidose assosiert med metformin. Alle pasientene var dehydrerte og utviklet nyresvikt trolig for-

verret av behandling med ACE-hemmer eller angiotensin II-antagonist. Forfatterne oppfordrer til varsomhet når ACE-hemmere/angiotensin II-antagonister preskrives i kombinasjon med metformin, men støtter fullt ut anbefalingene om disse midlene som førstelinje hypertensjonsbehandling til diabetespasienter (4).

Tidlig behandling er avgjørende

Ved akutt sykdom som kan gi dehydrering bør metformin dosen reduseres eller eventuelt seponeres. Pasienten og eventuelt pårørende bør få informasjon om å kontakte lege/sykehus ved symptomer på melkesyreacidose. Tidlige tegn på melkesyreacidose er slitenhet, muskelsmerter, pustevansker, feber, kvalme og oppkast (5).

Oppsummering

Melkesyreacidose er en svært sjeldent bivirkning ved bruk av metformin, som kan oppstå ved redusert nyrefunksjon. Dødeligheten er høy uten rask behandling, slik at tidlig diagnose og behandling er meget viktig.

Kilder

1. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Glucophage. <http://www.legemiddelverket.no/preparatomtaler> (Sist endret: 22.02.2005).
2. Salpeter S et al. Risk of fatal and nonfatal lactic acidosis with metformin use in type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art no.: CD002967. DOI: 10.1002/14651858.CD002967.pub2
3. Chu J. Metformin intoxication. In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2007.
4. Gudmundsdottir H et al. Metformin and antihypertensive therapy with drugs blocking the renin angiotensin system, a cause of concern? *Clin nephrol* 2006; 66 (5): 380-6.
5. Klasco RK (Ed): Metformin (Drug Evaluation). DRUGDEX® System (electronic version). Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado, USA. Available at: <http://www.thomsonhc.com> (30.10.2007).

Forfattere av Relisartikkelen i Utposten 6/07 «Escitalopram og rokkeslutt med varenklin» er: Halldis K. Hoyland og Jenny Bergmann.

Norsk Hypertensjonsforenings KURS OM HYPERTENSJON

24.-25. april 2008

Vil gi deltakerne ny og oppdatert kunnskap om patofysiologi, symptomer og komplikasjoner, diagnostikk, utredning og behandling av hypertensjon.

Godkjent med 16 poeng som emnekurs i indremedisin/hjertesykdommer for spesialiteten allmennmedisin og 16 timers valgfritt og/eller etterutdanningskurs for spesialitetene endokrinologi, fysisk medisin og rehabilitering, hjertesykdommer, indremedisin, infeksjonssykdommer, og nyresykdommer.

STED: Store auditorium, Ullevål universitetssykehus, Oslo

YTTERLIGERE INFORMASJON: kurskatalogen (www.legeforeningen.no/kurs)

PÅMELDINGSFRIST: 7. mars 2008

KURSAVGIKT: 1800 (leger)/ 3600 (ikke-leger)

PÅMELDING: Kongress & Kultur AS, Torgalmenningen 1A, Postboks 947 Sentrum, 5808 Bergen. TLF.: 55 55 36 55. E-POST: mail@kongress.no

Følgende har fått tildelt allmennpraktikerstipend for 1. halvår 2008

Univ.	Etternavn	Fornavn	Prosjektets tittel	Veileder
UiO	Bjerke	Yap Soen Eng	Den pakistanske innvandrer mor- og barn undersøkelsen	Babill Stray Pedersen
UiO	Skyvulstad	Hilde	Ung og tung	Mette Brekke Kåre Birkeland
UiB	Hetlevik	Oystein	Ungdoms kontakt med fastlege – finnes det ungdomsvennlige fastleger?	Sturla Gjesdal Kjell Haug
UiO	Gethesen	Stig	Overvektbehandling i allmennpraksis, aktiv tilnærming	
UiO	Sirpal	Manjit Kaur	Validerings studie ad diagnostisering av depresjon hos ungdom med fokus på etnisitet	Ole Rikard Haavet
UiO	Lyngstad	Inger	Brukere evaluerer allmennpraksis; en NorPEP undersøkelse som ledd i kvalitetsutvikling	Per Hjortdahl
UiO	Aarseth	Svein	Intervasjon for å bedre 16-åringers legesøkningsvaner	Ole Rikard Haavet
UiT	Halvorsen	Peder A.	Communicating benefits from interventions towards chronic diseases – what numbers are needed?	Ivar Sørbo Kristiansen Ivar Aaraas
UiO	Berge	Hilde Moseby	Forskriving og bruk av glukosamin i norsk allmennpraksis	Jørund Strand
UiO	Tran	Anh Thi	Kvaliteten på diabetesomsorgen i ulike etniske grupper i Oslo	Anne Karen Jenum Jørund Strand
UiT	Johansen	May-Lill	Optimalisering av kreftbehandling i allmennpraksis	Carl Erik Rudebeck Knute Holtedal

Utdelingstekst for ekstrastipend fra Norsk forening for allmennmedisin (NFA)

Det utlyses et stipend på tre måneder med tema

Forskning i allmennmedisin i regi av legemiddelindustrien

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) har over år arbeidet for å vurdere forskningsprotokoller fra legemiddelindustrien for studier som involverer allmennleger. Våre vurderinger har munnet ut i råd om allmennleger bør delta i disse studiene.

Protokollvurderinger i AFU har vært basert på frivillig deltagelse fra legemiddelindustrien. Praksis har endret seg slik at AFU i de senere år knapt har hatt protokoller til vurdering. Det foretas heller ikke noen systematisk nasjonal registrering som viser hvor omfattende slik forskning er. Samtidig vet vi at det foregår mye industriinitiert forskning i norsk allmennmedisin.

AFU/NFA ønsker fortsatt å arbeide med de faglig og etiske utfordringene samhandlingen mellom legemiddelindustrien og allmennlegene reiser.

AFU/NFA utlyser et tre måneders allmennpraktikerstipend for å kartlegge industriinitiert forskning i allmennmedisin. Vi ønsker be-lyst

- omfang og type av prosjekter
- forskningsmessig kvalitet og klinisk relevans
- rekruttering til slike prosjekter

Kartleggingen skal presenteres i en rapport som munner ut i forslag til hvordan AFU/NFA bør arbeide videre med forholdet mellom lege-middelindustrien og allmennlegene.

AFU ønsker at hovedresultatene av studien med anbefalinger for-trinnsvis skal foreliggje til AFUs høstmøte i 2008, dvs. innen 1.10.08. Ved tildelingen vil det bli lagt vekt på stipendiaten presenteres en realistisk tidsplan for å oppfylle dette kravet.

Søknad med kortfattet prosjektbeskrivelse og et kort CV sendes Allmennmedisinsk forskningsutvalg ved sekretariat innen 30. januar 2008.

Stipendiaten forventes å være tilknyttet ett av instituttene i all-menn/samfunnsmedisin i deler av stipendperioden. Forskning i allmennmedisin kan teller i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeling av stipendet som er gitt av Norsk forening for allmennmedisin. Det er utarbeidet et søkerkjema og veileding som kan lastes ned fra AFUs nettsider under Norsk forening for allmennmedisin (link i høyre marg), eller fås tilsendt ved å kontakte sekretariatet. Det vanlige skjemaet ved søker om allmennpraktikerstipend skal benyttes. Ved behov for nærmere informasjon, ta kontakt med sekretariatet.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg

v/ Tove Rutle

Sjøbergvn. 32

2050 Jessheim

Tlf.: 63 97 32 22

Fax: 63 97 16 25

E-post: rmrtove@online.no

Søknader som er poststemplet etter søkerfristen blir ikke tatt i betrakning.

KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2008

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

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

ABONNEMENT:

Kr. 450,- i året

TEKNISK

Annonseansvarlig:

Tove og Karianne Rutle

RMR, Sjøbergvn. 32,

2050 JESSHEIM

Tlf.: 63 97 32 22

Fax: 63 97 16 25

E-post: rmrtove@online.no

Materiell:

Elektronisk

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

Format:

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

Satsflate 165 x 236 mm.

Raster: 60 linjer

Trykkeri:

PDC Tangen

1930 AURSKOG

Tlf.: 63 86 44 00

Kontaktperson:

Morten Hernæs

Tlf.: 63 86 44 63

E-post: morten@pdctangen.no

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

Alzheimers sykdom – Hukommelsen svikter.

Språket forsvinner. Oppførselen forandres.

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

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



Se preparatomtale og referanser på side 41

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